ANNÉE 1852.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

Dirigée par le Docteur **JULES GUÉRIN.**

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.



TOME SEPTIÈME.

PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE RACINE, 14.



IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET   RUE RACINE, 26, PRÈS DE L'ODÉON.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA DIRECTION VICIEUSE IMPRIMÉE ACTUELLEMENT AUX ÉTUDES MÉDICALES.

Si la philosophie de la médecine n'a pu encore acquérir l'autorité scientifique, que lui manque-t-il donc? Il lui manque de cet esprit philosophique qui révèle le sens général des faits; il lui manque de pouvoir fixer, au moyen de lois nettement connues et formulées, l'indication des rapports de causalité, la succession, l'enchaînement des nombreux phénomènes morbides qui la constituent. La même absence d'idées et de principes domine également la coordination des notions plus particulièrement attribuées à la pratique. Or, une science qui ne sait pas formuler n'est pas une science. A notre avis, la pathologie n'arrivera guère à fixer ses résultats si elle persiste dans la recherche isolée de quelques faits; il faut qu'elle contracte avec la philosophie une alliance étroite; de cette alliance sagement dirigée sortira la connaissance d'un certain ordre presqu'invariable de phénomènes autour desquels les événements pathologiques viendront pour ainsi dire se grouper. C'est à ce mode d'investigation large, pénétrant et fécond que sont dus en partie les progrès que la médecine a faits dans ce champ encore peu exploré de l'étiologie : on peut dire même que cette marche a produit de nos jours une science en quelque sorte toute nouvelle, à la formation de laquelle ont concouru plus ou moins les bons esprits de tous les âges, je veux dire la *pathologie comparée*, assez vicieusement dénommée, il est vrai, mais dont les éléments encore épars ont besoin d'un esprit vigoureux, nouveau verbe de la science, qui, s'emparant de ces nombreux matériaux accumulés pêle-mêle, les réunisse en tableau pour en extraire quelques-unes de ces vérités fondamentales qui donnent l'âme et l'unité à toutes ces pierres travaillées isolément. Cet architecte, quel qu'il soit, devra s'inspirer de considérations supérieures; il ne s'agit pas ici d'apprécier l'histoire des faits pathologiques étudiés en particulier avec tous leurs détails, mais d'embrasser d'un seul coup d'œil dans leur ensemble les maladies d'une même localité à la même époque, les éclairer les unes par les autres, non pas en les séparant comme des êtres isolés, selon la marche actuelle, mais en les laissant à leur place, là où elles ont une signification réelle dans l'ensemble de la scène pathologique, les élever à la forme synthétique, les saisir dans leurs principes, les enchaîner selon la loi qui les a organisés, comme un corps vivant qui a sa raison d'être particulière, son âme, son génie.

Cette méthode a été pratiquée par Hippocrate; les médecins de tous les temps s'y sont plus ou moins conformés et ce n'est qu'à elle que nous sommes redevables des tableaux impérissables de maladies que Pringle, Stoll, Sydenham, etc., nous ont laissés. La précision du burin donne à ces tableaux, brillants de couleur et de vérité, une physionomie nette et tranchée, c'est là surtout que brille le grand art de ces médecins, c'est par là que leurs écrits sont supérieurs à nos ouvrages sans couleur, sans caractère, sans direction, surchargés de détails infinis, de digressions confuses, hérissées de citations et de textes; c'est dans ces histoires ainsi généralisées, dans ces résumés lumineux, ces vues d'ensemble où le trait se précise et se personnifie, que vous trouverez le fil le plus sûr pour vous guider à travers ce labyrinthe encore obscur de l'étiologie.

Au lieu de cela qu'a-t-on fait généralement? Sous prétexte d'exactitude on s'est fait collecteur d'observations particulières, chercheur de petites lésions; on a divinisé le microscope; on a étouffé la science sous la masse des détails; il est arrivé ce qui arrive en pareille circonstance, les détails ont fait oublier l'ensemble, et de particularisation en particularisation, on en est venu à fragmenter, à découper la science en morceaux qu'aucun lien ne réunit : on n'a su saisir aucun ensemble; et comme si, pour décrire une tempête, il suffisait de mesurer et de compter les vagues, on s'est mis à passer sa vie à dessiner, à décrire, à classer les diverses maladies à la manière des naturalistes, on a fait des planches magnifiques mais muettes, des catalogues complets mais arides et stériles, des cases, des divisions, des compartiments, des catégories; si vous parcourez la plupart de ces grands ouvrages qui prennent pompeusement le titre de Traité, leur sécheresse vous fatigue, car c'est partout la maladie minutieusement décrite dans ses formes extérieures, ses lésions anatomiques, une énumération sèche et monotone de ses causes supposées, causes banales qu'on répète tous les jours à l'occasion de toutes les maladies, sans en peser la valeur, sans tenir compte de leur importance, c'est le numéro sous lequel elles doivent être rangées sans rien qui nous éclaire sur leur nature et la part qu'elles peuvent prendre dans un tableau pathologique général; c'est un inventaire aride, un registre de petits faits incohérents sans lumière, sans intérêt, sans pensée; c'est un herbier pathologique. Vraiment, à voir la tournure qu'ont prise les choses, notre pathologie ressemble assez bien à ces assemblées bizarres qui abondent dans les contes d'Hoffmann, remplies d'hommes qui sont les uns pour les autres autant d'êtres hétérogènes, c'est une véritable mosaïque, ou plutôt un musée géologique auquel manque un Cuvier.

Veulent-ils décrire une maladie particulière ou une petite épidémie, nos pathologistes l'emprisonnent dans le cercle de leur étroite théorie et de leur localité, ou bien ils s'arrêtent à la surface des événements pathologiques, à cette succession visible d'accidents matériels, à ces traits factices qui ne sont que l'ombre d'une cause sourde et profonde qui fermente au sein de l'organisme, ou bien se cantonnant obstinément derrière l'infranchissable enceinte de l'organe malade, ces Popilius de l'art se plaignent que la méthode ne produit rien lorsque la rigueur et l'étroitesse de leurs préceptes et de leurs vues la retient enchaînée dans l'impuissance.

Pour connaître l'histoire d'une maladie quelconque, certes la médecine n'a pas fini sa tâche lorsqu'elle a déterminé l'organe malade, décrit les moindres symptômes de cette affection morbide et les diverses périodes qu'elle a parcourues dans un temps donné, il faut encore suivre sa marche dans tous les lieux où elle s'est produite, indiquer à côté les caractères généraux sous lesquels elle apparaît à chaque siècle, les variétés de forme qu'elle a successivement revêtues, selon les climats et les saisons dresser le tableau comparatif de toutes ces variétés en mettant en regard non-seulement chaque pays, mais encore les contrées les plus éloignées, lui donner pour galerie et rapprocher les diverses maladies qui règnent en même temps, afin de tâcher de démêler d'une part la solidarité pathologique qui dans les temps ordinaires, mais surtout dans les épidémies, existent entre les diverses maladies, de l'autre la corrélation que l'on peut remarquer entre les grandes perturbations climatériques et atmosphériques et le développement de certaines formes pathologiques, et arriver ainsi, sous le voile caché des faits, à découvrir la véritable cause morbide et à résoudre ce problème si difficile et si compliqué de la genèse des maladies. Sans cela un médecin quelque habile qu'il soit, pourra bien connaître, si l'on veut, les observations de tous les âges, mais il ne saura jamais que des

Feuilleton.

UNE NOUVELLE ANNÉE.

Monsieur le rédacteur,

C'est un fait, que la révérende GAZETTE MÉDICALE ne laisse jamais passer le premier jour de l'an sans adresser à ses abonnés le salut et les souhaits d'usage. Le dernier numéro surtout leur en a apporté une provision, que le choix de l'ambassadeur leur a rendue particulièrement précieuse. Dans l'endroit où j'exerce, on s'étonne qu'une personne de grand âge comme la GAZETTE se mette toujours en frais d'honnêtetés sans qu'on les lui rende jamais. Cette négligence d'enfants chéris envers une nourrice qui leur a prodigué pendant nombre d'années un lait pur, fortifiant et très-rarement aigre, frise de près l'inconvenance. C'est pourquoi je me suis décidé à lui adresser une petite épître en manière de compliment. Vous excuserez la liberté, quand je vous aurai dit que je suis peut-être le lecteur le plus infatigable de la GAZETTE; que la GAZETTE est pour moi un oracle, un évangile, sur lequel se règlent toutes mes opinions et tous les actes de ma pratique; que hors la GAZETTE, enfin, il n'y a pas, à mes yeux, de médecine. C'est assez vous dire que j'éprouve depuis longtemps le besoin le plus pressant de lui témoigner toute ma satisfaction pour la quantité et la qualité des produits qu'elle me sert en échange de mes 30 francs, ainsi que pour la maternelle sollicitude dont elle entoure les intérêts médicaux, et de lui offrir les vœux de mon cœur reconnaissant. Aussi bien il n'est pas mal que le pieux souvenir d'un enfant perdu dans les déserts de la province l'encourage à se défendre, comme elle a toujours fait, de préoccupations trop locales et d'un amour trop métropolitain.

Ma première pensée du dimanche (j'en demande pardon à Dieu) est pour la diva GAZETTE MÉDICALE. « Mon journal de Paris est-il arrivé? » voilà la première parole que peut tirer de moi ma gouvernante. Le JOURNAL DES VILLES ET DES CAMPAGNES que je reçois aussi ne vient jamais qu'en seconde ligne. Vous ne sauriez croire quel désappointement j'éprouve quand cette manne scientifique ne me tombe que le dimanche soir et même le lundi, comme il arrive parfois. Ce retard ne peut tenir qu'à la négligence de quelque rédacteur peu empressé à remettre sa copie; et vous m'obligeriez infiniment d'y avoir l'œil. Je vous signale tout spécialement le rédacteur de la CHRONIQUE, ayant remarqué que ce sont surtout les numéros consacrés à ce genre d'élucubration qui sont en retard. Mais mon ennui, quelque temps qu'il ait duré, ne résiste pas à la vue de la double feuille, proprement enveloppée du haut en bas, ceinte d'une large bande imprimée, belle à la vue, lourde à la main. Et si le dehors me réjouit déjà, qu'est-ce donc quand je contemple le dedans? Vingt-quatre pages in-quarto; un papier fin,

particularités inutiles la plupart du temps, parce qu'il ne saura pas déduire de principes. C'est dans ce but, dans cet esprit que doivent être dirigées toutes nos recherches. Il y a, en effet, en médecine, une chose bien propre à éclairer l'histoire de l'étiologie ; c'est cette mystérieuse parenté qui rapproche les maladies à travers les siècles et les climats même les plus opposés, lorsqu'elles sont sous l'influence de causes identiques ; il y a comme une triste uniformité morbide qui enveloppe le monde. Faire revivre les maladies de la Hollande au temps de Pringle, n'est-ce pas pour l'Afrique retracer en presque tous les points sa propre image ; en s'en allant vers la Grèce, cet antique pays, nous apercevons encore sous l'influence de causes semblables, mais peut-être moins intenses, une identité presque parfaite entre les maladies décrites par Hippocrate et celles de l'Afrique française ; je pourrais encore multiplier sans nombre les exemples, j'ajouterai seulement que pour ressaisir et interpréter avec justesse l'élément vital et inspirateur d'un ensemble de maladies développées à des époques plus ou moins reculées, il ne suffit pas seulement de replacer nos malades au sein du monde matériel qu'ils ont traversé, il faut encore reconstruire ce monde invisible de sentiments, d'institutions, de passions dans lequel ils ont vécu ; par là ces maladies nerveuses si singulières, la chorée, le tarantisme, les convulsions qui ont régné épidémiquement dans le moyen âge trouveront leur cause profonde et cachée dans la condition des peuples. C'est au médecin philosophe qu'il appartient de faire cesser ces différences essentielles qu'on a cru établir entre les maladies, selon les climats, différences qui ne sont souvent qu'apparentes et tiennent au degré variable d'intensité de la cause morbide, et fondre tous ces faits hétérogènes à la première vue au sein de la grande harmonie générale. Sur toute la surface du globe, nous trouvons la nature fidèle à ses admirables lois d'analogie qu'elle observe dans toutes les grandes manifestations pathologiques. Lorsque nous étudions les maladies sous le point de vue de l'étiologie, elles nous paraissent décomposées en un certain nombre assez restreint de types primitifs autour desquels se dispose dans un ordre quelquefois chronologique et à des distances variées leurs dérivés immédiats ; ceux ci à leur tour s'environnent de dérivés secondaires, et ainsi de suite ; nous reviendrons une autre fois sur ce sujet.

Je n'ai pas de penchant pour ces théories, plus ingénieuses que vraies, qui parquent en pathologie l'espèce humaine suivant la loi des races et des climats : il y a une puissance dans l'homme qui sait corriger bien des influences fatales du monde extérieur. S'il est mis à l'abri des influences toxiques accidentelles, l'homme vit partout, il traverse les océans et les déserts, plante sa tente dans les sables ou construit sa hutte au bord des lacs ; il habite au milieu des glaces et des neiges de nos Alpes comme sous les feux des tropiques ; il a pour patrie l'univers. Certes, l'opinion contraire de M. Boudin pèse sans contredit dans ces questions d'une autorité à laquelle nous ne faisons pas difficulté de rendre hommage, mais toute l'habileté déployée par ce médecin distingué ne saurait racheter les vices de son système ; il y a quelque chose de moins trompeur que tous les écrits et les chiffres des hommes, ce sont les lois constantes et nécessaires de la nature Étudier dans tous les sens cette pathologie humaine, si diverse et partant partout si fidèle à elle-même, en suivre l'unité à travers toutes les contrées, en mettre en relief, en action, l'originalité, voilà l'œuvre actuelle de la pathologie. Celui dont les études s'attachent ordinairement à des maladies restreintes ne saura jamais jusqu'où peut s'étendre l'analogie, et lorsqu'il se permettra quelque excursion dans les livres, il sera naturellement conduit à rejeter, comme ne lui appartenant pas, la plupart des dérivés d'un type primitif.

Il y a pour le médecin vraiment digne de ce nom autre chose à faire que d'étudier quelques maladies individuelles, il lui appartient encore de rechercher et d'analyser les causes profondes et cachées des misères sociales, j'ajouterai qu'il doit surtout. s'il le peut, parcourir le monde sur toutes les routes pour nous initier à la pathologie des peuples, aujourd'hui que toutes les barrières tombent, que les diverses nations se mêlent dans une fusion universelle. Mais quelque large que soit l'horizon que la médecine, considérée sous ce point de vue, embrasse, ce n'est pas ici le cas de dire que *chaque acte en sa pièce est une pièce entière*, tout s'enchaîne harmoniquement, chaque fraction concourt pour sa part à la compréhension de l'ensemble, et ce n'est qu'à la condition de les embrasser toutes qu'on en prendra une juste idée.

Je n'insisterai pas plus longtemps aujourd'hui sur ce sujet, bien qu'il soit facile de trouver encore plus d'une critique à faire sur la direction vicieuse imprimée actuellement aux études médicales. Je crois, par ce qui précède, avoir suffisamment démontré la nécessité d'étudier les maladies dans leur ensemble, et d'établir dans leur description, classement et distribution, des divisions larges, non artificielles, mais rationnelles et fondées sur un ordre logique, sur l'étude et la juste appréciation des causes, et comme Baglivi le faisait pour la médecine de son temps, signalé quelques-uns de nos *impedimenta :* c'est en la considérant sous ce point de vue que la pathologie s'anime et prend de la vie, qu'elle s'élève en se liant aux parties les plus hautes de la science, comme aux plus grands intérêts des peuples.

Aug. Haspel.

EMBRYOGÉNIE.

NOTE SUR LES MÉTAMORPHOSES DE L'AORTE CHEZ L'EMBRYON DES VERTÉBRÉS (lue dans la séance du lundi 22 décembre 1851) ; par M. Serres.

Les métamorphoses dont sont susceptibles les tissus composant l'organisme des animaux servent de base à la théorie des développements embryonnaires. Parmi ces métamorphoses, celle de la transformation des deux aortes primitives de l'embryon en aorte unique et centrale, telle qu'elle existe chez les vertébrés supérieurs parvenus à leur état parfait, a été, de la part des anatomistes, le sujet des plus vives contestations.

Ces contestations puisent leur source dans l'extrême difficulté des préparations anatomiques, qui seules peuvent mettre en évidence les divers temps de cette remarquable transformation. C'est, en effet, de la cinquantième à la quatre-vingt-cinquième heure de la formation du poulet qu'elle s'opère. Or nul embryologiste n'ignore combien l'embryon est difficile à manier pendant cette période.

Le procédé qui m'a le mieux réussi consiste à étendre l'embryon avec la membrane omphalo-mésentérique, sur une plaque de verre. L'action de l'air et le froid du verre arrêtant la circulation, le sang se coagule dans les vaisseaux, dont la transparence fait ressortir parfaitement l'injection san-

---

souple et résistant; des caractères d'une netteté! un ordre, une régularité dans l'arrangement des matières! On dirait un jardin de Lenôtre. Jardin habilement entremêlé de fleurs et de plantes nutritives ; un parterre et un potager. Sur le premier plan, la revue hebdomadaire, que je préfère appeler le premier-Paris, contenant les primeurs de la semaine ; puis quelques produits exotiques, solides, volumineux, choisis pour tous les goûts, pour le médecin, pour le chirurgien, pour le pharmacien, pour l'anatomiste, pour le physiologiste ; plus loin, une collection de tout ce que la presse médicale des quatre, que dis-je? des cinq parties du monde, nous envoie de plus intéressant ou de plus utile ; plus loin encore, un enclos réservé à la culture académique ; tout à fait au fond, un massif pour la grosse librairie ; enfin, courant comme une bordure au bas de tous ces compartiments, le feuilleton fleuri où, par exemple, on risque de se piquer les doigts.

Je craindrais, monsieur le rédacteur, de blesser votre modestie en vous disant ce que je pense des doctrines médicales de la Gazette. Elles sont, point pour point, les miennes, ce qui tient sans doute à ce que c'est la Gazette qui me les a inculquées. Nous avons remarqué, dans notre endroit, que l'obligation de la signature n'y a rien changé, et que, même dans les questions élevées, obscures, où il est difficile à plusieurs esprits de se mouvoir côte à côte sans se heurter, l'harmonie ne s'est jamais rompue. Cela nous a donné confiance et a suffi pour nous faire une conviction sans que nous nous soyons embarrassés d'y mettre du nôtre, ce qui est beaucoup plus commode. Cette loi des signatures, je vous l'avouerai, nous a plu considérablement. Nous connaissons maintenant les personnages qui se gênent si peu pour donner sur les ongles à leurs confrères ou pour se moquer d'eux. Ce n'est pas que j'y sois personnellement intéressé, n'ayant jamais su tourner un mémoire, ou une simple observation, ou quoi que ce soit du domaine de la critique. Je m'amuse de la chose en curieux, et elle me procure de malignes satisfactions. Imaginez qu'il est venu s'établir dans une ville voisine un confrère qui, parce qu'il a été interne à Paris et a publié dans ce temps-là cinq ou six observations de fièvre typhoïde, me regarde de haut en bas. Comme il a la langue très-déliée et que je suis, moi, suffoqué à la moindre contradiction, il a constamment l'avantage auprès du client. Je le déteste donc de tout mon cœur. Jugez de ma joie quand, dernièrement, au sujet d'un nouveau chef-d'œuvre de ce bel Esculape, je l'ai vu lancé de bonne main par cette intrépide Gazette. Ce qu'il lança d'invectives contre le signataire de l'article, vous le devinez ; je soutins au contraire que l'auteur était un brave homme et de première force dans sa partie Il y eut là de quoi me consoler pendant plusieurs mois. Je recommande depuis cette époque votre journal comme un modèle de raison et d'impartialité.

Sur un objet spécial de votre critique, je voudrais bien savoir si l'on m'a dit vrai. Connaissant notre curiosité et notre vénération pour les corps officiels, Académies et Facultés, vous avez soin de nous dépeindre les cérémonies annuelles. Je suis, pour ma part, extrêmement friand de ce genre de narration. J'admire surtout votre adresse à vous tirer de l'appréciation des discours. Avec une obligeance tout à fait délicate, vous y trouvez toujours quelque bon côté auquel vous vous attachez de préférence, laissant les défauts dans l'ombre, excusant les lacunes, justifiant les longueurs, ne blâmant jamais qu'avec d'extrêmes ménagements. Or, un ami qui arrive de la capitale m'affirme que ces appréciations sont pour vous une source de tribulations ; que les orateurs se montrent toujours mécontents, crient au meurtre pour un

guine. A l'aide d'une série de préparations ainsi disposées, on voit la réunion s'opérer d'abord vers le milieu de la région dorsale, de la cinquantième à la soixantième heure; puis s'étendre en haut, de la soixante-cinquième à la soixante-dixième heure; puis s'étendre en bas à partir de cette dernière heure, de sorte qu'à la fin du troisième jour, et au plus tard à la quatre-vingt-cinquième heure, les deux artères sont réunies sur toute leur longueur et ne forment plus qu'un seul tronc.

M. de Baër, répétant mes observations, ne paraît pas avoir obtenu des résultats aussi décisifs, par la raison que ses incubations étaient trop précoces. Dans son histoire du développement du poulet, il dit que les deux aortes dans lesquelles le ventricule du cœur chasse le liquide qu'il contient vers la quarantième heure, après avoir contourné la partie antérieure du canal intestinal et s'être prolongées dans un certain espace, se réunissent *probablement*, après avoir été séparées pendant un certain temps. Ce *probablement* ne satisfit pas l'esprit si positif de M. Allen Thomson, surtout M. de Baër ajoutant que vers la fin du deuxième jour, la réunion des deux aortes peut être facilement démontrée. Ce fut donc pour savoir à quoi s'en tenir sur le fait primordial du développement du système sanguin, que le célèbre anatomiste d'Édimbourg entreprit sur ce point une série d'expériences qui confirmèrent pleinement les résultats que j'avais obtenus. Ignorant le procédé dont je m'étais servi, M. Allen Thomson en imagina un plus difficile dans son exécution, mais non moins positif. Ce procédé consiste à pratiquer des sections transversales dans la longueur de l'embryon, pour examiner ensuite, à l'œil nu ou avec la loupe, la lumière des vaisseaux compris dans le tronçon que l'on a séparé.

A l'aide de ce procédé, qui, comme on le voit, est la répétition de celui employé pour la détermination des vaisseaux composant le cordon ombilical, M. Allen Thomson vérifia d'abord la transformation des deux aortes en une seule, puis il étendit ses études aux métamorphoses analogues que j'avais signalées dans les artères basilaires spinales, etc., ainsi que sur les gros troncs du système veineux. Par suite de ces expériences minutieuses, ajoutées à mes nombreuses observations, le fait de la conversion des deux aortes primitives en aorte unique fut acquis à l'embryologie.

Or on jugera de son intérêt si l'on réfléchit, d'une part, que ce fait primordial sert de base aux métamorphoses que subit le système sanguin dans le cours de la vie embryonnaire, et si, d'autre part, on considère que les transformations du système sanguin commandent et règlent, à leur tour, toutes les métamorphoses que subit l'embryon des vertébrés, dans le cours de son développement normal et anormal.

En présence de cet intérêt, on conçoit les doutes que je dus émettre dans cette enceinte sur l'exactitude des observations qui étaient communiquées à l'Académie, et qui tendaient à remettre en question un fait d'anatomie qui avait subi de telles épreuves. Ces doutes, qui furent partagés par M. Milne Edwards, devinrent l'occasion de nouvelles expériences faites dans son laboratoire, par les procédés à injection, qui ont fourni à notre savant collègue des résultats si précieux pour l'anatomie des invertébrés.

Ces expériences difficiles ont été faites par un de nos zootomistes distingués, M. Blanchard, aide-naturaliste au Muséum, auquel je laisse le soin de les exposer lui-même:

« Occupé depuis longtemps de diverses recherches d'embryogénie, j'ai porté une attention spéciale au développement de l'aorte. Bien que les observations que je compte publier dans la suite doivent s'étendre au développement de tout l'appareil de la circulation, je crois pouvoir, dès à présent, vous faire part du résultat de mes recherches relatives à la formation de l'aorte chez le poulet. Ce résultat vient tout à la fois confirmer les faits que vous avez introduits dans la science il y a plus de vingt ans, et répondre, ce me semble, aux objections qu'on pouvait leur adresser.

» Les moyens d'observation que j'ai employés diffèrent beaucoup de ceux qu'on emploie ordinairement dans les études embryogéniques, et pourront peut-être rendre d'assez grands services dans quelques circonstances.

» Ne voulant parler que des points pour lesquels je crois être en mesure de donner la démonstration complète à l'appui de mes assertions, je ne dirai rien encore des premiers moments de la formation des vaisseaux. Je prends l'embryon du poulet, au moins après quarante-huit heures d'incubation. A cette période, j'ai toujours constaté l'existence de deux aortes, comme vous l'avez annoncé dans votre mémoire sur la *loi de symétrie et de conjugaison du système sanguin* (1), et comme l'ont constaté depuis plusieurs physiologistes, tels que M. Allen Thomson, et ensuite MM. Prevost et Lebert; mais ces derniers ont pensé que les deux aortes, loin de venir à se confondre et à ne plus former qu'un seul tronc, comme vous l'aviez observé, disparaissaient au contraire, tandis qu'une aorte simple se formait entre elles sur la ligne médiane (2). Quand les naturalistes que je viens de citer eurent émis cette assertion, l'un d'eux m'engagea à faire des expériences pour m'assurer de quel côté était la vérité; je les exécutai en sa présence, et, dès cette époque, je pus voir que le développement de l'aorte avait lieu comme vous l'aviez reconnu. J'ai renouvelé récemment mes expériences, et aujourd'hui il m'est impossible de conserver le moindre doute.

» Voici comment je suis arrivé au résultat que je cherchais:

» La transparence des tissus chez le jeune poulet n'étant pas toujours assez complète pour laisser voir d'une manière parfaite le trajet des vaisseaux, et trouvant un obstacle pour la dissection dans l'extrême fluidité du sang, j'ai pratiqué des injections qui réussissent parfaitement, même chez des embryons aussi jeunes que ceux que j'avais à étudier. Plaçant les jeunes poulets dans un peu d'eau mélangée d'une très-petite quantité de liquide salin hydrargyré pour raffermir les tissus, il m'est toujours devenu facile d'isoler le cœur par la dissection et de l'ouvrir pour y faire passer un liquide coloré; mais en procédant ainsi, l'injection pénétrait aussi facilement dans les veines que dans les artères, et les préparations n'étaient pas assez circonscrites pour laisser seul en évidence le point sur lequel je portais principalement mon attention. Bientôt je suppléai à cette difficulté en coupant le cœur exactement à la base du bulbe aortique et en poussant l'injection par l'ouverture béante que m'offrait celui-ci. De cette manière j'étais certain de n'injecter que les artères. J'ai toujours employé dans ces recherches la substance qui m'avait été si utile pour l'étude de l'appareil circulatoire chez les invertébrés et surtout chez les vers, c'est-à-dire du bleu de Prusse broyé à l'huile et délayé dans de l'essence de térébenthine pure.

» Lorsqu'un embryon de poulet était préparé comme je viens de le dire, il n'était pas très-difficile d'isoler par la dissection le trajet des plus gros

(1) ANN. DES SCIENCES NAT., 1re série, t. XXI, p. 5 (1830).
(2) COMPTES RENDUS DES SEANCES DE L'ACAD. DES SC., t. XXIV, p. 292 (1847).

---

coup d'épingle, et vous reprochent de gneuser sur l'encens. Mon ami a été, sur ce chapitre, le confident de doléances significatives dont je vous donne avis pour votre gouverne. Ah! monsieur le rédacteur, je l'ai toujours dit, ces malheureux journalistes sont de vraies victimes qui ne peuvent manquer un jour de ceindre la couronne du martyre. Le mal pour le bien, voilà leur lot sur cette terre. Il leur arrive au moral ce qui m'est arrivé au materiel pendant le dernier choléra. Des paysans s'étant mis dans l'esprit que j'avais empoisonné leur parent atteint du mal épidémique ne m'ont-ils pas forcé à avaler la potion par moi prescrite et qui contenait une dose de quinquina à scandaliser le Codex! Je n'ai jamais si bien compris que ce jour-là que la vie du praticien est un calice d'amertume. Il me paraît maintenant que celle de journaliste ne vaut guère mieux.

Je ne vous congratule pas moins pour la manière dont vous entendez les questions professionnelles. La plupart de celles qui se sont présentées dans l'année qui vient de finir, vous les avez résolues avec ce sens positif qui révèle une profonde connaissance du cœur des médecins. Vous avez, par exemple, défendu *mordicus* le privilége général pour frais de dernière maladie. Vous ne vous êtes pas laissé émouvoir par les raisons de sentiment que de magnanimes confrères opposaient à votre opinion, et vous avez établi clairement le droit qu'a le médecin de mettre la main, avant le propriétaire, sur les meubles du trépassé. Je ne sais comment il se fait que, dans ma pratique, j'ai souvent à demander mes honoraires aux héritiers; je n'ai pas eu la curiosité d'en chercher l'explication. Toujours est-il que votre solution m'a été infiniment agréable. Vous n'avez pas non plus ménagé vos foudres contre la patente indirecte dont nous sommes en ce moment frappés. On a reconnu là toute votre sollicitude pour le pauvre argent du praticien, si dur à gagner, si difficile à faire entrer dans le coffre.

En ce qui concerne spécialement la dignité de la profession, les vœux et espérances dont votre Nestor nous entretenait dans le dernier numéro, toucheront tous les cœurs haut placés. Dieu me garde d'y rien reprendre quant aux principes, surtout quand l'auteur a soin de réserver les tempéraments que l'esprit du temps devrait apporter dans l'application. Permettez-moi seulement, si ce n'est pas d'une outrecuidance par trop ridicule, de hasarder à ce sujet quelques réflexions pour lesquelles j'invoque tout ce que la nature a pu vous départir de bienveillance.

Il est certain que le costume du médecin n'a plus rien de caractéristique. Pour ce qui concerne la chevelure, puisque ce point a été touché par l'auteur, depuis que l'édifice dont l'homme de l'art couvrait autrefois son chef n'est plus de mode, il n'est rien de plus favorable à la gravité extérieure que la calvitie. Que font pourtant les médecins chauves? Ils portent perruque. Or tout le monde comprend que cette perruque n'étant pas, comme l'ancienne, à trois marteaux, ne saurait *frapper* beaucoup l'imagination. Bien au contraire, elle n'atteste que des prétentions mondaines. Le reste du costume est à l'avenant. Pour une cravate blanche et un habit noir, on rencontre dix cravates de fantaisie et dix paletots-sacs. J'accorde que la première tenue vaut mieux que la seconde; mais j'estime aussi que la réforme ne demande pas à être poussée loin, et qu'elle n'exercerait qu'une très-mince influence sur la considération et l'autorité du médecin. Encore n'aurait-elle un peu d'utilité qu'avec des clients raffinés comme ceux de nos villes. Chez nous, le paysan ne regarde pas aux vêtements, ou, s'il y regarde, c'est souvent pour préférer ceux qui ressemblent aux siens. La dignité du main-

vaisseaux. Chez l'embryon, après quarante-huit heures d'incubation, les deux aortes se présentaient sous la forme de deux courants très-étroits, parfaitement séparés l'un de l'autre, et très-nettement circonscrits, mais n'ayant pas encore de parois membraneuses susceptibles d'être isolées par la dissection. Après trois jours d'incubation, les deux courants s'étaient élargis, s'étaient rapprochés l'un de l'autre, et se rejoignaient presque dans la portion moyenne entre les arcs aortiques ou branchiaux et l'origine des artères abdominales.

» Dans l'embryon âgé de quelques heures de plus, la réunion des deux aortes primitives était devenue complète dans cette portion moyenne, et dès ce moment, je pus m'assurer que la paroi membraneuse commençait à se former et à pouvoir être mise à nu; tandis que, dans la partie supérieure et la partie inférieure où les deux troncs étaient encore écartés, il n'en existait point. Mais, en poursuivant ces recherches jusqu'au cinquième ou sixième jour, je vis que la fusion des deux aortes se continuait graduellement, en remontant vers les arcs aortiques et en descendant vers les artères abdominales, et que la paroi se constituait en même temps.

» Par ces procédés d'investigation, j'ai réussi plusieurs fois à avoir une série de préparations montrant tous les degrés de réunion des deux aortes, depuis le moment où elles sont complétement séparées l'une de l'autre. Or, par suite de ces recherches, les faits que vous avez exposés il y a déjà longtemps, relativement à la formation de l'aorte, sont pour moi entièrement hors de doute, et je pense qu'il sera facile maintenant à chacun de se convaincre de leur exactitude.

» Une objection, je sais, se présentait à bien des esprits. On se demandait comment deux vaisseaux venant à se rapprocher, leurs parois ne seraient pas un obstacle à leur réunion complète, puisqu'il fallait admettre que les parois se détruisaient du côté interne, pour se réunir ensuite par leurs bords supérieur et inférieur; mais comme j'ai acquis la certitude que les parois membraneuses se constituent quand la réunion s'est opérée, l'objection me paraît tomber d'elle-même.

» Le soupçon émis par M. Baër, que les vaisseaux chez le jeune embryon, arrivant au-dessous de la colonne vertébrale, perdent leurs parois, se trouve donc fondé.

» Je me contente ici de vous signaler, sans plus de détails, les faits que j'ai constatés à plusieurs reprises. La saison défavorable m'a empêché, pour le moment, de poursuivre mes recherches sur le développement de l'ensemble de l'appareil circulatoire, et d'achever les dessins relatifs à cette série d'études; mais c'est un travail que je compte reprendre bientôt. »

Ainsi la conversion des deux aortes primitives en aorte unique et centrale est démontrée par les injections artificielles, de même qu'elle l'avait été par les injections naturelles et par les sections transversales du jeune embryon. Ce sont trois modes de vérification d'un seul et même fait.

Le même mécanisme de formation préside au développement de l'aorte ascendante; c'est-à-dire que les branches d'origine marchent de dehors en dedans pour la constituer.

Les deux artères cervicales que l'on regarde comme étant la première paire d'artères branchiales, constituent, par leurs parties postérieures, les deux racines séparées de l'aorte ascendante.

Du troisième au quatrième jour de l'incubation, à ces racines viennent se joindre les quatre autres branches dites *branchiales* qui apparaissent successivement sur les côtés du pharynx, un peu en avant du bulbe qui doit donner naissance au poumon.

Une portion des premières artères branchiales donne naissance aux artères carotides primitives chez tous les vertébrés, pendant que la partie ascendante de l'aorte et sa crosse sont formées par la réunion d'autres branches des artères branchiales. (Allen Thomson.)

L'aorte ascendante résulte ainsi de l'homœozygie de plusieurs artères branchiales ou cervicales, suivant la classe à laquelle appartiennent les animaux qui sont le sujet de l'observation.

Dans les mammifères et l'homme, elle résulte de la permanence de la quatrième artère branchiale et de la racine aortique du côté gauche; chez les oiseaux, par celles du côté droit; dans la plupart des reptiles, par celles des deux côtés à la fois.

Chez les batraciens à queue, par deux ou trois artères branchiales, et leurs racines se joignant d'un côté à l'autre; chez les poissons osseux, par la réunion des quatre artères; et chez les sélaciens, par toutes les cinq paires de vaisseaux branchiaux ainsi que de leurs racines, qui s'observent aux premières époques du développement du fœtus.

Telles sont les principales métamorphoses qui se remarquent dans l'aorte pendant le cours de sa formation.

MEDECINE PRATIQUE.

DE LA TRANSFUSION DU SANG A PROPOS D'UN CAS SUIVI DE GUÉRISON; par les docteurs Devay et Desgranges, médecin et chirurgien en chef désignés de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Lorsque Harvey, guidé par son génie et soutenu par une ardeur infatigable, eut démontré le cours du sang, les médecins, convaincus de la circulation, n'y virent pas seulement une vérité du plus haut intérêt, ils l'acceptèrent aussi comme une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique. *L'infusion* des médicaments dans les veines, la *transfusion* du sang allaient résoudre tous les problèmes. Désormais le remède, sans être altéré par l'estomac ni perdu dans l'intestin, arriverait directement sur l'organe à guérir. Au faible on donnerait un sang riche, au valétudinaire un sang plein de vie, au furieux le sang d'un animal doux et inoffensif. Qui sait si l'on n'osa pas espérer de rajeunir un vieillard!

L'enthousiasme touchait alors à un extrême, dont l'extrême opposé devait être plus tard un discrédit aussi complet qu'injuste.

Vers l'année 1657, Christophe Wren, fondateur de la Société des sciences de Londres, proposa l'infusion des médicaments dans les veines et la transfusion du sang; c'est même sur ses instances que Clark, Boyle et Henskaw firent des injections médicamenteuses dans les veines. En 1665, Richard Lower fit à Oxford les premiers essais de transfusion sur des animaux. Il adaptait, au moyen d'un tube interposé, la carotide d'un chien à la jugulaire d'un autre. Edmond King répéta l'expérience avec un égal succès, en la modifiant toutefois: au lieu d'injecter du sang artériel, il fit passer le sang d'une veine jugulaire à la jugulaire d'un autre animal. Rien n'avait encore été mis à exécution sur l'homme, quand Denys et Emmerets firent,

---

tien, de la tenue, à la campagne, piètre ressource. Une poignée de main, un colloque sur la moisson prochaine, un troc de quelques bichets de blé contre une pièce de vin, des soins affectueux, voilà ce qui réussit. C'est avec cela que je fais passer mon paletot et ma casquette. Les jours de chapeau, je ne remarque pas que je suis plus considéré. Les mœurs en ceci, comme en tout ce qui est prestige, ont fait une révolution à peu près complète. Même au temps où les médecins vivaient littéralement au milieu de perruques, on se moquait de la leur; il ne faudrait pas aujourd'hui qu'ils se distinguassent beaucoup dans leur mise pour s'attirer le même désagrément. L'avocat porte une robe au tribunal, d'accord, comme le professeur de médecine dans sa chaire, comme le récipiendaire le jour de sa thèse; mais qu'ils s'avisent tous tant qu'ils sont de la porter en ville!

L'avocat sert encore d'exemple pour appuyer l'institution de corporations médicales. Il ne peut guère s'agir aujourd'hui que de conseils disciplinaires: car des corporations antérieures, avec leur inquisition scientifique, avec leurs priviléges civils, on ne voudrait aujourd'hui ni comme médecin, ni comme citoyen. Or, tout en reconnaissant ce qu'il y a de salutaire dans le principe de la discipline, et sans nier qu'on ne pût l'appliquer avec quelque avantage, il ne me serait pas trop difficile d'expliquer pourquoi jusqu'ici, ni gouvernement, ni corps médical, ne se sont montrés très-enthousiastes sur ce chapitre, tandis que, au barreau et dans le notariat, la chose est allée de soi. La grande utilité des conseils de l'ordre des avocats et des chambres de notaire est dans le contrôle d'actes le plus souvent publics, clairement qualifiés, définis dans un grand nombre de cas par la loi elle même; aussi le gouvernement ne craint-il pas dans l'occasion de mettre ces conseils en mouvement par l'intermédiaire d'un autre officier public, du procureur général. La grande utilité des chambres de discipline médicales devrait être dans le contrôle d'actes privés, accomplis du moins dans l'intimité des familles, d'une appréciation délicate, protégés par le respect dû au foyer, — ou d'actes publics souvent mal déterminés et n'engageant pas directement l'honneur: le gouvernement hésitera longtemps peut-être à charger des confrères de cette besogne, et les confrères à l'accepter. Il resterait encore, je le crois, à l'action légitime et avantageuse des conseils une sphère de quelque importance, mais plus rétrécie qu'on ne le suppose généralement par le danger des abus.

Je me hâte de terminer ces remarques, dont le moindre défaut est de paraître contredire un des oracles de la Gazette, bien que la dissidence, s'il y en a une, ne porte pas sur les principes, mais uniquement sur les difficultés et les limites de l'application. Pour finir comme j'ai commencé, monsieur le rédacteur, je vous renouvelle l'expression de mon contentement et de ma reconnaissance d'abonné; je souhaite à l'excellente Gazette une vie sempiternelle, une jeunesse inaltérable et une famille aussi nombreuse que les étoiles du ciel et les grains de sable de la mer.

C'est dans ces sentiments que je suis, monsieur le rédacteur, votre très-dévoné confrère et assidu lecteur,

X.

Pour copie conforme, A. Dechambre.

à Paris, leur première opération (1666). C'était un fou qui reçut une première fois 240 grammes de sang de veau, s'en trouva bien et revint à la raison après une seconde transfusion. Un certain Arthur Coga vient solliciter Lower et King de lui faire la transfusion; il reçoit, après une saignée préalable, du sang que lui fournit la carotide d'un mouton et se déclare très-satisfait. A Rome, Guillaume Riva fit, sur un phthisique, la transfusion sans accident; Paul Menfredi, de son côté, lui dut un beau succès.

Ainsi la transfusion, basée sur des expériences positives, couronnée de plusieurs succès chez l'homme, résistait aux coups de ses détracteurs. Mais là devaient s'arrêter les triomphes. Là devait commencer une période de revers qui allaient aboutir à une prohibition légale. Le malade de Denys et Emmerets eut une récidive qui fit recourir à une nouvelle transfusion, et la mort s'ensuivit. Le fils du baron de Bon mourut après une transfusion; le malade de Riva ne survécut pas longtemps. L'autorité s'émut alors, et le parlement de Paris rendit un arrêt qui défendait de pratiquer la transfusion sous les peines les plus sévères (17 avril 1668).

A dater de ce jour, la transfusion du sang tombe, durant près de deux siècles, dans un tel oubli, que Sprengel, si érudit, si profond sur toutes les questions historiques, n'en dit plus un seul mot. Ce n'est qu'après la publication des travaux de Blundell qu'on la voit reparaître (1818). Waller, Doubleday la reprennent en 1825. Brigham, un an plus tard, la fait heureusement à Manchester. Banner, à Liverpool, s'en sert pour rappeler à la vie une femme près de mourir d'une hémorrhagie utérine (1833). Ingleby, Klett lui doivent aussi des rétablissements inespérés. (P. Bérard, COURS DE PHYSIOLOGIE, 74e leçon, *passim.*)

Voilà donc, une fois encore, la transfusion mise en vigueur, mais débarrassée de tout son ancien prestige, réservée seulement aux cas extrêmes où la première indication est de conjurer une mort imminente et de donner à l'organisation le temps de réparer ses pertes. Malgré des conditions si déplorables, malgré les dangers inhérents à l'opération elle-même, la transfusion du sang a donné des résultats frappants. Elle a réussi dans les cas qui précèdent, elle a réussi dans ceux qu'ont publiés MM. Lane Bougard et Savy. M. le professeur Nélaton, appelé auprès d'une femme en travail, qu'une hémorrhagie grave rendait agonisante, parvint à la ranimer en pratiquant la transfusion. Le lendemain, l'état de la malade était changé : une réaction franche et de bon augure avait succédé aux signes avant-coureurs de la mort; mais par malheur les espérances des premiers jours qui suivirent l'opération s'évanouirent devant une métro-péritonite qui emporta la malade au bout de peu de temps. (BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 30 décembre 1850.) Un cas de transfusion récent, qui a fait une véritable sensation, est celui de M. le docteur Marmonnier, de Domène (Isère). Cet habile praticien, seul dans une campagne, a eu le courage d'entreprendre une opération pareille; bien plus, il a eu le talent de réussir. La malade expirante reçoit 90 grammes de sang ; son rétablissement marche si vite qu'au bout de trente jours elle peut reprendre ses travaux habituels (REVUE MÉDICALE, mars 1851). On trouve encore, dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (15 mai 1851), trois nouveaux faits de transfusion du sang: deux succès et un revers. Les docteurs Bellarsis-Malfen, en Angleterre, et Sacristan, en Espagne, ont été conduits à injecter du sang dans le système circulatoire. L'un et l'autre ont eu la satisfaction de réussir. La mort était presque inévitable chez la malade du docteur Simon. Comment espérer de sauver un malheureux à qui l'on ampute la cuisse, le lendemain d'une transfusion, pour cause d'hémorrhagie consécutive à un phlegmon diffus? Quel organisme résisterait à tant de causes de mort accumulées? M. Monneret a éprouvé un échec en pratiquant la transfusion chez une jeune femme au dernier degré d'anémie, par suite d'hémorrhagies répétées et abondantes. Elle mourut quelques heures après l'opération (GAZ. MÉD., 1851, p. 664). Peut-être doit-on en accuser la précaution qu'avait prise M. Monneret d'enlever la fibrine au sang qu'il allait injecter. Nous ne serions pas éloignés de le croire, malgré les expériences qui prouvent que le sérum et les globules suffisent pour rappeler à la vie un chien en état de mort apparente, après hémorrhagie.

Aux faits que nous venons de citer, nous sommes heureux d'en ajouter un nouveau, de fournir par là un argument de plus en faveur de la méthode, et de montrer encore que le manuel opératoire n'exige pas d'instruments particuliers. On peut être assuré qu'au sein d'un grand hôpital, au milieu d'élèves studieux et dévoués, la transfusion ne manquera jamais faute de sang. Nous en jugeons par le dévouement de M. Lardet, interne des hôpitaux, par sa généreuse spontanéité à offrir de son sang. Qu'il reçoive ici nos félicitations cordiales, et nos remerciments pour le zèle et les soins qu'il a mis à recueillir l'observation détaillée qu'on va lire.

MÉTRORRHAGIE, SUITE D'AVORTEMENT; ANÉMIE EXTRÊME; MORT IMMINENTE; TRANSFUSION DU SANG; GUÉRISON.

OBS. — Le 25 octobre, à neuf heures du matin, au moment où M. le docteur Devay, médecin de la salle dite des troisièmes femmes fiévreuses, terminait sa visite, on couchait dans le lit nº 109 de cette salle une malade qu'on venait d'y apporter. C'était la nommée Marie Guerre, née à Saint-Félix (Savoie), âgée de 27 ans, exerçant à Lyon la profession d'ouvrière en fausse bijouterie. Cette fille d'une complexion assez forte, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est étendue dans son lit, sans mouvement, les paupières immobiles, les yeux éteints, à demi fermés, les traits abattus et la face tout entière d'une pâleur si grande que nous en sommes tous frappés au premier aspect. Voici une hémorrhagie grave, telle fut la première parole de M. Devay en voyant la malade. Les porteurs, qui sont restés présents, nous apprennent en effet que cette femme, à la suite d'un accouchement prématuré, avait eu, les jours précédents, une hémorrhagie si abondante, qu'elle avait *perdu tout son sang.*

A cette heure tout écoulement a à peu près cessé, et on constate les phénomènes suivants : faiblesse générale extrême, intelligence conservée, mais paresseuse et comme engourdie, perte complète de l'usage de la parole. (La malade répond quelquefois par signes affirmatifs ou négatifs, mais péniblement et après s'être fait répéter plusieurs fois la même demande.)

La face, la langue dans toute son étendue, les muqueuses des lèvres et des paupières, offrent une pâleur complète et uniforme. Les membres inférieurs et supérieurs, le tronc, en un mot toute la surface du corps est dépourvue de chaleur. Le pouls est petit, très-accéléré (130 pulsations environ par minute), facilement dépressible et fuyant sous le doigt; les battements du cœur sont faibles et précipités; bruit de diable dans les carotides. A de rares intervalles, la malade semble sortir pour un instant de l'espèce de léthargie où elle est plongée. L'anxiété précordiale est grande, et les muscles de la face se crispant d'une façon convulsive dénotent une souffrance profonde. La bouche exécute certains mouvements, indices d'une soif vive; on lui donne à boire à chaque instant, et ses lèvres saisissent avec avidité les bords du vase, mais l'estomac rejette aussitôt le liquide qu'il vient de recevoir. Le volume et la sensibilité du ventre n'offrent rien de particulier; une pression modérée exercée sur ses parois n'arrache aucun signe de douleur à la malade.

M. Devay fait la prescription suivante :

Potion avec :	Infusion de tilleul et feuille d'oranger.	
	Ergotine Boujean. . . .	1 gramme.
	Sirop de ratanhia . . .	30 —
Tisane de grande consoude. . . .		1 litre.
Ajoutez :	Sirop de roses rouges.	G. C.
Régime :	Une ou deux cuillerées de bouillon.	

Dans le reste de la journée et la nuit, rien de remarquable.

Le lendemain 26, à la visite du matin, tous les phénomènes généraux et particuliers persistent à un degré plus avancé; les yeux paraissent plus éteints que la veille; les paupières, entièrement closes, s'entr'ouvent avec peine et s'abaissent aussitôt. Si la malade essaye de nous montrer sa langue blanche et comme effilée, celle-ci ne peut revenir au dedans de la cavité buccale, et reste engagée entre les arcades dentaires. Les réponses par signes sont plus difficiles à obtenir que la veille. Il existe un état de réfrigération générale.

M. Devay, jugeant alors que la transfusion est la ressource ultime, fait prier M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel Dieu, de se rendre auprès de la malade. Ces messieurs réunis prennent l'avis de M. le docteur Delorme, présent à la visite, et d'un commun accord la transfusion du sang est déclarée la seule chance de salut qui reste à cette femme.

MM. les docteurs Dime, Candy, Bouchet, médecins de l'Hôtel-Dieu, invités à la hâte à vouloir bien assister à l'opération, ainsi que mes collègues MM. Morel et Berne, internes des hôpitaux, constatent l'état de la malade, tel qu'il est relaté ci-dessus.

OPÉRATION. — Aussitôt après, M. Desgranges, qui se charge de cette opération délicate, dispose les instruments qui doivent lui servir; 1° une petite canule à injections veineuses; 2° une seringue à hydrocèle; 3° un stylet aiguillé chargé d'un fil; 4° un bistouri pointu et des pinces à dissection.

La *petite canule*, longue de 3 centim., est formée par la réunion de deux moitiés dissemblables. D'un côté c'est un tube cylindrique de 2 millimètres de diamètre, de l'autre un pavillon allongé, infundibuliforme, dont l'orifice est de 5 mill. de diamètre. Elle est donc construite de façon qu'on puisse la fixer à la veine par une simple ligature, et que sans peine on puisse y adapter le bout de la seringue.

La *seringue à hydrocèle* peut contenir 180 grammes d'eau; le piston, à double parachute, bouche hermétiquement et glisse sans effort. Cette seringue est enveloppée de plusieurs doubles de linge fixés par une bande; elle est plongée ensuite dans un vase rempli d'eau chaude, qu'à tout instant on renouvelle pour avoir constamment une température d'environ + 40° c. Je ne saurais préciser davantage, la préoccupation du moment nous ayant fait négliger l'emploi du thermomètre.

Les autres instruments n'ont rien qui mérite une mention à part. Un premier aide est chargé de soutenir le bras droit sur lequel l'opération va être pratiquée, plus tard de veiller sur la canule et de comprimer la veine. Un second aide saisit la main et tient le membre supérieur dans l'extension.

L'opération commence une fois les préparatifs achevés, et naturellement elle se divise en quatre temps distincts.

PREMIER TEMPS : *Isolement de la veine.* — Vers le milieu de la médiane basilique, et parallèlement à son axe, on fait à la peau une incision de 13 millim. Le tissu cellulaire, la graisse, sont divisés avec précaution, et la veine mise à découvert se distingue facilement à sa coloration bleuâtre. Elle est disséquée avec soin, soulevée ensuite au moyen du stylet que l'on parvient à y faire glisser dessous, comme s'il s'agissait d'une ligature artérielle. Le stylet sert à con-

duire le fil, qui plus tard doit fixer les parois veineuses au cylindre de la canule.

DEUXIÈME TEMPS : *Introduction de la canule* — La veine soulevée par le fil, que tient un des aides, est saisie très-légèrement avec une pince, puis incisée longitudinalement avec le bistouri dans une étendue de 4 millim. Après deux ou trois tentatives, on parvient à insinuer la canule dans le vaisseau, sur lequel on la fixe au moyen du fil. On ne voit point sortir de sang par la canule ; ce qui ne doit point étonner, vu le cours de ce liquide et la difficulté que les valvules opposent à une marche rétrograde. Il survient au contraire un écoulement sanguin à l'angle inférieur de la plaie ; ceci doit être, puisque le sang revient de la périphérie au centre, et qu'une certaine étendue de l'incision reste béante du côté de la main. L'aide, placé près du bras, veille sur la canule et comprime la veine directement au-dessus ; il place un autre doigt sur l'orifice béant du bout inférieur de la veine, afin d'arrêter une perte nouvelle, si petite qu'elle soit.

TROISIÈME TEMPS : *Transfusion.* — Tout étant disposé comme il vient d'être dit, M. Desgranges m'ouvre la veine médiane basilique droite. Le sang est recueilli directement dans la seringue chauffée ; et sans perdre un instant, dès qu'elle est pleine on y met le piston et l'on en chasse l'air avec le plus grand soin. De nouvelles compresses imbibées d'eau bouillante sont enroulées à la seringue. On l'ajuste et l'injection commence.

Le piston est poussé avec précaution et lenteur ; le sang pénètre sans peine, sans qu'il en tombe plus de quelques gouttes à l'extérieur. En *deux minutes et demie*, et à l'abri du plus léger accident, on fait couler 180 grammes de sang pur dans le système veineux de la malade.

QUATRIÈME TEMPS : *Pansement.* — La seringue étant retirée, on ôte la canule en coupant le fil, puis on rapproche les lèvres de la plaie. Une compresse mouillée, pliée en plusieurs doubles, et quelques tours de bande, complètent l'appareil. La malade est remise dans une attitude commode ; elle n'a souffert un peu que durant l'incision de la peau et l'isolement de la veine.

Pendant l'opération, M. Bouchet compte les pulsations de l'artère radiale du côté opposé ; de 130 par minute, elles s'élèvent à 138 vers la fin de l'injection. Celle-ci terminée, les mêmes docteurs et internes, ainsi que quelques élèves en médecine, constatent immédiatement l'état nouveau de la malade.

Phénomènes constatés : Le pouls marque 138 pulsations par minute, 8 de plus qu'avant l'opération. Les pulsations, d'oscillantes qu'elles étaient, sont devenues plus résistantes ; il y a plus d'énergie dans l'artère ; les contractions des ventricules sont régulières ; leur puissance a doublé et même triplé ; le bruit de diable a disparu complétement, les yeux de la malade s'ouvrent, ses regards deviennent intelligents ; elle *remarque* ce qui se passe autour d'elle. La rétraction de la langue de dehors en dedans de la cavité buccale s'exécute facilement. La pointe de cet organe paraît déjà légèrement rosée ; en un mot, l'ensemble des phénomènes nouveaux indique qu'une modification profonde a été imprimée subitement à l'économie tout entière, en présence du nouveau liquide réparateur.

L'excitation générale qui s'était manifestée immédiatement après la transfusion est allée croissant dans le reste de la journée et dans la nuit du 26 au 27. Il y a même eu un peu de délire. La malade pousse fréquemment des cris perçants, prononce des paroles incohérentes, et malgré sa faiblesse réelle, se livre à des mouvements qui nécessitent l'emploi d'un laeq, passé autour du lit pour prévenir une chute qui serait des plus fâcheuses.

Prescription. — Potion : La même que la veille.
Pour boisson : Eau de poulet.
Sirop d'ergotine.
Le soir : Potion musquée.

27 octobre. L'agitation est moindre que la veille ; le pouls est tombé à 110 pulsations. La pâleur du visage et des muqueuses est la même. La température du corps est devenue sensible ; la malade continue d'être très-altérée, mais elle n'éprouve plus ni nausées, ni vomissements.

Prescription : Eau de cannelle orgée.
Potion avec : Teinture de quina. . . . 3 grammes.
Sirop pivoine . . . . 15 —
Tisane de grande consoude . . . . 1 litre.
Ajoutez dans la tisane : Eau de Rabel . . . . 15 gouttes.
Limonade sulfurique . . 1 litre.
Pour le soir, un bol avec : Thériaque. . . . 0g,10
Camphre 0g,10

Vers la fin de la journée, l'état d'excitation disparaît, et la malade tombe dans un collapsus fort inquiétant.

28. La nuit a été bonne, le sommeil long et calme ; le matin le pouls est meilleur, il ne marque plus que 90 pulsations ; la peau a perdu de la sécheresse qu'elle offrait les jours précédents ; l'usage de la parole est revenu, les réponses se font avec facilité ; la langue se colore légèrement, les lèvres ont perdu de leur pâleur, les yeux deviennent brillants ; la malade demande elle-même à manger ; elle prend deux tasses de bouillon dans la journée.

Prescription : *Ut suprà.*
Ajoutez à la potion : Teinture de quinquina. . 4 grammes.
Ajoutez à la tisane de grande consoude : Eau de Rabel. . . . . . . 20 gouttes.

Le soir, le rhythme et le nombre des pulsations sont les mêmes ; les joues se colorent d'une légère teinte rosée. L'état des forces est meilleur.

29. La soif continue, le sentiment de la faim se développe de plus en plus. On ne peut, malgré cela, transporter la malade hors de son lit sans qu'il survienne des défaillances. Les claquements valvulaires sont doués d'un timbre éclatant ; le pouls tend toujours à fuir sous le doigt ; la langue est recouverte d'une éruption aphteuse, blanche, semblable au muguet des enfants.

Prescription. — Potion : *Ut suprà.*
Ajoutez : Extrait de quinquina. . . 2 grammes.
Pour boisson : Eau de poulet.
Eau. . . . . 1 litre.
Sirop des 4 fruits.
Vin de Malaga.

Depuis le commencement de la maladie, les selles sont liquides, noirâtres, d'une odeur fétide. On prescrit aujourd'hui :

Demi-lavement avec : Décocté de serpentaire de Virginie.
Camphre. . . . . 4 grammes.
Extrait de quina. . . . . . 4 —
Extrait de valériane. . . . 4 —

30. La langue s'est dépouillée en partie des aphtes qui la recouvraient ; la malade exhale une légère odeur putride.

Prescription. — Potion avec : Infusion de menthe et tilleul.
Extrait de quina. . . . 4 grammes.
Sirop d'œillets. . . . . 30 —
Pour boisson, un mélange de : Sirop de groseilles.
Vin de Malaga.
Idem : Bouillon de poulet.
Extrait de quina.

31. Rien de nouveau dans l'état de la malade.

Prescription. — Potion : *Ut suprà.*
Lactate de fer. . . 6 pastilles.
Supprimez les bols de thériaque et camphre.

1er novembre. Prescription. — Potion : *Ut suprà.*
Tisane de houblon.
Sirop de gentiane. . . . . . . q. s.
Ajoutez : Teinture de mars tartarisée. . 4 grammes.
Supprimez la tisane au vin de Malaga additionné d'extrait de quinquina.

2 novembre. Battements du cœur un peu obscurs ; bouffissure légère de la racine du nez et des paupières ; miction difficile.

Prescription : Conserve de roses. . . . 80 grammes.
Limaille de fer. . . . . . 1 —
Extrait de ratanhia. . . 4 —
Potion : *Ut suprà.*
Pour boisson : Limonade vineuse.
Bouillon de poulet.
Vin de Bordeaux.
Suspendez la tisane de houblon.

3 novembre. Un peu d'obscurité de la respiration à droite ; bruit de cuir neuf dans le cœur ; bruit de souffle dans les carotides.

Potion : *Ut suprà.*
Pour boisson : Bouillon de poulet.
Vin de Bordeaux.
Eau de Bussang.
Supprimez la limonade vineuse.

4, 5. Prescription : Conserve de roses. . . . 80 grammes.
Limaille de fer . . . . . 1 —
Extrait de ratanhia. . . 4 —
Sirop de cachon. . . . . 30 —
Potion gommée avec : Sirop d'œillets. . . . . . 30 —
Extrait de quina . . . . 3 —

6. Prescription : Suspendez la potion ci-dessus.
4 pilules de Vallet.
Conserve de roses. . . 80 grammes.
Extrait de quina . . . 3 —
Limaille de fer. . . . . 1 —

7. Chaque jour les forces vont en augmentant ; la soif a cessé d'être aussi vive ; la faim se fait plus impérieusement sentir ; la malade commence à manger un peu de poulet ; la plaie faite au pli du bras est dans le même état que le premier jour : atonie complète ; les lèvres de cette petite plaie, réunies le lendemain de l'opération, avec des bandelettes imbibées de collodion, sont même, après la levée de l'appareil, beaucoup plus écartées que dans le principe.

On fait un nouveau pansement avec le baume du commandeur.

Prescription : Vin de Bordeaux.
6 pilules de Vallet.
Suspendez la conserve de roses, etc.

Frictions sur le dos et les cuisses avec le mélange suivant :

Alcool camphré.
Teinture de quina.
Id. de noix vomique.

8. Les jambes sont devenues le siége d'un léger œdème.

Prescription : *Ut suprà.*
Ajoutez : Lait.
Régime, 1/4. Poulet.

9. La malade peut descendre, aller à la garde-robe, et remonter dans son lit sans le secours de personne.

Prescription : *Ut suprà.*
Régime, 1/4, 1/2.

10. Le bruit de souffle persiste dans les carotides ; le dévoiement a cessé.

Prescription : *Ut suprà.*
8 pilules de Vallet.

11. Une réaction s'est déclarée dans les lèvres de la plaie; des bourgeons charnus se forment; la cicatrisation marche avec rapidité.

Prescription : Citrate de fer, 3 pilules de 0,05.
Le reste : *Ut suprà.*

12. Les joues se colorent de plus en plus ; la bouffissure des paupières et de la racine du nez a disparu complètement.

Prescription : *Ut suprà.*
Régime, 1/2.

13. La malade s'est levée hier et s'est promenée dans la salle. Le soir, le membre inférieur droit est douloureux. Le lendemain, une *phlegmatia alba dolens* en occupe toute l'étendue, et s'accompagne d'un état fébrile.

Prescription : *Ut suprà.*

Tout le membre est enveloppé de coton saupoudré de camphre et frictionné deux fois par jour avec le mélange suivant :

Baume tranquille	30 grammes.
Teinture de scille	30 —
Id. de digitale	30 —
Eau-de-vie camphrée	15 —

15. L'engorgement du membre est à peu près le même; le pli de l'aine est douloureux; les lotions avec le liniment précédent sont suspendues et remplacées par des frictions faites matin et soir avec l'onguent napolitain et par l'application, pendant le jour et la nuit, de cataplasmes émollients, rendus plus calmants par l'addition de ciguë et de camphre, et arrosés avec une solution d'extrait de belladone. La malade garde le repos au lit.

16. Prescription : Citrate de fer. . . . . . 5 pilules.
Potion : Infusion de menthe.
Eau de cannelle.
Extrait de quina. . . . 4 grammes.
Sirop de valériane . . . 15 —
Id. d'éther . . . . 15 —

20. La tension de la cuisse et la douleur du pli de l'aine ont cessé; le mollet seul conserve un reste de tuméfaction. De jour en jour le teint se colore d'une manière fort remarquable.

22. Aujourd'hui, il n'y a pas trace de l'ancienne affection qui occupait le membre. On supprime les frictions et l'application des cataplasmes. Bronchite légère.

Prescription : Potion béchique simple.
Tisane de dattes et jujubes.
Lait.
7 pastilles de citrate de fer.

25. La malade recommence à se lever et fait quelques tours de promenade dans la salle; la coloration de son visage a pris une nouvelle intensité; sur la remarque qui lui en est faite, elle nous dit que c'était là son état habituel avant sa maladie.

Prescription : La même que les jours précédents.

29. Depuis le 25, notre malade n'a pas manqué de se lever et de passer dans la salle, assise ou à se promener la plus grande partie de la journée. Cette femme voyant son état s'améliorer si rapidement, avait manifesté plusieurs fois le désir de sortir de l'Hôtel-Dieu. Aujourd'hui M. Devay, après avoir constaté son état de parfaite santé, lui accorde son exeat. Elle nous quitte joyeuse et insouciante, comme elle s'est montrée durant la dernière moitié de sa maladie, et nous remercie avec la plus grande effusion. (Observation recueillie par M. Lardet, interne des hôpitaux) (1).

(1) Nous sommes on ne peut plus sensibles aux marques de bienveillant intérêt que nos confrères, ceux des hôpitaux et de la Société nationale de médecine en particulier, ont données à cette tentative opératoire, nouvelle pour Lyon. Nous ne pouvons les citer tous, la liste en serait trop longue; mais nous ne passerons point sous silence la sollicitude de M. de Polinière pour cette malade, et comme médecin et comme administrateur de l'Hôtel-Dieu ; l'appréciation favorable de M. Pétrequin à la Société de médecine; les paroles pleines de sentiment et d'éloquence de M. Richard (de Nancy), rappelant ce fait dans une circonstance solennelle.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES FIBRES MUSCULAIRES DU MAMELON ET SUR SON ÉRECTILITÉ; par M. le docteur AUG. MERCIER.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans la GAZETTE MÉDICALE du 20 décembre 1851, p. 808, que M. Kœlliker a découvert autour du mamelon de la femme des fibres musculaires disposées en anneaux. Permettez-moi de dire à vos lecteurs qu'il y a déjà près d'une dizaine d'années que je suis arrivé à des résultats qui ont beaucoup d'analogie avec ceux du professeur de Würtzbourg, résultats que je ne manque jamais de citer dans mes cours.

Convaincu que l'érection du corps caverneux est due à la compression que certains muscles exercent sur les veines qui ramènent le sang de la verge (Voir GAZ. MÉD. de 1850, p. 824), je soupçonnai un phénomène analogue dans l'érectilité du mamelon, et c'est ce dont je me suis en effet assuré; mais, avant de livrer ce fait à la publicité, j'avais encore besoin de recherches que des préoccupations de plusieurs sortes ne m'ont pas permis de poursuivre.

Quelques mots cependant que j'ai consignés p. 149 du t. XXXI du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (oct. 1848), établiront mes titres à cet égard. Après avoir exposé brièvement ma théorie de l'érection des organes génitaux, j'ajoute en note : « J'ai constaté dans l'érection du mamelon un fait de *même nature.* »

Et d'ailleurs mes observations ne concordent pas tout à fait avec celles de M. Kœlliker. Tandis que, suivant lui, les fibres en question sont circulaires, suivant moi elles sont semi-elliptiques et forment, de chaque côté du mamelon, un plan dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, dans le même sens que le grand pectoral. Ces plans compriment la base du mamelon comme l'orbiculaire des paupières ferme l'œil, comme le sphincter de l'anus ferme cet orifice, et, quand ils entrent en action, il est facile de voir la peau se plisser dans le sens de la direction de leurs fibres. Ils n'ont pas seulement pour effet de détruire, lorsqu'ils se contractent spasmodiquement, l'équilibre qui existe habituellement entre l'afflux et le retour du sang, mais ils doivent encore concourir, dans les circonstances ordinaires, à retenir le lait dans les ampoules que les conduits galactophores présentent avant d'arriver au mamelon.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Études anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule;* par M. Follin. 2° *Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux ;* par M. Delioux. 3° *Mémoire sur les hémorrhagies des cavités muqueuses ; nouveau mode d'application de la glace dans le traitement de ces hémorrhagies ;* par M. Chassaignac. 4° *De la réduction immédiate dans un cas de hernie étranglée avec perforation de l'intestin ;* par M. Piachaud. 5° *De l'anatomie pathologique du crétinisme ;* par M. Lasegue. 6° *De la syphilisation ou vaccination syphilitique;* par M. Auzias-Tureune. (Voy. GAZ. MÉD., 1851, p. 761.) 7° *Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur ;* par M. Laurencet. 8° *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement ;* par M. Gosselin. 9° *Recherches sur deux variétés assez rares d'acné, décrites sous les noms de* molluscum contagiosum *et de* molluscum pendulum ; par M. Caillault. 10° *De l'encéphalopathie saturnine ; observation suivie de recherches chimiques ;* par M. Empis et M. A. Robinet.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRHAGIES DES CAVITÉS MUQUEUSES; NOUVEAU MODE D'APPLICATION DE LA GLACE DANS LE TRAITEMENT DES CAVITÉS MUQUEUSES; par M. CHASSAIGNAC.

Nous ne reviendrons pas sur les applications de glace au fond de la bouche, dont nous avons déjà donné une idée suffisamment détaillée dans

l'analyse de la première partie de ce travail. Les autres usages de la glace, que M. Chassaignac énumère aujourd'hui, pour des régions différentes, nous semblent ou trop connus ou trop difficilement praticables pour qu'il y ait avantage à les décrire ici. Nous en excepterons cependant le procédé qu'il emploie pour maintenir la glace en contact avec l'œil, procédé dont il se loue comme moyen de prévenir ou de combattre les inflammations oculaires, particulièrement à la suite des opérations de cataracte.

L'appareil contentif consite en une espèce de demi-masque en fil de fer très-fin et très-léger, ne descendant sur la face que dans l'espace occupé par les orbites et maintenu en place par l'élasticité d'un ressort qui s'étend suivant la ligne médiane jusqu'au-dessous de l'occiput où il se termine par une petite pelote; ce ressort soutient en avant le masque destiné à mettre la glace en contact avec les paupières. Ce masque représente une espèce de hotte, largement béante à la partie supérieure, fermée dans sa paroi antérieure par un grillage très-fin, et laissant dans sa paroi postérieure de larges orifices qui correspondent chacun à l'un des orbites.

Il ne s'agit plus que de placer dans l'intérieur du grillage les petits sachets contenant la glace. Pour former les sachets, le linge ne convient pas parce qu'il laisse transsuder l'eau. Le taffetas gommé ne se moule pas avec assez d'exactitude sur la surface oculo-palpébrale. Les substances animales à l'état ordinaire forment des vessies plus souples, mais trop aisément altérables. On y supplée en partie en substituant aux vessies ordinaires celles mieux préparées dont on se sert pour renfermer le tabac; mais celles-là aussi finissent par entrer en décomposition, et ce n'est qu'en les immergeant de temps à autre dans des liquides antiseptiques qu'on parvient à en tirer un meilleur parti. Aujourd'hui M. Chassaignac n'emploie plus que l'intestin de mouton préparé, lequel remplit parfaitement toutes les conditions.

DE LA RÉDUCTION IMMÉDIATE DANS UN CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE AVEC PERFORATION DE L'INTESTIN; par M. PIACHAUD.

Tout l'intérêt de la communication de M. Piachaud se réduit à un fait dont voici les circonstances principales :

OBS.—Une femme, âgée de 75 ans, portait depuis huit ans une hernie crurale. Depuis quatre ans, elle la maintenait avec un bandage sous lequel les viscères s'échappaient néanmoins quelquefois.

Le 6 mars, à la suite d'un effort, elle sentit la tumeur sortir brusquement, mais ne put la faire rentrer. Elle se fit recevoir à la Charité. Les divers moyens mis en usage, ainsi qu'un taxis modérément prolongé, restèrent sans succès. Au bout de cinquante-deux heures, les vomissements devenant stercoraux, M. Velpeau pratiqua l'opération.

Le sac incisé ne contenait point de liquide. Il couvrait une anse intestinale de 3 à 4 centim. de longueur d'un rouge foncé, mais n'offrant pas de fausses membranes ni d'adhérences. En abaissant un peu la tumeur, on sent que l'étranglement est produit par un anneau très-serré, qui permet à peine le passage du bistouri boutonné. On débride sur trois points, en haut, en dedans et en dehors. Alors on attire l'intestin au dehors; mais à ce moment il s'échappe, par le sommet saillant de l'anse herniée, une demi-cuillerée environ de mucus intestinal gris jaunâtre. On reconnaît sur la surface de l'intestin une petite fissure allongée dans le sens de son canal et qui permettrait facilement le passage d'une tête d'épingle. Ni au pourtour de cette perforation, ni au niveau du cercle constricteur, l'intestin ne paraît altéré. On l'attire au dehors dans l'étendue de 3 à 4 centim.; il est sain, quoiqu'un peu congestionné.

M. Velpeau, malgré cette perforation, procède immédiatement à la réduction, qui se fait sans aucune difficulté. Le cours des matières se rétablit sans obstacle. Il ne survint aucun accident, et la malade sortit, en très-bon état de l'hôpital au bout d'un mois environ.

M. Piachaud se demande d'où provenait cette perforation. Résultait-elle, dit-il, d'un travail pathologique, ou bien avait-elle été produite accidentellement par l'action du bistouri? — Si l'on considère le siége exceptionnel de cette lésion, dans le point où la gangrène ne survient jamais qu'en dernier lieu; si en outre on tient compte de la netteté de ses bords, de l'intégrité des tissus à son pourtour, on sera sans doute porté à admettre la seconde explication vers laquelle M. Piachaud lui-même semble incliner. Cette lésion vient d'autant plus probablement du fait de l'opérateur qu'il n'y avait, on l'a vu plus haut, aucune trace de liquide entre les parois du sac et de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, la perforation existant, fallait-il retenir l'intestin au dehors? M. Velpeau se fondant sur l'heureuse issue de quelques cas de ce genre qui s'étaient déjà présentés à son observation, prit immédiatement le parti contraire, et il procéda à la réduction, dit M. Piachaud, de la même manière que si l'intestin eût été parfaitement intact.

Mais il ne faut pas, ajoute son prudent interprète, se hâter de généraliser une pratique pareille, ni croire qu'elle est applicable à tous les cas de perforation intestinale qu'on rencontre dans les hernies étranglées. Il faut, pour qu'elle ait chance de réussir, que la perforation soit petite, de figure allongée, se rapprochant de la forme d'une fissure. Il faut, en outre et surtout, que l'intestin soit sain tout autour, ou du moins que la vitalité de ses tissus ne paraisse pas être notablement altérée. Si, au contraire, sa teinte est livide, si dans quelques points la mortification semble imminente ou s'est déjà en partie effectuée, il y a grande probabilité que ce travail continuerait à faire des progrès après la réduction de la hernie, et dans ce cas la conduite du chirurgien devra être différente.

— Dans l'observation que nous venons de reproduire, on a vu que l'événement a été favorable. Est-ce le cas de dire qu'il a donné raison à l'opérateur? Nous ne saurions prendre sur nous de l'affirmer. De semblables hardiesses ne sont pleinement justifiées que lorsqu'il y avait un péril flagrant à conjurer, et que le parti adopté est lui-même exempt de risques. Or dans l'espèce on avait, il est vrai, en laissant l'intestin au dehors, à craindre l'établissement d'une fistule stercorale. Mais ce n'est là qu'une incommodité n'entraînant pas le moindre danger, et à laquelle la nature aurait d'ailleurs mis bonne et prompte fin. D'un autre côté, la réduction de l'intestin jusque dans l'abdomen pouvait-elle être ici considérée comme sûrement innocente? Il est d'autant plus permis d'en douter que la solution de continuité, représentée d'abord comme admettant une tête d'épingle, est plus loin évaluée par M. Piachaud lui-même (page 343) à 3 ou 4 lignes de longueur. Évidemment il y aurait en là sujet d'hésiter pour tout chirurgien; et M. Velpeau n'eût sans doute pas agi de la même manière si, comme professeur de clinique, sa conduite ne lui eût été dictée en quelque sorte par le débridement qu'il avait exécuté avant d'apercevoir la perforation.

Du reste, un troisième plan de traitement existe dans la science et eût été de tout point préférable; c'est celui qu'a enseigné Dupuytren, et que nous lui avons vu suivre, en 1833, dans un cas où il avait, lui aussi, involontairement perforé l'intestin en incisant le sac. Il consiste à ne repousser l'intestin *que dans le canal crural*, préalablement débridé. De cette manière, on épargne à l'opéré les lenteurs de la cicatrisation d'une fistule stercorale, tout en le mettant en sûreté contre les dangers d'un épanchement de matières dans le péritoine, si la perforation ne s'oblitère point.

RECHERCHES SUR L'ÉPAISSISSEMENT PSEUDO-MEMBRANEUX DE LA TUNIQUE VAGINALE DANS L'HYDROCÈLE ET L'HÉMATOCÈLE ET SUR SON TRAITEMENT; par M. GOSSELIN.

Attribué par les uns à une inflammation chronique qui a épaissi la membrane séreuse elle-même, par d'autres à l'effet consécutif d'une exhalation sanguine, l'épaississement que M. Gosselin étudie dans ce mémoire n'a de sens étiologique ni anatomique bien exact pour personne. Boyer, plus tard M. Blandin, en avaient cependant déjà signalé le véritable mode de production. Mais leur opinion, formulée en passant, pour ainsi dire, n'avait pas suffisamment fixé l'attention des praticiens. M. Gosselin a pu constater que, à l'exemple de ce qui a lieu au péricarde et surtout à la plèvre, le phénomène dépend ici de la formation de fausses membranes qui doublent la face interne de la séreuse.

Elles ne tapissent que le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Tantôt elles s'arrêtent à l'épididyme, ou si elles vont jusqu'au testicule, elles deviennent là si minces et si adhérentes, qu'on ne peut les suivre qu'avec beaucoup de difficulté.

Le liquide de l'hydrocèle est, dans ces cas, tantôt limpide, plus souvent rougeâtre, ressemblant à du chocolat cuit ou à de la lie de vin. Parfois il renferme des grumeaux fibrineux ou des exsudations plastiques, fausses membranes récentes destinées à augmenter ultérieurement l'épaisseur de celle qui est déjà accolée.

Quant à cette fausse membrane, assez facile à détacher de la séreuse, elle offre de 1 à plusieurs centimètres d'épaisseur. Au début, son tissu est souple et flexible; plus tard, la coque devient plus consistante, s'affaisse difficilement; enfin, à un troisième degré, ces caractères se prononcent encore davantage, il se forme des incrustations plutôt calcaires que véritablement osseuses. L'altération est alors parvenue à cet état que les chirurgiens connaissent sous le nom de *transformation ou dégénérescence fibro-cartilagineuse* de la tunique vaginale.

Ces pseudo-membranes, examinées au microscope, n'ont présenté que des fibres courtes, étroites, non réunies en faisceaux, quelquefois très-peu nombreuses, et comme perdues au milieu d'une matière amorphe. — Elles renferment des vaisseaux sanguins qui se continuent avec ceux de la tunique vaginale normale.

Dans ces cas, la tunique fibreuse et la séreuse sont parfois épaissies, mais à un faible degré. Elles ne deviennent jamais non plus denses, ni d'aspect fibro-cartilagineux, comme la fausse membrane. — M. Gosselin ne nie pas pour cela que ces deux membranes ne puissent subir, dans d'autres circonstances, une inflammation chronique, et par suite une augmentation de leur épaisseur normale.

Quant au testicule, il est ordinairement situé à la partie supérieure et postérieure de la poche, comme dans l'hydrocèle simple. On l'a aussi rencontré soit en avant, soit en bas. Il est souvent aplati et refoulé dans l'épaisseur des autres enveloppes, ne faisant plus de saillie à l'intérieur de la cavité vaginale. Ceci s'explique par des considérations toutes simples. Dans l'hydrocèle ordinaire, la poche ne se laisse pas distendre à l'endroit où le testicule adhère, parce que la résistance y est plus grande que dans les autres points. Le testicule n'est donc pas refoulé et continue de faire saillie dans la tunique vaginale. Mais quand celle-ci est doublée par une fausse membrane dense, peu extensible, qui ne se continue pas jusque sur le testicule, l'endroit où ce dernier adhère, prête autant et même plus à la distension que les autres, au niveau desquels se trouve un obstacle apporté par la pseudo-membrane. Il est d'autant plus important de connaître ces différences que la consistance des enveloppes ne permet pas ici au doigt non plus qu'à l'œil de constater la situation du testicule.

L'épididyme, parfois à sa place naturelle, est dans d'autres cas éloigné, surtout par son corps ou partie moyenne, du testicule : on le trouve à une distance de 2, 3, 4 à 5 centimètres et même plus. Il faut avoir cette disposition présente à l'esprit; car on pourrait méconnaître l'épididyme ainsi dévié de sa position normale, et le couper ou l'exciser par mégarde dans une opération de l'hydrocèle par incision, opération que l'on pratique souvent en pareille circonstance.

Dans un prochain article, nous ferons connaître, en en appréciant la portée, les déductions pathologiques et opératoires auxquelles ces notions d'anatomie ont conduit M. Gosselin.

DE L'ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE ; OBSERVATION SUIVIE DE RECHERCHES CHIMIQUES ; par le docteur EMPIS.

MM. Devergie et Hervy ont mis hors de doute la présence normale du plomb dans l'économie ; et l'on comprendra la gravité de ce fait quand on remarquera que le plomb normal se décèle par des procédés chimiques dont les experts se sont plus d'une fois autorisés pour affirmer devant la justice l'existence d'un empoisonnement par des substances plombiques. C'est à M. Orfila qu'on doit la connaissance d'un procédé propre à faire reconnaître le métal toxique à l'exclusion du métal normal. Ce procédé est le suivant. Si les matières suspectes sont *liquides*, on les fait bouillir pendant quelques minutes dans une capsule de porcelaine pour coaguler, en partie du moins, la matière organique. Si elles sont *épaisses* ou *presque solides*, on les étend d'eau avant de les faire chauffer. On filtre la liqueur et on la fait traverser par un courant de gaz sulfhydrique; s'il se forme un précipité de sulfure de plomb noir, on traite celui-ci par l'acide nitrique affaibli. Si, au contraire, le gaz sulfhydrique est sans action sur cette liqueur, on la fait évaporer jusqu'à siccité, et l'on carbonise le produit de l'évaporation par l'acide azotique mêlé d'un quinzième de son poids de chlorate de potasse. Le charbon obtenu, traité pendant un quart d'heure environ par de l'eau régale étendue de son volume d'eau et bouillante, cédera à l'acide le plomb qu'il pouvait contenir et dissoudra également la petite proportion de sulfate de plomb qui aurait pu se former par suite de la transformation de l'acide sulfhydrique en acide sulfurique. La dissolution filtrée et évaporée jusqu'à siccité laissera un sel de plomb facile à reconnaître. Le coagulum qui s'est produit en chauffant les matières suspectes jusqu'à l'ébullition, après avoir été desséché, sera également carbonisé par l'acide azotique mêlé d'un quinzième de son poids de chlorate de potasse, et le charbon sera soumis au traitement qui vient d'être indiqué en parlant des matières liquides (MÉD. LÉG., t. III, p. 473). Que s'il s'agit de retrouver le plomb absorbé et contenu *dans les tissus* du canal digestif, du foie, du cerveau, etc., on coupera ces viscères en petits morceaux, on les fera bouillir pendant une heure dans une capsule de porcelaine avec de l'eau distillée *à peine acidulée par de l'acide acétique pur*. On filtrera, et après avoir évaporé la liqueur filtrée jusqu'à siccité, on carbonisera le produit de l'évaporation par un mélange d'acide azotique et de chlorate de potasse. Le reste de l'opération comme précédemment. (*Ibid.*, p. 477.)

Par ce dernier procédé, l'eau acidulée ne dissout pas un atome du plomb que les organes renferment naturellement. Ce plomb est mis à nu au contraire, si, comme on l'a fait à tort dans certains cas d'empoisonnement, on traite les tissus par l'*eau régale bouillante*.

Depuis les travaux de M. Orfila, M. Chatin a cherché dans les organes d'un individu mort d'encéphalopathie saturnine la présence du plomb (JOUR. DE CHIM. MÉD., fév. 1851). Ses expériences ont porté sur le foie et le cerveau. La moitié de la masse encéphalique et 300 grammes du foie ont été soumis *au mode d'analyse indiqué par M. Orfila*, et du plomb a été décelé dans ces deux viscères : un quart de centigramme dans le foie et un quart de milligramme dans le cerveau ; d'où il faut conclure que, à l'exclusion du plomb naturel, on peut trouver une quantité appréciable de plomb dans les organes des cérusiers morts d'accidents saturnins.

Or la nouvelle expérience que produit M. Empis et pour l'intelligence de laquelle nous avons dû entrer dans tous ces détails, a donné, en fait, des résultats tout à fait opposés à ceux qu'avait obtenus M. Chatin. Voyons d'abord cette expérience ; nous dirons ensuite à quelles explications elle peut conduire.

OBS. — Un individu, âgé de 55 ans, travailla en blanc de céruse pour la première fois le 1er avril 1851. Pendant vingt-six jours sa santé n'éprouva aucun dérangement ; mais le vingt-septième, il offrit les premiers symptômes de la colique saturnine et se rendit de suite à l'Hôtel-Dieu. L'affection était des plus caractérisées. On eut recours à la potion purgative des peintres. Quatre jours après, la convalescence était décidée. Le ventre était souple, indolent. Le malade mangeait deux portions. Mais le 6 mai, sans avoir été soumis de nouveau aux émanations saturnines, se trouvant encore à l'hôpital, il devient triste, silencieux, ne mange pas, et se recouche sans se plaindre à personne. Vers le milieu de la nuit, il fut pris d'un délire violent, pendant lequel il sauta hors de son lit, en proie à la plus vive agitation. Attaché sur son lit, il eut des convulsions violentes, puis une contracture presque générale. Jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin ; rigidité considérable, accompagnée de petites convulsions cloniques. Mains fermées, fléchies sur les avant-bras, et ceux-ci sur les bras ; tronc courbé en avant comme dans l'opisthotonos ; tête fléchie sur la poitrine ; tension des muscles sterno-mastoïdiens. Application de sangsues derrière les apophyses mastoïdes, sinapismes, purgatifs, rien ne réussit. Le malade tomba dans le coma, et la mort eut lieu 30 heures environ après l'apparition des premiers signes de l'encéphalopathie.

L'autopsie ne révéla nulle part aucune lésion, ni dans les méninges cérébrales, ni dans le cerveau. « Nous avons, dit l'auteur, minutieusement examiné l'état de tous les organes, et nous pouvons affirmer que dans leur couleur, leur consistance, leur conformation, en un mot que dans leurs caractères anatomiques, ils ne présentaient aucune altération appréciable. »

C'est sur ce sujet qu'a été faite l'expérience de M. Empis, aidé de M. Auguste Robinet, interne en pharmacie.

200 grammes de cerveau pris dans toutes les parties de la masse encéphalique, ainsi que la pie-mère, coupés en tranches très-minces, sont restés pendant cinq heures en macération dans une eau distillée fortement aiguisée d'acide acétique, et ont été soumis pendant une heure et demie à l'ébullition dans une capsule de porcelaine; on ajoutait de l'eau acidulée lorsque l'évaporation le nécessitait. La pie-mère est devenue promptement noire; le cerveau, à peu de chose près, a conservé sa couleur. La décoction filtrée sur du papier qui ne contenait pas de plomb a donné une liqueur jaunâtre claire qui, essayée immédiatement par un courant d'hydrogène sulfuré, n'a donné aucun précipité. Évaporation de la liqueur jusqu'à siccité; carbonisation du résidu par l'acide azotique et le chlorate de potasse, obtenue en projetant avec précaution dans le mélange acide le résidu pulvérisé. Il s'est produit un boursoufflement considérable, puis une déflagration vive qui a laissé dans la capsule un charbon très-léger. Ce charbon a été ensuite traité par l'eau régale pour dissoudre le sulfate qui aurait pu se former par suite du courant d'hydrogène sulfuré. La liqueur, évaporée à siccité, reprise par l'eau distillée, légèrement acidifiée par l'acide nitrique, a été neutralisée et traitée par un courant d'hydrogène sulfuré. Aucun précipité. Enfin, on l'a réduite au plus petit volume possible, et l'on a seulement obtenu un léger précipité de sulfure de fer. Aucun indice de plomb par les autres réactifs.

Le procédé de M. Orfila, strictement suivi, n'avait donc pas donné trace de plomb. Les auteurs ont alors essayé celui à l'aide duquel on découvre le plomb normal. La matière cérébrale a été carbonisée et incinérée à trois reprises dans une capsule de porcelaine; la cendre obtenue était d'un gris légèrement rougeâtre. On l'a fait bouillir dans l'eau acidulée par l'acide nitrique; on a filtré et concentré convenablement le liquide, qui a donné toutes les réactions d'une dissolution plombique: précipité brun noir par l'hydrogène sulfuré et les sulfures alcalins; précipité jaune avec le chromate de potasse; au bout d'une heure, avec le sulfate de soude, précipité blanc sensible, noircissant par l'hydrogène sulfuré: avec l'iodure de potassium, précipité d'iodure de plomb long à se former. Le poids de ces précipités n'a pas été évalué; mais il a paru aux expérimentateurs que le métal était en très-grande abondance, eu égard du moins à la quantité qu'on trouve ordinairement dans l'économie à l'état normal.

Une autre expérience a été faite sur le foie et sur la bile.

Le charbon obtenu sur 300 grammes de viscère par l'acide azotique et le chlorate de potasse a été traité par l'eau acidulée avec l'acide azotique, puis celle-ci essayée par les réactifs propres à déceler le plomb; on n'y a trouvé qu'une légère quantité de fer. Ici encore, le procédé de M. Orfila ne donnait pas de plomb. La matière du foie a été reprise par une forte calcination, et les cendres traitées convenablement ont fourni du plomb, mais en quantité très-inférieure proportionnellement à celle qui avait été retirée du cerveau.

La bile recueillie dans la vésicule et traitée convenablement n'a fourni aucune trace de plomb, mais seulement du fer en grande quantité.

En résumé donc, le procédé qui, dans les empoisonnements par ingestion de plomb, décèle le métal toxique à l'exclusion du métal naturel; le procédé qui, entre les mains de M. Chatin, avait mis à nu le métal absorbé dans un cas d'encéphalopathie saturnine, et non l'autre; ce procédé, appliqué au cerveau et au foie d'un individu mort de la même affection, n'a pas donné un atome de plomb à MM. Empis et Auguste Robinet. Mais, en revanche, chez le même individu, le plomb décelé par le procédé qui peut seul donner le plomb constitutionnel était plus abondant dans l'organe qui avait souffert, c'est-à-dire dans le cerveau, que dans le foie, et il y était en quantité de beaucoup supérieure à celle qu'on trouve d'ordinaire dans l'encéphale sain.

Si ces expériences ont été bien faites, comme il n'est guère permis d'en douter à qui en a lu le récit, la seule explication possible quant à présent, c'est que l'intoxication saturnine peut opérer sur l'économie deux effets: imprégner les organes d'une certaine quantité de plomb, que le procédé de M. Orfila permettra toujours de découvrir, et faire pénétrer cette substance dans l'organisation à l'état d'*élément constituant*, de manière à augmenter la quantité du plomb dit normal. Dans ce dernier cas, elle ne pourra être décelée que par la carbonisation et l'*incinération* des tissus, l'ébullition de la cendre obtenue dans l'eau acidifiée par l'acide nitrique, en un mot par le procédé qui peut seul mettre à nu le plomb physiologique. Si l'économie est imprégnée d'émanations plombiques depuis peu de temps, le premier procédé donnera une quantité variable de plomb, et le second n'en donnera que très-peu, comme il arrive chez les individus sains. Si l'imprégnation est un peu ancienne, une partie du métal sera déjà assimilée, et le second procédé donnera une proportion relativement considérable de plomb constitutionnel. Si enfin l'individu a cessé depuis quelque temps de s'exposer aux émanations saturnines, il pourra se faire que tout le plomb absorbé soit passé à l'état d'élément constituant. Telle est l'induction à laquelle les auteurs ont été conduits. Nous devons seulement faire remarquer que l'individu qui n'a donné à l'analyse que du plomb constitutionnel n'était soustrait que depuis une dizaine de jours à l'atmosphère plombique, et qu'il en avait été enveloppé avant sa maladie pendant vingt-sept jours.

A. Dechambre et P. Diday.

(*La suite au numéro prochain.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 décembre. — Présidence de M. Rayer.

Staphyloraphie chez les enfants.

M. Sédillot adresse une note sur la possibilité et les avantages de la staphyloraphie chez les enfants d'après les règles de sa nouvelle méthode.

Toutes les personnes opérées de la staphyloraphie, dit l'auteur, ne recouvrent pas le libre exercice de la parole. Leur voix reste souvent nasonnée, et la prononciation de certains mots est difficile et vicieuse.

Cet état s'explique par l'inaptitude des malades à bien parler, et par la malformation de leurs organes.

Si l'on n'a pas appris une langue dans son enfance, seule époque de la vie où les prononciations s'acquièrent avec une merveilleuse facilité, il est fort rare d'arriver jamais à perdre tout accent d'origine étrangère. Non-seulement la voix se refuse à exprimer nettement certains sons, mais l'oreille ne les distingue pas; et si un maître exercé nous les fait entendre, nous les répétons tout différemment sans le soupçonner.

La plupart des opérés de la staphyloraphie se trouvent dans des conditions semblables. Ils doivent apprendre leur propre langue qu'ils n'ont jamais su prononcer, et ils éprouvent les mêmes difficultés que pour une langue étrangère.

On parvient à leur faire exprimer assez clairement les mots sans nasonnement marqué; mais dès qu'on n'est plus là pour les guider, la prononciation redevient irrégulière et défectueuse.

C'est là un des inconvénients de l'âge avancé auquel on a pratiqué la staphyloraphie jusqu'à ce jour, et il était fort à désirer que l'on pût exécuter cette opération sur des sujets plus jeunes et plus aptes à en recueillir les bénéfices.

Les diverses parties d'un même appareil se produisent et se développent dans un état de dépendance réciproque, et les vices d'organisation de l'une d'elles impriment des modifications plus ou moins profondes aux organes congénères.

Les cavités buccale et nasale subissent cet ordre d'influence chez les personnes atteintes de division congéniale du voile du palais. Les ailes du nez, pour nous borner à cet exemple particulier, se resserrent et tendent à rétrécir l'orifice nasal dans tous les cas où l'air doit être retenu pour la formation de la parole.

On conçoit dès lors que plus on aura retardé la staphyloraphie, et moins les malades en profiteront en général, puisqu'ils auront ensuite à lutter contre des vices d'organisation très-difficiles à corriger.

L'indication à remplir consisterait à pratiquer la staphyloraphie dès les premières années de la vie, et il n'est pas sans doute impossible que l'on y parvienne.

Jusqu'à ce jour les difficultés du Manuel opératoire, celles encore plus grandes de la réunion immédiate du voile du palais, et la force de volonté nécessaire aux malades pour rester plusieurs jours sans même avaler leur salive, avaient fait retarder l'opération jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans; et pour plus de sûreté les parents exagéraient ce retard, et pouvaient se croire fondés, d'après l'opinion commune, à espérer ainsi de meilleures chances de succès.

C'est une erreur qu'il importe de détruire aujourd'hui que nous pouvons opérer beaucoup plus tôt les malades en suivant les règles de notre méthode; et j'attendais avec impatience le moment d'en établir expérimentalement la preuve.

Cette occasion m'a été dernièrement fournie par un de mes honorables collègues et amis, M. le docteur Schneider, qui m'a appelé à traiter une jeune enfant de 10 ans atteinte de division congénitale et complète du voile du palais.

La staphyloraphie, pratiquée le 12 novembre de cette année, réussit parfaitement, et la parole est déjà devenue (25 décembre) plus claire et plus nette qu'elle ne l'était au bout de plusieurs mois chez un jeune comte allemand, âgé de 25 ans, que j'ai opéré cet été.

La staphyloraphie rendue applicable à l'enfance et donnant des résultats plus avantageux et plus certains, nous paraît constituer un véritable progrès, et nous aurons l'honneur de continuer à communiquer à l'Académie les faits qui confirmeront ces remarques.

Structure du foie.

M. Lereboullet, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, transmet le résumé suivant d'un travail sur la structure intime du foie, qu'il a présenté le 27 février 1851, à l'Académie de médecine de Paris, pour le concours pour le prix Portal.

1. Les organes préparateurs du liquide biliaire sont des cellules, c'est-à-dire des éléments organiques creux, analogues aux utricules des végétaux. Ce fait est aujourd'hui hors de toute contestation.

2. Le foie des mollusques et celui des crustacés (écrevisse) renferment deux sortes de cellules: des cellules biliaires et des cellules graisseuses.

3. Ces deux sortes de cellules se multiplient par génération endogène.

4. Les cellules graisseuses ne me paraissent être que transitoires. Je crois qu'elles se transforment elles-mêmes en cellules biliaires par dépôt de granules biliaires et par disparition de la graisse qu'elles renfermaient.

5. Le foie des vertébrés est composé de lobules, c'est-à-dire de petits amas d'éléments sécréteurs groupés pour former des granulations de dimension variable, mais qui dépassent rarement 2 millim. Ces lobules ou granulations hépatiques se confondent souvent les uns avec les autres. C'est dans le foie du porc qu'on les distingue le mieux, parce qu'ils sont entourés d'une enveloppe spéciale ou continuation directe avec la capsule de Glisson.

Dans le foie de l'homme, les lobules sont toujours plus ou moins confondus.

6. Les deux couleurs du foie ne tiennent pas à l'existence de deux substances distinctes, ni par conséquent à l'accumulation plus ou moins grande de la bile dans ses canaux sécréteurs; elles dépendent uniquement du degré de réplétion des vaisseaux portes périlobulaires ou des veines hépatiques qui occupent le centre des lobules (veines centrales). Lorsque le sang stase dans les veinules portales, la périphérie du lobule est plus foncée que le centre; c'est le contraire lorsque les veinules portales sont plus ou moins vides, tandis que le réseau central est encore rempli de sang, comme on le voit dans diverses altérations pathologiques, particulièrement dans le foie gras.

7. Il existe dans le foie de porc, autour de chaque lobule sécréteur, une véritable enveloppe celluleuse que l'on peut facilement mettre en évidence et qui sépare nettement les lobules les uns des autres. Les éléments fibrillaires qui forment cette capsule se continuent avec les gaines celluleuses des vaisseaux (capsule de Glisson). Dans l'homme, on ne peut démontrer aucune trace de cette enveloppe lobulaire.

8. Le lobule hépatique est à lui seul un petit foie, composé de cellules sécrétoires et de réseaux capillaires sanguins afférents.

9. Les cellules *sécrétoires* ou *biliaires* des animaux vertébrés sont, comme celles des animaux sans vertèbres, de véritables utricules. A la vérité les parois opposées de ces sacs fermés de toutes parts sont plus ou moins appliquées l'une contre l'autre; mais on peut les gonfler et les rendre ovoïdes en les traitant par le chloroforme; d'un autre côté, l'étude des cellules graisseuses fait voir que la graisse se développe dans leur intérieur et soulève leurs parois.

10. Ces cellules contiennent habituellement: 1° un noyau sphérique avec un nombre variable de petits nucléoles punctiformes, transparents; 2° des granulations grises ou fauves, éparses dans la cellule ou accumulées en petits tas (granules biliaires); 3° des vésicules graisseuses, très-petites, répandues au milieu des granules précédents.

11. L'existence de ces divers éléments dans l'intérieur des cellules n'est pas constante. Le noyau manque assez souvent; les granules biliaires ne sont pas toujours amoncelés et les vésicules graisseuses ne sont pas toujours distinctes.

12. Les dimensions du noyau sont assez constantes; cependant j'ai rencontré

plusieurs fois des noyaux beaucoup plus gros que de coutume et que l'on pourrait très-bien regarder comme des cellules incluses.

13. On trouve quelquefois des cellules contenant deux noyaux d'égale grandeur; cette circonstance, rare dans les foies sains, paraît plus commune dans certains cas de maladie de ce viscère.

14. Quoique j'aie observé quelques cellules endogènes dans le foie de l'homme, je ne puis affirmer que ces sortes de cellules existent à l'état normal; elles sont du moins toujours très-rares dans l'homme et dans les mammifères, ainsi que dans les oiseaux.

15. Les cellules endogènes existent positivement dans les reptiles (grenouilles et salamandres) et dans les poissons.

16. C'est dans le foie des poissons seulement que j'ai trouvé des cellules graisseuses distinctes des cellules biliaires, encore les vésicules graisseuses contenues dans ces cellules étaient-elles petites et peu nombreuses.

17. Dans le foie des fœtus des mammifères, il existe deux sortes de cellules, des cellules graisseuses en grand nombre et des cellules biliaires endogènes, toujours plus petites que les précédentes.

18. Les cellules graisseuses, qui composaient la presque totalité du foie d'un fœtus de lapin de quinze jours, étaient remplies de vésicules d'égale grandeur.

19. Dans un fœtus humain à terme, je n'ai plus trouvé de cellules graisseuses particulières, mais j'ai vu encore quelques cellules biliaires endogènes.

20. La prédominance des cellules graisseuses dans le foie du fœtus non encore à terme et l'existence de ces cellules dans le foie des poissons et dans celui des animaux sans vertèbres, me confirment dans l'opinion que j'ai énoncée plus haut (n° 4) que ces cellules graisseuses sont le premier état des cellules biliaires.

21. Le grand nombre des cellules endogènes (graisseuses ou biliaires) dans les animaux inférieurs et dans les fœtus, et la rareté de ces cellules dans les vertébrés supérieurs, nous autorise à regarder les cellules biliaires de ces derniers, comme ayant atteint le terme de leur évolution.

22. Les cellules biliaires sont disposées à la suite les unes des autres de manière à former des séries longitudinales qui convergent toutes vers le centre du lobule. Ces séries longitudinales sont unies par des séries transversales plus courtes, de manière à représenter un réseau à mailles polygonales ou arrondies vers la périphérie du lobule, tandis que ces mailles sont allongées dans sa partie centrale.

23. Chaque cordon du réseau est double, c'est-à-dire formé par deux rangées de cellules qui se touchent par leurs bords et ne laissent entre elles qu'un intervalle linéaire.

24. Mais ces deux rangées de cellules ne sont que juxta-posées; elles se séparent facilement à la plus légère traction.

25. Les cellules qui constituent les séries sont au contraire très-adhérentes les unes aux autres; voilà pourquoi on rencontre souvent de ces séries simples de cellules encore adhérentes, quand on racle une portion de la substance du foie.

26. Les séries de cellules ou chaînettes ne sont pas des tubes, comme le croit M. E.-H. Weber; les cellules qui les composent ne s'ouvrent pas les unes dans les autres, elles sont au contraire parfaitement circonscrites et indépendantes.

27. Le réseau formé par les doubles chaînettes ou doubles rangées de cellules biliaires occupe toute l'épaisseur du lobule, depuis les vaisseaux périphériques jusqu'au vaisseau central. Il est donc inexact de dire que la sécrétion se fait exclusivement à la périphérie.

28. Les mailles du réseau biliaire sont remplies par les cordons des vaisseaux sanguins du lobule.

29. Les doubles cordons du réseau biliaire sont probablement entourés d'une membrane propre qui constituerait la membrane fondamentale des tubes sécréteurs; mais celle-ci est tellement adhérente à la paroi des vaisseaux sanguins, qu'il est impossible de la préparer et de la mettre en évidence, de manière à faire voir que les cellules biliaires ne sont que des cellules épithéliales.

30. A l'état naturel, les tubes sécréteurs sont donc pleins, c'est-à-dire entièrement occupés par les cellules sécrétoires; la cavité de ces tubes est simplement linéaire.

31. Quand on fait pénétrer une matière à injection dans les voies biliaires, cette matière distend les intervalles linéaires dont il vient d'être question, comprime les cellules et fait voir un réseau de canalicules qui prend la place du réseau de cellules décrit plus haut (n. 22 et suiv.)

32. Les canalicules biliaires du lobule sont donc produits mécaniquement par l'injection; ces canalicules, en effet, n'ont pas de parois propres, la matière injectée est en contact immédiat avec les cellules sécrétoires.

33. Le reste du lobule est occupé par un réseau vasculaire formé par la veine porte et par les racines des veines hépatiques.

34. Les mailles de ce réseau s'adaptent exactement aux cordons du réseau biliaire, et réciproquement de manière que les deux réseaux sont étroitement entrelacés.

35. En effet, le diamètre moyen des cordons des mailles et des mailles elles-mêmes est, dans l'un et dans l'autre réseau, de 0mm,015.

36. Les cordons du réseau sanguin sont des tubes à parois propres et non des canaux; on peut démontrer l'existence des parois de ces vaisseaux et étudier leur structure.

37. Le réseau portal occupe la périphérie du lobule; il est formé par de petits tubes qui se détachent à de courts intervalles des veines périlobulaires et se capillarisent aussitôt. Les mailles de ce réseau sont polygonales.

38. Le réseau des veines hépatiques remplit la moitié centrale du lobule; ses mailles sont allongées et vont aboutir à la veine centrale ou intralobulaire de Kiernan.

39. La sécrétion biliaire ne se fait donc pas dans une portion circonscrite du lobule, comme plusieurs auteurs l'ont écrit, c'est-à-dire à la périphérie suivant les uns, au centre suivant d'autres, mais elle a lieu dans toute son épaisseur, puisque le lobule tout entier est composé de cellules sécrétoires et que les réseaux sanguins, comme les réseaux biliaires, le remplissent aussi en totalité.

40. Tous les lobules ont leur axe traversé par un vaisseau veineux (la veine centrale) qui se termine en cul-de-sac ou se divise en plusieurs rameaux divergents.

41. Ces veines centrales s'unissent les unes aux autres pour se jeter dans une veine hépatique, où elles s'ouvrent directement et séparément dans la veine hépatique contre laquelle les lobules sont adossés.

42. Si l'on ouvre une veine hépatique, on voit à l'œil nu ou à la loupe les orifices des veines intralobulaires situées presque toujours au centre des lobules dont on distingue le contour à travers les parois de la veine.

43. Les canaux biliaires extralobulaires ou les conduits excréteurs qui sortent des lobules sont toujours multiples. Ils naissent sur tous les points de la surface du lobule, et, après s'être réunis un grand nombre de fois, comme les racines d'un arbre, ils abandonnent le lobule et forment un ou plusieurs conduits principaux qui s'entourent, avec les troncs correspondants de la veine porte et de l'artère hépatique, de la gaine celluleuse connue sous le nom de capsule de Glisson.

44. La veine porte, après s'être divisée au milieu de la gaine qui l'entoure avec l'artère hépatique et les canaux biliaires, fournit des rameaux qui contournent les lobules, mais qui ne forment jamais autour de chacun d'eux un anneau vasculaire unique et complet. Chaque lobule reçoit plusieurs rameaux des veinules portales voisines, et c'est la réunion de ces rameaux périlobulaires qui forme l'anneau vasculaire plus ou moins marqué d'où part le réseau portal lobulaire.

45. L'artère hépatique qui accompagne partout la veine porte, ne concourt pas directement à la formation du lobule. Ses ramifications se perdent dans les parois des vaisseaux et dans la capsule de Glisson, et elle se capillarise surtout à la surface du foie, dans le tissu fibreux sous-péritonéal.

46. Cependant les capillaires produits par l'artère hépatique communiquent avec les capillaires de la veine porte; les injections passent facilement du premier vaisseau dans le second, surtout à la surface du foie.

47. Les réseaux que forme l'artère hépatique à la surface du foie ne diffèrent pas des réseaux de la veine porte sous-jacente; ils ont exactement les mêmes dimensions, et l'on peut s'assurer facilement que les deux réseaux se continuent l'un dans l'autre, et n'en forment en réalité qu'un seul.

48. Le sang de l'artère hépatique ne paraît donc pas concourir à la sécrétion de la bile, ou du moins le rôle qu'il joue dans cette sécrétion est très-secondaire et sans importance.

49. Les parois des conduits hépatiques, du canal cholédoque, de la vésicule biliaire et du canal cystique sont doublées de follicules clos, ovoïdes, qui, par leur réunion, forment de petits sacs granuleux, collés contre la paroi extérieure de ces conduits et munis d'un canal excréteur qui s'ouvre dans leur intérieur.

50. Les organes que M. Weber a décrits sous le nom de *vasa aberrantia fossæ transversæ*, comme des canaux biliaires, à extrémités borgnes, ne sont autres que ces sacs glanduleux dont M. Theile avait déjà fait connaître la nature.

51. Les éléments de ces sacs glanduleux, ou les follicules clos eux-mêmes, sont tapissés intérieurement par un épithélium vésiculeux formé de petites sphères granuleuses.

Dégénérescence graisseuse du foie.

52. La dégénérescence graisseuse du foie est due à l'accumulation de la graisse dans les cellules biliaires elles-mêmes.

53. Dans cette altération du foie, il ne se forme pas de cellules graisseuses particulières, car s'il en était ainsi, on devrait trouver des cellules biliaires normales au milieu des cellules graisseuses, ce qui n'a jamais eu lieu.

54. Rien ne nous autorise à admettre que la graisse se développe en dehors des cellules, dans leurs interstices.

55. Les cellules biliaires peuvent doubler et tripler de volume, par suite de l'accumulation de la graisse.

56. Ce développement des cellules explique l'augmentation de volume des foies gras.

57. Les cellules graisseuses perdent entièrement leur caractère de cellules sécrétoires; elles ne renferment plus de granules biliaires et la sécrétion biliaire est entravée. Aussi la vésicule est-elle ratatinée et contient-elle peu de bile.

58. La dégénérescence graisseuse produit une décoloration de la substance du foie qui marche de la périphérie du lobule vers son centre, et qui donne au foie un aspect réticulé ou piqueté.

59. Cette décoloration provient du développement des cellules graisseuses qui compriment les veinules portales et entravent la circulation du sang dans ces veinules.

60. La marche de la décoloration semble indiquer que la dégénérescence graisseuse commence par la périphérie du lobule hépatique.

61. Dans l'engraissement artificiel des oies, le foie ne se charge de graisse que lorsque les différents organes du corps et surtout les viscères abdominaux en sont pour ainsi dire saturés.

62. Les cellules des foies d'oies engraissées diffèrent des cellules graisseuses pathologiques en ce que la graisse qui remplit les premières reste sous la forme de gouttelettes distinctes accumulées dans la cellule, tandis que, dans les cellules pathologiques, la graisse se réunit en gouttes de plus en plus volumineuses et finit par former le plus souvent une grosse goutte unique qui distend la cellule comme un ballon.

63. Les cellules graisseuses des oies ressemblent, sous le rapport de la disposition de la graisse dans leur intérieur, aux cellules graisseuses physiologiques des fœtus ou à celles des animaux inférieurs.

64. Le noyau des cellules normales disparaît dès que commence la dégénérescence graisseuse; il en est de même des granules biliaires.

65. La dégénérescence se fait simultanément dans toute l'étendue de la glande, mais toutes les cellules n'offrent pas le même degré de développement.

66. Le changement des cellules biliaires en cellules graisseuses n'a pas seulement lieu dans la phthisie pulmonaire; on l'observe encore dans la tuberculose générale, dans le cancer, la cirrhose du foie, etc.

67. Le développement de la graisse dans les cellules paraît étroitement lié à un ralentissement dans le travail nutritif, et par conséquent à la combustion organique qui est la première condition de ce travail. Lorsque la quantité d'oxygène absorbé est moindre qu'à l'état normal (phthisie, tuberculose, cancer et probablement toutes les maladies de la nutrition) ou lorsque les aliments respiratoires (fécules et autres) sont dans une proportion trop forte, la combustion de ces substances est incomplète et les éléments chimiques qui les composent se combinent pour former de la graisse qui se dépose dans les cellules biliaires.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE OBSERVÉE À DAMAS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LE CALOMEL.

M. Lautour, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas, adresse un travail sur la fièvre typhoïde observée à Damas, et sur son traitement par le calomel, qu'il résume en ces termes :

L'affection typhoïde, telle qu'on l'observe le plus souvent à Damas, n'est pas constamment identique à la dothinentérie proprement dite, à cette maladie si régulière dans ses symptômes et dans sa marche. Quelques-uns des phénomènes caractéristiques de cette fièvre en Europe manquent ici quelquefois; la sécheresse de la langue est moins fréquente; la diarrhée semble être très rare; les taches lenticulaires ne s'observent presque jamais. Je partage entièrement, sous ce rapport, l'opinion de M. Villemain, qui pense que l'absence de ces symptômes peut s'expliquer par le peu de durée de cette fièvre. C'est précisément cette diminution dans la durée qui constitue la différence la plus grande entre la dothienentérie d'Europe et celle que nous observons dans ces contrées.

Quant à tout le cortège des autres symptômes de la maladie, la ressemblance est complète : cette fièvre continue qu'on ne peut localiser, cet abattement profond, cette stupeur, cette physionomie typhoïde en un mot, qu'il est impossible de méconnaître; les phénomènes d'irritation constante que l'on remarque du côté des voies digestives, la septicité de cette maladie qui, abandonnée à elle-même dans les cas graves, se termine presque infailliblement par la mort; tous ces signes doivent faire reconnaître l'affection que nous étudions pour une véritable fièvre typhoïde, modifiée sans doute par des conditions topographiques spéciales.

Une circonstance toute particulière que nous rencontrons ici est celle de la fièvre intermittente, l'affection dominante à Damas, qui vient compliquer la fièvre typhoïde. C'est ainsi que dans sept des observations contenues dans ce travail, on la voit former tantôt le début, tantôt la terminaison de la maladie. Dans quelques-unes, le quinquina employé dès le commencement a dû être repris à la fin du traitement; dans d'autres, l'affection intercurrente semble avoir détruit l'élément morbide primitif, l'infection paludéenne.

Quant au traitement de l'affection typhoïde, nous croyons inutile d'insister sur les avantages que nous avons retirés de l'administration du calomel. De nos douze malades dont l'affection a atteint en général un haut degré de gravité, un seul a succombé, et encore est-ce par suite d'une complication subite, étrangère à la fièvre typhoïde et survenue lorsque la fièvre intermittente avait remplacé l'affection primitive.

Comment agit ce précieux médicament, dont l'administration est si facile et dont l'effet est si prompt? Il est impossible d'y voir, comme M. de Larroque semble le croire, un simple laxatif; et si nous ne sommes pas encore en mesure d'affirmer que le calomel est un *spécifique* contre l'intoxication typhoïde, du moins est-il rationnel d'attribuer à ses propriétés *altérantes* l'efficacité particulière dont il jouit contre une affection qui prélève chaque année, dans tant de contrées, un si large tribut de mortalité. (Comm : MM. Serres, Andral et Lallemand.)

DE LA BRONCHO-PNEUMONIE NON CONTAGIEUSE CHEZ LA VACHE; SES CAUSES ET SON TRAITEMENT.

M. P. Charlier, médecin-vétérinaire à Reims, adresse la relation d'un cas de broncho-pneumonite suraiguë, non contagieuse, observée chez une vache le cinquième jour du vêlage, son traitement, ses causes probables.

L'auteur s'est proposé de démontrer dans cette notice :

1° Qu'il existe chez la femelle bovine, après le part, un écoulement ayant la plus grande analogie avec celui qui a lieu chez la femme à la suite de l'accouchement, écoulement auquel on a donné le nom de lochies;

2° Que la broncho-pneumonite si violente, qui s'est développée chez la vache dont il est question dans cette note, le cinquième jour du vêlage, a été déterminée par l'arrêt subit de cet écoulement tout physiologique;

3° Que les fortes émissions sanguines, plus encore que les révulsifs et les purgatifs, ont été dans ce cas toutes-puissantes pour triompher du mal. (Commiss. : MM. Magendie, de Gasparin et Rayer.)

ADDITION À LA SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR LA SUPPURATION BLEUE ET RECHERCHES SUR LA PYOGÉNIE ET SUR LA COMPOSITION DU PUS.

M. Pétrequin adresse un mémoire sur la suppuration bleue avec des recherches nouvelles sur la pyogénie et sur la composition du pus. Voici le fait qui a servi de point de départ à ces recherches et le résumé de ces recherches elles-mêmes.

« Le 31 juillet 1851, Modeste M*, âgée de 16 ans, ouvrière aux Brotteaux près Lyon, est apportée à l'hôpital pour un écrasement du bras gauche tout entier. Le sacrifice du bras parut inévitable, mais la famille ne s'y décida qu'après que la gangrène se fût emparée d'une partie du membre. Le 7 août, je pratiquai la désarticulation de l'épaule..... Ce ne fut que vers le 19 août que les pièces de pansement commencèrent à offrir une coloration insolite, d'une teinte verte, tirant sur le bleu; le phénomène continuant à se reproduire, j'entrepris, le 23, une série d'expériences pour en découvrir le mécanisme et la nature.

» Mon premier soin fut de recueillir du pus pour le soumettre à l'analyse microscopique; le 24 août, je priai M. le docteur Desgranges, qui s'est exercé à ce genre d'études, de vouloir bien en faire l'examen. Ce qui résulta de ces recherches, ce fut que les globules et les autres corpuscules observés dans ce cas, ne différaient ni par leur nombre ni par leur figure de ceux qui caractérisent le pus de bonne nature.

» Il fallait donc diriger mes recherches d'un autre côté; je m'occupai d'abord de bien préciser les caractères physiques du pus et des colorations vertes ou bleues. Une première distinction me parut devoir être faite entre la couleur du pus et celle des pièces d'appareil : le pus lui-même n'était pas bleu, il offrait une teinte verte, tirant sur le gris-verdâtre; pour la consistance, il se rapprochait du pus crémeux, il était d'ailleurs fétide et nauséabond.

» Les pièces de pansement seules étaient bleues, et encore lei devait-on distinguer deux teintes, l'une plus profonde, sensiblement verdâtre, et l'autre plus superficielle, évidemment bleue ou d'un vert bleu.

» Ce point de départ assuré, je demandai à la chimie les moyens d'obtenir une connaissance plus approfondie des faits, en m'aidant de l'expérience éclairée de M. Burin du Buisson, pharmacien-chimiste à Lyon. La couleur verte du pus est un phénomène qui n'est pas rare, mais dont la cause est restée jusqu'à ce jour assez problématique. Nos expériences nous portèrent tout d'abord à l'attribuer à du sulfure de fer, et peut-être à des sulfures alcalins; mais nous avions contre nous l'opinion de plusieurs savants qui nient la présence du fer dans le pus, attribuant l'oxyde qu'on y a démontré, à une certaine quantité de sang qui aurait été contenu dans le pus. Il est vrai que d'autres chimistes, entre lesquels il nous suffira de citer l'illustre Berzelius, ont soutenu l'opinion contraire. Dans cette divergence d'avis, cependant, de nouvelles recherches devenaient nécessaires; elles ont été répétées et variées de manière à ne laisser aucun doute sur les résultats. Or, par quelque méthode d'analyse que nous ayons essayé le pus, nous y avons toujours trouvé du fer.

» Chez notre jeune fille, le pus verdâtre appartenait à la variété du pus fétide; avant de donner lieu à des colorations bleues et vertes, il avait déjà commencé à dégager beaucoup d'odeur, ce qui continua encore quelque temps après que ces phénomènes de couleur eurent cessé. Or le pus fétide a subi, généralement sous l'influence de l'air, une altération qui donne naissance à de l'hydrogène sulfuré par la décomposition de l'albumine qui contient beaucoup de soufre, ainsi que la fibrine.

» Un autre résultat de l'altération qui caractérise le pus fétide, c'est le développement de l'ammoniaque.

» Ces deux produits engendrent une troisième combinaison, c'est l'hydrosulfate d'ammoniaque qui paraît se dégager avec excès, tantôt de l'acide, tantôt de l'alcali.

» Or la réaction de l'hydrogène sulfuré sur le fer du pus détermine dans ce liquide une coloration verdâtre provenant du sulfure de fer qui s'y forme; Berzelius a signalé particulièrement cette réaction, en spécifiant que « cette teinte verte caractérise le sulfure de fer disséminé en molécules très-déliées dans les dissolutions. » (Chimie, t. VII, p. 61.)

» On sait qu'il existe du manganèse dans le sang. Encouragés par les résultats des recherches mentionnées ci-dessus, nous nous sommes occupés de poursuivre la recherche du manganèse dans le pus, et nous l'y avons trouvé dans les résidus dont nous avions préalablement enlevé le fer et où il se manifestait à nous, suivant les réactifs que nous employions, tantôt par les caractères propres au manganate de potasse basique (caméléon vert minéral), tantôt avec d'autres caractères également exempts d'incertitude.

» Le pus vert étant connu, il restait à étudier la coloration verte qui se remarquait sur les linges de pansement.

» Cette couleur était franchement verte, d'une teinte plus foncée que le pus

lui-même; elle n'existait que dans les points du linge en contact avec le pus. Elle paraissait tenir à la fois à un dépôt de pus qui avait comme déteint sur le linge, et peut-être aussi à une modification opérée sur le tissu.

» Nous l'avons rapportée également à un sulfure de fer; et nous avons confirmé cette conjecture par les résultats d'une expérience dans laquelle nous sommes parvenus à reproduire artificiellement la même couleur.

» Quant à la coloration en bleu de ces mêmes pièces, M. Sédillot, qui s'est aussi occupé de la question, soupçonne que le linge joue, dans cette coloration, un rôle spécial; mais il reconnaît en même temps qu'il n'est pas parvenu à établir nettement le fait. Je ne suis pas arrivé moi-même à une solution complète, mais je crois avoir fait un pas de plus vers le but. Voici les expériences que j'ai tentées dans le but de résoudre cette difficulté.

» Avec la charpie et les compresses de l'hôpital, la coloration bleue était manifeste chaque matin. Elle manquait, ou au moins elle était masquée, si toutefois elle se produisait encore, quand on employait des compresses trempées dans une solution métallique susceptible de donner une réaction fortement colorée; en voici un exemple :

» Je pansai la plaie avec un premier linge préalablement plongé dans une solution de sulfate de fer, et un second plongé de même dans de l'eau de sous-acetate de plomb. Tous les deux étaient parfaitement secs, et furent séparés par une feuille de papier mou. Le lendemain, on ne trouva qu'une manifestation de l'hydrogène sulfuré, et non une suppuration bleue : le premier linge était coloré en bleu vert foncé, noirâtre (sulfure de fer), et le second en noir (sulfure de plomb). L'acide nitrique et l'ammoniaque n'altéraient pas ces couleurs. Le papier mou n'offrait rien par lui-même; il était plutôt sali par le fait des compresses contiguës.

» Pour m'en assurer, j'exécutai un pansement avec le papier mou seul; il n'y eut pas de coloration bleue, mais seulement quelques taches sales et verdâtres exclusivement dans les points en contact avec les bandelettes de diachylon qui servaient à le maintenir et qui étaient devenues noires.

» Je revins à l'appareil ordinaire avec la charpie et la toile de l'hôpital, et la coloration bleue reparut aussi évidente que jamais.

» Les pièces de pansement paraissant jouer un rôle important, alors je pris ce même linge qui avait été coloré en bleu : on le lava à l'eau distillée, après l'y avoir fait bouillir, avec la précaution de le rincer à plusieurs reprises. Je m'en servis ensuite pour panser la plaie; il ne survint point de coloration bleue; on n'aperçevait que quelques taches verdâtres dans les points qui touchaient aux bandelettes de diachylon.

» Je craignis alors que le phénomène de la suppuration bleue n'existât plus; et pour m'en convaincre, je revins encore à l'appareil ordinaire avec la charpie et la toile de l'hôpital. La coloration bleue se reproduisit comme aux premiers jours, mais un peu plus pâle.

» Je méditais déjà de nouvelles recherches et j'avais tout lieu d'espérer une prompte solution, lorsqu'un changement favorable dans l'état de la malade produisit un changement correspondant de la nature du pus qui cessa d'être fétide et de produire sur les pièces d'appareil les effets de coloration manifestés ci-dessus. Si un nouveau cas semblable se présente à moi, et j'ai déjà fait remarquer que le phénomène n'est pas très-rare, je ne manquerai pas de poursuivre et, peut-être, de terminer mon travail. » (Comm. : MM. Dumas, Roux et Velpeau.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend sept lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° Deux rapports de M. le docteur de Saint-Amand, médecin des épidémies de l'arrondissement de Meaux, sur l'épidémie de fièvres de diverses natures qui a régné récemment dans la commune de Monteaux. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Boisson père, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Corbenay (Haute-Saône). (Même comm.)

3° Un rapport de M. le docteur Heregolt, médecin des épidémies de l'arrondissement de Belfort, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans la commune de Montreux-Château. (Même comm.)

4° Une demande d'autorisation d'exploitation des eaux minérales de la Veyrasse (Hérault). (Comm. des eaux minérales.)

5° Un rapport de M. le docteur Dor, médecin inspecteur des eaux minérales des Camoins (Bouches-du-Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851. (Même comm.)

6° Un rapport de M. le docteur Fouz, médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851. (Même comm.)

7° La recette et l'échantillon d'un remède contre les chancres, les ulcères, etc. (Comm. des remèdes secrets.)

— M. le docteur ZANDYCK, membre du conseil de salubrité de Dunkerque, adresse une notice sur l'épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville depuis septembre 1850 jusqu'à la fin de mars 1851. (Comm. des épidémies.)

— M. REYDELLET, chirurgien de première classe de la marine, transmet un rapport sur une épidémie variolique développée à bord du *Constant* et observée au lazaret de la Ravine-à-Jacques. (Comm. de vaccine.)

— M. ABEILLE, médecin en chef à l'hôpital d'Ajaccio, transmet par l'entremise de M. Michel Lévy, un mémoire sur l'emploi du copahu et du poivre cubèbe dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. nommée.)

— M. LÉOPOLD WERTHEIMBER adresse une lettre cachetée sur le traitement de différentes maladies par le galvanisme. (Accepté.)

— Madame MESSAGER, sage-femme à Paris, communique deux cas de stérilité occasionés l'un par l'étroitesse, l'autre par l'oblitération du meat utérin. (Commissaires : MM. Hervez de Chégoin et Cazeaux.)

— M. GÉRARDIN, au nom des sections réunies d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, de physique et chimie médicale et de pharmacie, rend compte à l'Académie des opérations auxquelles se sont livrées ces trois sections pour la nomination des juges du concours qui doit s'ouvrir le 5 janvier prochain à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire d'hygiène.

Les membres nommés sont MM. Caventou, Soubeiran, Lecanu, Gérardin et Villermé.

— M. PATISSIER fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur le service médical des établissements thermaux pour les années 1849 et 1850.

L'Académie procède, pendant cette lecture, à une série de scrutins pour le renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1852.

Voici le résultat du dépouillement de ces scrutins.

1° COMMISSION DES EAUX MINÉRALES.

Membres sortants.	Membres nommés.
MM. Caventou, Martin-Solon.	MM. Gaultier de Claubry, Chevallier.

2° REMÈDES SECRETS.

MM. Gaultier de Claubry, Dizé.	MM. Caventou, Poiseuille.

3° ÉPIDÉMIES.

MM. Gaultier de Claubry, Piorry.	MM. Bricheteau, Gaultier de Claubry.

4° VACCINE.

MM. Hugnier, Emery.	MM. Gibert, Cazeaux.

5° TOPOGRAPHIE.

MM. Poiseuille, Duval.	MM. Renauldin, Emery.

6° COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Roche, Laugier, Boutron, Delafond, Bousquet.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ERGOT DE SEIGLE ENVISAGÉ DANS SES RAPPORTS AVEC L'HISTOIRE NATURELLE, LA CHIMIE, LA TOXICOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE, CONTENANT LES FORMULES, DOSES ET MODES D'ADMINISTRATION DE L'ERGOTINE, AINSI QUE LA NATURE DES AFFECTIONS DANS LESQUELLES CE REMÈDE PEUT ÊTRE UTILE; par M. J. BONJEAN. 1 vol. in-8°. Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

De tous ceux qui se sont attachés à élucider le mécanisme de l'action mystérieuse que possède l'ergot de seigle, aucun assurément n'a répandu sur cet important et difficile sujet une plus vive lumière que M. Bonjean. Ses recherches, d'origine déjà ancienne et incessamment continuées depuis, ont singulièrement dégagé le problème de ses complications, lui ont même donné une telle apparence de simplicité, que beaucoup d'esprits jaloux ou défiants ont cru voir dans cette circonstance la plus forte objection à formuler contre les idées de l'auteur. Séparer les deux propriétés, toxique et médicale, de l'ergot, — montrer que la première réside dans l'huile, la seconde dans l'extrait aqueux, ou ergotine, — dépouiller ainsi le médicament de toute qualité vénéneuse, — permettre par là de l'administrer sous une forme à même volume plus active, et à doses que l'on peut

en toute sécurité, proportionner à l'étendue et à l'urgence du péril : voilà ce qui, selon certains détracteurs, était trop beau pour être exact, trop absolu en théorie pour se trouver vérifié dans la pratique.

Depuis la découverte de M. Bonjean, l'application clinique s'en est faite sur une large échelle; et ces oppositions *à priori* ont perdu presque tout leur crédit, tant le langage des faits s'est montré favorable aux prévisions de l'honorable pharmacien de Chambéry. Si, dans le grand nombre de cas observés, il y a eu parfois insuffisance d'action, ailleurs trouble du système nerveux; si, à en croire M. Germain Sée (V. GAZ. MÉD., 1846), l'ergotine n'a, entre les mains de quelques praticiens, stimulé que d'une manière incomplète la contractilité utérine, ces mécomptes peuvent tenir soit au vague ou à l'inexactitude de l'indication, soit surtout à la préparation défectueuse de l'ergotine employée. Mais il n'en est pas moins vrai que, depuis plus de six ans, de plusieurs contrées il s'est élevé simultanément d'imposants et décisifs témoignages en faveur du nouveau médicament, et que, réduite aux termes scientifiques, d'où elle ne saurait sortir sans danger, la question de l'utilité de l'ergotine paraît aujourd'hui jugée sans appel.

L'ouvrage de M. Bonjean a pour but de rendre accessibles et profitables à tous ces notions d'un si haut intérêt pour ceux qui cultivent les diverses branches de la médecine. Afin d'y parvenir plus sûrement, il commence par l'histoire naturelle de l'ergot de seigle. Analysant les diverses opinions émises sur sa vertu, il reconnaît, chemin faisant, que les auteurs diffèrent essentiellement entre eux sur les points principaux. Ainsi les uns voient dans cette substance un poison à proscrire, les autres un remède à conserver précieusement. Mais, parmi les derniers, ceux-ci le réservent pour les hémorrhagies, ceux-là pour l'inertie utérine. Ici l'on explique ses effets par une excitation portée sur l'encéphale; là, elle s'exercerait tout entière sur le système circulatoire, etc., etc.

Au milieu de ces obscurités pleines de contradictions, il était temps que la lumière se fît. L'expérimentation et l'analyse chimique se sont chargées d'y porter le flambeau. M. Bonjean traita l'ergot successivement par l'incinération et la carbonisation, par l'eau, l'alcool, l'éther. Puis, soit avec les divers produits ainsi obtenus, soit avec ceux indiqués par ses devanciers, il expérimenta sur les animaux et sur lui-même.

Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans le détail de ces expériences conduites avec une rare persévérance, à laquelle le courage n'a point fait défaut et dont les résultats immédiats étaient au fur et à mesure appréciés tant par l'auteur que par un médecin. Il nous suffira de rappeler que deux de ces produits ont seuls exercé une action marquée. L'un, l'huile, — obtenue par l'éther, — contient le principe toxique; et les essais tentés sur le vivant l'ont prouvé, parfois sous une force effrayante de démonstration. L'autre, l'ergotine, est la partie vraiment thérapeutique; et son innocuité ne peut se comparer qu'à son efficacité dans les cas bien déterminés où l'indication existe. Ce n'est pas toutefois que l'huile soit dépourvue de puissance médicale. Une pareille conclusion serait trop en désaccord avec ce grand principe que les meilleurs spécifiques se trouvent dans les poisons les plus actifs. Mais sa propriété de provoquer l'excitation du système nerveux est si énergique que, malgré ses effets réellement avantageux dans les cas de paralysie, l'huile d'ergot, dont l'usage prolongé expose à l'*ergotisme gangréneux*, ne sera jamais comptée au nombre des remèdes que le médecin peut manier avec confiance. C'est là, du reste, l'avis formel de M. Bonjean lui-même, et nous souscrivons pleinement à cette manière de voir pleine de prudence.

Des épreuves également multipliées et concluantes établissent que l'ergot ne possède aucune qualité toxique lorsqu'il a été recueilli avant le terme de sa maturité. Ce fait, mal apprécié jusqu'à M. Bonjean, explique les différences parfois énormes résultant de l'administration de la même dose de cette substance. — Mais ce qui est vrai du principe vénéneux ne le serait plus si l'on voulait l'appliquer au principe médicateur, à l'ergotine. L'observation a appris au contraire qu'elle conserve toute son activité, quoiqu'elle ait été préparée avec des ergots non mûrs, ou lorsque ces ergots, longtemps abandonnés aux intempéries atmosphériques, étaient piqués et vermoulus.

La seule partie incomplète du livre de M. Bonjean est celle où il traite de la préparation de l'ergotine. Mais ici la lacune est volontaire. Il ne cite que pour les déclarer défectueuses les premières indications qu'il avait autrefois communiquées, sur ce point important, à la presse et aux sociétés savantes. Depuis lors, il a fait subir au mode de préparation des changements essentiels. Mais, dit-il textuellement, « ces derniers changements n'ont point été publiés; je m'en réserve momentanément le privilége. » Il ne nous appartient point de juger les motifs de cette réserve : comme praticien, tout ce que nous en pouvons conclure, c'est que, jusqu'à nouvel ordre, il y a lieu de préférer pour l'usage médical l'ergotine garantie par le nom de l'inventeur et par de nombreux succès, au produit de même nom sortant d'officines moins recommandables.

Un chapitre spécial est consacré à l'énumération des formules pharmaceutiques où l'ergotine peut figurer avec avantage. Sous forme de potion elle est d'un facile emploi, mais s'altère aisément. Lorsque le médicament doit être continué un certain temps, il vaut mieux le prendre en sirop ou en pilules. — Quant à l'usage externe, c'est en injections ou en lotions qu'on a le plus souvent à s'en servir contre les hémorrhagies; et alors le degré de concentration de la dissolution variera selon l'abondance de l'écoulement sanguin, la nature du vaisseau divisé, la région ou le tissu qui est le siége de l'hémorrhagie : toutes conditions que le praticien apprécie extemporanément, et d'après lesquelles il gradue la dose du remède.

Après avoir ainsi éclairé l'histoire chimique et physiologique de l'ergot de seigle, après avoir montré par des exemples frappants les tristes effets de son emploi inconsidérément élevé (ergotisme convulsif) ou prolongé (ergotisme gangréneux), M. Bonjean aborde la partie capitale de son sujet, en prouvant la puissance de l'ergotine contre toutes les maladies que l'on reconnaît comme justiciables du seigle ergoté. Il range ces affections, qu'il eût été fastidieux d'énumérer nominativement, en cinq ordres, suivant qu'elles indiquent l'action de l'ergot : 1° comme excitant spécial des contractions de l'utérus; 2° comme stimulant du système musculaire général; 3° comme propre à combattre les hémorrhagies et certains flux; 4° comme résolutif dans les engorgements de l'utérus; 5° comme stimulant du système nerveux. Mais cette dernière propriété, d'après ce qui a été dit ci-dessus, doit être exclusivement rapportée à l'huile, ou principe toxique.

Dans cet exposé M. Bonjean a eu le bon esprit d'emprunter des observations aux médecins étrangers et nationaux les plus accrédités, et de laisser parler, en général, les auteurs eux-mêmes. C'est là à la fois de l'habileté et de la prudence; et peut-être eût-il été plus sage à lui de ne se départir jamais de cette réserve qui convenait aussi bien à son caractère qu'à sa position. Trop souvent, au milieu d'extraits fort intéressants et parfaitement probants d'ailleurs, on s'aperçoit que c'est un pharmacien qui s'est chargé de les rassembler et d'en tirer les conséquences. Je ne veux point parler des omissions qui se remarquent dans cette partie de sa tâche; et si je rappelle que déjà, avant 1845, Kathriner avait préconisé le seigle ergoté contre les tranchées utérines, — Ross, Houston, Kinsley contre la paralysie de la vessie, — Barbieri comme moyen efficace de pansement pour les ulcères de mauvaise nature, — Uberti et Mattii contre la pneumonie et les diverses congestions des organes thoraciques, assurément c'est moins pour en faire le sujet d'un reproche que pour signaler à M. Bonjean l'occasion de faire disparaître, dans une prochaine édition, des oublis qui enlèvent quelque chose à la gloire de son médicament favori. — Dans d'autres passages l'incompétence médicale de celui qui a tenu la plume ressort plus manifeste. Ainsi, si la rupture du fœtus, la mort de l'enfant suivent quelquefois l'administration de l'ergot, M. Bonjean n'hésite point à prononcer que ces effets dépendent uniquement du principe toxique, tandis que, à n'en pas douter, ils tiennent à ce que l'excitation de la contractilité utérine, résultat du principe médical, a été provoquée avant que l'expulsion du fœtus pût avoir lieu promptement. — Ailleurs M. Bonjean parle d'une *cicatrice* formée sur l'incision transversale qui avait été faite *vingt minutes auparavant* à la carotide d'un mouton.

Heureusement de pareilles taches sont rares. Nous devons même à la vérité de déclarer que ces exemples, relevés dans l'intérêt de l'auteur et non dans celui d'un vain amour-propre de critique, sont les seuls que nous ayons pu recueillir. Comme compensation plus que suffisante, on lira avec un véritable profit dans ce chapitre, si riche d'observations originales, le détail des expériences qui prouvent irréfragablement la vertu hémostatique de l'ergotine, expériences qui, depuis, ont reçu une pleine confirmation d'applications faites sur l'homme par MM. Bonnet et Petrequin.

L'emploi de l'ergotine dans les leucorrhées, et comme résolutif des engorgements utérins, n'en est encore qu'à ses premiers essais; et cependant l'autorité de pathologistes renommés, parmi lesquels il faut citer M. le docteur Arnal, semblerait prouver qu'il y a déjà plus que des espérances à fonder sur cette ingénieuse tentative. Là comme ailleurs, M. Bonjean met sous les yeux de son lecteur toutes les pièces du procès. Et n'affirmant jamais que lorsque l'évidence l'y autorise, il pose sur un second plan les indications encore mal assises ou vaguement formulées qui peuvent devenir un jour des vérités, mais ne méritent pas jusqu'à présent de compter au nombre des bienfaits avérés dus au précieux remède et à son habile analyste.

P. DIDAY.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAVAUX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE PENDANT L'ANNÉE 1851.

Avant de franchir la frontière, mentionnons, comme dignes de toute l'attention de nos lecteurs, diverses communications faites dans les dernières séances des Académies des sciences et de médecine : la suite des importantes recherches de MM. Gruby et Delafond, sur la présence du ver filaire dans le sang du chien domestique ; la deuxième partie de celles de M. Chatin, sur la présence de l'iode dans l'air, les eaux et le sol des Alpes; un rapport de M. Jolly, sur l'emploi de l'eau de mer concentrée comme agent thérapeutique. Nous reviendrons en temps opportun sur chacune de ces communications. Nous avons aujourd'hui à régler un arriéré avec l'Académie de médecine de Belgique, dont les travaux, pendant l'année 1851, méritent un coup d'œil rétrospectif.

La GAZETTE MÉDICALE avait pris l'habitude de reproduire en grande partie les comptes rendus des séances de l'Académie de Belgique. Les proportions très-considérables qu'avaient acquises les rapports et surtout les discussions nous ont forcé de renoncer à leur insertion. Ce n'a pas été sans regret pour nous et sans dommage pour nos lecteurs. L'Académie belge, on a pu le voir, prend la science au sérieux. Les doctrines qu'on y professe, les communications qu'on y fait, les rapports qu'on y lit, les discussions auxquelles on s'y livre, tout concourt à conserver à cette compagnie la place élevée qu'elle s'est conquise de prime abord parmi les sociétés médicales de l'Europe. Mais à défaut des comptes rendus détaillés, que le manque d'espace ne nous a pas permis de continuer, nous allons présenter un aperçu de quelques-uns des travaux les plus remarquables de cette compagnie pendant l'année 1851. Nous comptons d'ailleurs continuer, sous cette forme, à entretenir nos lecteurs de la sœur-aînée de l'Académie de médecine de Paris.

Les Académies ne se personnifient jamais plus complétement que dans les sujets de prix qu'elles proposent et dans les rapports qu'elles font sur les concours. Ces occasions sont pour elles des circonstances d'apparat. Elles s'élèvent en proportion du rôle qu'elles ont à remplir. L'Académie de Belgique n'a pas failli à sa mission dans les derniers concours qu'elle a eu à juger. Elle avait proposé deux sujets : les *tumeurs blanches* et les *resections osseuses*, qui, pour être plutôt du ressort de la chirurgie que de celui de la médecine, n'en permettaient pas moins de voir les choses de haut et de loin.

Le premier de ces deux sujets, les tumeurs blanches, a offert ceci de particulier, qu'il était proposé comme sujet de prix en même temps par l'Académie de médecine de Paris. Il eût été intéressant que les ouvrages adressés au concours de Paris l'eussent été en même temps à celui de Bruxelles. Est-on certain qu'ils eussent été jugés de la même manière par les deux aréopages? Nous ne connaissons pas encore l'ouvrage qui a remporté le prix, par acclamation, dit-on, à l'Académie de Paris. Mais, à en juger par les idées qui sont exprimées dans l'excellent rapport fait, au nom de l'Académie belge, par M. Burggraeve, nous doutons qu'il eût obtenu le même succès chez nos voisins. Le rapport belge insiste, avec raison, pour la classification des tumeurs blanches, pour leur distinction nosologique et pratique, sur la considération étiologique, sur celle des agents dyscrasiques. Or, sans rien préjuger des mérites de l'ouvrage couronné à Paris, on peut être certain, d'après ce que l'on sait des doctrines de l'auteur, que ce n'est pas dans la voie étiologique qu'il a cherché à briller. Nous approuvons l'Académie belge et son savant rapporteur d'avoir cherché à entraîner les concurrents hors de la voie anatomique et anatomo-pathologique. Aucun des auteurs mentionnés dans le rapport belge, et le rapporteur lui-même, n'ont mis en relief la distinction que nous avons cherché à faire prévaloir lors d'un récent et mémorable concours : « la tumeur blanche considérée comme *maladie* et comme *difformité.* » Toute tumeur blanche est ordinairement accompagnée ou suivie d'une difformité de l'articulation, qui en est le siége. L'étude du mécanisme de cette dernière, de son évolution, de son traitement préventif et curatif, des indications et des moyens propres à l'un et à l'autre, voilà une source de recherches, aussi importantes que nouvelles, qui eût permis aux auteurs de sortir de l'ornière où on n'a cessé de marcher depuis trente ans : une nouvelle manière d'envisager un sujet est une porte ouverte à de nouveaux progrès, si ce n'est déjà un progrès.

« Les moyens d'éviter les amputations et les resections osseuses » n'ont pas produit de travail digne d'être couronné par l'Académie belge ; mais ce sujet a été pour le rapporteur de la commission, M. Didot, l'occasion d'une déclaration de principes, et de réflexions auxquels on ne saurait trop applaudir. *Détruire pour conserver*, dit M. Didot, a été la devise de nos prédécesseurs; *conserver sans détruire*, telle doit être celle de l'art actuel. Malheureusement l'appel de l'Académie belge n'a pas été entendu : quelques concurrents ont senti et ont reconnu l'importance de la médecine pour éclairer la chirurgie, mais aucun n'en a tiré dans le cas présent les lumières qu'elle peut offrir. Il faut même regretter que l'honorable rapporteur n'ait pas indiqué lui-même plus explicitement les vues qui dominent cette importante question. Il n'était pas difficile pourtant de jalonner la route. Les moyens de prévenir les amputations et les resections sont de deux ordres : au point de vue scientifique, rechercher les causes générales et locales, spécifiques et physiologiques qui tiennent sous leur dépendance les lésions pour lesquelles on a coutume d'amputer et de reséquer; au point de vue pratique, indiquer les agents généraux et locaux, spécifiques et mécaniques, propres à combattre le mal dans son origine et dans ses effets, et à remplacer l'opération. Ce cadre renferme tout, et il n'est aucun moyen qui ne s'y rapporte. M. Didot en comprend sûrement l'étendue et la portée ; il eût bien fait de l'indiquer aux concurrents. Il a insisté avec raison sur les avantages du bandage amidonné ; mais ces avantages ne seront jamais plus grands que lorsqu'ils seront associés à ceux d'une médecine chirurgicale éclairée.

Le même académicien, M. Didot, parlant en son nom particulier, dans un essai sur la PROPHYLAXIE DU CANCER PAR LA SYPHILISATION ARTIFICIELLE, a émis cette idee qu'il y a antagonisme entre le cancer et la syphilis, d'où il y a lieu de chercher à créer une immunité artificielle contre le cancer en inoculant la vérole dans sa période spécifique. Cette méthode serait à la fois préventive et curative. Un autre médecin belge, M. Thiry, reprenant le point de vue d'un de nos confrères parisiens, a été conduit à proposer l'inoculation syphilitique chez les cancéreux comme un moyen de réaliser une combinaison morbide binaire ou tertiaire plus accessible aux agents curatifs, que l'élément simple et isolé du cancer. Toutes ces conceptions seraient dignes d'encouragements si elles ne ton-

---

Feuilleton.

LES EAUX GAZEUSES DE SAINT-GALMIER,

DÉGUSTATION MÉDICO-HYGIÉNIQUE.

Une réaction bien caractérisée s'opère en ce moment dans l'esprit public à l'égard des eaux minérales.

Perdues jadis au dernier rang parmi les arcanes que la mode inscrit et biffe tour à tour sur sa matière médicale, on les a vues, répudiant ce compromettant patronage, demander à faire loyalement leurs preuves de noblesse scientifique. Ouvrages *ex-professo*, — controverses académiques, — brigues ardentes pour les places d'inspecteurs, voire d'externes, — puisements et analyses dûment légalisées, — forages artésiens, — expéditions au dehors et contrefaçons au dedans, — surveillance plus directe du gouvernement, tout témoigne de cette heureuse renaissance. Décidément on les discute, on les prend au sérieux.

Entrez dans un salon : doux murmure à l'oreille du médecin! Les récits de cures thermales ont le pas dans la conversation. L'un ne finit que pour réveiller un écho dans la source rivale. Esprits forts ou coquettes, universitaires, radicaux, vieux garçons, épouses stériles, riches blasés, hypocondriaques, tous abjurent du moins leur scepticisme en ce point. Pas de critique, point de plaisanterie surtout, Molière lui-même émousserait son crayon à vouloir caricaturer un Prunelle, un Bertrand! Eh! n'est-ce pas la seule loi naturelle à ce peuple? Prêt à s'incliner devant tout pouvoir qui le laissera vivre, voudrait-il contester celui qui le guérit?

Sincère ou non, ce retour vers les eaux minérales est un fait. Acceptons-le pour ce qu'il pourra durer. Comme médecin, je m'en réjouirais sans réserve, s'il ne menaçait pas, dans son élan, de dépasser le but. Tant de nouveaux convertis proclament aujourd'hui leur efficacité souveraine qu'on risque fort de ne plus y voir désormais qu'un remède. On s'en moquait autrefois ; on leur accordait tout au plus le pouvoir d'une distraction. Bientôt elles se trouveront exclusivement reléguées dans le formulaire. L'indication pathologique l'emportant sur toute autre, on oubliera que s'il est des eaux bien réellement et puissamment *médicamenteuses*, il en existe aussi de non moins incontestablement *hygiéniques*.

Résister à cette tendance est une habitude autant qu'un devoir pour le praticien. Habitude facile, devoir doux à remplir! car la santé passant en première ligne, — même avant la guérison, — ce qui aide à la conserver ne vaut-il pas, et au centuple, le plus sûr spécifique? A l'œuvre donc! et, à tant de volumes remplis des cures dues aux thermes français et étrangers, ajoutons une hum-

chaient à des abus. Pour le traitement du cancer réalisé passe encore! Mais se prémunir d'un futur et très-problématique cancer à la faveur d'une vérole certaine, c'est là une de ces entreprises que nous sommes peu disposé à encourager. La science a des routes moins périlleuses et moins compromettantes. Le mémoire de M. Didot n'en mérite pas moins d'être lu et recherché pour les vues nouvelles et les rapprochements ingénieux qu'il renferme.

Parmi les discussions intéressantes qui ont eu lieu à l'Académie belge dans le cours de 1851, nous citerons celle relative à l'épidémie de fièvre éruptive observée en 1847 dans les prisons de Bruxelles, dont la GAZETTE MÉDICALE s'est déjà occupée; celle sur l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ces discussions ont été remarquables à ce double point de vue qu'elles résument, sous une forme vive et animée, tout ce que la science renferme sur les points discutés, et que chaque discours est un travail étudié, approfondi, où on ne rencontre jamais les faits douteux et les citations inexactes qui se glissent presque nécessairement dans une improvisation immédiate. On sait qu'à l'Académie belge les rapports sont imprimés et distribués avant la séance; chacun peut donc préparer et méditer ce qu'il a à dire. Mais cette méthode n'est peut-être pas exempte d'inconvénients : elle favorise trop la discussion; et, ainsi que le faisait remarquer un jour en notre présence l'honorable M. Stas, elle entraîne des pertes de temps, au détriment de la vraie science. Pour une Académie qui n'a qu'une séance par mois, il y aurait peut-être plus d'utilité à abréger les discussions, et à donner plus de temps aux rapports et aux travaux originaux. Nous n'écrirons pas le nom de M. Stas sans mentionner d'une manière tout exceptionnelle le travail de cet éminent toxicologiste sur la nicotine; mais il nous pardonnera d'exprimer quelque regret que cette publication, faite pour glorifier le nom de l'auteur et le corps savant auquel il appartient, soit empreinte d'un peu d'aigreur personnelle et de récriminations irritantes contre une autre illustration toxicologue. Ces ressentiments déparent toute œuvre destinée à la postérité. « *Rageons* en nous-même, disait un auteur du siècle dernier; mais ne rendons jamais l'avenir confident de nos faiblesses. »

J. GUÉRIN.

ANATOMIE COMPARÉE.

LE DIAPHRAGME CHEZ LES MAMMIFÈRES, LES OISEAUX ET LES REPTILES (mémoire lu à la Société de biologie); par M. CHARLES ROUGET, interne-lauréat des hôpitaux, membre de la Société de biologie.

Considéré jusqu'en ces derniers temps, comme exclusivement propre aux mammifères (1), le diaphragme existe généralement dans les trois premières classes de vertébrés.

Bien que Cuvier, Meckel et même Stannius fassent à peine mention en quelques mots d'un muscle dilatateur des poumons, rudiment de diaphragme existant exceptionnellement chez quelques oiseaux, depuis longtemps Michel Colier, Harvey, Perrault avaient décrit, chez l'autruche et quelques autres espèces, deux muscles analogues au diaphragme, que (1) Hunter et Girardi trouvèrent depuis, chez tous les oiseaux sans exception, l'un de ces muscles, exclusivement dilatateur des poumons (muscle des poumons de Perrault, diaphragme pulmonaire des auteurs), est tendu en travers de la cavité thoracique entre les côtes droites et les côtes gauches; l'autre, le diaphragme thoraco-abdominal, le véritable diaphragme, constitue une cloison contractile très-oblique entre le thorax et l'abdomen.

Chez les chéloniens, Bojanus, et après lui Meckel ont décrit comme diaphragme un muscle qui, né des deuxième et troisième vertèbres dorsales et des côtes correspondantes, se porte sur les côtés du péricarde, au-dessus des poumons, vers la face externe du péritoine, où il se termine par une expansion fibreuse.

Chez les crocodiles, le diaphragme est représenté par des faisceaux musculaires qui, du pubis, se jettent sur le péritoine.

Enfin chez les batraciens *aglosses* (*pipa xenopus*), Mayer (de Bonn) a décrit comme muscle abdominal postérieur, Meckel, Carus et Stannius considèrent comme un rudiment de diaphragme, un muscle, dont l'origine est à la diaphyse du fémur et la terminaison sur les côtés de l'œsophage, le larynx et l'os hyoïde.

Sur quelles bases la détermination du diaphragme a-t-elle été fondée dans les divers ordres que je viens de passer en revue?

Tantôt on a pris en considération les fonctions relatives à l'appareil respiratoire (oiseaux, chéloniens), tantôt la situation ou les rapports avec le tube digestif (crocodile-pipa); mais rien de fixe, rien de constant. Aucun critérium, aucun lien qui rattache l'un à l'autre les deux termes extrêmes de la série, le diaphragme de l'homme, « *cloison transversale contractile entre le thorax et l'abdomen*, » et le diaphragme du pipa, « *faisceau musculaire étendu du fémur à l'œsophage et à l'os hyoïde*. »

C'est cette lacune de la science que j'ai tenté de combler, à l'aide des recherches dont je vais exposer les résultats.

SECTION Ire. — DIAPHRAGME CHEZ LES MAMMIFÈRES.

§ I. — DISPOSITION GÉNÉRALE.

Chez les mammifères, le diaphragme est généralement défini : « une cloison contractile transversale (*septum transversum*) entre le thorax et l'abdomen, et dont les fonctions sont intimement liées à celles de l'appareil respiratoire. » Quant à sa disposition générale, il est composé de deux parties : l'une, ascendante, les piliers, née des vertèbres lombaires, monte à peu près parallèlement à la colonne vertébrale jusqu'au niveau des onzième et dixième vertèbres dorsales et se termine en s'épanouissant en une aponévrose, le centre phrénique; l'autre partie (*septum transversum*), horizontale ou descendante, se porte en rayonnant du centre phrénique vers le bord inférieur de la cage osseuse thoracique. Ces deux parties constituent en réalité un seul muscle digastrique; les fibres de la portion horizontale ne sont autre chose que la continuation des fibres des piliers. Chez les grands mammifères cela est moins évident à cause de l'entre-croisement

(1) Le diaphragme qu'on ne rencontre que chez les mammifères. (Cruveilhier, ANAT. DESCRIP., t. II, 2e éd.)

(1) Sappey, RECH. SUR L'APPAREIL RESPIR. DES OISEAUX.

ble, mais véridique page sur une source nationale, source hygiénique par excellence, l'*eau de Saint-Galmier*.

Qui que vous soyez, lecteur, ou client ou confrère, veuillez me permettre, selon l'usage, de vous décliner sommairement les titres de ma protégée : c'est une fille de bonne maison, car ses quartiers remontent à quelques lustres avant l'ère chrétienne. Un peu vive, malgré son âge, mais sans jamais sortir ni entraîner hors des justes limites, ou accorde à ses rivales plus de pétulance. Elle fait, elle, peu de bruit; mais de sa conversation il reste au moins quelque chose. C'est surtout à dîner que ses qualités se déploient; on peut sans crainte l'admettre à sa table; elle n'est point un convive gênant, s'accorde avec n'importe quel voisin, s'accommode également de tous les services, de tous les vins. Invitez-la donc sans façon, et ne craignez pas de prolonger la séance. Mais pour me dire votre avis sur son compte, attendez le moment de la digestion; c'est alors que vous pourrez décider si elle a suffisamment payé son écot.

A ce flatteur, mais fidèle portrait, ne reconnaissez-vous pas l'aimable compagne des hommes d'étude, — l'utile alliée des entéralgiques, — l'amie intime de toute beauté atteinte de vapeurs ou menacée de couperose, — celle à qui les gastronomes doivent l'ineffable bienfait d'un repas de plus par jour, d'une indigestion de moins par repas, — l'*eau de Seltz française*, pour la nommer de son vrai nom, mais l'eau de Seltz à double volume de gaz et à prix moindre du double?

Seltz possède une réputation formidable. Propriété du duc de Nassau qui l'exploite royalement, il jouit d'une exportation sans limites dans le nouveau comme dans l'ancien monde, équivalant à plus de trois millions de cruches par an. Depuis 1581, deux cents auteurs pour le moins ont célébré ses propriétés. Aussi son nom est-il devenu la désignation générique de tout ce qui se découvre, de tout ce qui se fabrique, de tout ce qui s'ingurgite de plus ou moins analogue.

Mais ce n'est pas tout que d'être ducale pour être bue. De nos jours, il faut une autre condition pour se faire accepter, et le lingot d'or même risquait d'être délaissé s'il ne s'était offert à bon marché. Sous ce rapport, l'eau de Saint-Galmier ne craint pas davantage son aristocratique émule. Plébéiennement située au centre d'un bassin houiller (1) et de verreries importantes (2), à 2 kilom. du doyen de nos railways (3), elle a su profiter des relations de bon voisinage pour voyager économiquement. Aussi peut-elle se vendre dans le midi 20 centimes la bouteille, et bientôt Paris jouira de ce même avantage. Ce n'est pas tout : l'ingénieux propriétaire de la principale source, M. André, a eu l'heureuse idée de donner aux bouteilles, pour chaque expédition, la forme particulière usitée dans le pays auquel elle est destinée. Marseille et la Provence reçoivent donc le titre de liquoriste; Bordeaux, la bordelaise; Châlons,

(1) Saint-Étienne et les gîtes environnants.
(2) Rive-de-Gier.
(3) Le chemin de fer de Saint-Étienne à Roanne, qui se relie par la première de ces deux villes avec la voie de Saint Étienne à Lyon, et par la seconde avec le chemin de fer du Centre.

multiple des faisceaux tendineux dans le centre phrénique ; mais il suffit de jeter les yeux sur le diaphragme d'un petit mammifère, d'un rongeur par exemple, pour le constater.

On voit très-nettement les faisceaux des piliers monter vers la portion horizontale, s'y épanouir en forme de gerbe, devenir tendineux, puis de nouveau musculaires et se terminer à la face interne des côtes; de sorte que le diaphragme est constitué par une série d'arcades que des piliers rayonnent dans toute l'étendue de la voûte.

Rien n'est moins fondé que l'opinion de G. Bartholin qui considère le diaphragme des mammifères comme résultant de la réunion de deux muscles, l'un inférieur naissant des côtes, l'antre supérieur tirant son origine du rachis; autant vaudrait faire des deux ventres du muscle *masto-maxillien* (digastrique) deux muscles distincts.

Les piliers ne sont pas chez l'homme lui-même la seule origine des fibres musculaires du diaphragme. Outre les fibres ascendantes bien connues qui naissent de la première apophyse transverse lombaire et de l'arcade fibreuse tendue de cette apophyse à la douzième côte, j'ai rencontré plusieurs fois une disposition incomplètement décrite et figurée déjà par Bourgery et Bonamy et qui est assez fréquente. Au niveau de l'arcade fibreuse pour le psoas, un faisceau musculaire du diaphragme passe en avant de cette arcade et s'épanouit en fibres tendineuses qui constituent en grande partie la gaîne du psoas, et s'insèrent à l'os coxal, à l'arcade crurale (1); de sorte que par l'intermédiaire de cette aponévrose qui doit être considérée comme un de ses tendons d'origine, le diaphragme s'étend sur les côtés de la colonne vertébrale dans toute la hauteur de la paroi postérieure de l'abdomen. Plus en dehors, au niveau des parois latérales, A. Thompson a pu suivre dans l'épaisseur du fascia *transversalis*, des faisceaux d'origine du diaphragme, qui de la crête iliaque montent vers la portion costale de ce muscle.

A la paroi antérieure de l'abdomen enfin, Santorini a depuis longtemps signalé, et l'on rencontre souvent, des faisceaux musculaires du transverse qui se continuent dans l'épaisseur du diaphragme et le constituent en partie.

Chez les mammifères des ordres supérieurs, *cheiroptères, rongeurs, carnassiers*, etc., la disposition générale du diaphragme est à peu près la même que chez l'homme. Mais à mesure que l'on descend, la distinction entre une portion ascendante et une portion transversale tend de plus en plus à disparaître. Le diaphragme devient une cloison très-oblique entre le thorax et l'abdomen, et constitue en grande partie les parois supérieure et antérieure de cette dernière cavité (2).

Chez les pachydermes déjà où le sternum est relativement très-court, les poumons s'étendent très-loin en arrière, et le diaphragme est très-obliquement tendu entre les dernières vertèbres lombaires et les bords de la vaste échancrure costo-sternale; de sorte que chez le cheval, par exemple, les poumons s'étendent au-dessus du diaphragme jusqu'aux limites postérieures de la région lombaire. Mais c'est chez les cétacés que cette disposition est à son plus haut degré de développement (il n'y a que deux côtes sternales chez le lamantin et la baleine jubarte), et le diaphragme né des limites postérieures de la cavité abdominale s'étend si loin en avant, qu'il est presque parallèle à l'axe du corps, et que la cavité du tronc se trouve séparée en deux compartiments situés, non pas l'un en avant, l'autre en arrière, mais l'un au-dessus de l'autre. Les poumons occupent toute l'étendue du compartiment supérieur, et le diaphragme constitue entièrement la paroi supérieure de l'abdomen. A cela s'ajoute une particularité bien plus importante encore. Nous avons vu chez l'homme quelques faisceaux du transverse se continuer avec le diaphragme; ici c'est le diaphragme tout entier qui s'insère sur les muscles larges de l'abdomen (Daubenton, Carus), c'est-à-dire se continue avec ces muscles et spécialement, peut-être même uniquement, avec le plus interne, avec le transverse.

Ainsi, au dernier terme de la série des mammifères, nous trouvons le diaphragme dans son type le plus simple, celui d'enveloppe contractile immédiate des viscères abdominaux; de telle façon que diaphragme transverse et releveur de l'anus constituent (non pas seulement relativement aux fonctions, mais *en réalité* et au point de vue morphologique) une seule et même enveloppe contractile, dont les divers éléments seront plus ou moins développés, plus ou moins isolés, mais pourront toujours être ramenés à un type unique.

Cette fusion du diaphragme et du transverse, partielle chez les mammifères supérieurs, complète chez les cétacés, est incontestable. Quant à celle du releveur de l'anus et du transverse, je n'ai pu la constater par moi-même; mais j'affirme *à priori* qu'elle doit exister chez les cétacés; je fonde cette assertion sur l'absence des os du bassin. Chez les ophidiens le bassin manque également, et le muscle du cloaque analogue du releveur de l'anus est constitué par les faisceaux postérieurs du transverse de l'abdomen (1).

§ II. — DES APPENDICES DU DIAPHRAGME DESTINÉS SPÉCIALEMENT À L'APPAREIL DIGESTIF.

A. ORIFICE ŒSOPHAGIEN.

Chez la plupart des rongeurs et quelques insectivores, l'œsophage, généralement d'une ampleur restreinte, parcourt ordinairement un trajet plus ou moins étendu au-dessous du diaphragme avant de s'ouvrir dans l'estomac. Cette portion sous-diaphragmatique est entièrement contenue dans une espèce de canal fibro-musculaire. Chez le lapin (lepus cuniculus), par exemple, les faisceaux externes de chaque pilier montent parallèlement à la colonne vertébrale pour former le *septum transversum*, mais les faisceaux internes constituent une lame musculaire triangulaire dont le sommet est à l'origine même des piliers et dont la base répond à la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage. Les fibres musculaires de cette lame, complètement distinctes de celles qui vont former la portion costale du diaphragme, s'étalent en forme d'éventail; les antérieures obliques, les postérieures, presque perpendiculaires au rachis, se dirigent en bas et en avant à la rencontre de celles du côté opposé avec lesquelles elles s'entrecroisent après être devenues fibreuses. De cet entre-croisement, de cette union des deux lames résulte une espèce de demi-canal qui recouvre et contient très-exactement l'œsophage. Les fibres postérieures qui recou-

(1) Ce faisceau musculaire représente vraisemblablement le petit psoas, qui manque dans ces cas. On sait que la plus grande partie des fibres de la gaîne du psoas iliaque se détache des bords du tendon du *petit psoas*, dont elles émanent en réalité.

(2) Il n'est pas besoin de rappeler que chez tous les animaux autres que l'homme la paroi supérieure du tronc est celle qui répond au rachis.

(1) Meckel, ANAT. COMP.

---

la bourguignonne; Paris, la bouteille de Sèvres ou de Bordeaux. Ainsi, une fois l'eau bue, le consommateur a une bouteille neuve, toute rincée, de la valeur marchande de sa localité, et reprise par les entrepositaires au prix de facture. — Une capsule en métal maintient le bouchon fixe, remplace le goudron, laissant la bouteille sans taches ni marques.

— Voilà, direz-vous, une idée qui, pour n'être point médicale, n'en paraît pas moins bonne, et ce M. André mérite assurément d'avoir beaucoup de ses bouteilles à reprendre. Mais un scrupule me pèse depuis que je vous lis : on me vend à Paris, et pour 20 centimes, aussi, d'excellente eau gazeuse, claire, limpide, de plus fraîche à miracle, puisqu'elle sort de la fabrique voisine. J'ai même été curieux de la comparer avec votre eau de Saint-Galmier, et, je vous demande mille pardons, mais il m'a semblé...

— Qu'elle lui est bien supérieure, puisqu'elle fait sauter le bouchon. N'est-ce pas ce que vous alliez dire? Oui, mon cher lecteur, et je veux ajouter tout de suite que votre eau artificielle contient cinq volumes de gaz pour un et demi que renferme la plus riche source de Saint-Galmier, la source André. Apprenez encore que le savant monographe des eaux minérales de la France, M. Isidore Bourdon, juge que « l'art possède les moyens de rendre l'eau fabriquée plus gazeuse et plus agréable que l'eau naturelle. » « L'eau de Seltz artificielle, dit-il plus loin, est assurément un sujet de triomphe pour la chimie. » Vous avez donc pour vous l'usage, l'analyse, les autorités, et vous pouvez, à votre tour, triompher en bonne compagnie.

— Et comment donc allez-vous vous y prendre pour me faire admettre l'avantage de votre eau, si celle que me vend mon épicier est trois fois plus riche?

— Plus riche! distinguons : plus riche... dans la bouteille. Mais ce qui doit profiter de cette richesse, trop confiant buveur, ce n'est ni votre nappe, ni le parquet, ni même le verre : c'est exclusivement et uniquement votre estomac. Le bouchon saute! vous vous émerveillez. Mais, s'il vous plaît, ce qui l'a fait sauter, qu'est-il devenu? La mousse déborde, et votre table représente un instant à vos yeux ébahis ces enseignes flamandes où l'écume de bière décrit de la cruche au verre qu'elle va remplir une complaisante parabole. Nouvelle jubilation! Mais cette mousse, le gaz qui la soulève n'était-il donc destiné qu'à flatter vos yeux?

— Je comprends, je comprends; mais l'industrie a répondu par un progrès à votre impuissante objection. Grâce au siphon, je vais puiser le liquide tout chargé de principes gazeux, au centre même de son réservoir.

— A mon tour, je comprends; mais ma réponse est la même. Je vais plus loin que vous. Supprimez le verre. Collez vos lèvres au bec du siphon et le gaz se perdra encore. Fermez la bouche, il s'échappe par les narines. Cherchez à avaler brusquement : avant que l'estomac ait reçu le liquide, la moitié des bulles s'est arrêtée devant les premières contractions de l'arrière-bouche. A peine avez-vous bu un verre, les régurgitations le dépouillent de son principe volatil. C'est que l'acide carbonique n'était maintenu là que par compression. Ou l'a forcé à entrer dans cette habitation incompatible à sa nature : il s'y isole et y demeure un étranger. Suspendu, mais non combiné, la force qui tend incessamment à l'en dégager est égale à celle qu'il a fallu pour l'y emprisonner. Aussi sa tension puissante se joue de la contraction pharyngienne, et pour lui fermer le passage, ce ne serait pas trop de ficeler le cardia ou de goudronner l'œsophage.

vrent le cardia adhérent à presque toute la petite courbure par des fibres tendineuses qui les croisent à angle droit et s'étalent sur la face antérieure de l'estomac. C'est bien par des fibres tendineuses propres, et non par le revêtement péritonéal, que cette adhérence a lieu. Il y a un intervalle de 2 millimètres au moins entre les fibres et le point où le péritoine atteint la face antérieure de l'estomac.

Ainsi, chez ces animaux, toute une portion spéciale des piliers du diaphragme, sans action aucune sur le mouvement des côtes et sur les modifications de la voûte diaphragmatique, constitue un muscle à part dont la disposition par rapport au commencement de la portion abdominale du tube digestif, est tout à fait analogue à celle du releveur de l'anus à l'extrémité terminale de ce même conduit. Intimement adhérente au bord supérieur de l'estomac, embrassant exactement l'œsophage, l'expansion du diaphragme soulève l'estomac et comprime l'œsophage, de même que le releveur de l'anus comprime et soulève le rectum et l'ampoule anale.

Ce sphincter œsophagien paraît exister généralement, mais à un moindre degré de développement. Plusieurs faits, dont quelques-uns existaient déjà dans la science, vont nous servir en quelque sorte de jalons, et nous permettre de relier la disposition observée chez les rongeurs à celle que nous décrirons tout à l'heure chez l'homme.

Carnassiers digitigrades. — Chez de jeunes chiens, j'ai trouvé une couche de fibres musculaires striées très-prononcée, surtout à droite, dans l'épaisseur du feuillet (presque transparent et en apparence formé par le péritoine seulement) qui, du bord interne des piliers, se porte sur la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage.

Carnassiers plantigrades. — Meckel (1) a noté chez l'ours l'existence de deux faisceaux musculaires du diaphragme qui, de chaque côté, se jettent sur l'œsophage, où ils paraissent se terminer.

Cheiroptères et quadrumanes. — M. Duvernoy, dans un mémoire sur l'estomac intestiniforme des semnopithèques (2), décrit chez eux et chez quelques autres espèces de singes (colobes), un sphincter œsophagien fourni par le diaphragme. Il signale également cette disposition comme très-prononcée chez les cheiroptères, qui reposent accrochés, la tête en bas.

Bimanes. — Arrivons maintenant à l'homme.

Tous les anatomistes décrivent l'orifice œsophagien du diaphragme comme constitué : en avant par les bords internes des deux piliers qui convergent avant d'atteindre le centre phrénique, en arrière par des faisceaux qui vont d'un pilier à l'autre, mais changent seulement de côté et se terminent aussi dans le centre phrénique.

On admet bien que le diaphragme peut comprimer l'œsophage, mais par la contraction des piliers, contraction liée elle même aux mouvements respiratoires, accidentelle en quelque sorte et complétement indépendante des fonctions digestives.

C'est là tout ; il n'est fait mention d'aucune disposition spéciale. Seulement Haller aurait vu deux fois, Theile une fois (et il cite ce cas comme une anomalie) des fibres musculaires qui, partant du contour de l'orifice œsophagien, allaient se perdre dans les tuniques de l'œsophage. Un cas semblable est rapporté dans l'Anatomie de M. Cruveilhier.

(1) Anatomie comparée, vol.
(2) Mém. de la Société d'hist. nat. de Strasbourg, vol. I.

Cette prétendue anomalie est une disposition *normale* et *constante*. J'ai toujours trouvé chez l'homme un rudiment du sphincter œsophagien, si développé chez certains rongeurs. Bien distinctes des faisceaux des piliers du diaphragme destiné au centre phrénique et aux côtes, les fibres musculaires qui le constituent, un peu plus pâles que le reste du muscle, grêles et peu nombreuses, se détachent, au niveau de l'orifice œsophagien, du bord interne de chaque pilier, se portent sur l'œsophage, auquel elles sont intimement accolées, et s'y terminent ou décrivent le plus souvent sur sa face antérieure des anses qui s'entre-croisent avec celles du côté opposé.

Ces petits faisceaux musculaires, plus ou moins développés, mais constants, n'existent ordinairement que sur la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage ; j'ai rencontré une fois une lame musculaire très-mince, mais de près de 0,01 centim. de large, qui du pilier gauche se portait sur le cardia lui-même, et se terminait en étalant ses faisceaux sur la face antérieure de l'estomac. Dans les cas ordinaires, j'ai presque toujours trouvé l'œsophage et le cardia unis au bord externe du pilier gauche par une lame de tissu d'apparence cellulaire, mais doué de cette élasticité toute spéciale qui caractérise le dartos, et que l'on retrouve aussi au niveau des anses terminales du crémaster (1) chez l'adulte.

J'ai rencontré enfin, mais exceptionnellement, un faisceau musculaire qui, se détachant du diaphragme au niveau du bord supérieur de l'orifice œsophagien, descendait parallèlement aux fibres longitudinales de l'œsophage, sur la face antérieure de l'estomac, où il se perdait, croisant à angle droit les fibres du sphincter œsophagien du diaphragme.

L'analogie est évidente entre ce faisceau musculaire et le faisceau tendineux que nous avons vu chez le lapin croiser à angle droit les fibres du sphincter œsophagien pour venir se terminer sur la face antérieure de l'estomac au niveau de la petite courbure. Ce faisceau longitudinal, lorsqu'il existe, est nécessairement antagoniste du sphincter œsophagien, il dilate le cardia et tire l'estomac en haut ; il doit faciliter le vomissement et la rumination ; peut-être son existence est-elle en rapport avec les cas de *mérycisme* observés chez l'homme.

Parmi les derniers ordres des mammifères, je n'ai pu examiner l'orifice œsophagien que sur une espèce de ruminants, le mouton (ovis aries) ; j'ai trouvé l'œsophage passant librement au milieu d'un fort anneau musculaire, à bords épais et très-nets, constitués par des faisceaux qui vont gagner le centre phrénique. Il y a absence complète d'un sphincter œsophagien distinct du reste du muscle. L'orifice œsophagien n'est pas non plus formé, comme nous l'avons vu jusqu'ici, par l'écartement des deux piliers du diaphragme.

Sur le milieu du pilier droit règne un fort raphé fibreux qui envoie de chaque côté des fibres musculaires disposées comme les barbes d'une plume. Ce raphé cesse au niveau de l'extrémité postérieure de l'orifice œsophagien, en donnant naissance à deux forts faisceaux musculaires qui s'écartent, puis reviennent s'entre-croiser au niveau de l'extrémité antérieure de cet orifice et se continuent dans le centre phrénique. De sorte que l'œsophage passe ici dans une véritable boutonnière musculaire, que les contractions générales du diaphragme doivent fermer très-exactement. Nous verrons tout à l'heure les conséquences que l'on peut tirer de cette disposition.

(1) Anses complétement musculaires chez le fœtus, et aussi dans certains cas de tumeurs anciennes du scrotum, comme l'a vu M. J. Cloquet.

Le sphincter œsophagien n'est pas la seule expansion fournie par le diaphragme à l'appareil digestif; je signalerai chez l'homme :

1° Un faisceau de fibres tendineuses déjà entrevues par Huscke, qui, logées entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, se porte du diaphragme vers le foie. Ce faisceau, détaché du bord supérieur de l'orifice œsophagien, ne paraît pas avoir ici d'autre usage que de fixer solidement le foie au diaphragme, mais il tire un certain intérêt de l'existence d'un appareil musculaire spécial, que j'ai découvert chez quelques oiseaux, et qui se porte du diaphragme sur le foie.

2° Enfin, j'ai trouvé chez l'homme aussi, à des degrés variables de développement, mais constamment jusqu'ici, un faisceau musculaire qui n'est décrit nulle part. Ce faisceau, se détachant du pilier droit, au niveau du bord postérieur de l'orifice œsophagien, se porte en bas et en avant au-devant du plexus cœliaque, du tronc cœliaque, et spécialement de l'artère splénique qui se recourbe en anse au devant de lui, et se termine, soit au-dessous de l'artère splénique, soit au niveau de l'artère mésentérique supérieure, par des fibres tendineuses que je n'ai pu suivre plus loin. Dans un cas que j'ai fait représenter, ce faisceau musculaire, qui était très-développé et avait près de 0,01 centim. de largeur sur 0,04 à 0,05 de longueur, paraissait se terminer sur l'artère mésentérique supérieure. Je n'ai, je le répète, pas pu jusqu'à présent suivre plus loin ses fibres terminales, peut-être parviennent-elles jusqu'à la colonne vertébrale; mais ce que mes dissections me portent plutôt à croire, c'est qu'il se termine réellement dans l'épaisseur du mésentère, disposition qui, si étrange qu'elle paraisse au premier abord, n'est pas sans analogie avec ce que nous verrons exister chez les oiseaux.

Quoi qu'il en soit, si ce faisceau a quelque insertion à la colonne vertébrale, il est disposé de façon à comprimer, par ses contractions, l'artère splénique. Si au contraire, comme je le pense, il se termine réellement dans l'épaisseur du mésentère, il constituerait un soutien actif du paquet de l'intestin grêle, et serait peut-être en rapport avec la station verticale, car je ne l'ai jusqu'à présent trouvé que chez l'homme.

§ III. — DU RÔLE DU SPHINCTER ŒSOPHAGIEN, ET DES CAUSES QUI EMPÊCHENT LE VOMISSEMENT CHEZ CERTAINS MAMMIFÈRES.

Parmi les mammifères, les uns vomissent avec plus ou moins de facilité; les autres ne peuvent jamais vomir, bien que sous l'influence de l'émétique, par exemple, les phénomènes qui tendent à produire le vomissement ayant lieu chez eux avec une telle intensité, qu'ils peuvent déterminer la rupture de l'estomac.

Au nombre des animaux qui ne vomissent pas, on compte les rongeurs, notamment le lapin (lepus cuniculus), le cabiai (cavia cobaya), tous les ruminants, et aussi le cheval.

Or, chez le lapin, le cabiai, le sphincter œsophagien du diaphragme est à son maximum de développement; animé par un filet de la branche postérieure du nerf phrénique, lorsque le diaphragme et les autres muscles abdominaux se contractent et tendent à expulser le contenu de l'estomac, il se contracte aussi, et est assez puissant et assez favorablement disposé pour résister à l'action de ces muscles et fermer complétement l'œsophage.

Le vomissement sera d'autant plus facile que le sphincter sera moins développé.

Chez l'homme, ce sphincter diaphragmatique est presque à l'état rudimentaire, et le vomissement est généralement facile. Cependant, il est incontestable que l'on peut résister volontairement, pendant un temps à la vérité très-court, à l'effet des contractions musculaires qui tendent à expulser le contenu de l'estomac. Cet obstacle volontaire au vomissement ne peut être attribué, je crois, à une modification volontaire des contractions mêmes, des muscles abdominaux; ceux-ci, influencés alors par une action *réflexe*, sont momentanément soustraits à l'empire de la volonté. D'un autre côté, les contractions de l'œsophage sont toujours involontaires. Le sphincter diaphragmatique, soustrait peut-être à l'influence de l'action réflexe, serait alors le seul agent de la volonté.

Chez les ruminants où nous n'avons pas trouvé de sphincter spécial de l'œsophage, l'obstacle au vomissement ne reconnaît pas la même cause que chez les rongeurs. Mais, comme je l'ai déjà dit, toute contraction un peu énergique du diaphragme doit s'accompagner chez eux de l'occlusion complète de la boutonnière musculaire qui donne passage à l'œsophage; plus les contractions du diaphragme seront énergiques, plus l'œsophage se trouvera énergiquement comprimé, et le vomissement se trouvera empêché par l'acte même qui tend à le produire (1).

IV. — APPENDICES DU DIAPHRAGME DESTINÉS AUX ORGANES GÉNITAUX.

Outre les ligaments ronds *inguinaux* de l'utérus que présentent tous les mammifères, Stenson a découvert chez le hérisson des ligaments ronds antérieurs de l'utérus, que Rudolphi a trouvés également chez l'hyène et l'ours, et que Nitzsch a rencontrés généralement chez les rongeurs et les carnassiers. Ces ligaments partent des extrémités des cornes de l'utérus, et remontent en avant recouverts par le péritoine jusqu'à la région costale ou jusqu'à la région des piliers du diaphragme où ils se terminent. Musculaires dans toute leur étendue comme les ligaments ronds inguinaux, les ligaments ronds antérieurs sont aussi constitués comme eux par deux ordres de fibres.

Les unes, fibres lisses, fibres plates et fusiformes de la vie organique, émanées du tissu propre de l'utérus, forment la plus grande partie de ces ligaments; les autres fibres, qui ne se trouvent guère que dans la portion terminale et périphérique de ces ligaments, au voisinage de la région inguinale et au voisinage de la région diaphragmatique, les autres fibres sont des faisceaux musculaires striés, émanés du muscle transverse pour les ligaments inguinaux, et du diaphragme pour les ligaments ronds antérieurs.

Je me contente ici de signaler cette analogie de plus entre le diaphragme et le muscle transverse, réservant de plus amples détails pour un travail que je communiquerai prochainement à la Société de biologie (2).

(1) Je n'émets ici qu'une hypothèse; c'est à l'expérimentation qu'il appartiendra de la confirmer ou de la renverser.

(2) DES MUSCLES ACCESSOIRES FOURNIS AUX ORGANES GÉNITAUX PAR LE SYSTÈME MUSCULAIRE DES PAROIS ABDOMINALES, SPÉCIALEMENT DE L'ORGANE CONNU SOUS LE NOM DE GUBERNACULUM TESTIS, CHEZ LE MALE ET CHEZ LA FEMELLE, DANS LA SÉRIE DES MAMMIFÈRES.

---

ble que la plupart des boissons vendues comme limonade gazeuse dans certains cafés.

Tout sautait donc pour le mieux. Bientôt cependant se font jour certains sons que tous les instruments à corde auraient désavoués. On remarque dans quelques pas un empressement de fâcheux augure. Bref, au bout de deux heures, le besoin de se rafraîchir était remplacé par un autre non moins impérieux. Chacun se sentait pressé d'aller restituer le relâchant breuvage, et le bal se termina brusquement par une courante générale. Inutile d'ajouter que le docteur ès sciences et son digne acolyte, voyant les suites de leur méprise, avaient disparu dès les premiers verres excrétés.

Le lendemain, il y avait amélioration notable dans l'état de plusieurs des danseuses. On s'empressa de constater le fait à l'honneur du traitement moral.

Je fais ce qu'alors nous eussions tous dû faire. — Je reviens à l'eau de Saint-Galmier. Ses sources, aussi bien que d'autres plus renommées, ont en leur faveur l'avantage de la tradition historique et d'une antiquité des plus respectables. C'est sous le commandement de Lépidus et de Plancus qu'elles furent découvertes. Le nom de Fons Fort, — plus d'à moitié latin, — que la plus ancienne a conservé, témoigne de son origine multi-séculaire. L'usage s'en perpetua sous la domination romaine. Plus heureuse que l'eau de Seltz, les bouleversements politiques n'apportèrent de changement ni au courant qui l'alimente ni à la confiance qu'elle inspire; car voici ce qu'en écrivait, en 1644, un vieux et naïf auteur dont on aimera à entendre le témoignage textuel :

« La Coise descend de Saint-Galmier amenant auec elle les eaux miraculeuses de Fons-Fort, dont les effets donnent autant de peine à l'esprit des Philosophes et des Médecins, que d'vtilité au corps des habitans du lieu. Elle supplee au defaut du vin, elle vaut mieux que le leuain pour paistrir le pain et faire leuer la paste et un verre de son eau a plus de force que toutes les receptes d'Hippocrate et de Galien pour la purgation des humeurs. Ne voilà pas des gens heureux qui n'apprehendent point que la rigueur des hiuers gele leurs vignes, qui, en toutes les saisons de l'année font vendange à peu de frais et qui peuuent conseruer leur santé sans nuire à leur bourse. Car il est hors de doute qu'un demy sextier de cette eau miraculeuse meslée auec vn peu de vin ne l'affoiblit aucunement, au contraire luy donne une force particuliere qui eschauffe et anime ceux qui la boivent et leur sert de remède et de préseruatif contre toutes sortes de maladies, pour arriuer iusques à vne belle vieillesse sans autres drogues que le seul vsage de l'eau de cette fontaine (1). »

Depuis ce temps, les propriétés de l'eau n'ont pas changé. Mais d'importantes améliorations se sont succédé dans son exploitation.

M. Andre découvrit, en 1843, un courant d'eau plus abondant que l'ancien. Devenu principal propriétaire de cette source qui, d'après le rapport de l'Académie, est le jet le plus important, le plus direct de la nappe souterraine qui alimente Saint-Galmier, il obtint, après cinq ans de démarches suivies, l'autorisation d'exploiter. Ayant désormais, dans cette inépuisable source, un aliment proportionné à son infatigable activité, il créa la concurrence, c'est-à-dire le

(1) LES RIVIÈRES DE FRANCE, par le sieur Coulon. M.DC.XLIV.

MÉDECINE PRATIQUE.

DE LA TRANSFUSION DU SANG A PROPOS D'UN CAS SUIVI DE GUÉRISON; par les docteurs DEVAY et DESGRANGES, médecin et chirurgien en chef désignés de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Les détails de l'observation qui précède mettant en évidence la gravité de la situation de cette femme, le danger prochain qu'elle courait, nous dispense de traiter, pour l'espèce, de l'opportunité de l'opération qui a été pratiquée. Il est cependant une circonstance qui est venue depuis à notre connaissance et qu'il est bon de rappeler. Avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu, cette femme avait été vue par un praticien recommandable, le docteur Keisser qui, la veille, avait fait part à sa famille du pronostic funeste qu'il portait, en recommandant qu'on lui administrât les derniers sacrements. Des circonstances particulières à nous connues, relatives à la cause de la métrorrhagie, tendaient encore à augmenter nos appréhensions. En définitive, cette malade offrait le type de ce collapsus vital, déterminé par des pertes excessives et accidentelles, où, d'après nos lumières et notre conscience, nous devions tenter une médication exceptionnelle. Toute autre alternative nous échappant, il restait à fournir à cette malade, dans sa défaillance, un petit capital du fluide animateur et nourricier pour soutenir le jeu des organes, gagner du temps et instituer à son profit une thérapeutique efficace. L'indication de la tranfusion du sang était formelle, nous l'avons saisie et mise immédiatement en pratique.

Les suites de l'opération, qu'il nous a été donné d'observer longtemps, ont présenté des phénomènes dignes d'intérêt. Ces phénomènes ont été *primitifs* et *consécutifs*. Ces derniers ont revêtu des caracteres complexes, tenant à la fois des fièvres graves, de l'état puerpéral et de la chloro-anémie. Nous avons eu sous les yeux une affection composée de plusieurs éléments disparates, une affection *sui generis*, ne rentrant dans aucune partie du cadre nosologique. Nous verrons plus loin leur ordre de filiation.

Les phénomènes primitifs résultant immédiatement de la tranfusion ont duré vingt-quatre heures. Ils ont été marqués par la réaction s'élevant insensiblement jusqu'à une surexcitation qui pouvait donner quelques craintes. Ces phénomènes primitifs peuvent donc se diviser eux-mêmes en phénomènes immédiats et en phénomènes secondaires. Les premiers, que tous les assistants ont suivis avec le plus vif intérêt, ont consisté dans le réveil des fonctions de la vie de relation, à mesure que le fluide réparateur pénétrait dans l'organe central de la vie végétative. On assistait en quelque sorte à une résurrection : la malade semblait sortir du sommeil, elle inspirait plus fortement, et ses yeux, redevenus expressifs, indiquaient qu'elle avait la conscience de ce qui se passait autour d'elle :

Spiritus intùs alit; totumque infusa per artus
Mens agitat molem.

Durant les premières heures qui ont suivi l'opération, la réaction ne dépasse pas ce mode physiologique. Le pouls est toujours fréquent, mais il offre plus de résistance; les bruits anormaux perçus par l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne se font plus entendre (ils avaient du reste disparu immédiatement après la transfusion). Jusqu'au soir, la malade parait jouir d'un calme profond; interrogée sur ce qu'elle éprouve, elle indique par des signes qu'elle se trouve bien. Le soir, la scène change, une agitation insolite se déclare; la nuit est marquée par le délire et les mouvements désordonnés. Cet état persiste pendant la journée du 27. L'explication de ces phénomènes secondaires pourrait, ce nous semble, être fournie par les données physiologiques suivantes : le sang injecté chez ce sujet anémique a déterminé immédiatement, par son contact avec les rouages de l'économie, une série de mouvements fonctionnels; plus tard, ce même sang s'étant trouvé en rapport avec les parties profondes de l'organisme où s'opèrent les métamorphoses, a déterminé une réaction de la part de celui-ci. Il y a eu une lutte, un conflit, pour emprunter le langage de Burdach, entre ce sang nouveau et les parties solides; il a fallu un certain temps pour que l'équilibre s'établît.

Les jours suivants, des symptômes d'un ordre tout différent éclatent : la langue se recouvre d'aphtes, une odeur putride est exhalée et coïncide avec un écoulement lochial verdâtre. L'ensemble de tous ces signes revêt le cachet des fièvres adynamiques putrides. Néanmoins, en rapprochant les commémoratifs des circonstances actuelles, nous pûmes voir dans cet état l'influence de la fièvre puerpérale. Plus tard, la marche ultérieure de la maladie, la *phlegmasia alba dolens* qui a succédé, a donné gain de cause à cette interprétation. Cette malade subissait l'influence des suites de couche; la transfusion l'avait mise à même de renouer son mode pathologique avec l'état antérieur, qui était un accouchement prématuré; les phénomènes pathologiques que comporte cette dernière circonstance ont repris leurs droits avec le retour de la vitalité. La transfusion a donc eu pour effet de rétablir chez cette malade les choses où elles en étaient à leur point de départ : ce fait nous parait avoir une grande valeur dans l'ordre physiologique.

A cette phase de la maladie succède une période d'hydroémie. Un anasarque presque général se déclare; on perçoit un bruit de cuir neuf par l'auscultation du cœur; celle de la poitrine pouvait faire craindre un épanchement dans les cavités pleurales. Ces derniers symptômes se dissipent au bout de peu de temps; mais la chloro-anémie se prolonge pendant une douzaine de jours. Dans cet intervalle la malade reprend des forces, le 9 elle peut descendre de son lit et y remonter sans l'aide de personne. A ce moment elle touchait à la convalescence, lorsqu'à la suite d'une trop longue station elle est saisie d'un œdème douloureux de tout le membre inférieur droit. La tension des parties, la douleur siégeant au pli de l'aine, la réaction fébrile, ne laissent aucun doute sur la nature de cet accident: c'est le *phlegmasia alba dolens*. Cette complication, énergiquement combattue, céda au bout de peu de jours, elle a été comme la dernière phase de l'état puerpéral. A partir de cet instant, nous n'avons plus à enregistrer qu'une amélioration constante et soutenue. Si nous eussions accédé aux désirs de la malade, celle-ci eût pu quitter plus tôt les salles de l'Hôtel-Dieu; mais nous avons tenu à consolider la santé de cette femme et à avoir un résultat irréfragable. La veille de son départ, elle fut visitée par les mêmes honorables collègues qui avaient assisté à l'opération, et comme nous ils ont constaté avec bonheur l'étonnante métamorphose qui s'était opérée.

Les détails peut-être un peu trop nombreux de cette observation indiquent que la thérapeutique n'a point été inactive, que ses ressources ont

---

bon marché et comme conséquence la vulgarisation rapide. C'est de ce moment, c'est grâce à ses efforts soutenus, à son zele, aujourd'hui bien récompensé, que la réputation de l'eau de Saint-Galmier franchit les provinces voisines, que son importation devint un fait commercial sérieux.

Pour être juste envers tous, il faut ajouter qu'une commission de professeurs à l'Ecole de médecine de Lyon, chimistes, géologues, pharmaciens, etc., avait, dès l'origine de la découverte, visité les lieux et apprécie *de visu et linguâ* les qualités de la nouvelle source. C'est par leur honorable et toute compétente intervention que le ministre de l'agriculture et du commerce apprit que, après avoir rencontré ce courant d'eau minérale, M. André avait eu le bon esprit de le détourner de la rivière, où il allait se perdre en bonne et saine mais trop nombreuse compagnie, pour le concentrer en lieu sûr. C'est maintenant à côte de la Fons-Fort qu'il jaillit, la Fons-Fort, source agreable, petillante, antique, mais dont la nature trop parcimonieuse, comme celle de maint vieux noble abâtardi, avait empêché jusqu'alors de porter au loin la renommée. Celle de la source André répondra à son abondance : elle sera universelle.

Puisqu'on ne peut aujourd'hui juger du merite des choses que par la somme de travail qu'elles donnent à l'art typographique, on nous excusera bien de dire qu'une bibliographie déjà passablement chargée élève nos sources hors de la classe des parvenues. Sans remonter jusqu'à Cœcilius Grey, sans nommer une seconde fois le sémillant *sieur Coulon*, on trouvera aisément dans les travaux de Dupasquier, de Lanyer, de Raulin, de Paret, de Richard de Latrade, de MM. Vicfeil, Soviche, O. Henri, des témoignages imposants en faveur de leur efficacité. Citons hors ligne — ils le méritent à tous égards — M. Ladevèze, médecin-inspecteur des eaux, qui, dans une élégante monographie, a surtout précisé leurs indications pathologiques, et notre aimable ami, Munaret, dont la plume légère, se jouant de son sujet, l'a fait mousser pendant 25 pages avec une habilete digne de tout le succès qu'elle a obtenu.

P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro*).

— M. Pasquier, ancien chirurgien en chef des Invalides, ex-médecin de la famille d'Orléans, membre du conseil de santé des armées, vient d'être enlevé à ses nombreux amis. Il était à peine âge de 57 ans. Sa mort a produit une tristesse générale. Plus praticien qu'homme de science, M. Pasquier n'a attaché son nom a aucune découverte ni à aucun travail important. Doué des qualités les plus aimables du cœur et de l'esprit, il occupait dans le monde un rang très-distingué. Estimé de ses confreres, il comptait autant d'amis que de clients. Malgré les succès qu'il a obtenus dans la clientèle et les places élevées qu'il n'a cessé d'occuper, ce regrettable confrère laisse une famille nombreuse sans fortune. En reconnaissance des services qu'il a rendus à la chirurgie militaire, le président de la République vient d'assurer une pension de 2,000 fr. a sa veuve et de déclarer que ses enfants seraient élevés aux frais de l'État. Quelques jours avant sa mort, M. Pasquier avait été nommé commandeur de la Légion d'honneur.

été largement appliquées aux besoins de notre malade. Ceci n'enlève rien au bénéfice de la transfusion : cette opération a sauvé la vie de la malade en la soutenant quelque temps; la thérapeutique a maintenu, puis définitivement fixé les efforts conservateurs. La première a allumé le flambeau, la seconde l'a animé.

I. — INDICATIONS DE L'OPÉRATION.

Nous pensons que ce n'est qu'à l'aide de sages restrictions posées à son emploi et puisées dans la saine observation des phénomènes physiologiques et pathologiques, que cette puissante ressource de l'art parviendra à être définitivement adoptée, qu'elle passera dans les mains de la pratique, si nous osons nous exprimer ainsi. Toute autre marche la compromettrait. Posons donc en principe que cette médication doit être exceptionnelle. Nous la considérons comme un moyen *excitateur* et non comme un moyen *régénérateur*. Cette distinction pour nous semble capitale. Tout ce que l'on peut, en effet, raisonnablement attendre de la transfusion du sang, c'est le réveil des mouvements organiques dans un cas de mort apparente ou de collapsus général, déterminé par la soustraction rapide du fluide vivifiant. Les autres effets non-seulement sont incertains, mais pleins de dangers. Qu'attendre de la transfusion, chez le vieillard décrépit, dont les solides, modifiés par l'âge, ont perdu leurs rapports avec un sang jeune et riche? Qu'en attendre pareillement chez un sujet dont l'organisme est profondément détérioré par une maladie chronique? L'analyse de notre observation démontre que la transfusion provoque des effets secondaires assez intenses. Or de pareils phénomènes déterminés chez des personnes se trouvant dans une des catégories citées plus haut, engendreraient de la part des solides une réaction mortelle. L'histoire désastreuse des débuts de la transfusion doit d'ailleurs être pour nous un fécond enseignement. Cette méthode a péri dès son origine, parce qu'on s'en est servi dans un but régénérateur : les tentatives vraiment utiles qu'elle avait fait éclore ont été abandonnées par suite des abus de l'ignorance et des fausses théories humorales.

Ainsi, pour nous, l'indication de la transfusion du sang réside dans un état d'anéantissement posthémorrhagique. Mais là, il y a encore d'importantes distinctions à établir. Il faut que le sujet, antérieurement à l'accident, soit sain, ou du moins qu'il ne soit atteint d'aucune maladie *cum materia*. Une affection organique (tubercules, cancer, squirrhe, etc.) compliquerait singulièrement les chances de l'opération. Il en serait de même d'une inflammation étendue des viscères ou des membranes qui aurait débuté avant l'accident hémorrhagique : dans ce cas, la transfusion, par son effet secondaire, ne ferait qu'accroître le stimulus; le bénéfice ne serait que temporaire. C'est, ce nous semble, la cause de l'insuccès d'une des dernières opérations pratiquées par un chirurgien distingué de la capitale. Aussi sommes-nous convaincus que l'opération de la transfusion du sang, appliquée aux suites des hémorrhagies puerpérales, doit réussir en raison directe du moins de temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement. Aussi elle a infiniment plus de chances de succès sur une femme épuisée par une perte qui suit immédiatement l'accouchement que sur celle qui l'éprouve quelques jours après. Dans le premier cas, la soustraction brusque du fluide sanguin arrive sans qu'aucun changement considérable se soit encore opéré dans l'organisme; dans le second des mouvements fluxionnaires se sont déjà établis sur les organes du bas-ventre. La meilleure condition est donc celle-ci : soustraction brusque et accidentelle du sang chez un sujet n'ayant point encore éprouvé de modifications morbides. Mais loin de nous la pensée d'établir une contre-indication à l'opération dans les autres circonstances. C'est ainsi que chez une accouchée réduite à un état d'anéantissement complet par suite d'une métrorrhagie arrivée le septième ou le huitième jour, nous la conseillerions; dans ce cas, il nous semble, qu'avant de se préoccuper des résultats indirects que peut avoir la transfusion, il faut faire face à un péril imminent qui est l'extinction vitale. Les dangers à venir peuvent être écartés par d'autres moyens, le danger présent ne peut l'être qu'à une condition, et on doit la remplir. Il en sera de même pour les suites des *hemorrhagies passives*. Parmi celles-ci, nous rangeons certaines formes d'épistaxis, d'entérorrhagies, qui ont des résultats foudroyants. L'extrême déperdition sanguine amène un état syncopal; si le praticien n'a point l'espoir de ranimer la vie par les moyens ordinaires, pourquoi, alors, n'userait-il pas de la transfusion? Dans l'anémie extrême, suite de blessures, l'opération aurait été quelquefois pratiquée sans avoir pu conserver la vie. Elle trouve cependant dans cette circonstance son indication. Peut-être, dans les opérations infructueuses, s'agirait-il de sujets dont le système nerveux aurait été violemment troublé par la cause traumatique? peut-être s'agirait-il de plaies d'armes à feu, où l'excitation nerveuse joue un rôle si considérable? C'est là un point de la question qu'il est important d'approfondir de nouveau.

II. — DU SANG A INJECTER.

A. Chez l'homme, il faut du *sang humain;* la question est tranchée. A défaut même de ce que nous savons sur la plasticité du sang qui diffère de l'homme aux animaux, sur la forme et le volume des globules qui ne sont pas les mêmes dans toute l'échelle animale, le bon sens suffirait.

B. Une fois résolue cette première question, il n'y a plus lieu de se demander lequel du *sang artériel* ou du *sang veineux* mérite la préférence. Ouvrir l'artère à une personne qui se dévoue, l'exposer aux accidents d'une pareille blessure, quel chirurgien voudrait le faire? Ce serait inhumain. L'avantage, d'ailleurs, qu'on retirerait du sang artériel serait par trop minime, puisque les expériences sur les animaux de même espèce ont également réussi avec le sang noir qu'au moyen du sang rouge. La différence ne devient sensible que si l'on opère sur des espèces éloignées. Si l'on transfuse, comme l'a fait Bischoff, du sang de mammifère à des oiseaux, le sang veineux les tue sur l'heure; le sang artériel les laisse vivre.

C. L'*âge*, le *sexe*, bien que n'entraînant pas des différences majeures, sont néanmoins cause de quelques variations qu'il est bon de connaître.

D'après M. Denis, de cinq mois à quarante ans, le chiffre des globules augmente et la quantité d'eau diminue; de quarante ans jusqu'à la mort, c'est le contraire : la proportion de l'eau s'accroît, celle des globules diminue. Et comme conclusion, le sang d'une personne adulte qui n'a point quarante ans doit être préféré, puisque les globules sont regardés à juste titre comme la partie vivifiante du sang.

D'un sexe à l'autre, la composition du sang n'est pas rigoureusement la même : chez l'homme, il y a plus de globules; chez la femme plus d'eau, plus d'albumine. La fibrine est égale. Voici, au reste, les chiffres de cette différence, tels que nous les devons aux remarquables travaux de MM. Becquerel et Rodier.

SANG.	HOMMES.	FEMMES.
Eau.	779	791
Globules	141,1	127,2
Fibrine.	2,2	2,2
Albumine. . . .	69,4	70,5

En tenant compte des chiffres précédents, et sans nier que la transfusion entre personnes du même âge et du même sexe ne soit très-rationnelle, ne pourrait-on pas dire : Le sang de l'homme adulte mérite la préférence pour la transfusion à une femme; il la mérite à plus forte raison si c'est un homme qu'on opère? En effet, puisque le sang de l'homme est plus riche en globules et que la proportion d'eau est moindre que chez la femme, il est donc plus vivificateur; sous le même volume, il peut donc fournir plus d'éléments réparateurs à un organisme appauvri. La fibrine, il est vrai, ne varie pas pour les deux sexes; mais l'albumine, ce principe coagulable si voisin de la fibrine qu'on redoute, est en moindre quantité. Notre tendance, on le voit, à conclure que le sang de l'homme adulte, en règle générale, vaut mieux pour la transfusion, est suffisamment motivée.

Le sang doit provenir d'un individu sain. En agir autrement, ce serait méconnaître une vérité évidente; ce serait rechercher des causes d'insuccès.

D. — La *quantité* du sang injectée, dans les cas récents dont les détails nous sont connus, est en moyenne, pour chaque malade, de 240 grammes, le *minimum* étant de 90 grammes (Marmonier) et le *maximum* de 480 grammes (Simon). En général, deux à trois cents grammes doivent suffire, si l'on veut être prudent, si l'on tient à ne pas fausser les indications de la transfusion; car enfin, comme le dit M. le professeur Bérard, avec le sens élevé et le savoir qui le distinguent, « il n'est pas nécessaire de rendre à un animal ou à un individu quelconque, qu'une hémorrhagie a rendu anémique et plongé dans un état de mort apparente, autant de sang qu'il en a perdu. L'indication urgente est de remettre en mouvement des rouages qui ont cessé de fonctionner, afin que l'individu qui a été soumis à la transfusion puisse ensuite former du sang par sa propre activité. » (P. Bérard, t. III, p. 216.)

E. — La *défibrination* du sang doit être rayée des procédés opératoires, bien que Muller la propose en invoquant les expériences de MM. Prévost et Dumas, Dieffenbach, Bischoff, qui ont pu rappeler à la vie des animaux par l'infusion d'un sang défibriné. Les dangers que fait naître la fibrine sont-ils donc imminents autant qu'on le suppose? La séparation de ce principe du sang est-elle en réalité sans inconvénients? Notre conviction est que la transfusion, réduite aux proportions qui lui conviennent, doit être pratiquée avec du sang naturel, et tourmenté le moins possible.

La défibrination du sang a trouvé récemment un interprète éloquent dans M. Monneret, alors qu'au sein de l'Académie de médecine il donnait la relation du cas qui lui appartient.

« Le sang, dit M. Monneret, cesse de posséder ses propriétés normales dès qu'il a abandonné le vaisseau qui le renfermait. La fibrine n'est plus

dans son état de dissolution parfaite; elle commence immédiatement à se séparer sous forme d'un liquide blanc et brillant. On ne l'aperçoit pas encore à l'état solide et sous la forme d'un caillot limité et distinct qu'elle prendra plus tard; elle ne constitue alors qu'un vaste réseau aussi volumineux que le sang lui-même, parce qu'il n'est pas encore contracté et réduit à sa plus petite dimension; mais on peut affirmer que cette propriété si remarquable qu'a la fibrine de se contracter existe dans les gouttelettes du sang qui vient de sortir du vaisseau. Il est facile de comprendre le danger auquel expose cette solidification rapide que rien ne peut faire éviter, si ce n'est le battage opéré avec le sang extrait de la veine. Cette fibrine, en passant dans les vaisseaux, ne tarderait pas à y provoquer des obstructions mortelles. » (Gaz. Méd. 1851, page 665.)

Si la fibrine se sépare immédiatement quand le sang est reçu dans un large vase à la température ambiante, à coup sûr il n'en est plus de même si le vase est profond, s'il est chauffé à + 40° centigrades; ces deux conditions retardant la formation du caillot, ralentissent forcément la coagulation de la fibrine qui en est la cause première. L'essentiel est que ce retard soit assez long pour permettre que le sang étranger arrive encore liquide dans les veines de la personne malade, qu'il y soit perdu dans la masse du sang qui reste, et que cette fibrine qui tend à se coaguler soit divisée à l'infini.

Or cela est possible, puisque la transfusion a réussi sans causer d'accidents; cela se retrouvera d'autant mieux, qu'on aura le soin de n'injecter que juste assez de sang pour maintenir les fonctions organiques. En fait, ces obstructions mortelles, dont on nous fait une peinture si noire, sont moins fréquentes qu'on ne le suppose. La raison en est que la quantité de fibrine étrangère qui passe au travers des poumons, dans un temps donné, est très-minime, surtout si l'on prend soin, nous ne saurions trop le répéter, de ne jamais transfuser que peu de sang et d'aller doucement. »

« En défibrinant le sang, dit plus loin M. Monneret, on se prémunit contre ce funeste accident (obstructions), mais on ne fait encore pénétrer dans les vaisseaux qu'un sang altéré. » (Loc. cit.)

Nous sommes du même avis sur ce point, et nous n'en concluons que mieux contre la défibrination du sang.

« Lorsqu'on retire la fibrine du sang, ajoute encore M. Monneret, les globules ne subissent pas une altération plus marquée que si l'on employait du sang pur et avec ses divers éléments. » (Loc. cit.)

C'est ce qu'il faudrait démontrer. Nous trouvons inadmissible que les globules ne s'altèrent pas par le battage, quand tout à l'heure M. Monneret insistait sur l'altération du sang au sortir du vaisseau. Que le microscope, l'analyse ne démontrent rien, c'est possible; mais si le sang reçu dans un vase inerte est réputé *cadavre*, nous pouvons bien soutenir que des globules battus sont des globules *tués*.

En résumé, la défibrination enlève au sang un élément dont on peut très-bien se garantir; en second lieu, elle le dénature au point que ce n'est plus du sang que l'on transfuse, mais seulement une infusion médicamenteuse que l'on pratique. Elle doit donc être repoussée.

F. Les sels de soude et de potasse, comme on le sait, peuvent empêcher la coagulation du sang. Il suffit de 14 parties de sulfate de soude pour retarder de plusieurs heures la coagulation de 1,000 parties de sang; le carbonate de soude produit le même effet à une dose moitié moindre. De prime abord, on pourrait croire qu'en vertu de cette propriété les sels de soude et de potasse sont d'un usage commode pour la transfusion; au fond, il n'en est rien. Ils restent sans utilité par la facilité qu'on a de devancer la coagulation et de terminer l'opération en toute sécurité; ils ne sont pas sans danger, puisqu'ils diminuent la plasticité du sang et augmentent dans les mêmes proportions les tendances aux hémorrhagies.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvel urétrotome, dit dilatateur; par le docteur Reybard (de Lyon).

Je viens entretenir le public médical d'un sujet qui fixe depuis longtemps mon attention, et dont je poursuis sans relâche le perfectionnement: je veux parler du traitement des rétrécissements de l'urètre par la méthode des grandes incisions. Mais ce n'est pas, à proprement parler, de mon procédé d'urétrotomie qu'il va être question; il s'agit seulement d'un nouvel urétrotome que je viens d'imaginer, après bien des essais infructueux, et dont vous voudrez bien insérer la description dans votre estimable journal, pour donner une date certaine à ma découverte.

Je l'ai déjà dit, rien n'est plus facile que l'urétrotomie, lorsqu'on se borne à couper le tissu morbide du rétrécissement, ou lorsqu'un opère par le procédé de la scarification. Rien, au contraire, n'est plus difficile que cette opération, lorsqu'on la pratique par incision ou suivant mon nouveau procédé, c'est-à-dire, lorsqu'on divise avec le rétrécissement les tissus sains de l'urètre dans toute leur épaisseur, soit à cause de la mobilité du canal, soit à cause de l'extrême élasticité de ses parois.

Il ne suffit pas, en effet, de fixer le rétrécissement lorsqu'un opère par ma méthode; il faut encore, après avoir immobilisé le canal ainsi que ses parois, mettre celles-ci dans un état de tension considérable pour pouvoir en faire la section au niveau de l'obstacle. Le nouvel urétrotome que j'ai l'honneur de présenter réunissant tous ces avantages, je m'empresse d'en donner connaissance. Je lui donne le nom d'urétrotome dilatateur; c'est en effet à la fois un instrument tranchant et un instrument de dilatation.

Comme instrument tranchant, il ne diffère en rien de celui que j'ai décrit dans le mémoire sur les rétrécissements que j'ai adressé à l'Académie de médecine pour le concours du prix d'Argenteuil, et dont je donnerai plus bas la description.

J'ai fait de cet urétrotome un instrument de dilatation, en ajoutant sur les faces latérales de la canule deux lames d'acier et un écrou en forme de clef, avec lequel je les fais saillir. Ces deux lames d'acier sont élastiques, minces et fixées à leur extrémité vésicale, sur celle de l'urétrotome, au moyen d'une goupille et d'un écrou en forme de capuchon. Leur autre extrémité est simplement enchâssée dans une échancrure formant un anneau et dépassant celui-ci de quelques millimètres.

L'écrou, en forme de clef, se visse sur la canule de l'instrument. Il a pour usage, en agissant sur le bout des branches dilatatrices de les pousser en avant, et de les faire saillir par refoulement d'une manière plus considérable du côté de leur extrémité vésicale, où elles sont plus minces et plus flexibles. Ce sont ces dernières parties, ajoutées à mon urétrotome, qui en font un instrument de dilatation.

J'ai dit que, comme instrument de scarification, il se composait d'une canule, d'un mandrin et d'une seule lame pointue, à tranchant ondé et convexe.

La canule, en forme de sonde, présente une ouverture latérale dans toute sa longueur. C'est par cette espèce de fente que s'échappe et que glisse la lame pendant l'opération. A l'extrémité vésicale de la canule s'adapte et se visse, tantôt un simple capuchon, tantôt le bout recourbé d'une sonde ordinaire. Au moyen de cette substitution, on fait à volonté un urétrotome droit et un urétrotome courbe. A l'extrémité externe de la canule, s'adapte par côté un anneau assez grand dans lequel on introduit le doigt indicateur pour la fixer dans le canal pendant l'opération. Sur le côté supérieur du bout externe de la canule, se voit un petit bouton placé pour servir de vis de pression. Il a pour usage de fixer le mandrin dans la sonde, lorsque l'instrument est fermé. Sur le même côté de l'instrument se trouvent encore les divisions du pied; mais je ferai observer que les numéros commencent seulement au niveau du talon de la lame, c'est-à-dire environ quatre centimètres et demi en deçà de l'extrémité vésicale de la canule, à laquelle s'adapte le capuchon. Enfin, un curseur glisse sur la sonde et sert à marquer la profondeur à laquelle on l'enfonce dans le canal, pour atteindre le rétrécissement.

Le mandrin assez volumineux pour remplir la canule a en outre une forme carrée, qui l'y fixe d'une manière invariable. Il se compose de deux tiges d'acier aplaties, contiguës et assemblées par leur extrémité vésicale par une sorte d'engrenage. L'une de ces tiges, plus longue que l'autre de 4 centimètres (branche femelle), celle sur laquelle est fixée la lame par un clou à vis sans tête, présente une échancrure d'environ 4 centimètres de longueur, dans laquelle glisse, comme dans une coulisse, un petit bouton placé au bout de l'autre tige du mandrin. L'extrémité de cette branche femelle présente un pas de vis de 3 centimètres de longueur, sur lequel se meut un écrou dont l'usage est de régler le degré d'ouverture de l'instrument.

La seconde tige du mandrin (branche mâle), moins longue, mais de même forme que la première, présente, sur le côté de son extrémité vésicale, un petit bouton à tête qui sert à la fois à assembler les deux branches du mandrin et à faire saillir la lame. Cette branche présente encore, mais par côté et à environ 4 centimètres du même bout, un petit onglet qui appuie sur le talon de la lame, et la fait rentrer dans la canule lorsqu'on ferme l'instrument.

La lame qui est mobile, fixée sur la branche femelle par un clou à vis sans tête, se trouve cachée entre les deux pièces du mandrin. Large d'une ligne et demie, sa longueur en a environ 15 à 16: aussi dans le plus grand degré d'ouverture de l'instrument, sa pointe peut-elle s'écarter de la sonde de 8 à 9 lignes, et conserver cependant avec elle un plan assez incliné pour que la division des parties ne soit pas rendue trop difficile. Cette lame était autrefois droite et pointue comme celle d'un bistouri; mais j'ai remarqué que cette forme n'était pas avantageuse: aussi en ai-je donné une nouvelle à son tranchant, qui favorise beaucoup la section des tissus de

l'urètre, et qui permet de les diviser plus sûrement. Ce tranchant, au lieu d'être droit, présente au contraire des saillies et des enfoncements alternatifs qui le font paraître ondé. La pointe de la lame ressemble à celle des couteaux à greffer; ainsi, quoique pointue, la lame se termine cependant par un tranchant convexe.

D'après la disposition de la lame avec les branches du mandrin, on voit que celles-ci sont à la fois chargées de la faire mouvoir pour ouvrir et fermer l'instrument, et que par leur assemblage, lorsqu'elles sont arrêtées, elles lui servent de manche. On voit enfin que le mandrin et la lame constituent à eux seuls un instrument de scarification, sinon conforme, du moins aussi complet que mes premiers urétrotomes, dans lesquels la canule sert à la fois de gaîne et de manche à la lame. Dans ce nouvel urétrotome, la canule forme seulement une gaîne au mécanisme tranchant. Elle a pour usage, en restant immobile dans le canal pendant l'opération, de fixer et de tendre les parois de l'urètre pour en faciliter la section, et d'empêcher en même temps le déplacement du rétrécissement et celui du canal.

Le mandrin qui constitue le mécanisme intérieur de mon urétrotome étant droit, la gaîne dans laquelle il se ment doit aussi avoir cette forme. Quoiqu'il soit droit, on peut cependant se servir de cet urétrotome pour diviser les rétrécissements des régions profondes de l'urètre; car, suivant moi, le cathétérisme est aussi facile avec une sonde droite qu'avec une sonde courbe, surtout lorsqu'on ne l'enfonce que jusqu'au col de la vessie; mais en admettant que, pour quelques praticiens, la forme droite de mon urétrotome soit un obstacle à son introduction, je dirai qu'on peut changer sa forme rectiligne et le transformer en instrument courbe, en lui adaptant le bout d'une sonde ordinaire. Toutefois, lorsqu'on opère avec un urétrotome courbe, il faut observer qu'on est obligé de l'introduire dans la vessie pour faire arriver au niveau du rétrécissement la partie droite de la canule qui renferme la lame. Dans ce cas, le canal est redressé dans la région sous-pubienne, et c'est ainsi qu'avec un urétrotome droit on divise encore les rétrécissements qui s'y rencontrent.

Je ferai observer qu'on peut, ainsi que je l'ai plusieurs fois expérimenté sur le cadavre, inciser le col de la vessie avec la plus grande précision et dans une étendue des plus considérables, j'ajouterai même avec plus de certitude qu'avec l'instrument de M. Mercier.

Avant d'avoir adapté à mon urétrotome le mécanisme de dilatation dont je viens de parler, j'en avais de toutes les grosseurs, parce que ce n'était qu'avec les plus volumineux que je pouvais tendre les parois de l'urètre, pour les diviser complétement et avec régularité au niveau de l'obstacle. Actuellement, un urétrotome dilatateur de 5 à 6 millimètres les supplée et suffit à toutes les exigences.

Je ferai encore une dernière remarque qui se rapporte à mes premiers urétrotomes, à ceux auxquels la canule sert de manche à la lame; pour ces derniers, outre que j'en avais aussi de toutes les grosseurs, j'étais encore obligé d'en avoir de droits et de courbes. Je ne pouvais, en effet, attaquer les rétrécissements des régions sous-pubiennes qu'avec ces derniers. J'étais même obligé de diviser constamment le canal par sa face inférieure, précisément par le côté où il est dangereux de l'intéresser, à cause de l'épaisseur du tissu spongieux et des artères bulbeuses qui s'y rencontrent.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les six numéros de juillet, août et septembre 1851 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Aperçu général sur la thérapeutique; ses bases essentielles.* 2° *De l'emploi des errhins dans quelques maladies*; par M. Max Simon. 3° *Quelques remarques sur le resserrement artificiel du vagin comme moyen de guérison du prolapsus utérin.* (Article anonyme. Réflexions critiques sur le procédé récemment communiqué à l'Académie par M. Desgranges.) 4° *De l'emploi du tartrate de soude comme purgatif; un mot sur la prééminence des sels neutres de soude*; par M. Delioux. 5° *Cirrhose* présumée *du foie; hydropisie consécutive; guérison*; par M. Saucerotte. 6° *Sur quelques progrès de la pathologie chirurgicale des maladies des voies urinaires*; par M. Civiale. 7° *Sur l'emploi des ferrugineux dans le traitement des affections organiques du cœur*; par M. Scott Alison. 8° *Mémoire sur la rupture du ligament rotulien*; par M. Baudens. (Voir ci-dessus le sommaire de la REVUE MÉDICALE.) 9° *Note sur la préparation d'un sirop et d'une teinture de spirée ulmaire.* 10° *De l'emploi du sirop d'écorces d'orange et du tannin, comme moyen de faciliter la dissolution de l'iode.* 11° *De la présence du cuivre dans l'extrait aqueux de suie*; par M. Stan. Martin. 12° *Nouveaux faits à l'appui de l'accouchement prématuré artificiel*; par M. Chailly-Honoré. (Voir les comptes rendus de l'Académie de médecine.) 13° *Valeur de l'injection utérine comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré*; par M. Ferd. Viguier. 14° *De l'emploi de l'huile de cade dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Devergie. 15° *De l'influence que les recherches chimiques et microscopiques ont exercée sur la thérapeutique*; par M. Sauccrotte. 16° *De l'emploi de l'ipécacuanha dans la dyssenterie*; par M. J. D. 17° *Des opérations anesthésiques*; par M. Maisonneuve. 18° *Note sur le bistouri du docteur Grzymala pour opérer le débridement des hernies*; par M. Robert. 19° *Sur la conservation des plantes médicinales.* 20° *Sur la division des gommes-résines dans les potions et dans l'emplâtre de diachylon.* 21° *Teinture alcoolique contre les punaises*; par M. Stan. Martin. 22° *Tétanos spontané; belladonne; insuccès; inhalation de chloroforme; guérison*; par M. Bandon. 23° *Note sur deux faits de thérapeutique morale.* 24° *De l'action de l'ipécacuanha dans le traitement des maladies des organes respiratoires en général et dans la pleuro-pneumonie en particulier*; par M. Delioux. 25° *De l'emploi externe de l'ipécacuanha*; par le même. 26° *Du traitement chirurgical dans les testicules tuberculeux.* (Réflexions sur la récente discussion engagée à ce sujet à l'Académie de médecine.) 27° *Sur la nicotine; pommade à tabac.* 28° *Empoisonnement par 4 grammes de camphre donnés en lavement*; par M. Aran. 29° *Observations pratiques sur la méthode à suivre pour extraire, sans opération sanglante, les corps étrangers introduits dans la vessie*; par M. Pétrequin. 30° *Coup d'œil sur la valeur de la gymnastique appliquée au traitement de la chorée.* 31° *Observations de paraplégie guérie par l'emploi du seigle ergoté*; par M. Girard. 32° *Traitement local des bubons suppurés; avantages des ponctions multiples*; par M. Vidal (de Cassis). 33° *Formules de médicaments balsamo-alcalins*; par M. Delioux. 34° *Moyen très-simple de conserver les extraits des sucs végétaux*; par M. Stan. Martin. 35° *Remarques sur l'extirpation d'une tumeur fibro-plastique, située dans la région iliaque gauche*; par M. Bouchacourt. 36° *Observations et inductions pratiques*; par M. R. P. 37° *Note sur le redressement utérin articulé*; par M. Valleix. 38° *Note sur l'ectropion sarcomateux*; par M. Sichel. 39° *De la graine de lin; sa composition chimique; sur la préparation du looch blanc.* 40° *De l'emploi de la teinture de digitale à haute dose dans les maladies du cœur*; par M. Jaeger Schmits.

DE L'EMPLOI DES FERRUGINEUX DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COEUR; par M. ALISON.

C'est un fait de pratique parfaitement exact que vient affirmer M. Alison. Dans les affections organiques du cœur caractérisées par la dilatation des ventricules, principalement du ventricule droit, l'emploi des préparations de fer est souvent avantageux et celui de la digitale souvent nuisible. Comment le fer agit-il ici? Il y a, dit l'auteur, quatre indications principales à remplir. La première est de faire disparaître, ou du moins de chercher à atténuer dans sa source la résistance à la circulation, cause de dilatation ou d'hypertrophie; la seconde, de prévenir la dilatation ou de chercher à la diminuer si elle est déjà produite; la troisième, de maintenir l'hypertrophie dans des limites convenables; la quatrième est de soutenir et de fortifier l'organe affaibli et aminci. Or toutes ces indications, sauf la troisième, aboutissent à l'emploi des moyens toniques.

Sans entrer dans l'examen détaillé de cette dernière proposition, qui est un peu trop absolue, on doit reconnaître qu'un cœur obligé de lutter contre un obstacle au passage du sang a besoin d'énergie; que, sous ce rapport, l'hypertrophie dont il devient le siége est, dans de certaines limites, un heureux artifice de la nature, et qu'il y a une grande routine à la combattre toujours par la digitale; que l'emploi des moyens débilitants et sédatifs est plus irrationnel encore dans les cas de dilatation cardiaque, avec amincissement relatif et amollissement des parois, et que, tout au contraire, il y a indication de tonifier; que, de plus, l'anévrisme cardiaque entraîne une débilité générale, et imprime au sang un caractère de diffluence qui nécessite l'emploi de la même médication. Le fer, administré dans ces circonstances, a donc pour effet de restituer au cœur une partie de l'énergie dont il a besoin, et c'est probablement en ranimant ses contractions qu'il parvient à diminuer à la longue, comme nous l'avons vu plus d'une fois, la dilatation. Il faut ajouter qu'un sang pauvre paraît être une cause d'anévrisme du cœur, comme on le voit chez les personnes atteintes d'hydrohémie; que l'état de diffluence, alors même qu'il est consécutif à l'anévrisme, favorise à son tour le développement de la maladie, en ne portant pas sur l'organe une stimulation convenable. L'efficacité du fer, dans ces deux cas, se comprend très-bien; mais en tout cas, nous le répétons, les préceptes de l'auteur sont fondés sur une observation pratique d'une entière exactitude.

DE LA PRÉSENCE DU CUIVRE DANS L'EXTRAIT AQUEUX DE SUIE; par M. STANISLAS MARTIN.

Comme l'extrait aqueux de suie s'emploie quelquefois à l'intérieur, l'observation de M. Martin ne manque pas d'importance. Ayant eu l'occasion de préparer des pilules et une pommade avec cet extrait, il fut surpris de voir la spatule en fer se recouvrir d'une couche jaune métallique, facile à reconnaître pour une couche de cuivre. Cependant l'extrait employé avait été préparé dans des vases en porcelaine. Les recherches de l'auteur ont établi que la suie contient souvent du cuivre à l'état de métal et de sel; que ce cuivre est détaché des vases qui servent aux besoins journaliers de la vie, et qu'entraîné dans la cheminée avec les cendres et la fumée, il s'y transforme en sel sous l'influence de l'acide pyro-ligneux provenant de la combustion du bois.

On doit tirer de là cette conclusion, non indiquée par l'auteur, qu'il y aurait avantage, pour les besoins de la thérapeutique, à recueillir la suie dans les appartements et non dans les cuisines, où l'on se sert constamment de vases en cuivre.

DE LA VALEUR DE L'INJECTION UTÉRINE COMME MOYEN DE PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ; par M. VIGUIER.

Le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE a publié en 1848 une observation de M. le docteur Cohen (de Hambourg) sur un cas d'accouchement prématuré provoqué par une injection utérine. M. Viguier a eu occasion d'employer le même moyen avec un succès pareil. Par suite d'une déformation du bassin, il était devenu nécessaire de provoquer l'accouchement vers la trentième semaine. La malade étant couchée sur son lit, une sonde élastique n° 12, guidée sur l'indicateur droit, fut introduite dans l'utérus, entre sa paroi postérieure et l'œuf, à une profondeur de 10 à 12 centimètres. A l'aide de cet instrument, on poussa doucement une injection d'eau de goudron tiède (150 grammes), qui fut gardée quelques instants et en presque totalité dans la cavité utérine. La malade resta au lit deux heures. Une heure après qu'elle se fût levée, il se manifesta quelques douleurs qui augmentèrent graduellement jusqu'au soir. La dilatation du col commençait à se faire; elle augmenta graduellement. On rompit les membranes au bout de quarante-huit heures environ, et l'on procéda à l'extraction de l'enfant. Il n'y eut pendant tout le travail ni vives douleurs ni aucun autre accident.

Ce procédé, bien qu'il puisse être remplacé par plusieurs autres, paraît si doux, si exempt d'inconvénients, qu'il pourra toujours être tenté. Il est probable que, dans certains cas, on ne parviendrait pas facilement à détacher l'œuf; mais il serait toujours temps de recourir au doigt ou à tout autre moyen. Une injection, quand elle peut pénétrer sans trop d'efforts, a l'avantage de décoller le placenta uniformément, dans une grande étendue et sans violence.

SUR LE BISTOURI DU DOCTEUR GRZYMALA POUR OPÉRER LE DÉBRIDEMENT DES HERNIES; par M. ROBERT.

Nous recommandons à l'attention de nos lecteurs cette courte note consacrée par un de nos chirurgiens les plus versés dans la pratique à un instrument trop peu connu relativement aux services qu'il peut rendre.

On sait que, parmi les bistouris destinés à opérer avec plus de sécurité le débridement, celui d'A. Cooper est le plus répandu. Mais comme sa partie tranchante est très-courte, son emploi offre souvent des difficultés et ne met pas même l'intestin à l'abri, puisque cette partie tranchante n'est point recouverte.

C'est à ce double inconvénient que M. Grzymala a voulu remédier en faisant construire un bistouri à lame courbe, enchâssée dans une gaîne. Lorsqu'on vient à presser contre un obstacle, cette gaîne, en quelque sorte étrangère à l'impulsion qui fait agir l'instrument, fuit en arrière, tandis que la lame, dégagée ainsi de son fourreau, devient libre. Aussitôt que la pression cesse, un ressort qui termine le fourreau réagit par son élasticité et vient de nouveau enfermer la lame. Ainsi cette lame sort de sa gaîne seulement quand on veut couper; encore se trouve-t-elle, par une disposition fort simple de l'instrument, dégagée seulement dans une très-petite étendue.

Du reste, le petit volume de cet instrument et l'absence de tout tranchant découvert permettent de l'engager facilement et sans crainte entre l'intestin et la circonférence de l'anneau.

Un petit bouton qui termine la lame, et qui a pour but de loger l'extrémité du tranchant afin de limiter son degré de saillie, sert encore à indiquer au chirurgien le point qu'il faut couper. En effet, lorsque l'instrument a pénétré sous l'anneau constricteur et qu'on l'a poussé plus ou moins loin dans la cavité du péritoine, le bouton, lorsqu'on retire le bistouri, vient heurter contre la partie postérieure de l'obstacle et en indique le siége précis.

Pour opérer le débridement, il ne reste alors qu'à agir comme on le ferait avec un instrument ordinaire. Seulement, comme la portion de lame dégagée n'a que très-peu d'étendue, la pression doit être un peu plus énergique et secondée par de petits mouvements de va-et-vient.

M. Robert termine en disant que, depuis dix ans, il se sert de ce bistouri pour le débridement. Il en a surtout apprécié les avantages dans les hernies crurales, où, dit-il, l'étranglement étant constitué le plus ordinairement par le ligament de Gimbernat, l'intestin, une fois le sac ouvert, se dilate et vient, pour ainsi dire, s'étaler au devant de l'arcade crurale. Il est, dans ce cas, difficile, même en abaissant fortement l'anse intestinale, de découvrir l'anneau et d'y faire pénétrer avec sécurité un instrument ordinaire. Le mode de construction du bistouri de M. Grzymala lui permet d'être introduit à cette profondeur, guidé seulement par le toucher.

DE L'EMPLOI DE L'IPÉCACUANHA DANS LA DYSSENTERIE; par le docteur J. DELIOUX.

DE L'ACTION DE L'IPÉCACUANHA DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURO-PNEUMONIE; par le même.

Le but principal de ces deux notes est d'établir que, dans la dyssenterie comme dans la pneumonie, l'ipécacuanha agit comme sédatif, et que c'est en conséquence de cette action sur tout l'organisme que les parties malades rentrent peu à peu dans l'exercice normal de leurs fonctions. Voilà plusieurs années qu'on essaye de substituer l'ipécacuanha au tartre stibié dans le traitement des pneumonies. M. Delioux l'a employé dans 11 cas. Il n'y a eu qu'un décès. Voici les effets qu'il note spécialement : tolérance de l'estomac; tolérance plus grande des intestins; ralentissement, dépression du pouls; moiteurs ou sueurs plus ou moins abondantes; expectoration plus facile; résolution prompte des engorgements pulmonaires.

Ce sont là des résultats encourageants sans doute, mais qui sont loin encore de pouvoir entrer en balance avec les nombreuses observations qui témoignent de l'efficacité des préparations antimoniales. L'action de l'ipécacuanha paraît surtout générale; il est beaucoup moins sûr que l'émétique absorbé ne porte pas une action directe sur l'organe enflammé. Il y a là un sujet de recherches qui est loin d'être épuisé.

Soit dans la dyssenterie, soit dans la pneumonie, M. Delioux emploie le plus souvent l'ipécacuanha suivant la *méthode brésilienne*, à peu près inconnue en France, mais journellement mise en pratique dans nos colonies d'Amérique. On prend une quantité donnée de poudre ou de racine concassée d'ipécacuanha, 2 à 8 grammes, suivant l'énergie de la médication qu'on veut instituer, et l'on verse dessus 200 à 300 grammes d'eau bouillante. On laisse infuser pendant dix à douze heures. Au bout de ce temps, on décante avec précaution, de manière à n'entraîner aucune particule de médicament, et l'on verse sur le marc une nouvelle quantité d'eau bouillante; on laisse encore infuser et l'on décante, toujours en réservant le marc. Enfin, on fait, suivant le même procédé, une troisième et rarement une quatrième infusion. Habituellement, l'infusion est commencée le soir, la décantation est opérée le matin, au moment d'administrer le remède. De cette manière, la même dose d'ipéca sert pendant trois jours; mais on peut aussi prescrire deux infusions par jour.

La première infusion provoque aisément des vomissements; la seconde en provoque moins; la troisième presque jamais.

TRAITEMENT LOCAL DES BUBONS SUPPURÉS; AVANTAGES DES PONCTIONS MULTIPLES; par M. VIDAL (de Cassis).

Les développements de cet article sont rigoureusement renfermés dans les limites de son énoncé. Après quelques considérations sur le procédé dit de Malapert, sur la cautérisation, sur l'incision unique des foyers suppurés de l'aine, M. Vidal passe à l'indication des cas d'application du moyen qu'il préconise.

Quand le foyer purulent est vaste et superficiel, quand la peau est plus ou moins décollée, on doit, dit-il, pratiquer plusieurs ponctions dans la même séance. Mais au lieu de les faire sur le point le plus fluctuant, il faut s'éloigner du centre de la tumeur, des endroits où la peau est amincie; au lieu d'être directes, elles seront obliques, sous-cutanées, et l'on arrivera au pus par un chemin détourné. C'est donc vers la circonférence de la tumeur qu'on piquera d'abord, en dirigeant la pointe du bistouri vers le centre du foyer; de cette manière, on divise la peau sur les points où elle est adhérente, intacte et en possession de toute sa vitalité. En ponctionnant la peau là où elle est amincie, dénudée, peu vivante, on s'expose à voir l'ouverture faite par l'instrument devenir plus large par le fait de la mortification; de là un agrandissement des ouvertures, qui finissent par communiquer ensemble.

Au contraire, en pratiquant les ponctions comme il vient d'être indiqué, si on ne comprime pas la tumeur (il ne faut pas la comprimer pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération), elle se vide peu à peu, et l'espace laissé par le pus qui sort est comblé à mesure par le retrait des parois

du foyer. La guérison est rapide et ne laisse pas après elle de trace fâcheuse. Les cicatrices ressemblent, en effet alors, à celles des piqûres de sangsues.

M. Vidal ne conseille pas d'entretenir les ouvertures béantes en introduisant de la charpie dans leur trajet; car si quelques-unes d'entre elles s'oblitèrent avant l'évacuation complète du pus, il en reste toujours d'autres par lesquelles il peut sortir lorsque, les premiers jours passés, on comprime légèrement les parois de l'abcès. Si cependant le pus a de la difficulté à être évacué, on peut, consécutivement, pratiquer une ou deux ponctions de plus.

M. Vidal va au devant des objections et les combat. D'abord il ne réclame point la priorité; et, en cela, nous lui donnons franchement raison. — Si le bubon est virulent, les piqûres s'inoculeront, et se réunissant, formeront une vaste ulcération chancreuse. A cela M. Vidal fait deux réponses. Cette transformation en chancre des plaies d'ouverture du bubon est excessivement rare dans son service. Et il fait remarquer que, dès qu'un bubon est constaté, il fait suivre un traitement général. — Prétend-il par là neutraliser la virulence? Je ne sais; mais d'après ces principes, il y aurait une application neuve et intéressante à faire de la médication mercurielle. En l'administrant à tont homme qui vient d'accomplir un coït suspect, on serait fondé à espérer d'empêcher chez lui le développement de chancres primitifs. Nous recommandons à M. Vidal cet aperçu clinique, dont la priorité, cette fois, lui appartient sans conteste.

Ce fait, non observé ailleurs, de la rareté des plaies de bubon devenant chancreuses, prouve-t-il que beaucoup de hubons, même syphilitiques, prodnisent un pus qui n'est pas inoculable? M. Vidal pose la question en ces termes, mais il ne la résout pas. Est-ce une pierre d'attente?

Ne viendrait-elle pas — cette rareté — de ce que souvent M. Vidal ne fait pas pénétrer le bistouri jusqu'au ganglion, et n'arrive qu'au tissu cellulaire ambiant? C'est possible, dit-il. Et j'ajoute que c'est assez probable.

D'ailleurs, continue-t-il, il m'est arrivé de voir une ou deux plaies s'inoculer, les autres restant à l'état simple. Une pareille assertion serait étonnante de la part d'un homme qui aurait souvent observé l'inoculation accidentelle des ouvertures de hubon. Dans la bouche de M. Vidal, elle prouve seulement combien ses études sur ce point sont, heureusement, demeurées incomplètes.

En résumé, et malgré l'objection de l'inoculabilité des plaies, à laquelle il ne répond que faiblement, le procédé que M. Vidal cherche à faire revivre conviendrait assez bien dans les cas de foyers purulents, qu'on a des raisons de regarder comme non virulents. Mais il y a une autre difficulté que l'expérience de cette pratique nous a révélée. Si vous incisez le bubon de bonne heure, une seule ponction bien placée suffit, et M. Vidal lui-même en convient. Si, au contraire, vous attendez que la poche purulente ait fait saillie, alors vos ponctions *excentriques*, quelque nombreuses qu'elles soient, n'empêcheront pas le pus de se frayer une issue en perforant le point le plus proéminent de la tumeur, celui où la peau, au moment de l'opération, était le plus amincie. Rarement la nature abandonne ses droits et renonce, malgré les voies de dérivation que l'art lui offre, à établir l'ouverture là où elle l'avait préméditée; de sorte que, le plus souvent, le chirurgien a le regret de voir une solution de continuité spontanée se former ensuite au centre de l'abcès aussi large, et laissant par la suite une cicatrice aussi difforme que le sont toujours les ouvertures faites d'elles-mêmes. Je ne nie point que les choses ne puissent se passer autrement. Mais, pour les hubons comme pour les phlegmons suppurés, comme pour les dépôts froids ou scrofuleux, ce ne sont que des exceptions.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

SUR FILAIRE VIVANT DANS LE SANG DU CHIEN DOMESTIQUE.

M. Delafond lit, en son nom et celui de M. Gruby, un troisième mémoire sur le ver filaire qui vit dans le sang du chien domestique.

Les auteurs ont d'abord fait des recherches sur le sang de l'homme et des animaux dans le but d'y découvrir des hématozoaires.

Sur 2,970 animaux chez lesquels ils ont examiné le sang à l'œil nu et au microscope, ils ont trouvé des hématozoaires sur 20 chiens domestiques, 35 corbeaux, 16 grenouilles communes, 1 lombric terrestre.

L'objet spécial de ce travail est l'étude du ver nématoïde du genre filaire du chien.

Voici en quels termes les auteurs résument les résultats principaux de leurs recherches :

1° Aucun fait basé sur des études helminthologiques rigoureuses ne démontre que le sang de l'homme, bien portant ou malade, soit habité par des helminthes qui y vivent constamment. Les prétendus vers qu'on a rencontrés dans le suc vital humain ne sont que des pseudo-hématozoaires.

2° Les vaisseaux de l'homme et des animaux peuvent recéler des entozoaires appartenant à divers ordres; mais ces vers sont étrangers au sang, et ne circulent point avec ce fluide dans tout le torrent circulatoire : ce sont des hématozoaires accidentels.

3° Une espèce de filaire (*filaria crassicauda*) habite le corps caverneux du pénis du *balæna rostrata*; le *strongylus armatus minor* vit dans les dilatations anévrismatiques des artères mesentériques du cheval; les *strongylus inflexus major et minor* logent dans les sinus vasculaires de la tête, les veines pulmonaires et la veine azygos du marsoin; une espèce de distome a été vue dans la veine porte, les veines pulmonaires et la veine cave de différents animaux; mais ces entozoaires n'habitent que le sang des vaisseaux dans lesquels on les rencontre, et ne doivent être considérés jusqu'à présent que comme des hématozoaires sédentaires.

4° Les hématozoaires qui vivent dans le sang et sont entraînés avec ce fluide partout où les globules peuvent passer, ou les hématozoaires *voyageurs* ou *transhumans*, appartiennent à la classe des helminthes et des infusoires.

5° Avant l'année 1843, des hematozoaires transhumans appartenant au genre monostome et au genre distome, des infusoires se rattachant aux genres *anguillule*, *cercaire* et *amibe*, ou *protée*, avaient été constatés dans le sang de certains mollusques, de quelques poissons et variétés de grenouille; mais aucun helminthe nématoïde rigoureusement déterminé, vivant exclusivement dans le sang et charrié par ce fluide dans tous les vaisseaux, même les plus déliés, n'avait été vu dans le sang des animaux supérieurs se rapprochant de l'espèce humaine.

6° Dans le sang de certains chiens domestiques vit et habite constamment un entozoaire nématoïde appartenant au genre filaire et de l'espèce papillaire. Nous donnons à cette nouvelle espèce de filaire le nom de *filaire papillaire (hématique du chien domestique)*.

7° Cette filaire se montre dans le sang sous deux états : à l'état microscopique et à l'état adulte et visible à l'œil nu.

Voici sur ce point le résultat des recherches anatomiques et physiologiques de MM. Delafond et Gruby.

a. Il est facile de découvrir l'hématozoaire microscopique en retirant du sang des vaisseaux pendant la vie, et en plaçant ce liquide sous une lentille augmentant le diamètre de 100 à 120 fois.

b. Les filaires visibles à l'œil nu sont rares et n'ont encore été rencontrés qu'une fois sur le cadavre, dans un caillot renfermé dans les cavités droites du cœur.

c. Ces vers, examinés à l'œil nu, ont une longueur de 14 à 20 centimètres et le diamètre de 1 millimètre et demi; ils sont filiformes, ont une tête non séparée du corps, une bouche simple, entourée de quatre papilles, un canal intestinal à deux issues et des attributs sexuels parfaitement distincts.

d. Les organes générateurs du male consistent dans un penis simple, entouré d'une bourse membraneuse occupant l'extrémité de la queue et communiquant avec un long canal spermatique contenant des zoospermes.

e. Les organes reproducteurs de la femelle consistent en un long oviducte diversement replié autour de l'intestin, et renfermant non-seulement un nombre approximatif de 80,000 ovules à divers degrés de développement, mais encore des embryons sortis de ces ovules et à l'état de filaires microscopiques.

f. Ces filaires embryonnaires sont chassés de l'oviducte dans le sang pour vivre et se developper dans ce liquide.

g. Ces vers embryonnaires sont charriés par le sang et passent avec lui dans les capillaires les plus délies de toutes les parties du corps.

h. Ces hématozoaires microscopiques vivent et se developpent dans le sang en se nourrissant de ses principes organiques, et ils peuvent y acquérir jusqu'à 250 à 350 millièmes de mètre de long et de 3 à 20 millièmes de millimètre de diamètre.

i. Ces vers sont filiformes et ont un corps transparent qui permet de constater, dans son intérieur, les rudiments des organes digestifs et des organes reproducteurs de la femelle.

j. L'accroissement de ces hématozoaires, pour devenir visible à l'œil nu, s'opère avec une grande lenteur pendant un temps encore indéterminé, mais qui dépasse plusieurs années.

k. Les caractères zoologiques et anatomiques de cette filaire, comparés à ceux offerts par les filaires décrites jusqu'à ce jour par les naturalistes, permettent de les considérer comme une espèce particulière vivant exclusivement dans le sang du chien domestique.

8° Le développement, dans ce sang, de la filaire microscopique est très-lent. Le nombre de ces helminthes, dans toute la masse sanguine, a pu être estimé d'une manière approximative depuis 11,000 jusqu'à 222,000.

9° Les filaires microscopiques, de même que les filaires adultes, habitent constamment le sang. La filaire microscopique, dont le diamètre du corps est moins grand que celui des globules du sang et des globules de la lymphe, ne se rencontre cependant point dans cette dernière liqueur, fait qui tendrait à démontrer qu'il n'existe aucune communication directe entre les vaisseaux capillaires sanguins et les vaisseaux capillaires lymphatiques.

10° Les liquides sécrétés normalement et anormalement par les chiens à sang vermineux, de même que les cavités closes, les tissus différents ne contiennent ni filaires microscopiques ni filaires visibles à l'œil nu.

11° Les différentes circonstances hygiéniques et alimentaires, les émissions sanguines, n'apportent aucun changement appréciable dans le développement, l'organisation et les mouvements des filaires.

12° Les médicaments anthelminthiques les plus renommés employés à forte dose, à l'extérieur et à l'intérieur, l'acide arsénieux et l'acide hydrocianique, administrés à une dose toxique et mortelle, n'influent en quoi que ce soit sur l'existence des filaires microscopiques.

13° Les filaires microscopiques transfusées avec la liqueur globulaire du sang dans lequel elles vivent, dans les vaisseaux de chiens n'ayant point de vers dans le sang, continuent à vivre chez quelques-uns de ces animaux pendant trois à cinq ans, ou jusqu'à leur mort naturelle.

14° La filaire microscopique, transfusée dans le sang du lapin domestique, persiste à vivre pendant un certain temps chez cet animal; transfusée dans le sang de grenouilles, cet helminthe meurt à l'époque où les globules du sang du chien s'altèrent parmi les globules du sang de ces batraciens.

15° Les filaires invisibles à l'œil nu, déposées avec le sang qui les charrie dans les cavités des séreuses et dans le tissu cellulaire, meurent peu de temps après avoir été placées dans ces deux nouvelles conditions.

16° En moyenne, on rencontre un chien dont le sang charrie des filaires sur vingt à vingt-cinq chiens.

17° La filaire hématique se rencontre plus particulièrement dans le sang des chiens de moyenne taille adultes et vieux, quels que soient la race, le sexe et l'embonpoint des animaux et les diverses saisons de l'année.

18° La filaire se transmet par voie héréditaire.

MM. Delafond et Gruby se sont livrés à cet égard à des recherches expérimentales dont ils ont déduit les conclusions suivantes :

a. Qu'un chien à sang vermineux donne, avec une chienne à sang non vermineux, des descendants dont les uns, appartenant à la race du père, ont le sang vermineux, et dont les autres, appartenant à la race de la mère, ne l'ont pas ;

b. Qu'une chienne à sang vermineux produit, avec un chien à sang non vermineux, des descendants dont les uns, tenant de la race de la mère, ont des vers dans le sang, tandis que ceux de la race du père n'en ont pas ;

c. Qu'une chienne à sang vermineux donne, avec un chien également à sang vermineux, des descendants appartenant, soit à la race du père, soit à la race de la mère, ayant des vers dans le sang;

d. Que les filaires dans le sang des descendants n'ont été découvertes qu'à l'époque où les chiens ont eu l'âge de cinq à six mois ;

e. Que ces expériences tendent à démontrer que le sang vermineux du chien est héréditaire, soit par le sang du père, soit par celui de la mère, soit enfin par celui tout à la fois du père et de la mère.

19° Le nombre plus ou moins considérable des filaires existant dans le sang ne détermine point de changements bien appréciables dans les caractères physiques et chimiques de ce fluide.

20° L'existence d'un plus ou moins grand nombre de filaires microscopiques ou visibles à l'œil nu dans le sang ne provoque point la naissance de maladies spéciales.

21° Trois chiens ayant des filaires dans leur sang ont eu des attaques épileptiformes; deux en sont morts; le troisième paraît guéri depuis plus d'un an, bien que le même nombre de vers se montre toujours dans le sang.

PRÉSENCE DE L'IODE DANS L'AIR, LES EAUX ET LE SOL DES ALPES.

M. Chatin communique la deuxième partie de ses recherches sur l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont.

Dans son précédent mémoire, l'auteur a fait connaître que l'air est beaucoup moins chargé d'iode sur les Alpes et dans leurs vallées profondes qu'à Paris, et il a indiqué que la densité de la vapeur d'iode et son peu de force élastique limitant la hauteur de l'atmosphère de ce corps dans l'atmosphère générale expliquent sa raréfaction extrême à une élévation de quelques millimètres, tandis que les chaînes des montagnes empêchaient les bas courants de pénétrer dans les vallées. Mais si ces circonstances expliquent comment les Alpes ne reçoivent que peu d'iode des contrées basses qui les entourent, elles n'apprennent pas pourquoi on ne trouve jamais dans ces grands relèvements du globe, une atmosphère *propre* aussi iodurée que celle des autres pays. C'est ce point que l'auteur s'est proposé d'éclairer par l'étude des eaux et du sol.

L'auteur résume ce mémoire en déduisant de la comparaison de l'air et des eaux :

Que, sur le sommet et dans les vallées des Alpes, l'air et les eaux douces, tant les eaux légères que celles où dominent les sels terreux, sont également pauvres en iode;

Qu'à une certaine distance des massifs montagneux, l'air et les eaux *légères* sont médiocrement, mais simultanément iodurées ;

Que loin des Alpes, à Paris, par exemple, l'air et les eaux légères sont l'un et l'autre riches en iode;

Que les eaux dures sont toujours peu ou point iodurées, quel que soit l'état de l'air;

Que, par conséquent, il y a toujours parallélisme entre l'air et les eaux potables légères, à l'exclusion des eaux dures; d'où l'on déduit, comme corollaire, la possibilité de déterminer l'état de l'air par celui des eaux légères, et réciproquement ;

Et enfin, que les eaux minérales, celles du moins qui paraissent se charger de leurs principes au-dessous de la zone de terre perméable aux eaux communes, sont indépendantes et de l'état d'ioduration de ces dernières et de celui de l'atmosphère, observation qui fournit un caractère pour distinguer les eaux minérales *profondes* ou vraies de celles qui sont superficielles ou accidentelles.

PROCÉDÉ DE RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES.

M. Alvaro-Reynoso répond à la note présentée par M. Michéa dans la dernière séance, et dans laquelle ce médecin disait n'avoir pas trouvé de sucre dans les urines des épileptiques et des hystériques après les attaques. M. Reynoso dit avoir repris ses expériences, et avoir constamment trouvé du sucre dans les urines.

Il croit que la différence qui existe entre les résultats de M. Michéa et les siens tient à ce que M. Michéa s'est servi, pour reconnaître le sucre, d'un procédé beaucoup moins sensible que celui qu'il a employé lui-même.

1° Le procédé par la potasse, employé par M. Michéa, offre une sensibilité moindre que la liqueur de M. Barreswil (tartrate cuprico-potassique). Pour le premier, il suffit d'écraser légèrement dans un verre d'eau un grain de raisin sec. En prenant la moitié de cette eau et en la traitant par la potasse, on n'a aucune réaction, tandis que l'autre moitié, traitée par le tartrate cuprico-potassique, donne un précipité abondant de protoxyde de cuivre rouge.

2° Il faut toujours opérer sur des urines traitées préalablement par l'acétate de plomb et concentrées.

Si on prend un grain de raisin et qu'on l'écrase dans l'eau, en divisant cette eau en deux portions, et qu'on étende l'une d'urine ordinaire et l'autre d'une quantité d'eau égale à celle de l'urine, on verra qu'en faisant bouillir la portion étendue d'urine simplement avec le tartrate cuprico-potassique, on aura un précipité sale et peu apparent, tandis que si on la traite préalablement par l'acétate de plomb, on aura une réaction aussi nette que si on l'avait étendue d'eau seulement.

Ainsi, il faut commencer par traiter les urines par le sous-acétate de plomb, filtrer, précipiter l'excès de plomb par du carbonate de soude, filtrer, puis concentrer et faire bouillir avec la liqueur de M. Barreswil.

Il faut opérer au moins sur 30 gr. d'urine, si l'on veut avoir des réactions bien nettes.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel de son bureau. M. Piobert, vice-président, passe, aux termes du règlement, président en remplacement de M. Rayer, dont la durée de la présidence est expirée. Le choix du vice-président pour 1852 devait avoir lieu dans les sections des sciences naturelles. M. Adrien de Jussieu a été nommé par 45 voix sur 57 votants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend quatre lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Leviez, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné du mois de juillet au mois d'octobre dernier dans la commune de Couy-en-Artois. (Commission des épidémies.)

2° Un échantillon d'eau sulfureuse provenant de nouvelles sources découvertes par M. Mercader, propriétaire au Vernet (Pyrénées-Orientales). (Comm. des eaux minérales.)

3° Un appareil, désigné par son inventeur sous le nom de frictionneur, pour le traitement des affections rhumatismales, etc. (Commissaire : M. Poisenille.)

4° Une notice explicative et des échantillons d'un remède antiépileptique. (Comm. des remèdes secrets.)

— MM. F. Devay et Guillermond fils (de Lyon) adressent une note extraite d'un travail inédit sur un nouveau mode de préparation de la ciguë appliquée aux affections cancéreuses et aux engorgements réfractaires. (Commissaires : MM. Cibert et Soubeiran.)

— M. le docteur Debonage, de Rollot (Somme), envoie une note sur la vaccine, intitulée : Un mot contre les maximes antivaccinales. (Commission de vaccine.)

— M. Demolon, pharmacien à Compiègne, adresse un échantillon d'un nouveau produit chimique résultant des recherches auxquelles il s'est livré sur l'iodure de quinine. (Comm. des remèdes nouveaux.)

— M. Mathieu met sous les yeux de l'Académie un nouveau tire-mameion destiné à faire saillir les bouts de sein. (Commissaire : M. Cazeaux.)

— M. Mélier, en prenant possession du fauteuil de la présidence, adresse quelques paroles de remerciments à l'Académie et propose de voter des remerciments à M. Orfila, président sortant, et aux trois membres sortants du conseil d'administration.

M. le président rend compte, en outre, des visites officielles faites par une députation de l'Académie au président de la République et aux ministres du commerce et de l'instruction publique.

— M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. Récamier une note intitulée: Recherches sur l'ammoniaque et sur le guano. (Mention au Bulletin.)

EMPLOI DE L'EAU DE MER CONCENTRÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE.

M. Jolly, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'emploi de l'eau de mer concentrée comme agent thérapeutique, par M. Moride, pharmacien à Nantes.

M. Moride, dans le travail qu'il a soumis à l'examen de l'Académie, s'est proposé d'exposer le résultat de ses recherches sur un moyen de composer des bains de mer artificiels à l'aide de l'eau de la mer elle-même, en la concentrant, en rapprochant ses principes minéralisateurs et organiques, de manière à pouvoir les conserver et les transporter à des distances voulues, avec autant de garanties dans leur composition que de confiance dans leurs propriétés thérapeutiques. L'extrait de l'eau de mer, ainsi obtenu par voie de concentration

et d'évaporation, peut servir à la composition du bain de mer artificiel par son seul mélange à l'eau simple dans des proportions déterminées ou à un degré de saturation convenable, soit 5 kilogr. d'eau de mer concentrée dans 160 lit. d'eau de Seine.

L'un des membres de la commission, M. Henry, a analysé les produits adressés à l'Académie par M. Moride, lesquels consistent : 1° en résidu salin, de consistance pâteuse et de couleur grisâtre ; 2° en un liquide ambré, provenant de l'eau mère des marais salants. M. Henry s'est attaché surtout à la recherche des principaux éléments, des éléments réellement actifs auxquels l'eau de mer doit surtout ses propriétés thérapeutiques.

Il résulte de cet examen que le produit de l'eau de mer puisée au Croisic et concentrée par les procédés de l'auteur au degré voulu pour l'expédition lointaine et sans mélange avec l'eau simple, peut représenter d'une manière aussi fidèle, aussi identique que possible, la même eau de mer prise à son lieu de puisement. Ainsi, à part la présence d'un peu de sulfate de chaux, qui peut n'être qu'un produit de réaction, et quelques gaz qui peuvent s'échapper dans l'opération, ce premier produit contient tous les autres principes constituants de l'eau de mer du Croisic, savoir des chlorures de sodium, de magnésium et de potassium de sulfates alcalins et de magnésiens en même temps que de l'iode et du brome, à l'état de sel sinon abondant, du moins en proportion assez sensible.

Quant à l'eau mère des marais salants, que M. Henry a également analysée, elle renferme beaucoup de chlorures de calcium et de magnésium, en même temps que des sulfates de chaux et de magnésie ; elle recèle en outre des traces de bromures beaucoup plus sensibles que celles d'iodure, circonstance qui doit donner quelque importance à l'action thérapeutique de ces sortes de bains.

Les produits de concentration de M. Moride renferment d'ailleurs une certaine quantité de matières organiques que n'admettaient pas jusqu'ici les préparations destinées à l'usage des bains de mer factices.

La commission pense, en résumé, qu'il y a lieu d'accueillir l'idée de l'auteur sous le double point de vue scientifique et pratique, et elle propose de lui adresser des remercîments, de donner à ses efforts de justes encouragements, et de déposer son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Chatin lit la première partie d'un mémoire ayant pour titre : Recherches sur l'iode dans l'air, les eaux, le sel et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont. (Voir les comptes rendus des séances de l'Académie des sciences du numéro 7 décembre 1851 et celui de ce jour.)

SUR QUELQUES ACTES MÉCANIQUES DU CŒUR.

M. Wanner lit un mémoire sur différents actes mécaniques du cœur, qui : 1° augmentent la force de contraction et de projection, 2° divisent cette force de contraction, devenue inutile, pour la rendre ensuite insensible, 3° enfin produisent ses deux bruits.

En résumant les opinions émises dans ce mémoire, on voit que le cœur, pendant la systole, prend un point d'appui sur le thorax, ce qui favorise ses contractions et augmente sa force de projection;

Que les oscillations qui ont lieu dans les parties (et surtout dans les vaisseaux) qui adhèrent à l'anneau fibro-cartilagineux qui sert alors de pivot mobile, tendent à diviser la force d'action développée dans cet organe pendant la systole ;

Que les deux bruits qui ont lieu pendant la systole et la diastole, sont produits, le premier par le frottement de la colonne sanguine sur les membranes qui constituent une espèce de tambour dont l'anneau fibro-cartilagineux forme le cercle intérieur;

Que le second bruit est produit par l'écartement subit de la base du cœur, et par le déplissement rapide des valvules mitrale et tricuspide, écartement et déplissement qui impriment une secousse aux deux tambours, formés comme je l'ai déjà indiqué, par l'abaissement des valvules sigmoïdes, tambours qui se trouvent être à l'unisson par l'anneau fibro-cartilagineux auquel celui de l'artère pulmonaire n'adhère que par son bord postérieur, tandis que celui de l'aorte possède un cercle complet par son adhérence totale à cet anneau.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1851. — PRÉSIDENCE DE M. FALLOT.

(Secrétaires : MM. Sauveur et Marinus.)

La séance est ouverte à onze heures.

Sont présents :

MM. Bellefroid, Boulvin, Carlier, Chandelon, Craninkx, Daumerie, de Hemptinne, Delwart, Didot, Fossion, Fourdrigney, François, Gandy, Gouzee, Graux, Hairion, Hensmans, Lebeau, Lequime, Lombard, Mareska, Martens, Mascart, Michaux, Naeghels, Pasquier, Petry, Raikem, Stas, Thiernesse, Tallois, Van Coetsem et Verheyen.

MM. Bosch et Selade, membres correspondants, assistent également à la séance.

Sont absents sans motifs : MM. Burggraeve et Guislain.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le ministre de l'intérieur adresse, pour la bibliothèque, un exemplaire des procès-verbaux des séances des conseils provinciaux, session de 1851.

— MM. Broeckx, de Mersseman, de Meyer, Vleminckx, Davreux et Brogniez informent qu'ils ne peuvent venir assister à la séance.

— M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, communique une note de pharmacie pratique sur la teinture d'ipécacuanha. — Renvoi à l'examen de M. de Hemptinne.

— M. le docteur Tilt, de la Société de médecine de Londres, fait hommage de deux de ses écrits, en exprimant le désir d'obtenir le titre de membre correspondant de la compagnie.

— M. le docteur Varrentrapp transmet un exemplaire d'un mémoire imprimé, qu'il vient de publier, sur le traitement de la pneumonie par le chloroforme.

— M. Broeckx, membre titulaire, présente une brochure sur la limitation du nombre des pharmaciens.

— M. Marshal-Hall fait hommage de deux ouvrages qu'il vient de publier.

— M. Duparcq (de Paris) écrit pour réclamer la priorité de la *Méthode stibiodermique* sur laquelle M. Jules Guérin a lu un mémoire à l'Académie, qu'il a fait connaître, dit-il, en 1828, dans la Nouvelle bibliothèque médicale. — M. Lombard est entendu sur cette communication, et l'assemblée ordonne l'insertion de la lettre dans le bulletin de la séance.

Renouvellement annuel des présidents et secrétaires des sections. — La sixième section s'est constituée, aux termes de l'article 78 du règlement, en nommant M. Brogniez président, et M. Thiernesse secrétaire.

Questions a proposer pour sujets de prix. — M. le président donne lecture des rapports des sections appelées, cette année, à proposer des questions pour sujets de prix.

La première section propose la question suivante :

« Quelle est l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris ? »

Le prix serait une médaille de 800 francs.

La section propose en outre de retirer du concours la question suivante, sur laquelle l'Académie n'a point reçu de réponse :

« Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

La question présentée par la troisième section est formulée en ces termes :

« Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. »

« *N. B.* En adoptant cette question, la troisième section a surtout en vue de réunir en faisceau les connaissances acquises à la science depuis les travaux modernes.

» Les concurrents pourront donc se dispenser de discuter longuement sur les tumeurs phlegmoneuses externes, sur l'anthrax et sur quelques autres productions morbides parfaitement connues. »

Le prix serait une médaille de 800 fr.

La cinquième section a rédigé sa question ainsi qu'il suit :

« Faire l'histoire complète de l'acide valérianique et de ses composés, en insistant sur l'état de cet acide dans la nature, les circonstances dans lesquelles il se forme et les différents procédés employés pour le préparer. »

Le prix serait une médaille de 300 francs.

L'assemblée ordonne l'impression de ces questions, et en remet la discussion à la prochaine séance.

L'Académie se constitue en comité secret.

La séance est rendue publique à midi et demi.

Rapports et discussions. — M. le président rappelle que l'Académie avait mis au concours pour 1849-1851 la question suivante :

« Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

Un seul mémoire est arrivé sur cette question. Il porte pour épigraphe :

« Après la gloire que peut rapporter une opération bien faite, il en est une autre, moins brillante peut-être, mais plus solide, c'est de savoir rendre l'opération inutile. « (Lisfranc.)

L'Académie, dans son comité secret, a adopté les conclusions suivantes, proposées par la commission chargée d'examiner ce mémoire :

« 1° De maintenir au concours la question non résolue d'éviter les amputations et les résections osseuses ;

2° De déposer honorablement aux archives le mémoire envoyé, dans l'espoir que l'auteur, mieux informé, rentrera immédiatement dans la lice ;

» Et 3° subsidiairement dans le cas où l'auteur du mémoire voudrait se faire connaître, de lui accorder une *médaille d'encouragement.* »

Dans le même comité, la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires parvenus en réponse à la question relative à l'histoire des tumeurs blanches des articulations, a été renvoyée à une prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la discussion des rapports de MM. Marinus et Simon, relatifs aux avantages respectifs du forceps-scie de M. Vanhuevel et du diatripteur de M. Didot.

La parole est donnée à M. Marinus, qui s'attache à défendre son rapport. Il examine en même temps le céphalotome de M. Didot, comparativement au forceps-scie de M. Vanhuevel.

M. Didot est ensuite entendu.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Lectures. — M. Stas donne lecture d'un mémoire intitulé :

« Recherches médico-légales sur la nicotine. »

Après cette lecture, MM. Didot, Michaux, Pasquier, Fossion et Stas sont entendus, et l'Académie ordonne l'impression du mémoire de M. Stas dans le bulletin de la séance.

Proposition. — M. Stas fait la proposition suivante :

« J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer une commission qui serait chargée de rédiger une instruction pour servir de guide aux médecins et aux juges dans les autopsies médico-légales. »

Cette proposition est renvoyée à l'examen d'une commission dont la nomination est laissée au choix du bureau.

Cette commission se compose de MM. Stas, Sauveur et Marinus.
La séance est levée à trois heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MICROSCOPISCHE ANATOMIE, ETC. (ANATOMIE MICROSCOPIQUE OU HISTOIRE DES TISSUS DU CORPS HUMAIN) ; par le docteur A. KŒLLIKER, professeur d'anatomie et de physiologie à Würzburg; tome II, 1re partie.

(Suite. — Voir les numéros des 20 et 27 décembre 1851.)

Le second livre traite du *système musculaire* (p. 199-273) qui a donné lien à tant de travaux et à de si nombreuses controverses parmi les micrographes.

Les cylindres primitifs des muscles striés sont formés, comme on l'admet généralement, de fils primitifs réunis en un faisceau cylindrique et entourés d'une enveloppe élastique, le sarcolemme. Ce dernier se voit encore quand on a traité les muscles par les acides ou par la cuisson, ce qui montre qu'il ne possède pas les propriétés du tissu cellulaire. Les cylindres sont pleins chez l'adulte et ne présentent pas la moindre trace de cette cavité centrale qu'on rencontre dans le fœtus (et dans certains animaux inférieurs, les sangsues, par exemple). Les fils primitifs sont variqueux et c'est, d'après l'auteur, aux varicosités que les cylindres doivent leur aspect strié. L'auteur combat l'opinion des anatomistes qui attribuent les stries au sarcolemme lui-même; il combat aussi et discute longuement l'opinion de Bowman, qui regarde les fils comme un produit artificiel et prétend qu'ils n'existent pas pendant la vie. Il est facile, au contraire, de s'assurer de leur existence, surtout chez les insectes.

Quant aux disques lamelleux dans lesquels se résout le cylindre musculaire, suivant l'anatomiste anglais, leur production est un phénomène très-rare, de l'aveu même de ce dernier, et que M. Kœlliker n'a jamais observé sur des muscles vivants, tandis que la présence des fibrilles est toujours facile à constater.

On admet généralement dans les traités modernes que les cylindres primitifs sont toujours indépendants les uns des autres. Cette assertion n'est pas exacte; M. Kœlliker a trouvé dans le cœur de l'homme, des mammifères et des autres vertébrés, des cylindres primitifs anastomosés entre eux, ou, d'autres fois, des cylindres ramifiés. Ces anastomoses avaient déjà été signalées par Leeuwenhœk, et elles ont été décrites et figurées par plusieurs anatomistes modernes dans les muscles des insectes.

Une étude intéressante est celle des rapports des éléments contractiles avec les autres parties, entre autres avec les tendons. L'auteur admet deux dispositions différentes : tantôt le muscle et le tendon sont en ligne droite, le cylindre musculaire se continue directement avec le faisceau fibrillaire tendineux; tantôt les fibres musculaires terminées par des extrémités mousses sont appliquées sous des angles aigus contre les bords ou contre la surface des tendons ou des aponévroses. Dans le premier cas les stries transversales cessent peu à peu d'être distinctes, le sarcolemme ne forme pas de sac à l'extrémité du cylindre musculaire, mais il se perd dans le faisceau tendineux; quand aux fibrilles musculaires, il n'a pas été possible à l'auteur de déterminer leurs rapports avec les fibrilles tendineuses. On comprend combien il est à regretter que l'observation fasse ici défaut. Il répugne à la physiologie d'admettre une continuation directe entre le fil musculaire contractile et le fil tendineux non contractile; les propriétés physiques, chimiques et physiologiques des deux éléments sont différentes. Aussi M. Kœlliker, quoiqu'il lui semble avoir vu les deux ordres de fibres se continuer l'une avec l'autre, se tient sur la réserve et déclare qu'il ne prétend pas affirmer que cette continuité existe réellement.

Dans la seconde disposition, lorsque les cylindres contractiles s'insèrent obliquement sur le tendon, il existe une limite bien marquée entre les deux éléments. Ici les extrémités des cylindres primitifs se terminent en cônes mousses qui sont reçus dans de petites fossettes du tendon et le tissu fibrillaire interstitiel (*perymisium*) se continue avec le tissu propre de ce même tendon. Le sarcolemme, d'après l'auteur, forme un sac fermé qui limite complétement les fils musculaires.

Nous ne dirons rien des rapports des tendons avec les os, ni des vaisseaux sanguins et lymphatiques des muscles, mais nous nous arrêterons un instant à la disposition de leurs nerfs. Les troncs nerveux simples ou multiples qui pénètrent dans un muscle vers sa partie moyenne forment d'abord des plexus lâches qui deviennent plus serrés à mesure qu'ils s'approchent des éléments du muscle. L'auteur a vu ces nerfs, dans les muscles de l'homme et des mammifères, former des anses bien manifestes, mais il ne peut affirmer que ces anses soient terminales, puisqu'on a constaté des terminaisons libres dans les muscles de la grenouille et des animaux sans vertèbres et que l'auteur a vu, même dans l'homme, des bifurcations des fibres primitives. Il représente ces divisions des tubes nerveux primitifs dans le muscle omohyoïdien de l'homme et dans un muscle de la face du lapin. Les tubes nerveux diminuent de diamètre à mesure qu'ils se rapprochent des cylindres musculaires, et ils ont l'aspect des nerfs sympathiques: l'auteur ne les a jamais vus percer le sarcolemme pour pénétrer dans l'intérieur du cylindre. Un fait remarquable, c'est que les tubes nerveux n'accompagnent pas les cylindres musculaires dans toute leur étendue, mais au contraire ne sont en contact avec eux que dans un petit nombre de points.

D'après M. Kœlliker, les muscles commencent à être visibles dans les embryons humains de huit à neuf semaines; de la dixième à la douzième semaine, on les reconnaît très-bien, surtout dans les pièces conservées à l'alcool, et l'on commence à distinguer leurs tendons. On n'a pas encore étudié dans l'homme leur première formation. Dans un embryon de deux mois observé par l'auteur, les cylindres primitifs avaient la forme de rubans renflés de distance en distance, et montrant aux points de renflement des noyaux allongés et aplatis; ces rubans étaient finement ponctués et ne présentaient que des traces à peine perceptibles de stries transversales. L'auteur regarde ces rubans comme formés par l'allongement et la soudure de plusieurs cellules placées bout à bout. Cette manière de voir, qui ressemble assez à une hypothèse, est cependant fondée sur l'observation du développement de la fibre musculaire dans les animaux. Plus tard, le contenu des cylindres s'organise en fibrilles et l'on voit que ces dernières n'occupent que la périphérie, tandis que la partie centrale du tube est remplie d'une matière homogène qui lui donne l'aspect d'un canal creusé au milieu des fibrilles. Chaque tube musculaire est formé d'un sarcolemme, qu'il faut regarder comme produit par la réunion des membranes des cellules primitives; les noyaux ne sont autre chose que ceux des cellules elles-mêmes; quant aux fibrilles, elles proviennent du contenu des tubes et se forment de la circonférence au centre, ou peut-être quelquefois en même temps dans toute l'épaisseur du cylindre.

L'accroissement des muscles provient de l'augmentation en longueur et en épaisseur des cylindres primitifs, suivant l'auteur. Cependant M. Kœlliker se demande si tous les éléments des fibres qui doivent composer un muscle sont contenus primitivement dans la couche embryonnaire qui doit le former. Il est plus que probable qu'il n'en est pas ainsi, mais que de nouveaux éléments viennent se placer successivement dans les interstices des premiers; c'est aussi l'opinion vers laquelle penche l'auteur, parce qu'il a vu à côté les uns des autres des faisceaux de grosseur différente. Mais, suivant lui, cela ne peut être vrai que pour la vie fœtale; sur la fin de la gestation, et après la naissance, l'accroissement n'a plus lieu que par les éléments déjà existants.

Après avoir exposé succinctement les traits les plus saillants de la pathologie des muscles, l'auteur consacre plusieurs pages à leur physiologie, particulièrement à la contraction musculaire. Il rappelle les expériences de Bowman et de E. Weber, desquelles il résulte que, pendant la contraction, la fibre est raccourcie en ligne droite et devenue plus épaisse, et que les inflexions en zigzag ont lieu pendant le relâchement de la fibre, et non pendant sa contraction, comme on l'admettait depuis les expériences de Prévost et Dumas; encore ces inflexions ne se montrent-elles que lorsque les faisceaux musculaires sont coupés et ne sont soumis à aucune tension. Pendant la contraction, les stries longitudinales, quand elles étaient visibles, disparaissent, tandis que les stries transversales deviennent plus prononcées, ce que l'auteur explique par le raccourcissement des fils primitifs, dont les varicosités deviennent plus saillantes. Relativement à la faculté contractile des muscles, l'auteur croit qu'elle appartient en propre à la fibre musculaire, mais il ne regarde pas comme démontrée l'inutilité de l'action nerveuse comme chargée de déterminer la contraction.

A. LEREBOULLET.

(La suite au numéro prochain.)

— La médecine belge se prépare à donner une grande fête à un de ses plus illustres représentants, M. le baron Seutin. Au retour d'un voyage fait en Allemagne, en Prusse, en Russie, en Turquie, en Italie et en France, où ses découvertes et ses méthodes ont été accueillies partout avec l'empressement et la distinction qu'elles méritent, notre célèbre confrère va recevoir des médecins de la Belgique un banquet et une médaille frappée en son honneur. Tous ceux qui apprécient les immenses services rendus par ce chirurgien à la science et à l'humanité applaudiront à cette manifestation, récompense légitime de son admirable persévérance et de son incomparable habileté. M. Seutin est parvenu à donner tort au proverbe : il est prophète dans son pays.

— M. Coste, professeur au collége de France, ouvrira son cours le mardi, 13 janvier prochain, à une heure précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — EMPLOI DES FRICTIONS MERCURIELLES CONTRE LA RAGE.

M. Renault (d'Alfort) a lu mardi dernier à l'Académie de médecine un de ces rapports distingués, nets et judicieux dont il est coutumier. L'Académie en a ordonné le renvoi au comité de publication. En se montrant ainsi touchée du zèle et du talent d'un de ses membres, elle a proposé à la fois un exemple et un encouragement à ceux pour qui un rapport semble être un ennuyeux fardeau, bon à déposer sans cérémonie. Une œuvre de critique, historique et scientifique, comme celle de M. Renault, ne se construit pas à la hâte, *stans pede in uno*; mais elle laisse sa marque dans les questions, elle dissipe les erreurs et prépare les solutions.

Un médecin-vétérinaire, M. Dezanneau, avait adressé à l'Académie un travail sur le traitement prophylactique de la rage au moyen des frictions mercurielles. Un loup enragé, disait-il, avait mordu grièvement cinq personnes qui ont toutes été cautérisées. Trois ont subi le traitement mercuriel jusqu'à production d'une salivation abondante, et n'ont pas eu la rage. Les deux autres, dont une n'a pas été soumise à ce traitement et l'autre n'y a été soumise qu'imparfaitement, sont devenues enragées.

Quelle est la valeur de ces observations? Le loup était-il vraiment enragé? S'il l'était, est-il prouvé que c'est au traitement mercuriel que trois des personnes mordues doivent leur immunité?

Le loup était-il enragé? Oui, dit M. Dezanneau; car un individu attaqué à la face est mort de la rage vingt-deux jours après, et un autre, attaqué à la même région, a succombé quatre mois plus tard, après avoir présenté des symptômes *analogues* à ceux de la rage. Ce sont là, en effet, les seuls témoignages qu'on puisse invoquer. Car onze animaux blessés par le loup ont été de suite abattus, et des cinq personnes mordues, trois, pour une raison ou pour une autre, n'ont pas eu la rage. Or M. Renault fait remarquer que les symptômes présentés par la première des victimes ne sont pas décrits dans le mémoire, et que l'auteur ne paraît pas même avoir vu le malade; que les renseignements relatifs à la seconde victime sont trop vagues pour permettre de les qualifier.

Il était dans le devoir du rapporteur de signaler ces motifs de réserve. Toutefois il importe de ne pas oublier que, relativement au premier individu, M. Dezanneau s'exprime en des termes on ne peut plus affirmatifs: « Il est mort, dit-il, après avoir offert *les plus violents symptômes de l'hydrophobie*. » Il faut aussi considérer que la rage est une affection si bien caractérisée, surtout quand elle est *violente*, qu'il est difficile de s'y tromper. Enfin ce fait, à supposer que l'auteur n'en ait pas été témoin oculaire, s'est passé à quelques lieues de la localité où il pratique et sous les yeux d'un officier de santé. Nous n'affirmons pas plus la vérité de l'assertion de M. Dezanneau que M. Renault n'en affirme l'inexactitude; seulement, le point en question étant le fondement du travail entier, nous tenons à n'y porter la critique que dans une mesure rigoureusement juste. Or nous avons peine à admettre qu'on affirme ainsi l'existence des symptômes *les plus violents* d'une maladie sans y être autorisé par des renseignements positifs ou par l'observation personnelle; et nous ajoutons que la coïncidence d'une mort succédant à des symptômes au moins *rabiformes* et de morsures faites peu de temps auparavant par un loup qui avait attaqué et déchiré bêtes et gens pendant deux jours, ne prévient pas peu en faveur d'une hydrophobie communiquée.

La réalité de la rage chez le loup et les personnes qui ont succombé aux suites des morsures étant supposée, les observations de M. Dezanneau suffisent-elles pour attester l'efficacité du traitement mercuriel chez les personnes qui ne sont pas devenues enragées? C'est l'examen de cette question qui forme la partie la plus intéressante et la plus originale du rapport. Tous les individus mordus par un animal atteint de la rage ne deviennent pas enragés. Avant de déclarer qu'un remède jouit d'une influence prophylactique quelconque, il serait bon de savoir quelle est la proportion des immunités naturelles, c'est-à-dire quel est, en l'absence de tout traitement, le rapport numérique des individus qui ne deviennent pas enragés, après avoir été inoculés ou mordus, à ceux qui le deviennent. C'est un genre de recherches qui aurait son utilité ailleurs que dans la question de l'hydrophobie, si l'humanité permettait de le poursuivre expérimentalement, et nul ne sait au juste à quoi se réduirait la valeur de beaucoup de médications si l'on était mieux instruit de la marche et de la terminaison naturelle des maladies. Le résultat auquel est arrivé M. Renault est assez curieux. En relevant dans les Écoles vétérinaires d'Alfort, de Toulouse et de Lyon, le chiffre des animaux qu'on a fait mordre à dessein ou qu'on a inoculés, et qui étaient ainsi placés dans les conditions les plus favorables à la transmission, il a trouvé qu'*un tiers au moins* ne contracte pas la maladie. Un tiers, c'est à peu de chose près la proportion dans laquelle les individus mordus par le loup ont échappé à la rage. Comment dès lors affirmer qu'ils ont dû ce bonheur à l'emploi du traitement mercuriel?

Cette argumentation est concluante. Elle n'est tirée, il est vrai, que d'expériences sur les chiens et les chevaux; mais, outre qu'il est impossible d'emprunter de pareils éléments à l'espèce humaine, où les individus mordus n'ont garde de *rester en expérience*, on peut conjecturer avec confiance que les choses ne s'y passeraient pas très-différemment. Les résultats signalés par M. Dezanneau et par tous ceux qui l'avaient précédé dans cette voie n'ont donc pas toute la valeur scientifique qu'on a cru pouvoir y attacher. Mais les considérations qui ne permettent pas de les admettre comme démonstratifs, suffisent-elles à les ruiner entièrement? En d'autres termes, de ce que M. Dezanneau et ses devanciers n'apportent pas la preuve que l'immunité de certains individus est le résultat du traitement prophylactique, s'ensuit-il nécessairement que ce traitement soit sans efficacité aucune? C'est une autre question. Les données actuelles sont insuffisantes; très-bien jusque-là; mais il reste à savoir si des expériences bien instituées ne dérangeraient pas la proportion, qu'on pourrait appeler *naturelle*, trouvée par le rapporteur. Nous n'avons aucun parti pris à cet égard; nous ne savons ce que vaut individuellement chacune des expériences dont la médication mercurielle a été l'objet depuis plus de cent ans; ou plutôt nous savons, et le rapporteur paraît être de cet avis, qu'elles manquent pour la plupart de rigueur. Qu'arriverait-il si on les recommençait en y apportant plus de sévérité? C'est ce qu'on ne peut encore dire. Sur cinq personnes mordues par un animal enragé (nous le supposons toujours), trois sont soumises aux frictions mercurielles, elles ne prennent pas le mal; deux n'y sont pas soumises, elles meurent enragées. C'est la proportion ordinaire; soit; mais les individus épargnés l'auraient-ils été sans les frictions? La réponse ne peut être que dans une longue série d'expériences instituées,

---

Feuilleton.

LES EAUX GAZEUSES DE SAINT-GALMIER,

DÉGUSTATION MÉDICO-HYGIÉNIQUE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Je pourrais longuement passer en revue les affections diverses que notre excellente source a le privilége de guérir ou de soulager. La gastralgie, les vomissements rebelles, ceux de la grossesse surtout, la boulimie, le pica, le pyrosis, sont essentiellement ses heureux justiciables.

« Toutes les irritations abdominales chroniques, particulièrement celles du foie, cèdent à leur action, lorsque la désorganisation n'a pas fait encore de grands progrès. » (Ladevèze, p. 27.) — Le même auteur en a retiré d'utiles secours contre la chlorose et la dysménorrhée ou l'aménorrhée.

Il cite également des cas nombreux de rhumatisme favorablement modifiés ou guéris par un séjour à la Font-Fort ou par l'usage de ses eaux. Il en est de même des dartres, de celles surtout, plus nombreuses qu'on ne croit, dont la cause est dans une affection chronique des voies digestives.

M. le docteur Viricel, fixant les indications de cette médication, en a aussi déterminé les contre-indications. D'après les souvenirs de son immense pratique, il la déclare très-nuisible dans les cas d'accélération de la circulation générale, d'éréthisme des organes pulmonaires, et notamment chez les goutteux; très-nuisible, entendez-vous, c'est-à-dire très-active.

Mais c'est particulièrement sur l'appareil urinaire que l'effet de ces eaux éclate dans toute sa puissance; — je devrais dire dans sa toute-puissance.

« Jamais, de mémoire d'homme, a pu écrire M. Ladevèze, on n'a vu d'habitants de Saint-Galmier souffrir de la présence d'une pierre dans la vessie; jamais aucun d'eux n'a été dans la nécessité de se soumettre à l'opération de la pierre. » (P. 26.)

Ce n'est pas aux seuls indigènes que cette prérogative anticalculeuse est bornée. Comme elle dépend uniquement de l'usage quotidien qu'ils font de leurs eaux minérales, ils la partagent avec tous ceux qui, sur les lieux ou de loin, se soumettront au même régime. Un homme de 31 ans, étranger au département de la Loire, avait été opéré de la pierre à l'âge de 12 ans. Il vint consulter M. Ladevèze pour une douleur profonde et vive dans la région du rein. L'urine était rare, rouge, graveleuse, chargée d'un sédiment abondant. Tout annonçait une récidive imminente. L'eau de Saint-Galmier fut prescrite pour tout médicament. Il en prit trois verres le premier jour, quatre le second, et ainsi progressivement jusqu'à quinze dans les vingt-quatre heures. Bientôt l'irritation locale disparut, l'urine coula limpide et copieuse, et, guéri en cinq semaines,

quant à la dose du médicament, à son mode d'administration, à l'époque et à la durée de son emploi, de manière à éviter toute cause d'erreur. Il va sans dire que ce que nous disons ici n'est pas spécialement propre au traitement mercuriel, mais s'étend à toutes les autres méthodes prophylactiques.

Cette immunité dont jouissent certains animaux qu'on fait mordre par d'autres animaux dans des parties dépourvues de poils, ou qu'on inocule directement, pourrait être le point de départ de recherches de haute importance. Dépend-elle de conditions externes ou internes ? Il peut se faire que l'économie soit exceptionnellement réfractaire à l'*absorption* du virus, comme certaines membranes le sont ordinairement à l'absorption de quelques poisons. Il peut se faire qu'elle soit réfractaire à l'*action toxique* du virus absorbé. Le virus a des effets variables, suivant l'époque de la maladie à laquelle on le recueille, suivant les endroits où on l'insère, suivant que la rage qui le fournit est de première, de seconde, de troisième transmission, etc. On découvre facilement le champ qui s'ouvrirait à l'expérimentation. Bien qu'il ne soit point absolument neuf, nous croyons pourtant qu'on y recueillerait encore une assez belle moisson.

A. Dechambre.

ANATOMIE COMPARÉE.

LE DIAPHRAGME CHEZ LES MAMMIFÈRES, LES OISEAUX ET LES REPTILES (mémoire lu à la Société de biologie) ; par M. Charles Rouget, interne-lauréat des hôpitaux, membre de la Société de biologie.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

SECTION II. — DIAPHRAGME CHEZ LES OISEAUX.

La cavité du tronc est divisée chez les oiseaux en trois grands compartiments.

L'*antérieur inférieur* s'étend dans presque toute la longueur du tronc ; il loge en avant le cœur, les gros vaisseaux et le réservoir aérien thoracique, en arrière les réservoirs diaphragmatiques antérieur et postérieur.

L'*antérieur supérieur* n'est occupé que par les poumons proprement dits ; il est séparé du premier par une cloison musculo-fibreuse, décrite par la plupart des auteurs sous le nom de diaphragme thoraco-pulmonaire, et par Perrault sous celui de *muscle des poumons*, dénomination bien préférable, je crois.

Enfin le dernier compartiment occupe la région supérieure et postérieure du tronc, et loge à la fois les viscères abdominaux (des appareils digestif et génito-urinaire) et les sacs aériens abdominaux. Le diaphragme thoraco-abdominal, le véritable diaphragme, sépare ce compartiment des deux autres, et deux cloisons détachées de sa face profonde isolent les viscères des sacs aériens.

DESCRIPTION DU DIAPHRAGME ABDOMINAL.

Lorsqu'on a enlevé les muscles larges de la paroi abdominale, on arrive de chaque côté, sur un plan fibreux attaché en bas au bord antérieur de l'os iliaque et du pubis costiforme et accolé au muscle transverse, puis s'en écartant pour aller gagner la paroi dorsale du tronc où des faisceaux musculaires succèdent aux fibres tendineuses. En arrière et en dedans, ce plan fibreux est interrompu, et dans l'intervalle compris entre deux lignes tirées des angles postérieurs et externes du sternum aux pubis, le péritoine paraît tapisser immédiatement le muscle transverse. En avant et en dedans, ce plan fibreux s'insère au sternum, puis se porte sur les côtés du péricarde.

Je n'ai rien à ajouter, quant à la disposition générale, à la description très-exacte que M. Sappey a donnée du diaphragme thoraco abdominal ; il n'en est pas de même relativement aux éléments qui constituent ce plan musculo-fibreux, et à certaines dispositions spéciales qui étaient restées complétement inaperçues.

Ainsi une zone musculaire généralement étroite, fixée par son extrémité interne aux apophyses épineuses inférieures des dernières vertèbres dorsales, confondue en dehors avec le plan fibreux du muscle des poumons, donne naissance par son bord convexe à des fibres tendineuses qui s'écartent en rayonnant et marchent d'avant en arrière dans l'aponévrose diaphragmatique. Mais en outre de l'extrémité interne de chaque zone musculaire se détache un faisceau très-prononcé, surtout à gauche, et qui se porte sur l'œsophage, au moment où, traversant le diaphragme, il va pénétrer dans la cavité abdominale. On ne peut méconnaître là l'analogie avec le sphincter diaphragmatique des mammifères. Mais ce n'est pas tout : les fibres tendineuses qui font suite à la zone musculaire sont loin de constituer seules l'aponévrose diaphragmatique.

On observe encore deux ordres de fibres transversales croisant les premières presque à angle droit, plus superficielles et plus apparentes qu'elles ; de ces fibres, les unes, internes, s'insèrent à la face supérieure du sternum, tout près de la ligne médiane, et se portent de là vers le milieu de l'aponévrose où elles rencontrent d'autres fibres transversales aussi, ou un peu obliques, qui partent du bord antérieur du pubis. Tandis que les fibres nées du sternum sont nacrées, brillantes, et tout à fait tendineuses, j'ai trouvé chez le canard les fibres qui viennent du pubis, musculaires surtout à droite, dans une grande partie de leur étendue. Dans le point où les fibres nées du sternum et du pubis se rencontrent, vers le milieu de l'aponévrose diaphragmatique, de la face profonde de cette aponévrose, se détache une cloison qui se porte vers le milieu de la face convexe de chaque lobe du foie, et a été décrite comme ligament suspenseur du foie. Chez le canard, qui nous a servi de type dans cette description, cette cloison, dans toute son étendue, est constituée par des faisceaux musculaires parallèles, qui font suite, les uns aux fibres nées du sternum, les autres aux fibres nées du pubis, et se portent à droite sur la face convexe du foie dans toute sa hauteur ; à gauche le lobe hépatique se prolonge moins en arrière, et laisse à découvert l'entrée du ventricule succenturié dans le gésier et le gésier lui-même. La cloison musculaire arrivée à l'extrémité postérieure du foie se continue sur le ventricule succenturié et sur le bord externe du gésier ; ce sont les fibres nées du pubis qui constituent uniquement cette partie de l'expansion musculaire. Ainsi le diaphragme envoie aux deux lobes du foie et aux deux estomacs des expansions musculaires qui paraissent se terminer sur ces organes, mais ne s'y terminent peut-être pas en réalité, car j'ai pu chez l'oie décoller la lame musculaire qui se porte sur le bord externe du gésier, et elle m'a paru se continuer jusqu'à la rencontre de la cloison du côté opposé ; de sorte que si cette disposition est bien réelle le foie et les deux estomacs seraient contenus dans une espèce de poche résultant d'un dédoublement du diaphragme. Chez de grands oiseaux, cette disposition doit

---

cet homme, « reconnaissant envers sa bienfaitrice, — dit M. Ladevèse à qui est due cette observation significative, — s'engage à faire chaque année une visite à la fontaine de Font-Fort et à prendre usuellement son eau salutaire dans son domicile. » (*Loc. cit.*) — Il tint vraisemblablement ses promesses, car l'auteur nous assure que sa santé est maintenant excellente.

Mais, je l'ai dit, la discussion des cas médicaux n'est qu'indirectement liée à mon sujet. L'eau de Saint-Galmier ambitionne moins le nom de remède que la gracieuse épithète d'apéritif, et les observations s'en recueillent plutôt à la table qu'au lit du malade. Quittons donc le sombre domaine d'Esculape, Hygée, Comus, Vénus elle-même, réclament à l'envi pour leur culte notre vive naïade.

Examinons leurs droits : voyons surtout s'ils sont inconciliables.

S'il me fallait détailler par le menu les diverses circonstances où l'eau de Saint-Galmier joue un rôle utile ou agréable, où son action s'exerce à l'avantage de notre santé, au plaisir de nos sens, j'aurais à entreprendre le catalogue entier des fonctions, sans qu'il me fût permis d'omettre une seule des *six choses naturelles ou non naturelles*. Je ne redouterais certes point cette épreuve pour la Font-Fort ; mais je la redoute beaucoup pour le lecteur, et il ne m'en voudra pas de la lui abréger. Effleurons la matière, nul n'y perdra. Un mot suffit au sage, dit-on ; et le gastronome n'est-il pas de tous ceux qui aspire à ce titre celui qui se paye le moins de phrases creuses.

L'indication *épulatoire* de Saint-Galmier ressort évidente et claire de ce double fait, savoir :

Qu'elle donne appétit ;

Qu'elle fait digérer.

Prêtant son opportun secours à l'élaboration du grand problème que tout repas comporte, elle en simplifie les deux termes culminants au point de mettre sa solution à la portée des vocations les plus rétractaires. Votre estomac languit, privé de ressort. Gouffre jadis insatiable, il ne témoigne plus qu'à trop rares intervalles cette horreur du vide, apanage de la santé. Eh vite ! eh vite ! Saint-Galmier ; à la rescousse ! Saint-Galmier et Saint-André ! Avec ces deux noms, il n'est pas de lutte douteuse. Paresse native, débilité acquise, inappétence de convalescent, embarras gastrique, saburres, impuissance de faire pour avoir trop fait, la source bienfaisante guérit tout et guérit sur l'heure. Sous cette douche fraîche, presque styptique, les papilles s'érigent, le fluide artériel circule plus agile, la contractilité s'éveille, les muqueuses rougissent, les sucs gastriques affluent, l'éréthisme gagne jusqu'au cerveau, et l'incurable de tout à l'heure est un athlète brûlant d'entrer en lice.

Mais ce n'est pas tout, imprudent ! vous payeriez cher cette téméraire confiance. Échappé au naufrage de votre appétit, ne reniez pas trop tôt le protecteur qui vous a sauvé. L'œuvre qu'il a commencée, lui seul la peut achever. Continuez donc. Ce Dieu ne veut pas être adoré à demi. Il ne vomit pas les tièdes, non ; mais il pourrait bien les laisser vomir. Redoublez donc de ferveur ; puis jouissez en paix du plaisir que, grâce à lui, vous venez de retrouver, car — second point :

La digestion est assurée. — Tout en stimulant l'appareil d'assimilation, le gaz lui fournit les moyens de remplir sa mission jusqu'au bout. Providentielle influence ! Sujet inépuisable de méditation pour les professeurs de gastrosophie

être plus évidente, et ce que Perrault, cité par M. Sappey, a décrit chez l'autruche sous le nom de diaphragme transversal, doit probablement y être rapporté.

Parmi les espèces que j'ai examinées, le canard et la corneille à manteau gris m'ont seuls présenté des fibres musculaires dans la cloison qui se porte vers le foie. Constamment, au contraire, il existe à gauche des fibres musculaires qui font suite aux fibres tendineuses nées du pubis et se portent vers le ventricule succentorié et le gésier; elles existent chez les oiseaux à gésier musculeux et chez ceux à estomac membraneux, chez le canard, chez l'oie, chez les colombes, les gallinacés, la huppe, la corneille à manteau gris. Je ne sais à quelle condition est liée l'existence de ces fibres musculaires dans les ligaments du foie; leur contraction doit aider à la compression des réservoirs abdominaux; quant à l'expansion musculaire de l'estomac, son existence constante semble indiquer une fonction spéciale et importante.

SECTION III. — DIAPHRAGME CHEZ LES REPTILES ORNITHOÏDES (BLAINV.).

CHÉLONIENS. — La cavité du tronc des chéloniens n'est cloisonnée par aucun plan musculaire ni fibreux. Un sac péritonéal, surmonté en avant par le péricarde, renferme l'appareil digestif et une partie de l'appareil génito-urinaire. Quant aux poumons, situés en arrière et en dehors du péritoine, aucune membrane fibreuse ni séreuse propre ne les enveloppe; comme les reins auxquels touche immédiatement leur extrémité postérieure; ils sont logés dans un simple écartement entre le péritoine et la carapace.

Bojanus et après lui Meckel ont décrit chez ces animaux, comme représentant le diaphragme, des faisceaux musculaires qui, limitant antérieurement la cavité du tronc, s'insèrent aux deux ou trois premières vertèbres dorsales et aux côtes correspondantes, et se portent de là sur les côtés du péricarde, vers la paroi inférieure du tronc; là ces faisceaux se terminent par des fibres tendineuses qui s'étalent sur la face externe du péritoine et y rencontrent des fibres semblables fournies en arrière par le muscle transverse abdominal. Dans leur trajet de la colonne vertébrale et des côtes vers le péritoine, ces faisceaux musculaires sont de chaque côté appliqués sur le sommet des poumons.

Si l'on supposait, chez les oiseaux, la cavité du tronc réduite à la cavité abdominale, et les poumons situés dans cette cavité, en dehors du péritoine, le diaphragme thoraco-abdominal des oiseaux aurait assez exactement la même disposition générale que le diaphragme des tortues. Or ce n'est pas là une hypothèse gratuite: le passage de l'une de ces dispositions à l'autre existe et même est très-évident. En effet, une portion au moins du poumon des oiseaux est située dans la cavité abdominale, en dehors du péritoine, entre cette membrane et la paroi supérieure du tronc, c'est le réservoir aérien abdominal qui représente la partie postérieure non cloisonnée du poumon des reptiles. Abstraction faite de la partie antérieure de l'appareil pulmonaire des oiseaux, la disposition générale de la cavité du tronc, des poumons abdominaux et du diaphragme, est la même, je le répète, chez les oiseaux et les chéloniens. Analogie de plus entre ces deux classes que rapprochent tant d'autres caractères.

Ainsi, chez les chéloniens, le diaphragme n'est plus en aucune façon une cloison musculaire séparant l'appareil respiratoire des viscères de l'appareil digistif. Il n'est plus autre chose qu'une paroi contractile de la cavité du tronc à son extrémité antérieure. Il n'est pas, ne peut pas être un dilatateur des poumons, comme le veut Bojanus, qui lui assigne cette fonction fort gratuitement, et par analogie sans doute avec la fonction principale du diaphragme des mammifères. Mais chez les mammifères mêmes, c'est accessoirement en quelque sorte que le diaphragme dilate les poumons; sa destination primitive essentielle est de comprimer le sac abdominal. De cette diminution de l'une des cavités résulte nécessairement l'agrandissement de l'autre (1).

Chez les oiseaux, le diaphragme abdominal contribue accessoirement à la dilatation des réservoirs diaphragmatiques; mais quant aux réservoirs aériens des poumons abdominaux, il ne peut que les comprimer. Enfermés dans la cavité commune, les poumons des *chéloniens* sont, comme les autres viscères, comprimés par le diaphragme auquel vient en aide le muscle transverse. Il suffit pour s'en convaincre d'observer la respiration d'une tortue. L'air ne se précipite pas dans le poumon activement dilaté, il y est introduit peu à peu par une série de déglutitions successives, puis en une seule fois, et par la contraction des muscles abdominaux, surtout du diaphragme et du transverse, le poumon est comprimé et l'air respiré expulsé avec une espèce de sifflement.

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE PRATIQUE.

DE LA TRANSFUSION DU SANG A PROPOS D'UN CAS SUIVI DE GUÉRISON; par les docteurs DEVAY et DESGRANGES, médecin et chirurgien en chef désignés de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les numeros 1 et 2.)

III. — PROCÉDÉ ET APPAREIL.

A. Le *manuel opératoire* de la transfusion, pour nous, s'est réduit à faire à la peau, qui recouvre l'une des veines de l'avant-bras, une incision de 1 à 2 centim.; à isoler cette veine, à l'inciser dans l'étendue de 3 à 4 millim. pour y faire pénétrer une petite canule à injections veineuses. Cette canule est fixée par un fil, puis confiée à un aide qui comprime la veine au-dessus et place un doigt sur l'orifice du bout inférieur. Une fois la canule en place, on fait à la personne qui s'y prête une saignée dont le sang est reçu directement dans une seringue enveloppée de compresses imbibées d'eau chaude. Le piston mis en place et la seringue ajustée, on pousse le sang avec précaution et lenteur; et, suivant le calibre de l'instrument, on fait ainsi une ou deux injections.

Cette manière de procéder est la plus simple de toutes; elle est aussi la meilleure, comme nous espérons le démontrer. — Nous passerons légèrement sur le choix du vaisseau, attendu que les veines du pli du bras seules ont servi à la transfusion chez l'homme; tantôt la médiane céphalique, tantôt la médiane basilique, à droite, à gauche, suivant que le vo-

(1) L'hypothèse de M. Maissiat, qui considère la tension des gaz du tube digestif comme la *cause première*, sans cesse renouvelée, des contractions du diaphragme, vient à l'appui de l'opinion que j'émets sur le rôle essentiel de ce muscle.

---

transcendante, que cette double action, successive dans ses temps, corrélative à elle-même et proportionnée dans ses effets; ne se donnant, — pour user d'un mot vulgaire, — que l'ouvrage qu'elle peut mener à bien; montrant enfin, par cette juste pondération, toute sa différence d'avec les apéritifs factices qui ne prêtent aux organes qu'une vigueur passagère dont on ne saurait ni abuser ni même user sans péril. Sous ce rapport, Saint-Galmier défie hardiment toute concurrence, puisque, réalisant le vœu de Desaugiers, il peut, même chez les plus capaces membres de nos caveaux modernes,

Remplir l'estomac vide,
Vider l'estomac plein.

Un mot maintenant sur les doses et le *modus faciendi*. Dans l'état de santé et prise seulement comme incisif agréable et salutaire, un demi-litre de cette eau par repas suffit. On augmenterait la quantité en cas d'effet incomplet, ou si le gaster se montre rétif à l'aiguillon. Saint-Galmier s'associe à tous les vins; mais la nature l'a surtout destiné à ceux du Mâconnais et du Beaujolais. Ce sont des voisins, des amis d'enfance; il n'est donc pas étonnant que leur union ait tout le charme des mariages d'inclination: charme fugitif comme ses bulles gazeuses, mais que, ici du moins, on peut renouveler à volonté.

Quelques personnes, — les femmes, les convalescents, — condamnées à couper considérablement leur vin, ne pourraient, n'oseraient remplir d'eau de Saint-Galmier pure l'excédent du verre. A ces estomacs débiles ou timorés, *nous permettons* additionnellement l'usage de l'eau commune en quantité suffisante. Mais notre devoir et le soin de leur salut nous oblige de les prévenir charitablement de faire tous leurs efforts pour rentrer dans la bonne voie. Ils y parviendront grâce à l'habitude, et nous remercieront un jour de leur avoir marchandé nos dispenses.

Le mélange usuel aux repas, — quelle qu'en soit la qualité et la proportion, — doit être fait sans précipitation, bu lentement. Ne pas rapprocher trop les libations. Règle générale, il faut mettre entre elles un intervalle de plus en plus grand à mesure qu'on approche de la fin du dîner.

A un point de vue moins exclusivement matériel, il serait curieux d'apprécier l'influence exhilarante de l'eau de Saint-Galmier, comparativement à celle du vin. A Dieu ne plaise que ma plume se profane à décrier ici ce que je suis déjà assez malheureux d'être parfois, comme médecin, forcé de proscrire. L'intérêt d'auteur, à défaut de penchant naturel, m'engagerait d'ailleurs à respecter les produits de nos vignobles; car ils prêtent journellement à l'eau gazeuse un appui dont elle ne peut qu'être très-reconnaissante. Et elle peut même se flatter d'avoir prouvé, par la manière aisée dont elle les *supporte* tous, qu'elle accomplit pour sa part le précepte évangélique de nous supporter les uns les autres, malgré nos petits défauts. — Cependant, celui de tous les vins qui, chimiquement, lui est le plus semblable, celui qu'elle oserait presque appeler son rival naturel, le classique champagne est-il à l'abri de tout reproche? Sans doute il fertilise les steppes cérébrales les plus arides, galvanise l'hypoglosse, rompt toute contrainte, rapproche au dessert les rangs et les chaises. C'est le dieu des ris, des jeux et, dit-on, des amours. Mais peut-on s'y livrer sans danger, partant sans appréhension? Cette surexcitation comme fiévreuse de l'esprit et des sens ne représente-t-elle pas une hypothèque à gros intérêts que

lume ou l'apparence faisait prévoir plus de facilité à découvrir l'une plutôt que l'autre. Ces veines, en effet, sont assez superficielles pour être disséquées à la faveur d'une plaie peu profonde, assez petites pour qu'on n'ait pas à craindre l'entrée de l'air et qu'on puisse arrêter l'écoulement sanguin comme après la saignée, assez volumineuses enfin pour permettre l'usage d'instruments d'un calibre suffisant. Inutile donc d'insister plus longtemps sur ces avantages, puisque tous les opérateurs les ont sentis, puisqu'on a réservé l'ouverture de la jugulaire à l'expérimentation sur les animaux. Nous ferons seulement une réserve en faveur de la saphène interne, vers le lieu d'élection de la saignée du pied, dans les cas très-rares, à la vérité, où cette veine serait plus visible que celles du bras.

La *canule* a le grand avantage de rendre l'opération plus simple, plus rapide, en levant toutes les difficultés de l'adaptation de la seringue à la veine. Pour faire pénétrer directement le bout de la seringue dans la veine, il faut une incision plus étendue, soit longitudinale, soit à lambeau, afin d'abréger les tâtonnements et d'éviter des retards nuisibles à l'intégrité du sang qui va être injecté. Notons aussi que le bout de la seringue, moins aisément que la canule, bouchera l'ouverture veineuse et s'opposera au reflux du liquide. Ce sont là des inconvénients qu'il est bon de s'épargner aussi souvent qu'on le peut. La canule conique de M. Sotteau vaut-elle mieux qu'une canule cylindrique? A vrai dire l'une et l'autre se valent; pourtant il nous semble que celle-ci doit l'emporter, car une fois mise en place et fixée par un fil, elle ne bouge plus. La conique au contraire doit à sa forme seule d'avoir une tendance continuelle à sortir, de ne pouvoir exactement rester à demeure qu'à la condition d'être soutenue par un aide attentif et adroit. Mais, dira-t-on, cette canule renferme nécessairement une bulle d'air qui passe dans le torrent de la circulation. A cela nous répondrons que cette bulle d'air, très-petite, n'a rien déterminé de nuisible, d'appréciable dans la transfusion de M. Boujard ni dans la nôtre propre; que du reste Nysten, Blumembach, Blundell ont injecté dans les veines de grandes quantités d'air sans accidents, toutes les fois qu'ils ont eu soin de procéder avec une extrême lenteur. L'introduction de l'air a déterminé des accidents terribles, c'est prouvé; mais ici l'introduction se faisait brusquement dans une veine plus rapprochée du cœur, et certainement la masse du fluide qui a déterminé la mort dépassait de beaucoup la bulle d'air que retient la canule. D'ailleurs, si cette bulle d'air effraye, rien n'empêche qu'on ne s'en débarrasse; il suffit pour cela de remplir la canule d'eau pure; bien sûr qu'en pénétrant dans la veine cette eau ne peut rien occasionner de fâcheux, à cause de son mélange facile avec le sang dont elle forme la base.

La *seringue* par sa forme cylindrique a des parois moins étendues qu'un autre vase de même capacité; par sa profondeur, elle ne laisse le sang au contact de l'air que sur une surface peu étendue; et sitôt que le piston est placé et l'air intérieur chassé, le sang est parfaitement isolé de l'atmosphère. Le petit volume de l'instrument, la facilité de le plonger dans un vase d'eau chaude, de l'envelopper de compresses qui conservent la chaleur, tout concourt au maintien d'une bonne température. Si l'on réfléchit que la chaleur moyenne du sang chez l'homme est de + 36° c., on arrive à établir en principe qu'il faut à l'instrument une température de + 40° c., en vue de la déperdition inévitable de calorique pendant l'opération. — La seringue perdrait une bonne partie de ces avantages, si l'on négligeait d'y recueillir directement le sang. Nous proscrivons d'une manière formelle l'usage d'un vase intermédiaire. A quoi bon y recourir quand on veut injecter du sang pur, et nous avons déjà dit que cette méthode seule mérite d'être conservée. Le vase intermédiaire non-seulement complique l'opération par la nécessité, l'embarras de le tenir chauffé; il augmente aussi l'étendue des rapports entre le sang et des parois inertes. Enfin le peu de profondeur de ce vase et sa large surface favorisent l'action de l'air sur le sang et, chose très-nuisible, la coagulation de la fibrine. Du moment que rien n'empêche de recevoir directement le sang dans la seringue, pourquoi ne pas le faire? pourquoi allonger le chemin à parcourir? pourquoi faire des circuits quand on peut marcher droit?

En résumé donc nous affirmons qu'il est facile de recevoir le sang directement dans la seringue; que évidement par ce procédé on diminue les points de contact entre le sang et des corps métalliques; que l'action nuisible de l'air est réduite presque à rien, et les chances de coagulation de la fibrine diminuées le plus possible.

On nous pardonnera d'insister sur ces détails, attendu que tous les opérateurs n'ont pas suivi la même voie, et que de l'avis de M. le professeur Malgaigne, il y a « beaucoup à faire encore pour donner à la transfusion toute la sécurité nécessaire. » (Malgaigne, MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, p. 151.)

B. Les *appareils spéciaux* méritent des reproches. D'abord il est très-peu de médecins qui les possèdent, très-peu d'arsenaux qui les renferment, peut-être même n'y a-t-il que les inventeurs qui en aient. La transfusion, déjà bien rare, le serait encore plus si nécessairement il fallait s'en servir. En second lieu, les appareils, sans abréger l'opération, font couler le sang au travers de longs tubes dont les parois inertes ne peuvent qu'altérer le fluide vivificateur; ils ne sauraient donc mieux servir que la canule et la seringue.

L'appareil de M. Sotteau, qui n'est que celui de Blundell modifié, se compose de deux réservoirs concentriques; l'extérieur contient de l'eau chaude; l'intérieur est muni d'une petite pompe qui doit aspirer le sang accumulé dans ce réservoir et le chasser dans le système veineux. Pour préserver le sang du contact de l'air dans le réservoir intérieur, M. Sotteau a imaginé d'y placer une rondelle de liége, à travers laquelle passe la pompe verticale, de façon qu'il y ait une espèce de couvercle qui s'élève au fur et à mesure que le sang s'accumule. Le sang arrive dans le réservoir par un petit tuyau dont l'extrémité libre, évasée en entonnoir, doit s'appliquer sur la saignée; il en sort par un autre conduit attenant, d'un côté, au corps de pompe, libre par l'autre extrémité que l'on peut ajuster à une canule préalablement introduite dans la veine. Quand le réservoir intérieur contient assez de sang, on fait jouer la pompe; mais on n'adapte le tuyau à la canule qu'après avoir chassé tout l'air du système et avoir vu le sang sortir. Ajoutons que deux soupapes mobiles en sens inverse donnent au sang un libre accès du réservoir à la pompe, de la pompe au dernier conduit, mais s'opposent à un cours rétrograde. (GAZETTE MÉDICALE, 1847, p. 787.)

M. Sotteau, quand il a décrit son appareil, ne l'avait point encore essayé, puisqu'il ne cite aucun fait et le propose uniquement à l'occasion de la transfusion pratiquée par M. Lane. Eh bien! ainsi construit, cet appareil n'a pas tous les avantages que lui croit son auteur; en réalité, il a tous les inconvénients de celui de Blundell. La portion évasée du tube ne peut s'appliquer directement sur la saignée; une raison s'y oppose. La compression qu'exercerait cet entonnoir sur la veine, entre les capillaires et la saignée, suffirait au delà pour arrêter le jet de sang; il faudrait le tenir à distance du bras,

---

L'insouciant buveur laisse prendre sur le plus clair de ses biens à venir? De l'alcool porté sur les ailes du gaz acidule! N'est-ce pas assez d'un seul de ces deux éléments, et faut-il donc de toute nécessité que le doux effet apéritif de celui-ci soit traîtreusement employé à devenir le passe-port d'un agent de trouble et de désordre?

Qu'on ne me prenne point au mot, cependant! l'Aï, le Moët, frappés surtout, n'auront, je le sais, jamais besoin d'avocat contre les médecins. Moi-même, si quelque imprudent les voulait exclure, je ne serais pas des derniers à crier: Grâce pour eux! grâce pour moi! Mais, comme toute médication perturbatrice, celle-ci a ses indications spéciales, et chacun sent, de reste, à son estomac, qu'il serait peu hygiénique d'abuser même d'un si bon remède. — Le besoin d'un succédané étant donc généralement reconnu, l'eau de Saint-Galmier se présente en première ligne. Elle pourrait même faire valoir quelques droits directs à une préférence absolue. Sa mousse purement gazeuse, dépourvue de tout alliage irritant, active la circulation de l'encéphale, mais ne le congestionne jamais d'une manière durable. Aussi son usage ne donne pas plus de repentir à l'esprit qu'à l'estomac. Le *Galmiérisme* serait bien mal apprécié si on le comparait au premier degré de l'ivresse. Il en a l'enjouement, le bien-être, l'entrain: mais la limite est marquée là; elle est infranchissable. Multipliez les rasades; vous ne dépasserez point cet état de gaîté franche et douce, généralement la même pour tous les convives et qui résulte autant du pressentiment d'une digestion facile que du bienfaisant stimulus porté sur l'appareil psychique et moral.

Le parallèle vous semble-t-il téméraire? Prenons des juges: j'en vois d'ici un parfaitement désintéressé dans la question, et vous l'accepterez sans doute comme moi. Apercevez-vous au bout de la table cette jeune dame au fin sourire, à l'œil observateur, dont le gant paille n'a pas quitté le verre mousseline depuis le commencement du dîner? Tâchons de la faire causer. Si elle veut être sincère, si vous savez un peu l'encourager, un peu la deviner, il ne vous faudra pas un quart d'heure pour extraire de sa conversation les aphorismes suivants:

Le Champagne inspire une confiance universelle et sans bornes.

Il donne le babil et la vaniloquence, jamais le ton de persuader, excepté celles qui sont payées pour l'être d'avance.

A table, il fait, pour une femme, de tout voisin un agresseur, agresseur presque toujours fatigant, hors d'état de distinguer les nuances qui séparent le badinage poli d'une galanterie blessante.

Comme toute vanité, celle-ci porte avec elle sa propre peine. Car l'attaque a-t-elle par hasard réussi? Est-on venu offrir au vainqueur la clef de la place? Trop souvent il s'aperçoit alors, mais un peu tard, de ce que le combat lui a coûté et succombe avant d'avoir pu la présenter à la serrure.

Avec l'eau de Saint Galmier, la causerie reste toujours décente et de bon ton. Sans doute un aimant secret la pousse alors incessamment vers le même sujet, l'y pousse plus activement que de coutume. Mais ce sujet n'est-il pas le but même de la création? Vouloir, savoir et pouvoir le traiter, n'est-ce pas l'exclusif privilége d'une organisation normalement constituée, normalement fonctionnante? Loin d'en faire un grief à notre source, n'y voyons donc qu'une preuve nouvelle de son réconfortant pouvoir. « J'en verse sans crainte, m'écri-

et dès lors le sang n'étant plus préservé du contact de l'air, ce premier avantage de l'appareil s'évanouit. Une autre raison que l'on pourrait faire valoir, c'est qu'à moins d'une saignée très-bien faite, il est indispensable de diriger le jet du sang, de maintenir le parallélisme des incisions cutanée et veineuse. Or, avec un entonnoir appliqué sur l'ouverture, comment s'assurer que le sang coule bien, comment répondre qu'il ne bave pas le long du bras? La rondelle de liége est inutile ou embarrassante. Si elle glisse à frottement très-léger contre la pompe et les parois du réservoir intérieur, on ne saurait prétendre qu'elle préserve le sang du contact de l'air, que tout accès soit fermé à ce fluide. Si l'on veut se faire une idée des précautions qu'il faut pour arrêter le gaz, il suffit de jeter un coup d'œil sur les machines industrielles où ce but est rempli. Si nous admettons que la rondelle glisse avec un certain frottement, il faudra de toute nécessité que le tube qui reçoit le sang de la saignée soit allongé, sinon la colonne de sang n'exercerait point une pression capable de la soulever. Donc la rondelle devient embarrassante, en ce qu'elle force à augmenter la longueur des tuyaux, à multiplier les surfaces inertes qui touchent le sang. En outre, plus les tuyaux sont longs, plus il est difficile de les tenir à une bonne température; plus la coagulation ou l'altération du sang est possible, plus augmentent les chances de ne pouvoir conduire l'opération à bien. Pour injecter la quantité de sang voulue, un seul coup de piston ne suffit pas, le jeu des soupapes le prouve. Or, qui nous répond que le piston, en remontant, ne laissera point passer autant d'air par en haut qu'il aspire de sang par en bas. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait un instrument parfait, ou bien une série de moyens accessoires beaucoup trop compliqués. A coup sûr, tout chirurgien prudent ne s'exposera pas à injecter, à plusieurs reprises, des quantités d'air presque égales à la masse du sang. Nous rejetons donc cet appareil d'une manière absolue; nous adoptons seulement la canule indépendante placée dans la veine.

M. Bougard a imaginé et fait servir un appareil plus simple, meilleur incontestablement, quoique non exempt de tout reproche. Il consiste en une petite canule conique que l'on place d'avance dans la veine de la personne anémique. Le sang de la saignée tombe directement dans un récipient de forme triangulaire, afin d'éviter le tournoiement du liquide, de ce récipient par un tube élastique terminé à son extrémité libre par une ouverture simple qui s'adapte à la canule. Un petit robinet laisse au gré de l'opérateur le sang couler du récipient dans le tube. Tout le système est maintenu à une bonne température, au moyen de compresses imbibées d'eau chaude, et l'adaptation du tube à la canule ne doit avoir lieu qu'après l'expulsion de l'air.

Ainsi construit, cet appareil a réussi, mais il n'est point indispensable; il n'a même aucun avantage réel sur la seringue à hydrocèle. En outre, sans abréger l'opération, il a pour inconvénient de multiplier les rapports entre le sang et les parois inertes, vu la longueur obligée du tuyau; de laisser le sang à l'air tout le temps de l'opération, ce qui n'est pas une condition à rechercher; enfin, et sans compter la difficulté plus grande qu'il y a de le chauffer, il exige que la personne qui fournit le sang soit plus élevée que celle qui le reçoit, sinon le liquide, ne coulerait pas faute d'une pression suffisante. Cette remarque est sérieuse quand on songe que, pour prévenir la syncope, qui couperait court à l'opération, il est prudent, nécessaire même de faire asseoir la personne qui doit être saignée, et que le bras d'une personne assise n'est guère qu'à la hauteur d'un lit.

En définitive, bien que cet appareil vaille mieux que celui de M. Sotteau, qu'il soit, on peut le dire, le plus simple possible, il n'est pas tel qu'on ne puisse s'en passer. Nous maintenons toujours que la canule et la seringue répondent aux exigences de la transfusion, mieux que tout appareil, qu'elles doivent passer dans la pratique.

IV. — LA TRANSFUSION EST-ELLE ANTIPHYSIOLOGIQUE?

Incontestablement, si l'on demande à ce moyen de rendre l'intégrité des fonctions à une vie près de son terme; si l'on exige une résurrection instantanée; si l'on propose de redonner au sujet *tout le sang qu'il a perdu*.

L'organisme supporte mal une transition brusque : l'observation journalière le démontre pour les maladies à marche rapide comme pour les affections lentes. Qu'adviendrait-il au malheureux expirant d'inanition, si, pour le ranimer plus vite, on lui permettait d'ingérer, sans retard, la quantité d'aliments que raisonnablement il aurait digérée depuis qu'il est privé de nourriture? Voilà un membre congelé, rendez-lui sans précaution, d'un seul coup, la chaleur qu'il a perdue, et vous aurez pour résultat la *gangrène*. Que l'on procède avec ménagement dans les deux cas, et l'organisme insensiblement reprendra le dessus. L'estomac supportera tous les jours des aliments plus substantiels; les fluides solidifiés du membre congelé redeviendront liquides; le sang circulera, la vie succédera à la mort apparente. De même pour le système circulatoire, de même pour les organes qui ont perdu du sang, il faut des ménagements, des gradations. Des vaisseaux désemplis, revenus sur eux-mêmes, ne peuvent être brusquement distendus sans commotion fatale; des organes pour ainsi dire privés de sang ne peuvent admettre ce liquide par flots sans éprouver des perturbations graves. Nous persistons à le dire, conformément à l'opinion de M. le professeur Bérard, dont les belles leçons sur le sang ne sauraient trop être relues et méditées; la transfusion n'est qu'un moyen de conjurer une mort immédiate, de donner à l'économie le temps de réparer ses pertes. Qu'on nous passe la comparaison, le sang transfusé est la goutte d'huile jetée dans la lampe vide, le combustible léger qui relève la flamme presque éteinte.

Une objection sérieuse est celle-ci : rien ne prouve que la transfusion ait réussi, que le succès qu'on lui attribue soit légitime, que la nature n'eût pas fait les frais de la guérison qu'on allègue. A cette fin de non-recevoir, voici notre réponse. Si des praticiens exercés jugent la mort très-prochaine, le malade court bien quelques dangers; si presque aussitôt après la transfusion, on voit une amélioration appréciable, bien sensible dans quelques cas, il faut bien reconnaître qu'elle a quelque vertu. Ce n'est pas tout. Avec cette manière de raisonner, on met en doute la thérapeutique tout entière. Le quinquina, le fer, le mercure n'y résisteraient pas en dépit des plus beaux résultats. Débrider une hernie, à quoi bon? la nature ne peut-elle pas réduire l'intestin. Les tumeurs blanches suppurées avec carie des os seraient abandonnées; on a vu des cures inespérées déjouer le plus fâcheux pronostic.

Nous reconnaissons que le sang injecté manque de rapports d'origine, de sensibilité avec les vaisseaux qui le reçoivent. Raison de plus alors pour ne transfuser que ce qu'il faut au soutien momentané de la vie. Après cela, ce défaut de rapport n'est pas tel qu'il fasse échouer nécessairement l'opération; s'il n'y a pas sympathie entière, il n'y a pas non plus antipathie mortelle. L'insufflation directe de l'air expiré dans les poumons d'un asphyxié n'y porte pas un fluide pur, à beaucoup près; cet air a subi le contact de

---

vait une spirituelle cliente, à mon mari et à tous ses amis, bien sûre qu'elle n'engagera ni l'un ni les autres en deçà ou au delà des bornes de ce qu'ils me doivent. » — Et elle jugeait sensément. Jamais de cette urne ne s'échappa une parole dont l'innocence eût à rougir. Mais, si au sein de l'aimable gaieté qu'elle inspire, deux cœurs faits pour se comprendre sentent le lien qui les unit se resserrer de plus en plus, qu'ils n'appréhendent rien. La *Font-Fort* ne fait à personne de vaines promesses : lisez plutôt dans l'opuscule de M. Ladevèze, l'histoire de madame A...., guérie par son seul secours, en deux voyages, d'une stérilité qui l'affligeait depuis cinq ans. Saint-Galmier jouit dans nos contrées, sous ce rapport, d'une réputation dont les effets croissent et se multiplient, et c'est vraisemblablement à elle que faisait allusion la célèbre thèse: *an quæ minerales mulieres fœcundent?....* vigoureusement soutenue, en 1616, à Paris, par Pierre de Baurein, et que, pour l'honneur d'un nom si bien choisi, il ne pouvait résoudre autrement que par l'affirmative.

Après l'utile, le luxe. Boire sans cesse et sans soif, c'est, on l'a dit, le grand supplice des eaux minerales. Près de notre source, ce programme de torture devient une devise de fête. Mélangée aux sucs de fruits et sucrée, un verre d'eau de Saint-Galmier est une vraie bouchée de roi. Je *dis suc de fruits* et je le dis à dessein pour étouffer dès l'origine une petite hérésie — s'il en est de petites en pareille matière — qui tendrait à s'accréditer sous l'imposante autorité de mon digne confrère Munaret. « Un mélange de cette eau naturelle gazeuse avec le sirop d'orgeat est, dit-il, de toutes les gâteries liquides du plateau de bal, celle qui est la plus suavement fraîche, la plus digne, en un mot, de caresser les papilles d'une jolie bouche. » Merci, mille fois merci pour Saint-Galmier, d'un tel éloge. Je n'aurais certes pas aussi bien dit; mais peut-être ferais-je mieux. La cuisson altère plus ou moins l'arome végétal si fugitif, vous le savez mieux que moi, cher confrère. Substituez donc hardiment, puisque vous avez qualité pour parler en maître, la préparation magistrale aux fioles trop souvent respectables de l'officine. Remplacez l'orgeat par un lait d'amande extemporanément extrait, le sirop dit de limons par le suc de citron, le sirop de groseilles par l'eau de groseilles, etc. Vous réalisez ainsi le quadruple avantage d'économiser le prix de fabrication, de choisir vous-même vos produits, de n'en pas livrer la préparation à des mains étrangères, et surtout de réserver au palais de vos convives la portion de parfum que le fourneau du confiseur dévore en pure perte.

Du reste, sirop ou suc édulcoré, le breuvage demande à n'être préparé qu'à la minute, et, s'il se peut, séparément pour chaque buveur. Faites circuler les verres contenant le sucre et l'arôme sapide, délayés dans aussi peu de liquide que possible. Que chacun prenne le sien et se tienne prêt. Au signal donné, projeté de haut, le liquide gazeux divise et fragmente les molécules parfumées, de façon à ce qu'aucune des papilles n'échappe à la piquante titillation de cette vapeur savoureuse. — Si vous comprenez qu'il s'agit d'avaler *après* que la dissolution est parfaite, mais *avant* que la mousse ne tombe, vous n'aurez pas trouvé trop longue la codification de cette seconde de délices.

Comme boisson destinée à tempérer les ardeurs caniculaires, l'eau de Saint-Galmier possède, indépendamment de son goût appetissant, deux qualités hygiéniques à elle spéciales. Avec les rafraîchissements ordinaires, la soif, en tant que besoin, est étanchée; mais il est vrai de dire que, comme plaisir, on ne la

poumons étrangers, il a perdu de ses éléments pour se charger de gaz nuisibles à l'hématose; néanmoins, tel quel, il peut rappeler à la vie, redonner aux organes respiratoires le stimulus qui leur manque; il est encore l'agent le plus capable de rétablir une fonction dont l'arrêt est la mort.

Enfin, dira-t-on, le sang que l'on injecte est privé de sa vie propre; ce n'est que le *cadavre* du sang normal. Eh bien! soit. On peut admettre la vie du sang après Hunter; par conséquent, sa mort. Nous ne discuterons ni l'une ni l'autre; nous les accepterons volontiers, à cette condition toutefois qu'on voudra bien admettre entre la vie et la mort du sang un état moyen, tout comme entre la vie et la mort réelle de l'homme, il y a des états intermédiaires, l'asphyxie incomplète, la syncope, par exemple, qui tiennent à la vie, bien qu'elles simulent la mort. Or les signes de la mort du sang, peu de temps après la sortie de la veine et tant qu'il est liquide n'existent pas. Nous sommes en droit de dire qu'il est seulement en état de maladie, d'asphyxie incomplète, si l'on veut; nous pouvons soutenir également que cet état disparaîtra sous l'influence de la respiration. L'air, ce fluide capable de transformer du sang veineux, du chyle en sang artériel, pourra bien ranimer ce sang malade, assimiler à l'individu ce liquide étranger. Dès lors le pauvre anémique a gagné en quelques instants une somme d'éléments réparateurs, qu'il n'aurait acquise qu'avec le temps par l'usage des toniques, des ferrugineux, des aliments.

Nous n'irons pas plus loin. Ces questions de théories nous feraient pénétrer trop avant dans le domaine de la physiologie pure. Notre tâche est remplie, au moins telle que nous l'avons comprise, et notre but atteint si nous avons été assez heureux pour prouver :

1° Que la transfusion du sang, comme agent héroïque, doit avoir une place dans la médecine pratique;

2° Qu'elle doit être réservée aux cas extrêmes, dans l'unique but de soutenir la vie;

3° Que la quantité du sang transfusé doit toujours être faible;

4° Que le sang pur doit seul être employé;

5° Que le manuel opératoire ne réclame point d'instruments particuliers;

6° Que, dans ces conditions, elle est *physiologique*.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FRACTURES DU COL DU FÉMUR GAUCHE ET DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS DROIT; PLAIE PAR DÉCHIRURE DES TÉGUMENTS DE LA PARTIE EXTERNE DU GENOU DROIT ET PLUSIEURS AUTRES BLESSURES, SUITE D'UNE CHUTE DE 21 MÈTRES D'ÉLÉVATION; GUÉRISON OBTENUE, SANS RACCOURCISSEMENT APPRÉCIABLE, PAR UN APPAREIL A DOUBLE EXTENSION; par le docteur ARMAND, aide-major chargé du service de santé des salles militaires de l'hospice de Viterbe (États romains).

OBS. — F. P., fusilier au 36e régiment de ligne, âgé de 33 ans, d'une bonne constitution, fit, étant en état d'ivresse, le 4 juillet 1851, à une heure du matin, une chute d'une hauteur de 63 pieds (1). Il resta étourdi sur le coup quelques instants; et quand on l'eut relevé il présentait une plaie à la région pariétale droite, une plaie à lambeau triangulaire intéressant toute l'épaisseur des téguments de la partie externe du genou droit; d'autres déchirures au poignet et au genou gauche; une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit, avec crépitation des plus sensibles; enfin une déformation de la partie supérieure de la cuisse gauche offrant tous les symptômes de la fracture du col du fémur.

Outre la saillie et une légère élévation du grand trochanter, une courbure de la partie supérieure externe de la cuisse, en forme de crissard d'ancienne armure; une vive douleur accusée par le malade, disant lui-même avoir la hanche brisée et ne pouvoir soulever la jambe; il y avait un renversement du pied en dehors, sa rotation en dedans restant possible, et le grand trochanter paraissant remuer sur place et non décrire un arc de cercle. Le raccourcissement du membre, qui était de 2 cent. et de 4 ensuite, disparaissait par une légère traction de haut en bas, permettant de ramener le pied au niveau de l'autre pour se reproduire dès que la traction cessait.

Ce diagnostic, pour lequel la chute sur les genoux était une autre présomption, fut confirmé par la particularité suivante. Au moment où nous faisions placer un double plan inclinésous le membre dont nous opérions le soulèvement, en même temps que la flexion, en le reportant légèrement en dedans, nous perçûmes par deux fois et très-distinctement une crépitation sourde et profonde sur laquelle le malade ne se méprit pas lui-même, et qui lui arracha un léger cri de douleur, bien que sa résignation et sa patience fussent remarquables. Nous avons comparé cette crépitation au bruit qu'on perçoit en faisant glisser avec frottement, par un mouvement de diduction, les molaires des deux arcades dentaires, la bouche étant fermée.

La colonne vertébrale, la poitrine, les viscères abdominaux ne dénotaient aucune autre lésion; toutefois une évacuation alvine involontaire s'était produite par la chute. Il urina abondamment dans la matinée, et il n'y eut pas de nouvelle déjection. Toutes les parties contuses furent enveloppées de compresses résolutives. Dès que la réaction se produisit vers les cinq heures du matin, saignée de 12 onces que nous dûmes renouveler le soir.

Au second jour, potion avec huile de ricin; plusieurs selles; le malade urine normalement; toutes les blessures sont le siége de gonflement considérable.

Lotions résolutives suspendues au cinquième jour à cause d'un mouvement fébrile paraissant la nuit. Le 9 juillet, même phénomène avec sueurs et un peu de délire par rêvasserie. Le 10, potion de sulfate de quinine à 9 décigr. L'accès fébrile ne se reproduit pas le soir; état de calme sans sommeil; dès ce jour toutefois l'état général reste satisfaisant.

La plaie du genou droit avait été réunie par des bandelettes agglutinatives; des pansements appropriés avaient été faits aux autres blessures; le bandage de l'avant-bras maintenait la fracture du radius, et la cuisse était en appareil provisoire (2). Au dix-huitième jour nous faisons l'extension permanente au moyen d'un appareil de Desault modifié, se composant d'une attelle interne libre, d'une attelle externe, d'une ceinture à sous-cuisse pour la contre-extension et d'une anse à double traction sur la jambe et sur la cuisse.

Un bandage roulé ayant été appliqué depuis les orteils jusqu'à l'aine, nous fîmes au pied le bandage de l'étrier, après avoir matelassé les malléoles avec du coton cardé nouant les chefs au bord plantaire externe et les laissant pendre.

D'autre part, pensant que l'extension, portant en même temps sur l'extrémité inférieure du fémur, serait plus efficace et allégerait d'autant le pied, le genou préalablement matelassé fut embrassé par les tours d'une bande pareillement à deux chefs laissés flottants aussi, et dont les extrémités furent ensuite cousues à celles des chefs du bandage du pied. Il en résulta ainsi une sorte de

(1) D'une des fenêtres de la citadelle de la Rocca, dans le fossé, sur un pan de mur ébréché.

(2) Extension par attelle externe, sous-cuisse et traction sur le pied.

---

satisfait jamais complétement et sûrement. Car le danger de boire froid pendant que le corps est en sueur n'étant point une chimère, il arrive de toute nécessité l'une de ces deux choses : ou qu'on laisse passer quelques minutes avant d'oser porter le verre à ses lèvres, — et ces minutes sont l'exacte répétition du supplice de Tantale — ou que, pour passer son caprice, on risque une maladie. La source de Saint-Galmier nous dispense de ces ménagements. En toute saison, à toute température, elle s'ingère sans inconvénient. Le fait est notoire. Je pourrais en essayer l'explication physiologique; mais pour le lecteur, l'ennui serait assuré et la persuasion incertaine. Il préfèrera donc, et de beaucoup, m'en croire sur parole que sur démonstration. J'ajouterai seulement, d'après M. le docteur Soviche, que « *les ouvriers verriers de Rive-de-Gier, sortant de la fournaise, prennent impunément de cette eau acidule glacée*. » Cet heureux privilége, bien connu dans la contrée, n'est il pas de nature à rassurer les plus tremblotants porteurs de flanelle?

Le second avantage qui distingue la Font-Fort des limonades, eaux glacées, etc., c'est qu'elle n'augmente pas comme celles-ci la sueur. Sa principale action étant diurétique, il en résulte qu'à part une faible diaphorèse qui tient à ses propriétés de léger stimulant diffusible, elle ne pousse pas à la peau. Les chasseurs lui rendent sous ce rapport un hommage bien mérité. Pourquoi, ruisselants sous le faix, trempés jusqu'aux carniers, se privent-ils de boire? Parce qu'ils savent par expérience que les liquides dits rafraîchissants favorisent l'action des vaisseaux exhalants, et qu'un verre d'eau avalé va à l'instant se changer en un verre de sueur. Aussi préfèrent-ils s'abstenir ou avoir recours aux pernicieux alcooliques. Que les dépôts de la source André se multiplient autant qu'elle le mérite, et bientôt le moindre cabaret de village sera en mesure de leur offrir la seule boisson qu'on puisse à bon droit appeler à la fois rafraîchissante, corroborante et apéritive.

Voilà de bien mondaines excursions hors du domaine de la médecine. Peut-être le lecteur daignera-t-il les couvrir de son indulgence. Mais ma conscience, à moi ne m'en reprochera pas moins vivement ce long oubli du titre que je porte. Heureusement, il est encore temps de racheter mes fautes; et si j'ai jasé en profane, je veux finir en docteur, par une formule. Prenez bonne note de celle-ci. Elle vient de source respectable et satisfait à plus d'une indication.

Recipe : Eau de la source André, frappée de glace (au degré des rivières charriant), 1 litre.

Sucre royal — à défaut de Bordeaux — légèrement imprégné d'oléo-saccharum de citron, 500 grammes.

Vin blanc de Santerne — pour la médecine des pauvres, de Chablis — mais avec son acte de naissance dûment légalisé — une bouteille.

Mêlez s. a. Servez froid.

C'est la *marquise* de Saint-André, moins connue du grand nombre de ceux qui boivent que de la pléiade de ceux qui savent boire : stimulant à la fois délicieux et irrésistible, c'est à elle qu'est réservé, dans l'occasion, l'honneur de faire passer les dîners trop copieux ingérés par certains croyants, dont la foi dans les vertus stomachiques de Saint-Galmier s'est imprudemment élevée jusqu'au fanatisme de l'indigestion.

P. DIDAY.

bretelle le long de la partie externe de la jambe et pouvant former une anse dépassant de peu le bord plantaire. Une courroie à boucle et percée de trous passée dans cette anse permettait de tirer également sur l'extrémité inférieure et de la jambe et de la cuisse.

Pour la contre-extension, nous avons préféré au simple sous-cuisse une ceinture offrant latéralement un godet pour recevoir l'extrémité supérieure de l'attelle externe. Cette attelle était maintenue fixe par un sous-cuisse du côté de le fracture, offrant ainsi le double avantage du godet et du sous-cuisse.

Les parties latérales du membre ayant été garanties par des remplissages de balle d'avoine, et un autre coussinet ayant été placé le long de la partie antérieure du membre, cinq lacs rapprochèrent les deux attelles. Il ne nous restait plus dès lors qu'à régler la traction opérée inférieurement par la courroie passée dans l'anse indiquée et dans la mortaise de l'extrémité de l'attelle externe, qui dépassait le pied de 15 centimètres environ. Nous n'avons pas trop forcé l'extension tout d'abord : ce n'est que progressivement que nous l'avons opérée. De cette façon le blessé s'y est habitué peu à peu, et nous sommes parvenu à amener graduellement le pied au niveau de l'autre, et à l'y maintenir en resserrant la courroie d'un point quand il y avait lieu.

Quant au régime, il ne dépassa point le bouillon avec œuf durant le premier septenaire; eau gommeuse et limonade citrique pour boisson;

Panade et œuf du huitième au douzième jour;

Quart de pain, panade et œuf du douzième au quinzième;

Quart de pain et quart de vin du quinzième au vingtième;

Quart de pain et quart de vin, en alternant les œufs avec légumes ou omelette, du vingtième au quarantième jour (1). Au delà, tout le régime.

Pendant que la cuisse restait en appareil, l'extension et la contre-extension étant ainsi opérées sur des surfaces multiples et rendues par conséquent plus supportables au malade, le moment était venu de lever l'appareil de l'avant-bras, un mois après l'accident. Le cal provisoire donnait à l'extrémité inférieure du radius un volume qui devait aller diminuant chaque jour, de même que la rigidité des doigts et de l'articulation, qui résulte toujours d'une longue immobilité. Puis, après deux mois, ayant acquis la certitude que, sans extension, le membre inférieur se maintenait au point où nous l'avions amené, l'appareil fut enlevé aussi. A notre grande satisfaction, il n'y avait ni escarres ni plaies, et, ce que nous n'avions pas osé espérer, il n'y avait pas de raccourcissement appréciable; de plus les articulations jouissaient d'autant de mobilité qu'elles peuvent en conserver en pareil cas. Quant au grand trochanter, il faisait une saillie prononcée, et l'amaigrissement du membre permettait de palper très-sensiblement le cal provisoire entourant la base du col, dernière particularité venant confirmer notre conviction que c'était bien en ce point qu'avait eu lieu la fracture, tant d'après les symptômes observés que par le mécanisme d'après lequel elle avait dû s'opérer.

Les articulations furent graduellement assouplies et par des frictions avec des liniments camphrés opiacés, et par des mouvements de plus en plus prononcés, au point que la cuisse, qui ne pouvait d'abord se fléchir qu'à angle droit sur le bassin, se fléchit bientôt à angle aussi aigu que l'autre.

Lorsque les deux membres fracturés eurent ainsi repris leur jeu presque normal, le blessé, qui en était venu d'abord à se mettre sur son séant, à s'asseoir sur le bord de son lit, puis à se tenir debout dans la ruelle des deux lits qui lui étaient réservés, put s'essayer, suivi de deux aides, à cheminer avec des béquilles. Vers le centième jour, il lui suffisait d'un bâton, dont bientôt il pourra se passer tout à fait et marcher sans claudication sensible.

Post-Scriptum. — Après une légère hydarthrose du *genou droit* (siége de la plaie à lambeau) traitée dans les premiers jours de novembre par les vésicatoires volants, les frictions mercurielles et la teinture d'iode (en frictions), Forbec est depuis plusieurs jours complétement guéri de toutes ses blessures. Conché sur un plan résistant et horizontal, la mensuration des deux membres rapprochés, soit nu-pieds, soit déchaussés, ne dénote qu'un raccourcissement *de deux lignes* du côté fracturé; aussi l'imperceptible claudication qui en résulte est-elle facilement corrigée par un peu d'attention dans la marche.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

III. REVUE MÉDICALE.

Les six numéros de juillet, août et septembre contiennent les articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur les polypes de l'oreille*; par M. Bonnafont. 2° *Mémoire sur la contagion et le traitement de la gale*; par M. Bourguignon. (Voir comptes rendus de l'Académie des sciences.) 3° *Acéphalocyste du poids de 224 grammes développé dans un hémisphère du cerveau*; par M. Gaudineau. (Extrait des Archives de la Société nationale de Marseille.) 4° *Emploi des spécifiques internes dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Gibert. 5° *Deux lettres sur l'épidémie de suette de 1845, à Poitiers*; par M. Morineau. 6° *De la résistance vitale*; par M. Anthoine. (Deuxième article.) 7° *De la rupture du ligament rotulien*; par M. Baudens. (Voir compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 2 juillet.) 8° *Remarques générales sur la syphilis des nouveau-nés, la cachexie syphilitique et le traitement antisyphilitique*; par M. Gibert. (L'auteur résume brièvement les opinions qu'il a déjà exprimées à l'Académie de médecine, dans la récente discussion sur le pemphigus des nouveau-nés.) 9° *Observation de cystite chronique*; par M. A. Mordret. 10° *Sur l'application pratique du collodium contre les phlegmasies*; par M. Robert Latour. (Voir les comptes rendus de l'Académie de médecine.) 11° *Les relations commerciales maritimes servent-elles à propager le choléra?* par M. Audouard. (L'auteur répond par l'affirmative.) 12° *Note sur l'exclusion, l'antagonisme et la succession des états morbides*; par M. Anthoine. 13° *De l'infection et de la contagion à propos du choléra*; par M. Pellarin. (Non terminé.) 14° *Observation sur la non-existence de lésions organiques appréciables dans certaines maladies*; par M. Bravais.

(1) Nous n'affirmerons pas toutefois que les prévenances de ses camarades n'aient pas quelque peu augmenté le régime prescrit.

Mémoire sur les polypes de l'oreille; par le docteur Bonnafont.

Ce mémoire, où l'auteur passe en revue, à la lumière de son expérience personnelle, toute l'histoire des polypes de l'oreille, ne pourrait être analysé sans dépasser les bornes d'un article comme celui-ci; nous nous bornerons donc, après en avoir recommandé vivement la lecture aux chirurgiens, à en résumer la partie relative à l'invention de procédés opératoires. Il est facile de s'apercevoir, d'ailleurs, que c'est à faire connaître ces procédés que ce travail tend particulièrement.

M. Bonnafont a des procédés à lui pour l'arrachement, la ligature et l'excision. Les planches dont il accompagne sa description la rendent plus claire que la nôtre ne pourra le paraître ici; nous espérons pourtant qu'elle sera comprise sans trop de difficulté.

L'instrument imaginé pour l'arrachement des polypes de l'oreille consiste en une petite pince à deux ou trois branches, qu'on visse dans une canule à coulisse terminée par un bouton aplati. Cette canule s'articule par une petite tige carrée sur un manche où elle est fixée au moyen d'une vis de pression : le manche et la canule ainsi réunis forment un angle de 75 degrés environ. Par suite de cette dernière disposition, la main placée au-dessous de l'oreille ne gêne pas le passage de la lumière ni le rayon visuel. Dès que le polype est engagé entre les branches de la pince, le pouce de la main qui tient le manche, appliqué contre le bouton de la canule, fait avancer celle-ci et rapproche ainsi les extrémités des branches. Le polype se trouve saisi. Pour faciliter les manœuvres de l'instrument, qu'il faille exercer de simples mouvements de traction ou des mouvements de torsion, on enlève le manche, et la canule reste seule avec la pince. Si le pédicule du polype est fibreux et ne peut être arraché, on glisse le long de la canule un bistouri très-fin, également imaginé par l'auteur, et l'on coupe la végétation à sa racine.

Pour la ligature, M. Bonnafont se sert du procédé de M. Fabrizy toutes les fois qu'il ne s'agit que de petits polypes. Mais quand ceux-ci sont volumineux, la difficulté de manœuvrer avec des canules assez volumineuses dans une cavité aussi étroite que le conduit auditif, l'a engagé à chercher un autre procédé. Son porte-nœud ressemble, sauf les dimensions, à celui dont se sert M. Récamier pour les polypes de l'utérus. Le serre-nœud, qui est assez fort, consiste en une tige d'acier présentant : 1° un chas à une extrémité pour faire passer les deux bouts du fil; 2° à 7 centimètres de cette extrémité, un petit bouton à vis précédé, à la distance d'un demi-centimètre, par une petite œillère; l'autre extrémité est libre et se fixe à angle sur un manche d'ivoire, à l'aide d'une vis de pression. La manœuvre se comprend facilement. Le fil est engagé dans l'ouverture supérieure, où il forme anse; les deux chefs sont conduits dans le tube du porte-nœud jusqu'à l'œillère par laquelle on les fait sortir, et engagés sous le bouton de vis. L'anse du fil ayant été portée au moyen des deux instruments sur le pédicule du polype, le porte-nœud est retiré. Alors l'opérateur, saisissant plus fortement les deux bouts du fil qu'il a eu soin de laisser très-longs, tire sur eux pendant qu'avec le pouce il prend un point d'appui sur le bout du serre-nœud. Par suite de ces deux mouvements combinés, l'un de traction sur les fils, l'autre de pression sur l'instrument, le pédicule du polype se trouve étranglé au degré qu'on juge convenable. Un aide tourne le bouton de vis jusqu'à ce que les fils soient fixés entre lui et le corps de l'instrument. L'auteur assure que, par ce procédé, il a pu lier des polypes situés très-profondément et que certains chirurgiens, même spécialistes, notamment Kramer, regardent comme impossibles à lier.

C'est aussi pour exciser des polypes situés au fond du conduit auditif et sur la membrane du tympan que l'auteur a fait confectionner des instruments nouveaux; ce sont : 1° quatre bistouris très-déliés, à savoir : un droit, pareil à celui dont on se sert pour la section sous-cutanée des tendons et dont le tranchant n'a pas plus d'un centimètre de long, un bistouri courbe sur le tranchant, et deux autres courbés à plat et presque à angle

droit au milieu de leur tranchant, et disposés de manière à ce que l'un serve par la main gauche et l'autre par la droite ; 2° une érigne double supportée par une tige fine.

Après avoir, à l'aide d'un stylet boutonné et recourbé à la pointe, bien constaté les dimensions du pédicule et le point où il s'insère, on saisit le polype avec la double érigne, le plus près possible de son point d'insertion, puis on introduit le stylet-bistouri qu'on fait glisser à plat entre le polype et le conduit jusqu'à ce que la lame soit arrivée derrière le pédicule, s'il est contre les parois, et au-dessus, s'il est contre le tympan. Dès qu'on sent que l'instrument appuie sur le pédicule, on tend ce dernier en le tirant légèrement avec l'érigne, et l'on fait agir le bistouri en sciant. Les polypes du tympan sont opérés avec un des bistouris courbes sur le plat dont le tranchant, engagé au-dessus du pédicule, le coupe en agissant de haut en bas ; car le peu d'étendue de la lame et l'étroitesse du conduit permettent difficilement d'exécuter des mouvements de scie.

Tels sont les procédés imaginés par l'auteur, sans préjudice de quelques pratiques également nouvelles, quoique moins importantes. La pratique de l'auteur dépose seule, jusqu'ici, de leurs avantages ; mais on reconnaîtra sans doute avec nous qu'ils sont ingénieusement adaptés aux indications à remplir.

OBSERVATION DE CYSTITE CHRONIQUE; CAS RARE; DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC; par le docteur AM. MORDRET.

Voici les circonstances principales de l'observation que l'auteur rapporte très-longuement.

OBS. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, marié, de constitution lymphatique, qui a toujours mené une conduite régulière et n'a jamais eu de maladie vénérienne. Depuis son enfance, il éprouve de la difficulté pour uriner : on l'appelle dans le pays *Pisse-trois-gouttes*. Il est présumable que les accidents datent chez lui d'une chute sur les pieds qu'il fit vers l'âge de 10 à 12 ans. Pendant qu'il était au service, on le sondait souvent et on lui faisait prendre des médicaments dont il ignore la composition. La maladie semblait alors s'amender un peu ; mais elle récidivait bientôt après. Le docteur Lafargue de Dolus (île d'Oléron), qui le sondait presque quotidiennement, n'ayant pu un jour pénétrer dans la vessie, fit appeler, le 29 novembre 1847, MM. les docteurs Soulé et Mordret.

Le facies exprimait de la douleur ; les pommettes étaient colorées. Vessie énormément distendue, faisant saillie au-dessus du pubis, principalement à droite. Elle est pyriforme, dure au toucher et donne un son mat. Envie pressante d'uriner, augmentant sous la pression du ventre. Fonctions digestives en bon état. Un peu de constipation. Respiration normale. Pouls petit, misérable, déprimé, à 110 pulsations. Insomnie, agitation.

M. Mordret parvint à sonder le malade. La sonde était arrêtée de temps à autre ; mais en tâtonnant on parvenait à la faire cheminer ; on pensa que ces obstacles venaient de contractions spasmodiques. Il sortit environ 2 kilog. 50 gr. d'un liquide rougeâtre, épais, trouble, contenant une grande quantité de pus et de flocons albumineux, donnant par l'acide nitrique ou par la chaleur un précipité abondant d'albumine, et par l'acide chlorhydrique un précipité blanc-strié, que l'on crut être de la fibrine provenant du sang contenu dans le liquide.

Le ventre s'assouplit légèrement, mais en conservant la même forme, ce qu'on attribua à la présence de quelques flocons engagés dans les yeux de la sonde et empêchant la vessie de se vider complétement. L'instrument ayant été retiré, on le trouva en effet rempli de caillots.

On donne un grand bain, et deux heures après, on essaye de nouveau le cathétérisme dans l'espoir d'achever l'évacuation de la vessie. On parvient à introduire une sonde en gomme élastique sans mandrin. Il s'échappe une nouvelle quantité d'urine plus fétide que la première, et plus abondante. Craignant de n'être pas aussi heureux dans les sondages subséquents, l'instrument est laissé à demeure, malgré la contre-indication fournie par l'état de la vessie. — Bains répétés ; boissons émollientes. Bouillons.

Le 4 décembre, M. Mordret fut rappelé. De la diarrhée étant survenue, on avait administré un peu de laudanum. L'abdomen était médiocrement tendu, bien que le malade n'eût pas uriné depuis la veille. On retira la sonde qui était bouchée par des caillots. Stomatite pultacée. — Bains généraux ; extrait gommeux d'opium en pilules ; lavements à l'eau de pavot ; fomentations émollientes et opiacées sur le ventre. Bouillons, riz au lait, crème de riz, etc.

Le 8 décembre, on essaya en vain le cathétérisme. Vessie extrêmement distendue ; elle se débarrassait un peu de temps à autre par regorgement. On décida qu'on pratiquerait le lendemain la ponction de la vessie. Mais le soir, le médecin ordinaire du malade avait réussi, après de grands efforts, à pénétrer dans la vessie. Le liquide obtenu était abondant et purulent. Néanmoins la vessie ne paraissait pas vidée, et comme le cathétérisme devenait dangereux, on pratiqua la ponction. Il ne sortit que quelques flots de liquide sanguinolent. Le malade mourut le lendemain matin.

AUTOPSIE. — La vessie monte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle est pyriforme et dure. Toute la portion du péritoine qui la recouvre est épaissie et arborisée. Tunique fibreuse considérablement hypertrophiée, offrant une épaisseur moyenne d'un centimètre et demi. Fibres musculaires réunies en colonnes assez semblables à celles du ventricule gauche du cœur. Membrane muqueuse complétement détruite presque partout, ramollie dans les endroits où elle existe encore. Uretères un peu plus épais et plus durs qu'à l'état normal. Vérumontanum très-saillant.

A la jonction de la partie postérieure avec la partie inférieure, et sur la ligne médiane, se trouve une ouverture qui peut recevoir l'extrémité du petit doigt. Elle est très-élastique, et offre tous les caractères d'un véritable sphincter. Elle conduit dans une vaste poche d'une capacité de 2 litres environ.

Sur les parties latérales et en bas, se trouvent symétriquement placées de chaque côté deux autres ouvertures en tout semblables à celles que nous venons de décrire, mais beaucoup plus petites et pouvant seulement donner passage à un tuyau de plume de moyenne grosseur. Les deux poches dans lesquelles elles s'ouvrent sont de la capacité d'un œuf ordinaire. La poche gauche est un peu plus grande que la poche droite.

Ces trois poches, formées de restes de membrane muqueuse, d'une tunique fibreuse assez épaisse et d'une tunique séreuse fournie par le péritoine, sont remplies d'un liquide exhalant une odeur gangreneuse et composée d'urine, de pus et de sang. La postérieure, qui appuyait directement sur la colonne vertébrale et sur le rectum, dont elle n'était séparée que par le péritoine considérablement épaissi et injecté en cet endroit, offre sur la ligne médiane deux larges perforations séparées par un pont de 2 centimètres de largeur. La plus petite, plus élevée, est large comme une pièce de 5 francs. Toutes deux s'ouvrent dans la cavité abdominale, qui est remplie jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral d'un liquide semblable à celui des poches. Pas d'ulcération dans les poches latérales.

Dans la partie prostatique du canal de l'urètre, existaient plusieurs décollements de la muqueuse, véritables fausses routes, dont une se rendait jusque dans la vésicule séminale gauche considérablement hypertrophiée.

On admettra très-volontiers, avec l'auteur, qu'il eût été difficile de diagnostiquer pendant la vie de pareilles lésions. Aussi ne le suivrons-nous pas dans les considérations assez longues par lesquelles il justifie l'incertitude où lui et ses confrères sont restés jusqu'à la fin. L'ancienneté probable de la forme régulière des ouvertures par lesquelles elles communiquaient avec la cavité vésicale proprement dite, la composition de leurs parois, les espèces de sphincters qui environnaient les points perforés, sont autant de circonstances qui semblent à l'auteur pouvoir militer *à priori* en faveur de *vessies surnuméraires* ; mais il préfère, tout bien pesé, admettre qu'il s'agissait tout simplement d'abcès. Les raisons qu'il invoque ne sont pas très-clairement exposées ; mais voici à quoi elles se réduisent. Le corps de la vessie était hypertrophié ; les fibres musculaires étaient anormalement développées, et de plus raccourcies ; car si les poches montaient très-haut dans l'abdomen, la vessie elle-même était petite et sa cavité rétrécie. Ces fibres devaient être en outre peu contractiles. « De là ce premier résultat que l'urine séjournait fort longtemps dans la vessie, laquelle devait être presque constamment distendue ; de là ce deuxième résultat qu'une infiltration urinaire peut se faire *par simple pression* dans plusieurs points de l'épaisseur des parois vésicales préalablement ramollies et hypertrophiées par un travail morbide. » C'est cette urine épanchée qui est devenue le point de départ d'un abcès.

Quant à l'hypothèse de vessies supplémentaires, l'auteur eût pu se dispenser de s'y arrêter si longtemps ; elle ne sera acceptée par aucun de ceux qui auront lu l'observation. Il est manifeste qu'il s'agissait ici de perforation vésicale. Les tuniques muqueuse et celluleuse avaient été distendues au niveau des lacunes que laissent entre elles les fibres musculaires entrecroisées de la vessie. La distension avait été suivie d'ulcération, puis de perforation dans la plus grande poche ; voilà tout le mécanisme de l'altération. M. Mercier, dans un travail publié en 1836 dans la GAZETTE MÉDICALE, a soigneusement étudié le mécanisme de ces perforations : elles peuvent être uniquement la conséquence d'une phlegmasie avec ramollissement des tissus de la vessie, qui cèdent alors, pendant la contraction de la vessie, dans les points où elles ne sont pas contenues par le plan musculaire, et l'on a vu que, dans l'observation citée, la muqueuse était presque totalement réduite en détritus. La phlegmasie qui précède la distension et l'ulcération peut elle-même être consécutive à un obstacle au passage de l'urine, soit dans l'urètre, soit surtout au niveau du col. Il ne paraît pas qu'il y ait eu de rétrécissement urétral : il est dit seulement que le vérumontanum était volumineux. N'y avait-il pas là un repli valvulaire ? La prostate n'était-elle pas hypertrophiée ? L'observation laisse du doute sur ces points essentiels. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas mis à profit, pour l'interprétation du remarquable fait observé par lui, des recherches déjà anciennes, et qui auraient beaucoup simplifié sa besogne.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 JANVIER — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

DES RÈGLES DE L'APPLICATION DU CHLOROFORME AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

M. SÉDILLOT adresse la lettre suivante qui accompagne l'envoi d'une brochure sur le chloroforme :

« J'ai l'honneur de vous adresser, pour en faire hommage à l'Académie, une brochure sur l'emploi du chloroforme, dans laquelle j'ai discuté et exposé les indications et les règles de l'application de ce merveilleux agent d'insensibilité aux opérations chirurgicales.

» L'opinion publique, appuyée sur celle d'un grand nombre d'hommes de l'art recommandables, s'effrayait des cas de mort, dont les exemples se multipliaient, et des praticiens renommés avouaient publiquement leurs craintes en renonçant à cet anesthésique, ou en n'y ayant plus recours que d'une manière incomplète.

» L'abolition de la volonté avec persistance des mouvements privait l'art de tout avantage, sans éliminer aucun des dangers auxquels les malades étaient exposés, et la cause du chloroforme en eût été compromise en France.

» J'ai cherché à démontrer que *le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais*, et que les accidents observés avaient leur source dans des procédés de chloroformisation vicieux.

» Une expérience journalière de plus de quatre années nous a prouvé que les quantités consommées de l'agent anesthésique avaient très-peu d'importance et qu'on pouvait maintenir l'insensibilité au delà d'une heure, sans aucun péril lorsqu'on avait le soin de prévenir l'asphyxie en conservant l'intégrité, la normalité de l'acte respiratoire.

» Aussi n'hésitons-nous pas à soutenir que, dans la grande majorité des cas où les malades ont succombé, des fautes graves ont été commises, et qu'elles pourront être dorénavant évitées.

» L'admirable découverte des anesthésiques est trop précieuse pour que l'on ne désire pas en étendre les avantages et en faire cesser les dangers, et je ne doute pas que l'Académie n'accueille avec faveur mes faibles efforts dans cette voie d'utilité et d'innocuité.

» Recevez, etc. »

INFLUENCE DES MILIEUX GÉOGRAPHIQUES, GÉOLOGIQUES ET CHIMIQUES SUR LE GOÎTRE ET LE CRÉTINISME.

M. FOURCAULT lit un mémoire sur l'influence des milieux géographiques, géologiques et chimiques sur l'organisation de l'homme et des animaux, et en particulier sur la production du goître et du crétinisme.

Les faits énoncés dans ce mémoire et les considérations qui s'y rattachent conduisent l'auteur à conseiller aux agriculteurs et aux horticulteurs qui habitent les contrées où le goître et le crétinisme sont endémiques de déposer des engrais ou des amendements iodifères dans le sol; de soumettre les animaux domestiques qui donnent leur chair et leur lait à l'usage d'un sel iodifère. Ces mesures hygiéniques, comme celle qui a été conseillé par M. Boussingault et ensuite par M. Grange, lui paraissent propres à diminuer les ravages du crétinisme et des scrofules de la consomption pulmonaire dans les contrées où ces affections sont endémiques et à prévenir le développement du goître si fréquent dans une foule de localités.

RECHERCHE DE L'IODE DANS L'AIR, LES EAUX ET LE SOL DES ALPES.

M. CHATIN présente les troisième et quatrième et dernière parties de son mémoire sur la recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont.

L'objet de ce travail, comme on le sait, est de prouver que l'air, les eaux, le sol et les produits a peine iodurés dans les Alpes varient proportionnellement au goître et au crétinisme. L'auteur résume cette dernière partie de son mémoire par les propositions statistiques suivantes qui servent de conclusions à l'ensemble de toutes les recherches sur ce sujet.

« Négligeant les nuances intermédiaires et quelques faits spéciaux d'ailleurs confirmatifs des observations générales, je diviserai en six zones les pays sur lesquels ont porté mes études.

ZONE PREMIÈRE, OU DE PARIS. — SECTION A. *Le goître et le crétinisme sont inconnus.* On trouve en moyenne que dans cette zone le volume d'air respiré par un homme en vingt-quatre heures (7 à 8,000 litres, suivant M. Dumas), contient au moins 1/200 de millig. d'iode; le litre d'eau pluviale, 1/150 de millig.; le litre d'eau de source ou de rivière, 1/300 de milligr. et 10 grammes de sol arable (1) 1/200 de milligr. du même corps.

SECTION B. — Dans la zone de Paris, les eaux potables peuvent ne pas contenir de quantité sensible d'iode (ce qui arrive chez celles d'entre elles qui sont dures) sans que le goître se manifeste dans la plupart des cas. Si par hasard on l'observe (vallée de Montmorency), c'est principalement comme dans les zones deuxième, troisième et quatrième chez les femmes habituées à porter des fardeaux sur ou derrière la tête forcée de se fléchir sur la glande thyroïde, ou à la suite des efforts de l'accouchement.

ZONE DEUXIÈME, OU DU SOISSONNAIS.—*Le goître est assez rare, le crétinisme inconnu.* Diffère de la première zone par un sol sensiblement moins ioduré, par la fréquence des eaux dures et privées d'iode.

ZONE TROISIÈME, OU DE LYON. — *Le goître est assez rare, le crétinisme inconnu.* L'air, les eaux, le sol sont à la fois médiocrement iodurés; la proportion de l'iode dans 8,000 litres d'air, un litre d'eau de pluie, un litre d'eau potable et 10 grammes de terre arable variant de 1/500 à 1/1000 de milligr.

ZONE QUATRIÈME OU DE TURIN ET DE CLERMONT. — *Le goître n'est pas rare, le crétinisme à peu près inconnu* (1). Diffère surtout de la zone troisième par l'iode des eaux potables, qui est généralement au-dessous de 1/1000 de milligramme.

ZONE CINQUIÈME, OU DES HAUTEURS ALPINES. — *Le goître est assez commun, le crétinisme assez rare.* L'air et les eaux pluviales sont parfois et irrégulièrement chargés d'un peu d'iode; le sol et les eaux potables ne contiennent pas 1/1000 de milligr. de ce corps pour 50 grammes du premier et un litre des secondes.

ZONE SIXIÈME, OU DES VALLÉES PROFONDES DES ALPES. —*Le goître et le crétinisme sont communs.* — 10,000 litres d'air, un litre d'eau pluviale, un litre d'eau de source ou de torrent, 50 grammes de terre ne fournissent pas le plus léger indice d'iode, élément qui ne se trouve dès lors, dans ces divers corps, qu'à une dose inférieure à 1/4000 de milligr.

Et pour condenser plus encore ces divisions générales, je ne distinguerais volontiers que trois zones, savoir : la zone *normale* (Paris, section A), la zone *frontière* (Lyon, Turin, Clermont, Soissonnais, Nancy, Strasbourg), la zone du *crétinisme*. Dans la première, le goître est absolument inconnu; dans la seconde, il est subordonné aux influences *générales*; dans la troisième, la cause spéciale prend une importance décisive, les causes générales n'offrant plus qu'une action accessoire et limitée.

On peut ramener la proportion de l'iode au *type normal* ou de la section A de Paris :

Dans la section B de la zone première (Montmorency. Brie, etc.) et dans la zone deuxième, en recueillant les eaux pluviales pour les substituer dans tous les usages domestiques aux eaux calcaires.

Dans les zones troisième et quatrième (à Turin notamment), en recueillant aussi l'eau de pluie et en faisant venir les produits alimentaires de contrées riches en iode, telles que la Brie, la Beauce, la Bourgogne, le Bordelais, les basses plaines du Piémont (2).

Dans les zones cinquième et sixième, où l'emploi des eaux pluviales ne serait que d'une médiocre utilité en raison du peu d'iodnration de l'atmosphère, on devra préférer les produits étrangers au sol, et surtout utiliser, après les avoir rendues potables par l'exposition à l'air, les eaux minérales iodo-sulfureuses qui jaillissent en grand nombre des contrées les plus affligées par le goître et le crétinisme. Les sels iodurés, dont l'emploi a déjà été conseillé par M. Boussingault et par M. Grange, fourniraient l'iode nécessaire aux populations à portée desquelles il n'existerait ou ne serait découvert aucune source minérale iodurée.

Je ne saurais terminer sans recommander d'introduire, autant que possible, des produits iodurés dans l'alimentation des animaux destinés à fournir à l'homme une partie de sa nourriture. Autant il est facile d'approprier les eaux sulfureuses aux usages de l'homme, autant on trouvera d'avantage à donner aux animaux les eaux salines, pour lesquelles ils ont un goût prononcé. Le traitement a chaud des terres par une eau alcaline pourrait en outre fournir, au moins aux animaux, une boisson iodurée; les cendres pourraient remplacer les alcalis.

Il est évident encore que les engrais (3) et les irrigations pourront être des moyens efficaces, en certaines contrées, d'iodurer les aliments tant de l'homme que des animaux. Les dépôts des sources minérales et l'emploi en irrigations de celle de ces dernières qui ne pourraient être bues ne devront pas être négligés.

Tels sont les résultats principaux de ces recherches; j'ai l'espoir qu'au lieu d'être enregistrés comme de simples faits scientifiques, ils serviront les intérêts de l'humanité en contribuant à fixer l'opinion du corps médical, ainsi que celle des gouvernements intéresssés, sur la cause essentielle de maladies qui privent la société et l'État d'un nombre assez considérable de leurs membres et de leurs soutiens. Que ceux que des doutes poursuivraient encore pesent bien ces trois faits :

1° Le goître et le crétinisme sont inconnus dans les contrées *normalement* iodurées;

2° Ces maladies se montrent quand la proportion de l'iode diminue;

3° L'iode est le spécifique du goître. »

— M. DUVERNOY lit un rapport sur le travail de M. Lereboullet relatif à l'organisation du foie, et consistant en propositions, que nous avons textuellement reproduit dans l'avant-dernier numéro. M. Duvernoy conclut en proposant l'insertion des propositions dans les comptes rendus. (Adopté.)

(1) Je prends le sol arable comme représentant l'iode qu'il fournit aux produits alimentaires. La proportion d'iode que je lui attribue n'est pas toute celle qu'il contient, mais celle qu'il cède à l'eau à une température de + 20°.

(1) J'ai vu un crétin à Royat, localité qui appartient moins, il est vrai, à la quatrième zone qu'aux suivantes.

(2) Gênes, où le goître se montre parfois chez les habitants pauvres des rues étroites et obscures, se mettraient dans les conditions les meilleures en remplaçant seulement l'eau de ses fontaines par des eaux pluviales.

(3) L'iode existe en proportion considérable dans le vin des vignobles de la Rochelle et dans les céréales des côtes du Calvados, où le sol est fumé avec les varechs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Deux lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un mémoire de M. le docteur Hulin (de Mortagne), concernant le tannate de quinine, dont il a fait emploi dans le traitement des fièvres d'accès de tout genre. (Comm. nommée.)

2° Une recette d'un remède contre les gerçures du sein. (Remèdes secrets et nouveaux.)

— M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer) adresse un mémoire intitulé : DE L'EMPLOI DES MÉDICAMENTS INDIGÈNES ET EN PARTICULIER DU SEL AMMONIAC, DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. JOURDAIN, pharmacien aux Thernes, transmet une note sur la préparation et l'emploi de quelques nouveaux médicaments. (Comm.: MM. Guibourt et Bouchardat.)

— M. MOUCHET (de Boue) adresse un mémoire sur les fièvres des pays chauds, dans lequel il propose de grouper toutes les maladies de l'abdomen, fièvres rémittentes, continues, typhoïdes, dyssenterie, hépatite, et de les désigner toutes sous un nom commun : fièvres paludéennes. (Comm. : MM. Gaultier de Claubry et Gérardin.)

— M. OLLIVIER (d'Angers) adresse un mémoire sur les polypes utérins. (Comm. : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

— M. HERVIEUX adresse une note pour servir à éclairer la question de l'hérédité dans l'étude de la phthisie pulmonaire. (Commiss. : MM. Louis et Grisolle.)

— M. LABOULBÈNE, interne des hôpitaux de Paris, adresse un mémoire sur la vaccine, la variole et sur l'action qu'elles exercent l'une sur l'autre.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA RAGE AU MOYEN DE LA MÉTHODE DES FRICTIONS MERCURIELLES.

M. RENAULT, au nom d'une commission composée de MM. Barthélemy, Bouley jeune et Renault, rapporteur, lit le rapport suivant :

Vous avez renvoyé à l'examen d'une commission composée de notre regrettable collègue Barthélemy, de M. Bouley jeune et de moi, un travail de M. Dezanneau, docteur en médecine à Montrevault (Maine-et-Loire), sur le traitement prophylactique de la rage par la méthode des frictions mercurielles.

Nommé rapporteur par mes collègues, je viens vous faire connaître très-sommairement le mémoire de M. Dezanneau, et vous rendre compte de l'opinion de vos commissaires, tant sur les faits qui y sont contenus, que sur la valeur des conclusions qu'a cru pouvoir en tirer cet honorable praticien.

Voici d'abord les faits :

Le 22 février 1839, vers sept heures et demie du soir, un loup passa près de la métairie de Logivière et y mordit en plusieurs endroits de la face le nommé Granet, habitant de cette métairie. Appelé presque aussitôt, un officier de santé cautérisa les blessures, mais d'une manière imparfaite, dit M. Dezanneau, tant elles étaient nombreuses, étendues et profondes. Granet fit en outre usage d'un remède vanté dans le pays comme spécifique. Le 15 mars, vingt-deux jours après les morsures, ce malheureux mourut enragé.

M. Dezanneau ne fait pas connaître les symptômes présentés par Granet avant de mourir, et qui autorisent à penser qu'il était affecté de la rage. « Il est mort, dit-il, après avoir successivement éprouvé les plus violents symptômes de l'hydrophobie. »

En quittant la métairie de Logivière, le loup traversa un pays de landes, et dans le trajet qu'il y fit, attaqua et blessa plus ou moins grièvement onze animaux de différentes espèces qu'il trouva sur son passage. Ces onze animaux ayant été abattus par leurs propriétaires, on ne sait pas s'ils seraient devenus enragés.

Ce fut le lendemain, 23, que le loup dont il est question, arrivé à la commune de la Renaudière (Loire-Inférieure), y mordit successivement, ainsi qu'il va être dit, les quatre personnes qui ont été particulièrement observées et traitées par M. Dezanneau, et qui font l'objet principal de son mémoire. Ce sont :

1° Guiet, âgé de 34 ans, homme d'un tempérament sanguin et fortement constitué, au physique comme au moral. Entre quatre heures et demie et cinq heures du matin, il entend son chien aboyer, saute de son lit, et, sans prendre le temps de se vêtir, ouvre sa porte pour en connaître la cause. A peine est-il dehors que le loup, qu'il n'avait pas eu le temps d'apercevoir, s'élance sur lui, le saisit au bras gauche, et, pendant quelques instants de lutte, lui fait plusieurs blessures, à savoir :

A. Une très-profonde blessure dans les muscles de la partie moyenne de l'avant bras gauche. « La chemise, fort lâche et usée, n'a eu qu'une petite déchirure » à l'endroit des morsures qui avaient fait plaie, tant à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de l'avant-bras.

B. Il y avait en outre deux petites blessures circulaires à la partie postérieure de l'articulation des doigts indicateur et médius du même côté.

A sept heures du matin, deux heures après l'accident, un officier de santé du voisinage, appelé auprès de Guiet, cautérisa avec l'acide sulfurique ces plaies qui avaient saigné abondamment, et les recouvrit d'un appareil.

2° Audiganne, âgé de 21 ans, de constitution scrofuleuse et d'un caractère pusillanime, voisin de Guiet, et attiré par le bruit, était sorti pour savoir ce qui l'occasionnait. Tout aussitôt il est renversé par le loup, qui se précipite sur lui et lui fait les blessures suivantes :

A. Quatre profondes à la partie interne et moyenne du bras gauche à travers une chemise neuve et d'une toile très-forte.

B. Une également profonde, mais faite à nu, à lambeaux frangés, s'étendant depuis la partie supérieure de la parotide jusqu'à la partie moyenne et latérale du cou du même côté.

Ces plaies, comme celles de Guiet, furent cautérisées avec l'acide sulfurique, mais imparfaitement, déclare M. Dezanneau, sans motiver autrement son expression qu'en disant que « le malade s'oppose à un emploi plus prolongé du caustique. »

3° Subileau, 23 ans, scrofuleux, atteint depuis deux mois d'une fièvre tierce bilieuse qui régnait alors dans le pays. Il a été attaqué le même jour, vers six heures du matin, par le loup, qui lui a fait d'affreuses blessures à la face et sur la tête. L'une des morsures lui a enlevé quatre incisives de la mâchoire inférieure et dilacéré la muqueuse labiale ; l'autre a fait une plaie qui, partant de l'apophyse mastoïde droite, allait se terminer en quart de cercle à la partie moyenne antérieure du cou. « Ces plaies, dit M. Dezanneau, sans préciser au bout de combien de temps et sans s'expliquer davantage, ont été cautérisées comme les précédentes. »

4° La femme Tennier, 70 ans, de constitution faible, affectée depuis trois mois de la fièvre bilieuse épidémique, dont était atteint Subileau. Elle a été mordue à neuf heures du matin, d'abord au bras gauche, par-dessus ses vêtements qui n'ont point été traversés. Il n'y a eu à cette région que des contusions sans plaie ; puis, comme elle était tombée, l'animal la saisit à la tête, arracha sa coiffe, et lui fit trois blessures, dont la plus considérable avait la forme d'un triangle ayant son sommet à la bosse pariétale gauche, et dont la base, qui avait près de 9 centimètres, s'étendait de l'oreille à la région mastoïdienne. Toute la portion du cuir chevelu circonscrite par cette plaie était détachée, ce qui avait donné lieu à une abondante hémorrhagie artérielle.

Un chirurgien appelé cautérisa les plaies avec le nitrate d'argent et les couvrit d'un appareil. Même silence de l'auteur du mémoire à l'égard du temps qui s'est écoulé entre le moment de la morsure et celui de la cautérisation.

Peu d'instants après qu'il eut blessé la femme Tennier, le loup fut tué par deux habitants du pays.

Ce fut le 25 seulement (quatrième jour de l'accident), que M. Dezanneau fut appelé auprès des trois premières personnes mordues. Ce ne fut que le 28 (septième jour) qu'il vit la femme Tennier.

Son unique but étant d'obtenir une salivation, il conseilla et fit mettre en pratique les frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles, sous le menton, et à la face interne des cuisses, à la dose de 5 gros, appliqués en trois fois par jour, avec prescription de n'employer plus que 2 gros dès que se manifesteraient les premiers symptômes de la salivation.

Ainsi qu'on devait s'y attendre, il est survenu, sous l'influence de cette médication, divers accidents assez prononcés, suite nécessaire de l'administration du mercure à pareille dose. Toutefois, M. Dezanneau ne les décrit, ne les indique même pas. Il se contente de dire que Guiet saliva abondamment pendant six semaines ; Audiganne pendant deux mois, et la femme Tennier pendant sept semaines ; mais tous trois avec une abondance progressivement décroissante à dater du quinzième jour.

Quant à Subileau, M. Dezanneau, sans préciser pendant combien de temps il a continué les frictions, déclare qu'il n'a employé que quelques gros d'onguent. Il ajoute que, peu de temps après son accident, ce malade, voyant s'aggraver son état déjà maladif, s'est retiré chez son oncle à la Chapelle-Basse-Mer, où il est mort le 13 juin, après avoir, au rapport de cet oncle, présenté des symptômes assez vagues, dont quelques-uns auraient une certaine analogie avec ceux de la rage.

M. Dezanneau raconte, dans son mémoire, une circonstance qui, si elle n'a pas de relation directe avec l'importante question thérapeutique qu'il soulève, est cependant de quelque intérêt pour l'histoire étiologique de la rage. Voici cette circonstance :

On a vu plus haut que le nommé Granet, le premier mordu et qui ne fut cautérisé qu'imparfaitement, avait succombé à la rage le 15 mars. Des personnes imprudentes ayant informé Guiet et Audiganne de cette mort, ces deux malheureux en furent tellement épouvantés que, malgré l'état de faiblesse où les tenait le traitement qu'ils suivaient, ils firent trois lieues dans une mauvaise charrette pour venir, en proie à une terreur profonde et convulsive, exposer leur effroi au docteur Dezanneau. Celui-ci trouva le moyen de les rassurer, et aucun accident ne résulta pour eux de ces heures de si cruelles inquiétudes.

Depuis lors, et lorsqu'ils furent remis des suites de l'énergique traitement mercuriel auquel ils avaient été soumis, ces trois malades se sont complétement rétablis.

La femme Tennier est morte quatre ans après, d'un rhumatisme aigu. Quant à Guiet et à Audiganne, ils jouissaient d'une excellente santé à la date du 21 juillet 1845, époque à laquelle ces observations étaient rédigées.

Voici maintenant les conclusions qu'en a tirées M. Dezanneau, et par lesquelles il termine cette partie de son mémoire :

« 1° Le loup qui a mordu ces différentes personnes était bien certainement atteint d'hydrophobie, puisque Granet en est mort.

» 2° Guiet, Audiganne et la femme Tennier, ayant tous les trois reçu des blessures profondes sur des parties nues, se sont donc trouvés dans des conditions on ne peut plus favorables à l'action du virus rabique. »

A ces deux conclusions formulées par M. Dezanneau, il faut en ajouter deux autres qui sont évidemment dans la pensée de cet observateur, qui respirent dans tout son travail, bien qu'elles n'y soient pas formellement exprimées, qui

en dérivent logiquement et en sont l'intérêt principal; c'est d'abord celle-ci :

« 3° La méthode des frictions mercurielles et la salivation abondante qu'elles ont produite ont préservé Guiet, Audiganne et la femme Tennier de la rage à laquelle ont succombé Granet, qui n'avait pas été soumis à ce traitement, et Subileau, qui ne l'a pas suivi assez longtemps. »

C'est ensuite cette autre :

« 4° Le meilleur traitement à opposer à la rage, à l'état d'incubation et même (M. Dezanneau le dit au commencement de son travail) lorsqu'elle a passé cette période, consiste dans l'emploi à fortes doses de la méthode des frictions mercurielles répétées. »

Tel est en substance le travail que M. Dezanneau a envoyé; telles sont les conséquences explicites ou implicites des observations qui en forment la base.

Certes ces conséquences, les dernières surtout, seraient graves, et cet honorable praticien aurait rendu un immense service à la science et à l'humanité, si elles étaient aussi fondées qu'il le croit, et si partant nous étions enfin en possession d'un préservatif assuré contre les effets du virus rabique.

Mais en est il réellement ainsi que le pense M. Dezanneau? Les conclusions de ce médecin se déduisent-elles aussi rigoureusement qu'il croit des faits qu'il a observés et racontés? C'est ce qu'il importe d'examiner, et nous le ferons avec d'autant plus de soin que, à notre avis, s'il règne malheureusement tant d'obscurité, de confusion, d'opinions contraires sur les mêmes points dans l'histoire de la rage, cela tient certainement, entre autres causes, à l'extrême facilité avec laquelle, sans contrôle sérieux, on a accepté dans la science, jeté dans les discussions, publié dans les livres une foule d'observations incomplètes, dont une saine critique aurait dû faire justice aussitôt qu'elles ont paru.

Ceci soit dit sans allusion aucune au travail objet de ce rapport.

Disons d'abord un mot des deux premières conclusions.

Assurément, s'il ne fallait pour garantir l'exactitude d'un fait scientifique que l'affirmation d'un homme instruit et honorable, nous tiendrions pour suffisamment établie l'existence de la rage sur le loup dont il est question dans le travail de M. Dezanneau; mais la science est plus exigeante, et, dans une question aussi grave que celle que nous agitons en ce moment, il importe de n'admettre sans démonstration aucun des éléments qui peuvent concourir à sa solution. Toute assertion, de qui qu'elle vienne, a besoin d'être justifiée.

Or quelles sont, pour l'Académie à laquelle il soumet son travail; quelles sont, pour tous ceux qui le liront, les preuves fournies par M. Dezanneau, que le loup dont il parle était bien certainement enragé?

Ce n'est pas parce qu'un animal de cette espèce aura mordu successivement plusieurs personnes et plusieurs autres animaux, qu'on peut être autorisé à assurer qu'il était atteint de la rage. M. Dezanneau le sait bien; aussi n'est-ce pas la raison qu'il en donne. La preuve pour lui, c'est que Granet est mort de la rage. Oui, sans doute, ce serait là une preuve, s'il résultait de son mémoire que c'est bien réellement à cette maladie que ce malheureux a succombé; mais le mémoire n'entre à cet égard dans aucun développement, ne rapporte aucun des symptômes, aucune des circonstances de la maladie de Granet. Il y a plus : tout semble donner à penser, d'après la manière dont s'exprime M. Dezanneau, qu'il n'a pas même vu cet individu avant ou après sa mort, et qu'il ne rapporte que ce qu'il aurait appris par ouï-dire ou par correspondance.

A nos yeux donc la première conclusion manque de sa démonstration scientifique. Arrivons à la seconde.

Suivant M. Dezanneau, Guiet, Audiganne et la femme Tennier se sont trouvés « dans des conditions on ne peut plus favorables à l'absorption du virus rabique. »

Nous ne sommes pas de l'avis de ce médecin; et sans aborder encore des considérations relatives à ces malades, et que nous développerons plus loin, nous nous bornerons quant à présent à faire remarquer :

1° Quant à Guiet : que la plus grave de ses blessures a été faite *à travers sa chemise* à laquelle la dent de l'animal n'avait fait qu'une petite déchirure, et qu'il n'était résulté d'une autre morsure que deux petites plaies à la face dorsale des deux doigts. Nous ajouterons, en signalant particulièrement cette circonstance, que ces plaies *ont saigné très-abondamment.*

Or, il est reconnu par l'expérience, ce que l'on comprend facilement, que les morsures des animaux enragés sont beaucoup moins dangereuses quand elles sont faites à travers des vêtements qui essuient la dent de l'animal, et que, même dans les blessures faites à nu, il y a d'autant moins de chances d'absorption du virus que ces blessures ont saigné davantage au moment où elles ont été faites.

2° Quant à Audiganne : que c'est aussi *à travers sa chemise dont la toile était neuve et très-forte* qu'il a été mordu au bras. Il est vrai qu'il avait, en outre, une large morsure au cou; mais on ne dit pas si elle a ou non laissé couler beaucoup de sang.

3° Quant à la femme Tennier : que les blessures qu'elle a reçues au bras ont été faites *par-dessus ses vêtements* qui n'ont pas même été traversés, et que celle qui lui a été faite sur les côtés de la tête a été suivie d'une *hémorrhagie artérielle considérable.*

Ce n'est pas devant l'Académie que j'ai besoin d'insister pour faire comprendre que ce ne sont pas là, de beaucoup s'en faut, « des conditions on ne peut plus favorables à l'absorption du virus. »

Toutefois, pour donner matière à l'examen des deux autres conclusions, qui sont les principales du mémoire, et pour lui conserver son opportunité, nous supposerons que l'existence de la rage sur le loup a été mise hors de doute, et que les trois personnes qu'on vient de nommer se sont trouvées dans des conditions favorables à l'absorption du virus rabique.

D'après M. Dezanneau, il est constant que c'est aux frictions mercurielles administrées à forte dose et souvent répétées, que ces trois personnes ont dû d'avoir été préservées de la rage; et pour lui cette méthode de traitement est, sans conredit, la plus efficace qu'on puisse opposer au développement des effets du virus rabique.

Avant d'examiner ou plutôt afin de pouvoir juger jusqu'à quel point ces assertions sont fondées, il est nécessaire de rappeler brièvement devant l'Académie quel est aujourd'hui l'état de la science sur une question de thérapeutique qui a tant occupé les médecins vers la fin du dernier siècle; il nous sera facile ensuite d'inférer de cet exposé la mesure d'importance et la valeur réelle des faits produits et des opinions exprimées par M. Dezanneau.

M. le rapporteur se livre ici à un long et intéressant historique de la question, et il continue en ces termes :

De cette revue des principaux partisans et adversaires du mercure, il ressort :

1° Que de 1738 à 1783, il paraissait acquis à la science par une grande masse de faits, et il était professé par les médecins les plus haut placés que les frictions mercurielles avaient une efficacité réelle, pour quelques-uns, comme moyen curatif; pour le plus grand nombre, comme moyen préservatif de la rage;

2° Que de 1783 jusqu'aujourd'hui, une véritable réaction s'est opérée contre ces idées, à ce point que beaucoup de praticiens éclairés ont été jusqu'à révoquer en doute même les vertus préservatrices, même l'innocuité de cette médication.

Quelles raisons assez puissantes ont donc pu ébranler des croyances qui reposaient sur des observations aussi nombreuses, et qu'étayaient des autorités aussi imposantes?

C'est ce que nous allons examiner.

Pour que tous les faits rapportés par les différents auteurs comme des exemples d'effets préservatifs du mercure pussent être acceptés comme tels, il eût fallu :

1° Qu'il fût mis hors de doute que les chiens ou loups qui avaient fait les morsures étaient bien réellement enragés, et qu'il fût certain que tous les individus présentés comme ayant été préservés avaient été véritablement exposés à l'infection. Or non-seulement dans un grand nombre de ces observations il manque la preuve que les animaux qui ont mordu étaient atteints de la rage, mais encore, dans beaucoup d'autres, on cite comme ayant été préservées des personnes qui n'ont pas même été mordues, et qui, évidemment, n'ont pu être infectées;

2° Dans les observations où il est question de morsures, en admettant que les animaux qui les ont faites fussent enragés, il eût fallu qu'il fût constant que la salive de ces animaux avait été déposée dans la plaie résultant de la morsure. Or, que de personnes citées comme ayant été mordues l'ont été à travers leurs vêtements; et qui ignore combien sont nombreux les cas où des individus mordus ainsi ne contractent pas la rage, même sans avoir été soumis à aucun traitement, par la raison toute simple que, en traversant les vêtements pour arriver jusqu'à la peau, les dents de l'animal s'essuient de la salive qui pouvait la mouiller, et n'en déposent pas dans la morsure?

3° En admettant que l'animal qui a fait les morsures fût enragé, et que celles-ci aient été faites à nu, il eût fallu, pour argumenter rigoureusement des faits de préservation observés dans ces cas, qu'il fût constant que tous les individus mordus à nu par des animaux enragés deviennent nécessairement enragés quand on les abandonne à eux-mêmes. Or, parmi les observations rassemblées dans les divers ouvrages qui ont traité de la rage, les exemples abondent dans lesquels ces sortes de morsures sont restées sans résultat fâcheux sur des personnes ou sur des animaux qui n'ont subi aucun traitement.

Cette opinion, que tous les individus mordus par des animaux enragés n'enragent pas, n'est donc pas nouvelle. Tous les auteurs sérieux, tous les bons observateurs qui ont traité de la rage, l'ont enseignée dans leurs écrits; mais en France, du moins, il n'a été établi par aucun sur des données quelque peu certaines quelle était, en moyenne, la proportion des cas de rage à ceux des morsures. J'ai entrepris à cet égard des études dont voici les résultats :

Pour ne pas jeter de confusion dans ces calculs proportionnels et conserver aux résultats leur valeur propre, il importe de faire deux séries des faits sur lesquels ils ont été établis.

Dans une première série se trouvent les cas de morsures accidentelles faites comme cela a lieu tous les jours par des chiens enragés ou suspects de l'être, à des chiens ou à d'autres animaux que leurs propriétaires ou la police envoient ensuite à Alfort pour y rester en observation. On voit que les résultats des calculs faits sur les animaux de cette catégorie pourront s'appliquer jusqu'à un certain point aux observations faites sur l'espèce humaine, puisque c'est ordinairement dans des circonstances semblables que sont mordues les personnes qui sont l'objet des observations rapportées par les médecins de l'homme.

Voici relativement aux faits de cette première série les résultats de mes recherches sur l'espèce canine :

Dans la période décennale de 1827 à 1837, sur 224 chiens amenés aux hôpitaux de l'École après avoir été mordus dans les rues par des chiens enragés ou regardés comme tels, et qui y sont restés plus de deux mois en observation sans avoir subi aucun traitement :

74 (le tiers à peu près) sont devenus enragés;
130 (les 2 tiers) n'ont rien éprouvé.

Mais on conçoit au point de vue scientifique que ces chiffres ne sauraient donner la mesure d'activité ou de puissance du virus rabique, en ce sens : 1° que la certitude de l'existence de la rage sur les chiens qui ont mordu n'a pas toujours existé; 2° que la trace des morsures n'a pas toujours été recherchée et reconnue sur tous les chiens déposés à l'École, et que dès lors il n'est pas démontré qu'ils aient été mordus; 3° qu'ils ont pu être mordus dans des régions où l'abondance des poils aurait empêché la salive de pénétrer jusqu'à la plaie.

C'est pourquoi, pour avoir sur ce point des éléments plus rigoureux, j'ai fait un relevé proportionnel semblable sur une seconde série de faits que je vais faire

connaître, et dans lesquels ne se trouvent pas ces causes d'incertitudes et d'erreur.

Voici ce que j'ai constaté : Depuis 1830 jusqu'aujourd'hui, à des époques différentes et dans des vues diverses, tantôt j'ai fait mordre à plusieurs reprises par des chiens complétement enragés que j'avais sous les yeux, et sur des parties où la peau est fine et dépourvue de poils, des chiens ou des herbivores; tantôt j'ai puisé dans la gueule de ces chiens enragés, au moment de leurs plus forts accès, une certaine quantité de salive que j'ai inoculée sur plusieurs régions sous l'épiderme d'autres animaux.

99 individus (chiens, chevaux ou moutons) ont été ainsi mordus ou inoculés. Sur ce nombre, 67 sont devenus enragés; les 32 autres restés en observation pendant plus de cent jours n'ont rien éprouvé.

Ainsi, dans ces cas, où se sont trouvés réunies toutes les conditions favorables à la transmission, le nombre des individus mordus ou inoculés est à celui des individus qui ont contracté la rage : : 3 : 2, c'est-à-dire que les deux tiers des animaux soumis à des expériences sont devenus enragés, et qu'un tiers, sans avoir été soumis à aucun traitement ou régime préservatif quelconque, a échappé à la rage.

Dans le but de contrôler ces résultats qui me paraissent d'un grand intérêt, j'ai consulté les professeurs de clinique des deux autres écoles vétérinaires de France pour connaître les remarques, observations ou expériences qu'ils auraient pu faire sur ce point, et voici ce que j'ai appris :

D'après des relevés faits sur les registres de l'École de Lyon, M. le professeur Rey a établi que les proportions des animaux mordus accidentellement dans les rues et mis en observation à l'École est, par rapport à ceux qui deviennent enragés :

Pour les chiens : : 5 : 1;
Pour les chevaux : : 4 : 1.

Pour les animaux qu'on a fait mordre expérimentalement ou qu'on a inoculés, le rapport est : : 3 : 2; semblable conséquemment, pour les animaux de cette catégorie, à celui que j'ai constaté à Alfort.

A l'École de Toulouse, M. le professeur Lafosse n'a pu me donner que le résultat de seize observations ayant trait à des animaux mordus accidentellement, et sur lesquels les morsures avaient été bien constatées.

Sur 16 animaux (chiens, bêtes bovines ou chevaux) qui ont été mordus, 5 seulement, un peu moins d'un tiers, sont devenus enragés. Cette proportion est, comme on le voit, à peu près la même que celles constatées dans les mêmes circonstances à Lyon et à Alfort.

Voici maintenant ce qui a été observé à la clinique de l'École vétérinaire de Berlin par le savant professeur Hert.

Sur 137 chiens mordus dans les rues de la ville et amenés aux hôpitaux de l'École pour y être mis en surveillance, 16 seulement sont devenus enragés, 121 n'ont rien éprouvé, c'est-à-dire que le nombre des chiens qui sont devenus enragés a été avec le nombre de ceux qui ont été mordus à peu près dans le rapport de 8 à 1, 1/8e seulement a contracté la rage.

Sur 25 chiens qu'il a fait mordre expérimentalement ou qu'il a inoculés avec de la salive recueillie sur des chiens enragés pendant leurs accès, 10 sont devenus enragés, 15 n'ont éprouvé aucun accident.

On voit que, à Berlin, le nombre des cas où la rage s'est développée dans l'une et l'autre catégorie a été sensiblement moindre qu'à Alfort, Lyon et Toulouse. Peut-être, mais ce n'est là qu'une supposition que j'exprime, cette circonstance tient-elle à la différence des conditions climatériques?

Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ces observations, faites dans des lieux divers, par différents observateurs et à des époques qui ne sont pas les mêmes, que, à prendre les choses au pire, les deux tiers au moins des individus mordus accidentellement par des chiens de rue enragés, ou supposés enragés, échappent à la rage, même sans aucun traitement.

Il en résulte également, toujours, en prenant la proportion la plus forte parmi celles qui ont été constatées, que, dans les circonstances les plus favorables à la transmission, c'est-à-dire quand de la salive de chiens manifestement enragés a été déposée par morsure à nu ou par inoculation, dans des plaies d'autres animaux, le tiers au moins de ces derniers abandonnés à eux-mêmes ne contracte pas la maladie.

Or ce sont là des faits considérables pour l'étude de la rage, dans ses rapports surtout avec le point que nous examinons en ce moment.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette moyenne des résultats obtenus sur un grand nombre d'observations, se représenterait pour les conséquences qu'on serait appelé à constater des morsures de chaque chien enragé; car, c'est là un fait que j'ai noté bien des fois, et dont je crois avoir trouvé la raison, il arrive souvent que tel chien bien évidemment enragé mord un certain nombre d'autres animaux, on fournit de la salive pour les inoculer, et que, sur ce nombre, le sixième ou le septième seulement contracte la rage; tandis que, à la suite de morsures ou inoculations de la salive de tel autre chien qui paraîtra dans les mêmes conditions maladives, morsures ou inoculations faites aux mêmes régions, presque tous les individus mordus ou inoculés (les cinq sixièmes ou les six septièmes, par exemple) deviendraient enragés.

Enfin, il me paraît utile de faire encore une remarque relativement aux circonstances qui influent sur le plus ou le moins de danger de développement de la rage à la suite de morsures d'animaux enragés, c'est que, en général, il est reconnu que les morsures faites par les loups sont plus souvent suivies de la rage que celles faites par les chiens. Ainsi, sur 254 personnes mordues par des loups, dont j'ai relevé avec soin les observations dans différents auteurs qui les ont consignées, 164, c'est-à-dire les deux tiers à peu près, seraient devenus enragées.

Or nous avons vu que, à la suite des morsures accidentelles faites par les chiens, cette proportion n'était que d'un tiers. Cela tiendrait-il à ce que sur les loups la rage serait souvent spontanée? ou bien, ce qui est fort remarquable, à ce que ces animaux mordent presque toujours leurs victimes au visage, au cou ou sur la tête? Il est possible que ces deux circonstances influent sur le résultat que je viens de signaler.

Que si maintenant nous nous servons des données qui précèdent pour apprécier la valeur au point de vue de la prophylactique des observations citées comme démontrant le mieux l'efficacité préservatrice du mercure, nous voyons :

1° Que le nombre de ces observations se trouve singulièrement réduit, si on en retranche toutes celles où l'existence de la rage n'a pas été suffisamment constatée sur les animaux qui ont fait les morsures, et celles où il est évident que du virus n'a pu être déposé dans les plaies des individus présentés comme préservés;

2° Qu'en admettant comme parfaitement vrai et exact le nombre des individus considérés comme préservés après avoir été soumis au traitement mercuriel, on trouve que, dans celles de ces observations qui ont eu le plus de retentissement et qu'on a considérées comme les plus probantes, le chiffre des personnes préservées se trouve être précisément, avec celui des personnes mordues, dans le rapport de 2 à 3.

En effet, à la suite du traitement de Senlis, qui a été tant célébré, sur 15 personnes mordues par un chien, 5 (le tiers) sont mortes de la rage et 10 ont été sauvées.

La proportion des personnes préservées a encore été moins forte entre les mains de M. Biais qui, lui aussi, nous l'avons dit plus haut, a mis en usage le traitement de Gassonné qu'on avait employé à Senlis. Sur 11 personnes qu'il a traitées, 5 sont mortes de la rage, 6 seulement en ont été préservées. Je cite ces deux observations parce que ce sont elles qui ont été recueillies avec le plus d'authenticité, qui ont le plus occupé les médecins et le public de l'époque, et qu'on a invoquées comme un argument principal et décisif dans tous les ouvrages où l'on a préconisé la vertu préservatrice des frictions mercurielles.

Or que prouvent-elles, sinon que, dans ces résultats de Senlis et de Cluny, présentés comme si heureux et si favorables au traitement mercuriel, le chiffre des préservations a été, à Senlis, exactement le même que celui qui se produit quand les individus mordus ne sont soumis à aucun traitement, et que à Cluny la proportion de ceux devenus enragés a été de beaucoup plus forte?

Mais, continue M. le rapporteur, pour qu'on fût fondé à reporter au mercure les bons effets, si bons effets il y a, des traitements mercuriels dont nous avons parlé, il faudrait que, dans ces traitements, on n'eût jamais associé à ce médicament, ou employé en même temps que lui, d'autres moyens qui, eux aussi, sont considérés par beaucoup de praticiens comme préservatifs de la rage.

Or il est peu d'observations, parmi toutes celles invoquées en faveur des frictions mercurielles, dans lesquelles il ne soit dit que, avant de les employer, on a *lotionné*, fait *saigner* plus ou moins abondamment, ou même, et surtout, *cautérisé* les plaies, où il ne soit dit aussi, qu'en même temps qu'on frictionnait le malade avec de l'onguent mercuriel, on entretenait la *suppuration* sur les plaies au moyen de vésicants plus ou moins énergiques, et on lui administrait, soit du *camphre*, soit de l'*opium*, soit du *musc*, soit des *purgatifs*, etc....

Dès lors, pourquoi attribuerait-on l'effet préservatif aux frictions plutôt qu'à tel ou tel des autres moyens employés? Est-ce que, notamment, les scarifications des plaies avec ou sans aspiration du sang par des ventouses, est-ce que leur longue suppuration, est-ce que certaines poudres vésicantes comme celles de cantharides, est-ce que le musc, le camphre, est-ce que la méthode purgative n'ont pas été tour à tour vantés comme suffisant seuls à prévenir la rage? Est-ce que la cautérisation n'a pas, à toutes les époques, dans l'opinion du plus grand nombre des praticiens, depuis Galien et tous les médecins grecs jusqu'à nos jours, été considérée comme le préservatif par excellence?

Que reste-t-il donc, après ces considérations, de tout ce qui a été dit et écrit de l'évidence, et en quelque sorte de la spécificité d'action préservatrice qu'exerçaient les frictions mercurielles dans les cas de morsures par des animaux enragés? On le voit, rien ou bien peu de chose.

Est-ce à dire que nous voulions nier absolument que le mercure puisse être utilement employé soit seul, soit associé à d'autres moyens de traitement dans ces graves occurrences? Telle n'est pas assurément notre pensée et tel n'a pas été notre but. Nous ne nous sommes proposé qu'une chose dans cette discussion, c'est d'établir qu'il est loin d'être aussi clairement démontré qu'on l'a prétendu, que les frictions mercurielles aient, dans l'espèce, une vertu particulière de préservation contre le virus rabique inoculé.

En cet état de la question, pouvons-nous regarder les observations de M. Dezanneau comme propres à l'éclairer d'un nouveau jour? Nous ne le pensons pas, et l'Académie sera probablement de notre avis quand elle se rappellera :

1° Que l'existence de la rage sur le loup qui a occasionné les accidents rapportés par ce médecin, n'a pas été assez positivement établie;

2° Que, sur les quatre personnes mordues par cet animal, une est morte après n'avoir pas assez longtemps, il est vrai, fait usage des frictions mercurielles;

3° Que les trois qui ont été considérées comme préservées avaient préalablement, et peu d'heures après leurs morsures, été cautérisées;

4° Que d'ailleurs, parmi ces dernières, l'une n'a eu de morsures faites à nu que deux très-petites blessures au doigt, lesquelles ont *saigné* abondamment aussitôt après l'accident; l'autre n'a également eu qu'une blessure grave, celle qui lui a été faite à travers les chevaux, laquelle, avant d'être cautérisée, a été immédiatement le siége d'une hémorrhagie considérable.

Quoi qu'il en soit, l'Académie doit savoir gré à M. Dezanneau de ses efforts pour arriver à éclairer une question de médecine aussi grave que celle de la

prophylaxie de la rage. Et pour cette raison, votre commission vous propose de lui adresser une lettre de remerciment, et de déposer honorablement son mémoire dans vos archives. (Marques unanimes d'approbation.)

M. Ricord demande quelques renseignements sur la différence des résultats constatés à la suite des morsures ou des inoculations artificielles.

M. Renault : Les résultats n'ont pas été les mêmes entre les mains des différents expérimentateurs. Ainsi, à Alfort, j'ai plus souvent produit la rage par les morsures que par inoculation ; à Strasbourg, au contraire, on a obtenu des résultats inverses, de sorte qu'on ne peut actuellement rien conclure des expériences sous ce rapport.

M. Villermé rappelle à cette occasion les expériences de John Hunter, qui est arrivé à ce résultat, savoir : que, soit par morsure, soit par inoculation, la rage se communique plus souvent aux animaux de l'ordre des carnassiers, chez lesquels elle se manifeste spontanément, qu'aux autres animaux. Ce résultat très-remarquable prouve, ainsi que l'a fait remarquer M. Renault dans son rapport, que la rage est loin de se communiquer à tous les animaux mordus.

M. J. Guérin demande à M. le rapporteur s'il a comparé la fréquence comparative des guerisons par la cautérisation avec celles qu'on a pu obtenir par d'autres méthodes, et s'il a institué quelques expériences sur les animaux, pour apprécier la valeur des frictions mercurielles.

M. Renault répond qu'il a expérimenté, il y a quelques années, l'emploi des frictions mercurielles sur deux chiens, et qu'il a échoué dans les deux cas. Quant à la première question de M. Guérin, il n'est pas à même d'y répondre. Un certain nombre d'individus mordus ou inoculés ne devenant pas enragés, il est extrêmement difficile d'apprécier la valeur des moyens prophylactiques ou curatifs mis en usage ; les résultats sont toujours incertains.

M. Bouchardat : M. Renault a-t-il fait des expériences comparatives sur les differents caustiques? Cette question serait d'autant plus intéressante à étudier qu'on a attribué récemment, ainsi que chacun le sait, une efficacité beaucoup plus grande à l'acide sulfurique qu'aux autres caustiques.

M. Renault ne croit pas qu'il y ait à tenir compte de la spécificité de tel ou tel caustique. Celui qui pénètre le plus profondément est le meilleur.

M. Delafond croit que la différence signalée dans la facilité de transmission de la rage tient à la manière différente dont les divers animaux enragés attaquent leurs victimes, les loups, par exemple, attaquant à la face et au cou, tandis que le chien attaque généralement aux jambes ou aux parties postérieures, etc.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de quelques membres, le rapport, dont l'insertion au Bulletin est de droit, est renvoyé au comité de publication pour être inséré dans le recueil des mémoires.

DES EAUX POTABLES CONSIDÉRÉES DANS LEUR CONSTITUTION PHYSIQUE ET DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PHYSIOLOGIE ET L'HYGIÈNE.

M. Marchand, pharmacien à Fécamp, dépose sur le bureau un mémoire sur les eaux potables en général considérées dans leur constitution physique et chimique, et dans leurs rapports avec la physique du globe, la géologie, la physiologie générale et l'hygiène publique, ainsi que dans leurs applications a l'industrie et a l'agriculture, et en particulier des eaux qui sont employées dans les deux arrondissements du Havre et d'Yvetot.

L'anteur, en déposant ce mémoire, donne lecture des propositions suivantes qui le résument :

1. La constitution physique et chimique des eaux varie pour chaque jour de l'année, pour chaque instant de la journée.

2. Aux époques où la température est la plus élevée, la densité des eaux est aussi la plus considérable ; une variation brusque dans cette température en amène une aussi dans cette densité.

3. Cette propriété physique des eaux est influencée encore par la pression atmosphérique, mais en raison inverse de ce qu'elle éprouve sous l'influence précédente. Plus la pression est grande, plus la densité est faible. Cependant, lorsqu'une augmentation de pression correspond avec une élévation de température la densité se trouve fort souvent augmentée encore.

4. La variabilité de la proportion des principes gazeux dissous par les eaux n'apporte pas seule des modifications dans leur densité, car les principes salins et terreux qu'elles tiennent en dissolution varient également dans leurs proportions sous les influences que je viens d'indiquer.

5. Les eaux de l'Océan contiennent du chlorure de lithium et 0gr.,0092 d'iodure de sodium par litre ; mais elles ne contiennent aucune trace de nitrates, quoique ces sels soient versés en abondance dans le bassin des mers par les courants d'eaux douces qui y affluent.

La cause de ce singulier phénomène est due à deux actions différentes qui agissent simultanément : 1° sous l'influence réductive de l'hydrogène sulfuré excrété par certains mollusques vivant dans les profondeurs de l'Océan, l'acide nitrique de ces sels est transformé en ammoniaque et en eau ; 2° sous l'influence de l'acte respiratoire des poissons, un phénomène analogue se manifeste en donnant encore pour résultat final un produit ammoniacal. L'oxyde ammonique formé dans ces circonstances, est éliminé à son tour du sein de l'eau sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien, que l'on retrouve ensuite mélangé dans les dépôts vaseux qui s'accumulent au fond des mers et sur les bords des rivages.

6. Les eaux de pluie, celles des neiges, contiennent généralement des traces appréciables de tous les agents minéralisateurs des eaux de l'Océan. Les premières retiennent toujours aussi des indices d'hydrogène sulfuré.

7. Les eaux des terrains antédiluviens contiennent généralement de la lithine, et vraisemblablement aussi des phosphates, ainsi que des fluorures provenant de la décomposition du mica dont on retrouve les traces plus ou moins abondantes dans tous ces terrains.

8. Les eaux qui prennent naissance dans les terrains calcaires contiennent toujours des traces appréciables de carbonate ferreux accompagné souvent par le carbonate de manganèse.

9. L'iode et le brome se retrouvent constamment aussi, à moins de circonstances particulières que je vais indiquer, *dans toutes les eaux naturelles*. On peut facilement et rapidement, par un procédé que j'indique, en reconnaître la présence jusque dans les eaux de pluie et de neige.

10. Ces deux principes peuvent disparaître du sein des eaux, en passant à l'état salin, sous l'influence des forces vitales, au nombre des principes minéraux fixés par les végétaux. Les plantes terrestres, mais particulièrement les arbres de nos forêts, aussi bien que les plantes d'eau douce, contiennent de l'iode et du brome.

11. L'origine de ces deux corps dans les eaux atmosphériques et terrestres doit être attribuée surtout à la diffusion de ces mêmes principes condensés aujourd'hui dans l'eau des mers d'où ils sont enlevés, tant à l'état salin par les vapeurs et les particules aqueuses qui s'en échappent incessamment qu'à l'état d'acides hydriques libres avec l'hydrogène sulfuré, qui s'en exhale toujours aussi.

12. L'endémicité du goitre et du crétinisme ne saurait être attribuée à l'usage des boissons calcaires, magnésiennes ou séléniteuses, mais uniquement à la disparition plus ou moins complète de l'iode primitivement dissous dans les eaux dont les goitreux et les crétins font usage pour leur alimentation, ce principe ayant été absorbé alors par les nombreux végétaux baignés par ces eaux. L'engorgement de la glande thyroïde ne se manifeste d'ailleurs à l'état endémique que dans les pays essentiellement boisés, et particulièrement dans ceux dont les eaux potables arrosent ou ont arrosé des plantes en grand nombre.

13. Que, dans les centres populeux, l'arrosement des rues et des places publiques en temps d'épidémie cholérique doit être sévèrement prohibé, aussi bien que l'écoulement dans les ruisseaux, on à ciel ouvert, des eaux versées par les bornes-fontaines ou les fontaines publiques.

14. Que les eaux des sources, des rivières et des fleuves se purifient en circulant à la surface du sol, soit par la volatilisation de l'acide carbonique, qui laisse séparer des carbonates insolubles, soit par l'influence de la vie végétative, soit encore par la vivification sous l'influence des rayons lumineux des matières organiques qu'elles contiennent, soit enfin par des redoublements successifs de ces mêmes matières, redoublements qui s'opèrent alors en provoquant aussi la réduction des nitrates des eaux douces, et leur conversion en ammoniaque.

15. Que dans les terrains calcaires au moins, mais vraisemblablement partout, le volume d'eau des sources, contrairement à l'opinion reçue, est d'autant plus abondant que la végétation est plus active, et qu'il décroît d'importance au fur et à mesure que la vie végétative s'éteint, surtout dans les pays où le sol supérieur est entièrement livré à la pratique agricole. Dans nos contrées, c'est vers le 15 août que les sources atteignent leur *maximum* de rendement, et elles s'abaissent à leur minimum vers la fin de janvier.

16. Arrivant ensuite aux eaux naturelles des arrondissements du Havre et d'Yvetot, je déduis de leur analyse que toutes ces eaux, qui sans exception sourdent des terrains calcaires, contiennent surtout du carbonate de chaux dont la proportion oscille entre 0gr.,153 et 0gr.,381 par litre, des sels de magnésie, du sulfate de chaux, mais en proportion variable et correspondant avec la nature des terrains qui les produisent, de telle sorte que les eaux alimentaires de l'agglomération havraise sont, avec celles des puits de Fécamp, les plus séléniteuses de la contrée, ce qui s'explique d'ailleurs quand on sait qu'elles sourdent dans les terrains inférieurs de la formation secondaire, tandis que toutes les autres eaux du pays prennent leurs sources dans l'étage supérieur de la craie ou à la limite des glauconies crayeuses.

Toutes ces eaux contiennent aussi du nitrate de chaux dont la proportion, oscillant de 0gr.,00081 à 0gr.,22625, devient surtout plus considérable dans celles qui sont versées par les terrains inférieurs de la formation glauconieuse.

Enfin toutes ces eaux contiennent des traces appréciables de sel et de manganèse, des sels de potasse et de lithium, de l'iode et du brome, du phosphate d'alumine, et peut-être, je le crois même, des indices de fluorure de calcium.

L'auteur termine par des considérations sur les eaux ferrugineuses de cette contrée, dont il indique pour quelques-unes la constitution, puis il démontre que le fer y existe toujours à l'état de crénate et de carbonate ; que le manganèse y fait rarement défaut, et que le cuivre et l'arsenic se retrouvent aussi et enfin dans plusieurs d'entre elles.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Orfila, Henry, Boutron et Boullay.

— M. Londe lit, pour M. Lesauvage (de Caen), une note sur l'observation de monstruosité par inclusion communiquée à l'Académie par M. Kulikowski. Cette note sera publiée plus tard.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MICROSCOPISCHE ANATOMIE, ETC. (ANATOMIE MICROSCOPIQUE OU HISTOIRE DES TISSUS DU CORPS HUMAIN) ; par le docteur A. Koelliker, professeur d'anatomie et de physiologie à Würzburg ; tome II, 1re partie.

(Suite. — Voir les numéros des 20 et 27 décembre 1851 et 10 janvier 1852.)

Le troisième livre expose la structure du *système osseux*. Le fait le plus

remarquable que présente la structure intime des os, telle que la donne M. Kœlliker, est la détermination de ces corps microscopiques oblongs dont la circonférence est entourée de lignes onduleuses, ramifiées, très-déliées et anastomosées entre elles. Ces corps oblongs, généralement désignés sous le nom de corpuscules osseux, sont, d'après l'auteur, des espaces vides remplis d'un liquide dans l'état frais et d'air dans les parcelles d'os qui ont été usées. On regardait ces corpuscules comme des dépôts de substance calcaire; mais loin de là, ils n'en contiennent pas un atome, et l'erreur provient de ce qu'on était habitué à n'observer que des pièces desséchées et usées qui se remplissent alors d'air. On ne voit aucune trace de ces corps noirs dans l'état frais, parce que l'os est imprégné de sucs nourriciers dans toutes ses parties, et ils disparaissent entièrement quand on plonge la pièce dans l'eau ou dans l'huile de térébenthine; car alors ces liquides les pénètrent et chassent l'air qu'ils renfermaient. L'auteur les désigne donc sous le nom de *lacunes des os*, et les canalicules qui en partent sont appelés *canalicules osseux* ou *pores des os*. Pour comprendre leur disposition, il faut se rappeler que les os sont parcourus par un réseau vasculaire composé de canaux (les canalicules vasculaires ou canaux de Havers) autour desquels la substance osseuse est disposée en lamelles concentriques. C'est dans ces lamelles ou dans leurs interstices que sont placées les lacunes osseuses; il en existe donc ordinairement plusieurs rangées circulaires autour de chaque canal de Havers. Les canalicules qui partent de la circonférence des lacunes s'anastomosent entre eux et avec les canalicules voisins, et tous aboutissent à la surface libre, externe ou interne, de l'os; mais l'auteur n'a pas pu déterminer s'ils s'ouvrent au dehors ou s'ils sont terminés par une extrémité borgne. Cette dernière disposition est la plus probable.

On comprend facilement que les lacunes osseuses doivent être considérées comme les restes des cavités des cellules cartilagineuses dont les parois se sont ossifiées; quant aux canalicules, ils proviennent de ce que l'ossification ne se fait pas d'une manière continue sur toute la surface ou dans toute l'épaisseur de la cellule cartilagineuse, mais s'interrompt fréquemment de manière à laisser des interstices linéaires vides, qui établissent des communications entre le centre et la périphérie des cellules et permettent au suc nourricier de les imprégner : c'est le même travail organique que celui que l'on observe dans la lignification de la cellule végétale.

Le périoste se compose de deux couches fortement adhérentes l'une à l'autre, mais distinctes par leur structure. La plus extérieure, formée surtout du tissu connectif, est le siége principal des vaisseaux et des nerfs du périoste; l'interne renferme en majeure partie du tissu élastique.

La moelle n'est pas entourée d'une membrane spéciale; en d'autres termes, il n'existe pas de membrane médullaire proprement dite. Le tissu graisseux de la moelle est enveloppé d'une simple pellicule qui se continue avec les rares faisceaux du tissu connectif qui la parcourt. Cette pellicule n'adhère pas à l'os, et ne mérite pas le nom de périoste interne.

Les cellules graisseuses de la moelle sont de diverses sortes : les unes sont des cellules graisseuses proprement dites, plus petites que celles de la peau; les autres sont petites, rondes, nucléés, et ressemblent aux jeunes cellules de la moelle. L'auteur, qui les avait prises d'abord pour des formations pathologiques, les regarde comme de véritables cellules normales, et les appelle cellules médullaires; elles nous paraissent être les mêmes que celles décrites en 1849 par M. Robin sous la même dénomination (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1849, p. 992). Les éléments que le même auteur décrit dans le deuxième alinéa de l'article que nous citons, et qui constituent quelquefois à eux seuls, d'après M. Robin, certaines tumeurs des os, nous paraissent identiques avec ceux décrits et figurés par M. Kœlliker, p. 364, fig. 113. Suivant M. Kœlliker, ces éléments appartiennent d'une manière normale à la moelle des jeunes sujets, et cette opinion est aussi celle de M. Robin : d'où il suit que les mêmes éléments anatomiques se rencontrent dans les os à leur premier développement, et dans ceux qui se développent d'une manière pathologique.

Les membranes synoviales ne sont pas des sacs fermés; elles commencent et se terminent autour des cartilages articulaires, mais ne passent pas par-dessus ces cartilages. Leurs bords se continuent, d'une part, avec le périoste, et d'un autre côté avec le périchondre. Un épithélium, en partie formé de plusieurs couches, les tapisse, et elles sont munies d'appendices graisseux autrefois pris pour des glandes (glandes de Havers) et d'appendices vasculaires de forme très-variable et très-riches en vaisseaux.

Les ligaments ou cartilages interarticulaires sont des fibro-cartilages formés de tissu connectif pour la plus grande partie, de cellules cartilagineuses disposées en séries et de fibres de noyaux.

D'après les recherches de l'auteur, les fines artérioles pénètrent dans les os avec toutes leurs membranes; mais elles ne tardent pas à perdre la tunique musculeuse et la tunique élastique, et ne conservent qu'une membrane cellulense avec noyaux allongés et tapissée de son épithélium. L'auteur a constaté la présence de ces vaisseaux jusque dans les canaux les plus fins.

M. Kœlliker n'a pas trouvé de vaisseaux lymphatiques dans les os. Quant aux nerfs, il les a vus accompagner les artères, même dans la substance compacte, sans toutefois avoir pu déterminer comment ils s'y comportent.

Les os, sous le rapport de leur développement, doivent être distingués en deux groupes : ceux qui ont une préformation cartilagineuse (les os du tronc et des extrémités et les os primitifs du crâne) et ceux qui n'ont pas de cartilage antérieur, mais qui se développent peu à peu dans un blastème mou et qu'on peut appeler os secondaires (os périphériques du crâne et os de la face). L'auteur a suivi avec beaucoup de soin le travail d'ossification des cartilages. Peu de temps avant l'ossification, les cellules cartilagineuses se multiplient par voie endogène, de telle sorte que chacune d'elles donne naissance à un amas de grosses cellules. En même temps la substance du cartilage devient fibreuse, et il se produit sur plusieurs points, par une sorte de liquéfaction, des canaux cartilagineux qui se remplissent d'une espèce de moelle, et dans lesquels se développent les vaisseaux. Alors commence l'ossification par un dépôt de granules calcaires dans la substance fondamentale du cartilage; en même temps les cellules s'épaississent et se solidifient à la manière des cellules végétales, en laissant dans leurs parois des canalicules qui communiquent avec la partie centrale de la cellule, et s'incrustent aussi de molécules calcaires. L'os se creuse de cavités de plus en plus nombreuses, au point de devenir tout à fait spongieux de solide qu'il était auparavant, et bientôt la moelle se développe dans les grandes cavités qui se sont ainsi formées.

L'accroissement en épaisseur de l'os se fait par le périoste. Les vaisseaux de celui-ci déposent un blastème liquide qui s'organise et s'ossifie sans passer par l'état cartilagineux. Les jeunes lamelles osseuses qui en résultent sont molles et parcourues par un réseau à mailles rondes ou allongées, réseau formé par des canaux qui communiquent entre eux et sont l'origine des canaux de Havers. Ces derniers contiennent les restes du blastème d'ossification, qui, se changeant en moelle fœtale, produisent des vaisseaux qui communiquent bientôt avec les vaisseaux du périoste ou servent à former les lamelles des canaux de Havers. Ainsi les canaux de Havers ne sont pas produits, comme les espaces médullaires de la substance osseuse primitive, par la fonte du tissu déjà existant; mais ils ne sont autre chose que des lacunes qui se forment dès le principe dans les couches déposées par le périoste. Ces canaux, très-larges dans l'origine, se rétrécissent de plus en plus par suite de la transformation de leur contenu en lamelles concentriques. Lorsque les parties osseuses produites par le périoste ont existé pendant quelque temps et qu'elles sont devenues plus compactes par le rétrécissement des canaux de Havers, elles sont résorbées de dedans en dehors, ce qui agrandit l'étui médullaire ou multiplie le nombre des aréoles de la substance spongieuse.

Nous regrettons que les limites d'une analyse ne nous permettent pas de donner plus de détails sur ce sujet difficile; mais nous recommandons vivement aux personnes que ces questions peuvent intéresser la lecture de cette partie de l'ouvrage de M. Kœlliker; elles y trouveront des détails descriptifs circonstanciés et une riche bibliographie.

A. LEREBOULLET.

(La fin au prochain numéro.)

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— Le dernier numéro de L'UNION MÉDICALE renferme un article de M. le docteur Leriche (de Lyon), sur une nouvelle méthode de traitement des cicatrices vicieuses attribuée à M. le docteur Goyrand (d'Aix). C'est sans aucun doute par suite d'une méprise de l'auteur de l'article que cette méthode est attribuée à notre honorable confrère d'Aix. Elle a fait l'objet d'un mémoire lu, il y a quatre ans, à l'Académie de médecine de Belgique, et inséré dans les BULLETINS de cette compagnie, sous le titre de MÉTHODE PAR DÉPLACEMENT DES CICATRICES; et les faits où elle a été appliquée sont consignés dans le rapport de la commission des hôpitaux, dont nous avons été heureux d'offrir un exemplaire à M. Goyrand. Nous engageons donc M. le docteur Leriche à prendre connaissance de ces deux documents, et nous lui laissons le soin de rectifier lui-même, dans L'UNION MÉDICALE, l'erreur qu'il y a commise.

JULES GUÉRIN.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 18 janvier, à une heure, 2, rue Antoine-Dubois, place de l'École-de-Médecine, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'APPLICATION DU FORCEPS.

L'emploi du forceps est toujours une ressource périlleuse et d'une exécution difficile. On ne peut donc qu'encourager les praticiens qui cherchent à préciser les indications de cette opération et à perfectionner son manuel. Tel est le sujet intéressant sur lequel on a discuté quelques instants, et nous devons ajouter, trop peu d'instants à la dernière séance de l'Académie de médecine.

M. Chailly, qui faisait son début, avait lu un rapport sur un procédé nouveau pour l'application du forceps proposé par M. le docteur Hatin. Dans ce procédé, une seule main, la main gauche de préférence, et non la droite comme on l'a cru, est portée dans le côté droit du bassin jusqu'au fond de l'utérus. La première branche du forceps ayant été introduite le long de la main qui lui a servi de guide, celle-ci, sans désemparer, contourne la tête du fœtus et va se placer du côté opposé pour recevoir et guider la seconde branche du forceps. Ce qui caractérise donc ce procédé, c'est l'introduction de la main tout entière jusqu'au fond de l'utérus, c'est-à-dire jusqu'aux parties avec lesquelles la cuiller du forceps doit être en rapport, et la double manœuvre de l'application des deux cuillers avec la même main restée dans l'utérus. Ce procédé, que M. le rapporteur a eu le tort de ne pas suffisamment faire connaître à l'assemblée, est présenté par l'auteur comme d'une application plus prompte, plus facile, moins douloureuse et plus sûre que le procédé ordinaire. M. Chailly, et la commission dont il était l'organe, partagent cet avis. Dans plusieurs circonstances difficiles, le procédé de M. Hatin leur a paru tenir ce qu'il promettait. Le rapport proposait donc à l'Académie de l'approuver comme un perfectionnement. Après quelques remarques de M. Moreau sur l'extrême rareté des circonstances qui rendent utile l'application du forceps au détroit supérieur, et quelques remarques judicieuses de M. Gerdy sur le défaut habituel de proportion entre la longueur des cuillers et les diamètres de la tête de l'enfant, M. P. Dubois a pris la parole et a battu en brèche le rapport, le rapporteur et le procédé mis en question. On connaît le talent de l'honorable professeur, la netteté de ses idées, la parfaite ordonnance de ses argumentations, la clarté et l'élégance de sa diction : M. Dubois a appelé toutes ces qualités au service d'une critique vive, mais contenue, et il a cherché à établir que, loin d'être un perfectionnement, le nouveau procédé de M. Hatin rend l'application du forceps plus difficile, plus douloureuse et quelquefois plus dangereuse. Il faut faire la part de l'émotion inséparable d'un début. Nul doute que M. Chailly, pressé aussi vivement, et qui paraissait pour la première fois à la tribune, n'ait été dépossédé d'une partie de ses ressources ; mais, à défaut des qualités de la forme, qui ne paraissent pas être le côté le plus riche du nouvel académicien, il aurait pu tirer un meilleur parti de son sujet, parler en praticien intelligent et expérimenté, sinon en orateur disert. Il aurait pu surtout s'attacher à mieux préciser les avantages du procédé de M. Hatin, à dissiper les méprises dont un défaut de connaissance parfaite et d'expérience l'avait rendu l'objet. M. Chailly n'a nullement répondu à l'attente de ceux qui l'apprécient, et le procédé qu'il était chargé de défendre a été complétement victime de sa mésaventure. M. Chailly et M. Hatin méritaient-ils un si funeste sort? Nous ne le pensons pas. Pour ce qui est de M. Chailly, il saura prendre sa revanche, et l'occasion ne lui en manquera pas ; quant à M. Hatin, dont la modestie égale le mérite, il n'est pas homme à faire grand effort ni bruit pour réhabiliter son œuvre ; il n'est d'ailleurs pas de l'Académie ; on peut donc utilement examiner la valeur des arguments dirigés contre son procédé, et s'il y a lieu, faire appel pour lui à l'expérience, de l'espèce de verdict académique sous le coup duquel l'a laissé le silence de M. Chailly.

Dans toutes les appréciations académiques dont les inventions nouvelles sont l'objet, on peut toujours remarquer deux choses : les adversaires critiquent théoriquement ce qu'ils n'ont pas expérimenté, et ils sont disposés à méconnaître les inconvénients de ce qui est, au détriment des avantages nouveaux qu'on veut leur substituer. Cette tendance, qu'une longue habitude des discussions scientifiques nous a révélée, nous met en défiance contre les critiques les plus judicieuses dans la forme. C'est avec cette disposition d'esprit que nous avons entendu M. Dubois ; et malgré l'impression vive qu'a faite sur l'Académie son argumentation si habile et si distinguée, nous sommes resté dans le doute sur la réalité des avantages qu'il a maintenus à la manière habituelle d'appliquer le forceps, et sur les inconvénients qu'il a reprochés au procédé de M. Hatin. Ce doute, nous le lui soumettons avec la déférence que commande l'autorité d'un maître, et qu'il sait bien que nous conservons en tout temps pour son caractère et sa personne.

M. Dubois n'a pas expérimenté le procédé de M. Hatin ; il ne paraît pas non plus très-bien le connaître, du moins d'après la réserve qu'il a exprimée lui-même en l'exposant. Nous croyons en outre que l'extrême habileté avec laquelle M. Dubois manie le forceps, d'après le procédé usuel, lui fait aisément éviter les dangers ou les inconvénients auxquels sont exposées des mains moins habiles, ce qui fait qu'il méconnaît en théorie la réalité de ces inconvénients ou de ces dangers. Ainsi, pour ne pas nous écarter de cette dernière proposition, que de fois la cuiller du forceps ne s'est-elle pas fourvoyée dans le cul-de-sac vagino-utérin, faute d'avoir été suffisamment guidée par la main ! que de fois n'a-t-elle pas compris, avec la tête du fœtus, la paroi utérine ! que de fois son extrémité, incomplétement mise en rapport avec cette tête, ne l'a-t-elle pas contondue, écrasée ! combien de fois ne s'est-elle pas arrêtée en route ou n'a-t-elle pas été trop loin ! Cela ne tient-il pas à ce que d'ordinaire on se borne à introduire les doigts dans la cavité utérine, au lieu d'y porter la main entière jusqu'au point où l'extrémité de la cuiller du forceps doit s'arrêter ? Or c'est en cela que consiste le premier avantage du procédé de M. Hatin. Il se peut que M. Dubois n'ait pas attendu le précepte pour faire autrement que tout le monde ; mais l'art enseigné n'allait pas jusque-là, et c'est, ce nous semble, un premier mérite du procédé de M. Hatin que d'avoir posé la règle : à ce point de vue, il assure donc une application plus exacte et moins dangereuse de l'instrument. Cette application est-elle, comme le croit M. Dubois, plus difficile et plus douloureuse? C'est ce qu'il convient d'examiner.

L'exécution facile d'un procédé tient d'abord à l'idée plus ou moins nette qu'on s'en fait et à l'habitude plus ou moins grande qu'on a de le pratiquer. La manière dont M. Dubois a décrit le procédé de M. Hatin ne permet-elle pas de craindre qu'il l'ait jugé comme il l'a compris ? Ainsi l'honorable professeur a paru croire que, dans le transport de la main de gauche à droite ou de droite à gauche, elle cherchait à voyager à une même hauteur entre la tête du fœtus et le rebord du détroit supérieur, pour parvenir du côté opposé. Nous nous sommes assuré que telle n'est pas la

Feuilleton.

REMARQUES SUR LES EAUX POTABLES.

Les épreuves du concours pour la chaire d'hygiène ont commencé à la Faculté de Paris. La question échue aux candidats pour l'épreuve écrite est la suivante : *De l'acclimatement.* On prétend que l'urne contenait, en outre, les deux questions suivantes : *Des boissons fermentées*; *Des eaux potables.* Nous avons pensé que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ne liraient pas sans intérêt un petit nombre de considérations sur cette dernière question. Nous ferons suivre notre étude de quelques articles sur des matières qui se rattachent à l'hygiène publique et privée.

Suivant Thalès, le célèbre fondateur de l'École ionienne, l'eau est le plus puissant des éléments; elle existait avant tout, elle est le principe de tout. Cette doctrine, en apparence si opposée à celle des stoïciens, s'en rapprochait sur un point essentiel : « En effet, dit Senèque, nous croyons que le feu, envahissant le monde entier, convertira tout en sa propre substance : après qu'il se sera éteint dans toute la nature, il ne restera que l'eau; dans cette eau sera renfermée l'espérance d'un monde futur. Ainsi le feu est le principe de la destruction de l'univers, l'eau celui de sa régénération. » (Senèque, QUEST. NAT., liv. III.)

L'eau n'est point un corps simple, un élément, ainsi que le croyaient les anciens, selon la doctrine d'Empedocle empruntée aux Égyptiens. Elle est formée de deux parties d'hydrogène et d'une partie d'oxygène en volume, ou de 88,9 parties d'oxygène et de 11,1 parties d'hydrogène en poids; cette composition est invariable. Ainsi, chimiquement parlant, l'eau est de l'oxyde d'hydrogène. C'est en faisant passer de l'eau en vapeur dans un canon de fusil placé sur un fourneau chauffé au rouge que, en 1781, Lavoisier en découvrit les deux éléments; l'oxygène se combinant avec le métal à l'état d'oxyde, l'hydrogène mis en liberté fut reçu sous les cloches d'un appareil pneumato-chimique. L'eau est décomposée par le phosphore, par la seule action de la chaleur, par des secousses électriques et par la pile de Volta; l'hydrogène se porte au pôle négatif, l'oxygène au pôle positif. En 1782, Lavoisier et Laplace prouvèrent par la synthèse la composition de l'eau, des quantités déterminées d'hydrogène et d'oxygène traversées par l'étincelle électrique forment des parties d'eau correspondant au poids des gaz employés.

A la température de 4° c., un centilitre d'eau distillée pèse 10 grammes; un centimètre cube est le gramme. Les physiciens l'ont adoptée comme type ou terme de comparaison pour les autres liquides. Sa pesanteur est 850 fois plus considérable que celle de l'air. Les anciens, croyant qu'on pouvait juger de la salubrité des eaux en les pesant, avaient construit pour cet usage une balance à laquelle ils donnaient le nom d'hydroscope (Synésius). Voici, d'après Bergmann, les diverses pesanteurs des eaux :

manière de procéder de M. Hatin. Après avoir porté la main aussi profondément que possible dans l'un des côtés du bassin, il l'abaisse au-dessous du rebord du détroit supérieur dans le cas d'enclavement, de manière à la faire cheminer dans l'excavation pelvienne en suivant la courbure du sacrum; ce n'est que lorsqu'elle est arrivée au côté opposé du bassin qu'il la fait pénétrer de nouveau aussi profondément que possible, et de manière à guider toujours sûrement la seconde branche du forceps comme il a guidé la première. Ceci explique déjà comment ce procédé n'est pas plus douloureux, s'il ne l'est moins que le procédé ordinaire. Mais il y a encore d'autres raisons pour cela. C'est au moment où la main de l'opérateur franchit l'anneau vulvaire que la douleur est la plus vive. Dans le procédé ordinaire, ce temps de l'opération est répété deux fois. Mais ce qu'on gagne dans le premier temps, ne le perd-on pas plus tard, quand il s'agit, par exemple, de faire cheminer la main d'un côté du bassin à l'autre? Ce qui précède a déjà répondu à cette question. M. Hatin ne cherche pas violemment à se faire un chemin entre la tête du fœtus et le rebord du détroit. Ajoutons qu'une fois introduite dans le vagin, la main s'y meut sans douleur, comme dans un espace dilatable et peu sensible.

Pour ce qui est de la plus grande facilité de la manœuvre, nous sommes moins à même de l'affirmer ne l'ayant jamais pratiquée. Théoriquement on peut exagérer la gêne résultant de la supination forcée qu'entraîne le transport de la main d'un côté à l'autre du bassin. Mais est-ce bien là une objection sérieuse? Si le procédé de M. Hatin est plus sûr, plus prompt, moins douloureux, ne pourrait-il acheter ces avantages au prix d'un peu plus de gêne? Du reste, il est permis de croire qu'un peu d'exercice nivelerait cette différence; et avec la dextérité connue de M. Dubois l'objection, si elle était fondée, perdrait immédiatement toute sa valeur.

Il est un dernier point sur lequel MM. Moreau et Velpeau, aussi bien que M. Dubois, semblent s'être mépris. Ces honorables membres ont paru croire que, dans les cas d'angusties générales, M. Hatin conseillait encore de se faire un chemin impossible entre une tête fortement engagée et le détroit supérieur; c'est gratuitement qu'on lui prête cette prétention. Dans les cas de cette sorte, le procédé de M. Hatin offre encore des avantages; et ceux-ci résultent de ce que la main une fois engagée dans le vagin peut s'y mouvoir avec facilité, sentir tous les points du bassin et aller à la recherche d'un passage s'il en existe, se rendre compte du degré de constriction et s'assurer jusqu'à quel point il permettra le passage des branches du forceps. C'est dans un cas de cette sorte que M. Chailly a obtenu un succès presque inespéré, et où d'un commun accord plusieurs accoucheurs avaient regardé l'opération césarienne comme la seule ressource à tenter.

En examinant donc de plus près et surtout en expérimentant le procédé qu'il a condamné sans l'entendre suffisamment, M. Dubois modifiera peut-être son opinion, et alors il aura rendu un véritable service; car il aura fait revivre un progrès que, par l'autorité de son nom et l'art de sa parole, il a pour ainsi dire frappé de mort. Nous serions heureux d'être pour quelque chose dans le succès de cet appel de l'académicien au professeur de clinique.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE COMPARÉE.

LE DIAPHRAGME CHEZ LES MAMMIFÈRES, LES OISEAUX ET LES REPTILES (mémoire lu à la Société de biologie); par M. CHARLES ROUGET, interne-lauréat des hôpitaux, membre de la Société de biologie.

(Suite et fin. — (Voir les nos 2 et 3.)

SECTION IV.—DIAPHRAGME CHEZ LES REPTILES ICHTHYOÏDES (BL.).

BATRACIENS. — Chez les batraciens, il n'y a qu'une cavité commune du tronc. Outre le tube digestif, ses annexes et les organes génito-urinaires, cette cavité contient encore les poumons. Ils ont tout à fait le caractère que leur assigne leur mode de développement, celui d'appendice, d'annexe, de l'appareil digestif. La séreuse commune les enveloppe et les fixe à l'aide d'un repli tout à fait semblable au mésogastre et au mésentère; l'air y est introduit par déglutition comme les aliments dans le tube digestif. Comme le contenu du tube digestif, le contenu de ces sacs aériens est expulsé par l'action des muscles larges des parois du tronc. Ces muscles nous offrent ici, en l'absence du développement des côtes, leur type le plus simple, et ce type est celui des muscles abdominaux des vertébrés supérieurs. Les belles recherches d'A. Thompson nous ont appris à considérer ces muscles des parois abdominales comme un seul muscle polygastrique. Rien d'extraordinaire de voir ici les trois couches de ce muscle réduites à deux.

Les fibres descendantes qui constituent la couche externe s'entre-croisent sur la ligne médiane avec celles du côté opposé et deviennent ascendantes dans la couche profonde qui représente à la fois le petit oblique et le transverse.

Outre ces deux couches, Mayer (de Bonn) (1) a décrit chez les aglosses (*pipa et xenopus*), sous le nom de muscle abdominal postérieur, un muscle qui, né de la diaphyse du fémur, longe la paroi supérieure du tronc et vient s'insérer à l'hyoïde et au pharynx, ou à la première portion de l'œsophage. Meckel regarde ce muscle comme le représentant du diaphragme et fonde cette opinion, très-juste, sur l'insertion de quelques faisceaux de ce muscle à l'œsophage, faisceaux tout à fait analogues, dit-il, à ceux qui chez *l'ours* se détachent des piliers du diaphragme et se jettent sur l'œsophage. Cette disposition, que Meckel croyait exceptionnelle et particulière à *l'ours*, nous l'avons trouvée chez la plupart des mammifères, chez les oiseaux mêmes, et lorsque nous la retrouvons chez les batraciens, nous ne pouvons méconnaître sa signification, et avec bien plus de droit que Meckel, nous devons considérer le muscle auquel elle appartient comme le représentant du diaphragme. Est-ce là cependant un fait particulier aux *aglosses*? les autres batraciens *anoures* sont-ils, comme on l'a pensé jusqu'à présent, dépourvus de tout vestige de diaphragme?

Je n'ai pu croire qu'il existât une telle lacune dans le plan général. J'ai donc cherché chez les batraciens indigènes, et trouvé, plus marqués même que je ne l'espérais, les traces d'un type constant.

(1) Mayer, NOVA ACTA NAT. CURIOS., vol. XII, part. 2.

Eau distillée.	1,000.
Eau de fontaine très-pure.	1,001 à 1,005.
Eau de rivière.	1,010.
Eau de mer	1,012 (1,036 Thomson).
Eau stagnante.	1,102.

Les expériences de Canton, Parkins, Oessaigne et Œrstedt ont mis hors de doute la compressibilité de l'eau. Œrstedt pense que la pression d'une atmosphère produit une diminution de 0,000045; Parkins l'estime à 0,000048 pour chaque atmosphère; Labèche à 51,3 millionnième de son volume. Ce dernier suppose qu'à raison de la forte pression, les mers profondes ne contiennent pas d'êtres vivants.

Suivant Hope et Moll, le maximum de densité de l'eau est à la température de 3°,059 et 4°,44. En atteignant ces degrés, l'eau des mers doit descendre au fond, où, se trouvant réchauffée par la chaleur terrestre, elle remonte à la surface. L'eau ne partage pas la propriété qu'ont la plupart des corps, et en particulier les liquides, de se dilater par l'accroissement de température, de se condenser par sa diminution. Elle présente à cet égard une anomalie remarquable: si l'on expose un vase rempli d'eau à 10° dans un espace dont la température est — 0, en plaçant des thermomètres très-sensibles au fond et à la surface du vase, on voit d'abord la partie inférieure se refroidir plus promptement que la supérieure. Dans ce cas, les molécules refroidies, devenues plus pesantes, gagnent le fond du vase; mais après un certain degré, c'est le contraire qu'on observe. La surface se refroidit plus promptement que le fond, ce qui montre que les particules froides deviennent plus légères. Il résulte d'expériences répétées que le maximum de densité est à 4°,44, et qu'elle diminue au-dessus et au-dessous; elle est à peu près la même à 0° et à 10°. On suppose que, voisine du terme de congelation, elle prend déjà un arrangement moléculaire qui lui fait occuper un plus grand volume.

L'eau distillée est de toutes la plus pure; celle qui provient de la pluie approche beaucoup de cet état, et contient presque toujours de l'acide nitrique. L'eau absorbe l'air atmosphérique en contact avec elle, dans la proportion de 5 p. 100. Mais celui qui est dissous dans ce liquide est formé de 32 parties d'oxygène au lieu de 21, et de 68 parties d'azote au lieu de 79; par conséquent l'eau a une plus grande affinité pour l'oxygène que pour l'azote.

Dans le TRAITÉ DES AIRS, DES EAUX ET DES LIEUX d'Hippocrate, il n'est pas question de la présence de l'air comme étant indispensable à la salubrité des eaux; Aristote en a parlé le premier dans ses QUESTIONS PHYSIQUES. Aulu-Gelle (NUITS ATTIQUES), Macrobe (SATURNALES), citent ce passage. Ce dernier, signalant les inconvénients de l'eau de neige, fait observer qu'elle est aussi nuisible étant bue chaude que froide. « Ce n'est donc pas le froid seul qui la rend pernicieuse, dit Macrobe; Aristote en a trouvé la raison véritable en démontrant que toute eau contient une portion d'air qui la rend salubre, et qu'elle perd lorsqu'elle vient à se condenser, resserrée par le froid et la gelée. Si elle fond aux rayons du soleil, il lui manque la partie la plus salubre que l'évaporation a volatilisée. La neige, qui n'est autre chose que de l'eau gelée en l'air, a perdu sa partie la plus subtile en devenant corps solide; et boire de l'eau de neige, c'est mettre dans ses entrailles le germe de différentes maladies. » (SATURNALES, liv. VII.)

Chez le crapaud (*bufo fuscus*) et la grenouille (*rana esc.*), le muscle pariétal profond (oblique ascendant) fournit la paroi postérieure de la gaîne du muscle droit abdominal, et s'insère au bord du sternum; le muscle droit s'y attache lui-même. Immédiatement au-dessus de ce point et sans ligne de démarcation, des fibres musculaires, formant une espèce de toit en avant et au-dessus de la cavité du tronc, se portent sur les côtés du péricarde (où elles semblent se terminer) *en manière de diaphragme*, dit Dugès (1), que cette disposition a frappé, bien qu'il n'en comprît évidemment pas l'importance et qu'il en ait fait mention *par hasard*, en quelque sorte.

Au-dessus enfin, et immédiatement accolé d'abord au plan musculaire dont nous venons de parler, naît, des côtés du rachis, un faisceau non encore décrit, qui, plus fort, mais en quelque sorte plus isolé chez le crapaud que chez la grenouille, caché chez tous deux par les muscles de l'épaule, se jette sur le pharynx et le commencement de l'œsophage. Quelques fibres passent en avant, d'autres vont jusqu'à l'hyoïde, mais la plus grande partie se terminent en s'entre-croisant avec celles du côté opposé sur la face postérieure du pharynx et de l'œsophage. Ce faisceau complète la voûte musculaire qui ferme en avant la cavité du tronc; il est immédiatement appliqué sur le sommet des poumons. Évidemment il représente très-exactement, sauf l'origine, le diaphragme postérieur des aglosses (2). Une autre partie du diaphragme est représentée par les fibres qui se jettent sur les côtés du péricarde. Ces fibres appartiennent bien en réalité au plan du muscle pariétal profond, mais ce n'est pas la première fois que nous voyons le diaphragme n'être qu'une dépendance du système des muscles larges de la paroi abdominale. (*Voir* Diaphr. des cétacés.)

SECTION V.

Chez les poissons, la modification profonde de l'appareil respiratoire entraîne-t-elle l'absence complète du diaphragme?

Cuvier admet bien entre la cavité des branchies et la cavité abdominale une cloison musculo-fibreuse, qu'il est porté à considérer comme l'analogue du diaphragme; mais des recherches plus complètes que celles auxquelles j'ai pu me livrer me sont encore nécessaires pour admettre la réalité de cette analogie que Cuvier indique seulement, sans l'appuyer d'aucune preuve et sans y attacher l'importance qu'elle mériterait.

Quant à des faisceaux musculaires trouvés par Rathke chez plusieurs espèces de coltus, par mes amis MM. Robin et Brown-Séquard, chez plusieurs espèces de squales, et qui, prenant leur origine à la paroi dorsale du tronc, se jettent sur l'œsophage, ces muscles, appartenant au système musculaire des parois du tronc (3), représentent évidemment, par leur disposition générale, leur origine, leur terminaison, la portion œsophagienne du diaphragme des batraciens (reptiles ichthyoïdes, Blainville).

(1) Dugès, RECHERCHES SUR LA MYOL. DES BATRAC.

(2) Je considère du reste l'origine du diaphragme à la diaphyse du fémur, comme un résultat de la fusion du psoas avec le diaphragme. Cette fusion est déjà indiquée chez l'homme: 1° par des faisceaux du diaphragme qui, dans quelques cas, se continuent avec les faisceaux musculaires du psoas (Bonamy, atlas, pl. 49); 2° par le faisceau diaphragmatique de la gaîne du psoas dont nous avons parlé précédemment (diaphr. des mammifères).

(3) M. Brown-Séquard les a vus se contracter immédiatement sous l'influence des stimulants. On sait que les muscles composés de faisceaux primitifs striés offrent seuls ce caractère.

SECTION VI.

§ I. — ÉVOLUTION DU DIAPHRAGME DANS LA SÉRIE DES VERTÉBRÉS.

Jusqu'ici, d'après l'ordre nécessaire des recherches, nous avons procédé du connu à l'inconnu, et suivi le diaphragme dans ses transformations successives chez tous les vertébrés.

Remontons maintenant, dans un ordre plus logique et plus naturel, la série des faits, et suivant les modifications d'un type constant, élevons-nous du simple au composé.

Déterminons d'abord le type. On doit distinguer, dans l'appareil musculaire auquel nous conservons le nom de diaphragme (si peu justifié qu'il soit le plus souvent), deux portions (non pas une portion lombaire et l'autre costale, elles sont intimement unies), mais une portion œsophagienne, une portion pariétale.

Cette dernière a pour caractère essentiel de constituer une enveloppe contractile immédiate de la grande cavité viscérale, dont elle forme toujours la paroi antérieure et quelquefois en partie la paroi supérieure (cétacés), ou même l'inférieure (oiseaux).

Quant à la portion œsophagienne, moins développée dans les classes supérieures, où elle existe cependant généralement, son importance augmente dans les classes inférieures (batraciens et poissons); elle est à l'entrée du tube digestif, dans l'abdomen, ce que le diaphragme inférieur (releveur de l'anus) est à la terminaison de ce conduit.

BATRACIENS. — Cavité commune pour l'appareil digestif et les poumons, qui n'en sont en quelque sorte qu'un annexe. Les deux portions du diaphragme existent, nettement distinctes l'une de l'autre; la portion œsophagienne est très-développée, mais la portion pariétale est peu distincte du système musculaire commun à toutes les parois de la cavité.

CHÉLONIENS. — Une seule cavité du tronc. Les poumons commencent à s'isoler du tube digestif, et sont en dehors du péritoine, mais enfermés encore dans un sac contractile constitué en avant par le diaphragme pariétal, en arrière par le transverse (qui représente probablement aussi le releveur de l'anus); le diaphragme œsophagien paraît manquer.

OISEAUX. — Les poumons s'isolent de plus en plus; ils occupent déjà en partie une cavité spéciale (cavité thoracique), mais leur appendice postérieur (réservoirs abdominaux) est encore dans la cavité viscérale, et comprimé par le diaphragme pariétal; mais la contraction de ce muscle, en diminuant la capacité de l'abdomen, a déjà pour effet secondaire d'augmenter la capacité du thorax, et par suite de dilater les réservoirs diaphragmatiques, appendices du poumon. Le diaphragme œsophagien existe constamment; il y a même des faisceaux œsophagiens et des faisceaux gastriques distincts.

MAMMIFÈRES. — Le tronc est divisé en deux cavités dont l'une en grande partie occupée par les poumons complétement isolés de l'appareil digestif. Le diaphragme pariétal, qui conserve toujours son caractère et ses rapports de paroi contractile de la cavité viscérale, se trouve constituer une cloison entre les deux cavités qui se partagent le tronc. En comprimant les viscères digestifs, en se rapprochant du centre de la cavité abdominale, ce qui a été jusqu'ici sa fonction essentielle et constante, il augmente nécessairement la capacité thoracique, détermine la dilatation des poumons, et sans perdre ses anciennes fonctions (vomissement, défécation, accouchement, miction), il en acquiert de nouvelles (inspiration). Le diaphragme œso-

---

Qu'est-ce qui produit le mélange de l'air atmosphérique à l'eau? Ce n'est pas simplement la raison d'affinité entre les deux principes: la cause essentielle est la pression même de la colonne atmosphérique. Dans le vide, en effet, l'eau ne dissout pas un atome d'oxygène, tandis que M. Thénard a montré que, dans les conditions ordinaires, ce liquide peut s'unir à une quantité d'oxygène égale à celle qui entre dans sa composition. On comprend dès lors pourquoi la proportion d'air est loin d'être la même dans toutes les eaux: cette différence s'explique par la diversité dans la pression atmosphérique, selon les hauteurs. M. Boussingault a constaté qu'un litre d'eau, renfermant 35 parties d'air aux bords de l'Océan, n'en contenait plus que 12 au torrent de Saint-Francisco, près de Santa-Fé de Bogota, à une élévation de 2,640 mètres.

L'eau est rarement pure; indépendamment de l'air, de l'acide carbonique, de l'azote, que renferme l'eau de plusieurs sources, elle dissout et contient un grand nombre de sels, de composés métalliques et terreux, ainsi que des matières animales et végétales.

La lumière est en partie réfléchie par l'eau; les rayons qui la traversent sont fortement réfractés et se rapprochent de la perpendiculaire. L'eau pure est mauvais conducteur de l'électricité; mais elle acquiert une propriété contraire lorsqu'elle contient des matières solides ou un acide. En la traversant, le fluide électrique, réuni en grandes masses, la soulève et la projette au loin.

Pure ou chargée de sels, l'eau est mauvais conducteur du calorique; chauffée, elle se dilate, et à la température de 100°, la pression barométrique étant de 28 pouces, elle bout, passe à l'état de vapeur, et son volume devient 1,698 fois plus grand. Cette vapeur, recueillie et condensée, montre que l'eau n'a subi aucun changement dans sa composition. Du reste, l'eau bout à toutes les températures, si l'on diminue la pression atmosphérique. En réduisant celle-ci à 5 millimètres sous la machine pneumatique, on voit bouillir l'eau à la glace; de même, l'augmentation de la pression retarde le point d'ébullition, et dans la marmite de Papin, on peut élever la température à 200°, sans la moindre apparence de ce phénomène.

L'eau étant refroidie, se congèle et devient solide, après avoir perdu l'air et les sels qu'elle contenait. Dans un état de repos, elle se congèle plus facilement que si elle est très-agitée; cependant un léger mouvement favorise sa congélation. A la température de 0°, on devrait la trouver à l'état de glace; mais le degré de pureté du liquide établit de notables différences. Blagden a remarqué qu'après avoir été bouillie, l'eau distillée peut descendre, sans se congeler, à — 6°,16. Celle qu'on n'a point fait bouillir ne se conserve liquide que jusqu'à — 3° 5 neuvièmes. L'eau ordinaire se solidifie tantôt à — 2° 5, tantôt à 2°, tantôt à — 1°. Si elle est chargée de particules limoneuses, elle se congèle à 0°. Blagden conclut de ces faits que plus l'eau est pure, et plus elle s'abaisse au-dessous de 0° sans se congeler.

Suivant Mairan, la glace occupe en volume un quatorzième de plus que l'eau distillée à 0°, et, suivant d'autres, un vingtième de plus; en sorte que la glace flotte au-dessus des eaux restées liquides. On a voulu attribuer ce phénomène au dégagement de l'air: cette cause n'est pas la véritable. L'augmentation de volume est due à la cristallisation, dont les molécules forment des prismes qui se croisent sous des angles de 120° à 60°. Cet accroissement se fait avec une telle force que les académiciens de Florence ont fait crever par la congélation une boule

phagien existe très-généralement et quelquefois au plus haut degré de développement (rongeurs).

Ainsi la série est complète du diaphragme œsophagien du pipa au diaphragme œsophagien de l'homme, du diaphragme pariétal des batraciens au diaphragme pariétal de l'homme; les deux termes extrêmes sont reliés entre eux, et nous possédons la raison de cette progression anatomique.

§ II. — DÉVELOPPEMENT.

Situé chez les derniers vertébrés à respiration aérienne (batraciens et chéloniens) à la limite antérieure de la cavité du tronc, immédiatement au-dessous de la région cervicale, le diaphragme s'éloigne d'autant plus de cette région que la place de l'animal est plus élevée dans la série. Il y a dans une même classe une différence très-marquée sous ce rapport, entre le diaphragme des cétacés, par exemple, et celui de l'homme. Le développement du diaphragme chez un embryon de mammifère supérieur répète exactement son développement dans la série animale.

A l'époque de la naissance, la cavité abdominale l'emporte de beaucoup en étendue sur la cavité thoracique, et le diaphragme est situé relativement plus haut que chez l'adulte. A mesure que l'on se rapproche des premiers temps de la vie embryonnaire, le diaphragme remonte de plus en plus vers la partie supérieure du tronc. Chez un embryon de lapin de 0m,009 de long, j'ai trouvé ce que Baër avait déjà signalé; le diaphragme situé au niveau de la première vertèbre dorsale, à la même hauteur que l'origine des membres antérieurs.

SECTION VII. — NERFS DU DIAPHRAGME.

Les nerfs du diaphragme viennent de la moelle.

Le trajet et la distribution des nerfs rachidiens sont généralement très-simples et limités au segment vertébral correspondant au point d'émergence des nerfs, ou tout au moins aux deux segments voisins. Le type de cette disposition nous est offert par les nerfs intercostaux. Les nerfs du cou, si l'on tient compte de leur disposition plexiforme, les nerfs des membres, en plaçant ceux-ci dans leur véritable position, c'est-à-dire perpendiculairement et non parallèlement à l'axe du tronc, forment une exception plus apparente que réelle à cette loi générale de la distribution des nerfs rachidiens. En est-il de même des nerfs du diaphragme?

Chez les batraciens et les chéloniens, ces nerfs sont normaux.

Le diaphragme est situé au même niveau que la racine des membres antérieurs ou immédiatement au-dessous. Les nerfs du diaphragme viennent de la région du plexus brachial ou des premières paires dorsales, et se comportent comme les nerfs intercostaux.

Chez les oiseaux, le diaphragme abdominal est animé uniquement par des branches des nerfs splanchniques du grand sympathique. Mais, sauf leur passage à travers les ganglions prévertébraux et sympathiques, ces nerfs ne s'écartent pas sensiblement du type normal, puisque les dernières paires dorsales, au niveau desquelles est situé le diaphragme, concourent à la formation des nerfs splanchniques.

Chez les mammifères, les nerfs diaphragmatiques semblent différer complétement de ce que nous avons vu jusqu'ici. Formés par la réunion de branches émanées des deux dernières paires du plexus cervical et des deux premières du plexus brachial, ils traversent toute la hauteur de la cavité thoracique avant d'arriver à leur destination.

Faut-il chercher à cette disposition singulière un but final, et rapprocher le nerf phrénique du nerf spinal auquel il ressemble par ses origines multiples, et de plus, chez certains animaux (écureuils), par sa fusion pendant une partie de son trajet avec le pneumo-gastrique. Faut-il faire de ces deux nerfs des accessoires du pneumo-gastrique, présidant aux contractions musculaires, seules essentielles et indispensables à l'accomplissement de l'acte respiratoire, les contractions des muscles du larynx et du diaphragme, contractions musculaires qui agissent encore de concert dans le mécanisme de l'effort et de la voix, en empêchant ou modifiant l'expiration?

Enfin, nous appuyant sur des raisons semblables à celles que M. Longet invoque pour établir le but final de l'origine singulière du nerf spinal, dirons-nous que l'origine du nerf phrénique à un point de la moelle si élevé et si distant de sa terminaison est en rapport avec l'importance des fonctions du muscle qu'il anime, et a pour but de permettre encore l'accomplissement de l'acte respiratoire et l'expulsion du contenu des réservoirs abdominaux (vessie, rectum, utérus), alors même que l'action des nerfs thoraciques et abdominaux est interrompue?

Mais cette explication physiologique ne nous satisfait pas, et nous croyons pouvoir donner, de l'origine et du trajet des nerfs phréniques chez les mammifères, une raison beaucoup plus simple et tout analogique.

L'origine très-éloignée de la terminaison, de l'artère et des nerfs spermatiques, s'explique très-naturellement, comme on sait, par le développement du testicule. Celui-ci naît au bord interne des corps de Wolf à côté des reins; ses vaisseaux et ses nerfs, nés au même niveau, s'allongent peu à peu et s'éloignent de leur origine, entraînés par la descente du testicule jusque dans le scrotum.

Il en est de même des nerfs du diaphragme. Nous avons vu que dans les premiers temps de la vie embryonnaire, le diaphragme est situé immédiatement au dessous de la région cervicale au même niveau que la racine des membres antérieurs. Rien de plus normal et de plus simple à cette époque que de voir les nerfs du diaphragme fournis par le plexus cervical et le plexus nerveux des membres antérieurs (1). Mais à mesure que les poumons se développent, ils refoulent en bas le diaphragme, dont les nerfs s'allongent et s'éloignent avec lui de leur situation primitive.

(1) On a signalé comme constante (Valentin, Hirschfeld) ou comme fréquente (Haller, d'après M. Berard, l'a trouvée cinq fois) une anastomose entre l'hypoglosse et le nerf phrénique. Cette anastomose est au moins rare, et lorsqu'elle a lieu, elle ne provient pas du tronc de l'hypoglosse mais de l'*anse nerveuse anastomotique* avec la deuxième paire cervicale. Dans le seul cas où j'ai trouvé une disposition analogue, voici ce qui existait. A droite de l'*anse anastomotique* partait une branche qui, renforcée par deux filets émanés des troisième et quatrième paires cervicales, se terminait par deux rameaux, dont l'un destiné au sterno-hyoïdien, tandis que l'autre, plongeant dans la poitrine, longeait le péricarde, à peu de distance du sternum, et allait se terminer dans la moitié droite du diaphragme, en s'anastomosant avec le nerf phrénique du même côté, qui existait simultanément. C'est là ce que Valentin a décrit sous le nom de nerf diaphragmatique antérieur.

Dans tous ces cas, et surtout dans le dernier, je pense que les filets destinés au diaphragme provenaient en réalité de la portion de l'*anse anastomotique*, constituée par la deuxième paire cervicale, et non par des filets crâniens de l'hypoglosse.

---

d'or dont la résistance pouvait être évaluée à 10,000 kilogrammes. Nous voyons, dans les hivers rigoureux, des roches se briser par l'action de l'eau renfermée dans leurs interstices, et ce n'est pas sans raison qu'on dit proverbialement : *Geler à pierre fendre.*

La glace continue à se refroidir jusqu'à —50°. Avant d'arriver à un tel degré, on peut la pulvériser et la conserver sèche. On la taille, on la polit comme le verre; comme lui elle livre passage à la lumière. Dans les régions arctiques, les habitants l'emploient aux mêmes usages que le verre; elle remplace même pour eux les carreaux de vitre. La glace acquiert parfois un degré de dureté extraordinaire. Dans un hiver rigoureux, on construisit à Saint-Pétersbourg, avec de la glace, une salle longue de 52 pieds, large de 16, haute de 20, où l'on dansa toute une nuit. On fit plus : on tailla également avec de la glace six pièces de canon, qu'on chargea comme des canons ordinaires; on tira à soixante pas sur une planche épaisse, qui fut percée de part en part, sans que les canons éclatassent. Elle a servi encore à faire des miroirs ardents presque aussi forts que ceux de métal. En se gelant, les fleuves et les bras de mer supportent le poids des voitures et des lourdes charrettes. Un des généraux de Mithridate défit la cavalerie des barbares sur les Palus-Méotides gelés. En 1658, Charles X traversa le petit Belt sur la glace pour attaquer les Danois. Dans l'immortelle campagne de 1795, nos escadrons traversèrent au galop les plaines glacées du Zuyderzee, et le 3 février, on vit des hussards et des artilleurs à cheval s'emparer de la flotte hollandaise mouillée près du Texel.

L'eau, en se congelant, perd une grande quantité de calorique, comme on la voit en dégager subitement avec tant de force lorsqu'elle se solidifie par son mélange avec la chaux. La fusion de la glace exige une grande addition de calorique; s'il en était autrement, toutes les glaces fondraient à une température de 1°. Si l'on mêle rapidement 1 kilogr. d'eau à 0° et à 1 kilogr. d'eau à 77°, le mélange est à 38°,5, moyenne des deux températures; mais si l'on ajoute 1 kilogr. de glace à 1 kilogr. d'eau à 77°, on obtient 2 kilogr. d'eau liquide à 0°. On en conclut que l'eau congelée absorbe 77° de chaleur pour passer à l'état liquide. Black a donné à ce calorique de l'eau à 0° le nom de calorique latent ou combiné.

Le calorique et l'eau sont les deux agents essentiels de la végétation; celle-ci fournit au végétal l'oxygène et l'hydrogène qui la composent. Comme boisson, elle n'est pas d'une moindre utilité aux animaux qu'aux plantes. Pline, dans son HISTOIRE NATURELLE, Sénèque, dans ses QUESTIONS NATURELLES, ont enregistré plusieurs fables populaires mêlées à quelques vérités mal interprétées, sur les propriétés merveilleuses de l'eau des sources et des fleuves; nous en citerons un petit nombre. D'après ces auteurs, le Mélas, en Béotie, noircit la laine des brebis, le Céphise les rend blanches, le Xanthe, rousses; une fontaine de Thespies féconde les femmes; l'Aphrodisium, en Phrygie, donne la stérilité; le Clitor, en Arcadie, fait prendre le vin en dégoût; Salmasis, en Carie, rend impudique. Près du lac Orchomène, en Béotie, sont deux sources, dont l'une communique et l'autre ravit la mémoire. L'eau du ruisseau de Nuz, en Cilicie (Varran), donne du jugement à ceux qui en boivent. Deux sources de Phrygie s'appelaient, d'après leur vertu, l'une Cléon, c'est-à-dire la pleureuse, l'autre Gélon, ou la rieuse; une fontaine de Cysique avait le don de guérir les amants malheureux : c'était moins périlleux que le saut de Leucate. Une multitude de sources étaient un poi-

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que, malgré leur long trajet, les nerfs phréniques n'émettent aucune branche et ne reçoivent aucune anastomose dans toute l'étendue qui sépare la situation primitive du diaphragme de sa situation définitive, c'est-à-dire dans toute l'étendue de la cavité thoracique (1).

Malgré les assertions contraires de Valentin et Bourgery, le diaphragme ne reçoit aucun filet de nerfs rachidiens autres que les nerfs phréniques. Tous les nerfs intercostaux ou lombaires sans exception ne font que le traverser pour se terminer soit dans le muscle transverse, soit dans le psoas ou le carré des lombes.

Mais le grand sympathique envoie au diaphragme plusieurs branches; l'une, que je n'ai trouvée qu'à droite, naît du ganglion semi-lunaire et du grand nerf splanchnique et se jette directement dans la partie inférieure du pilier droit, qui ne reçoit pas d'autres nerfs à ce niveau.

Une autre branche née à droite aussi du plexus cœliaque et du plexus surrénal, munie d'un ou plusieurs ganglions constants, remonte en accompagnant l'artère s'anastomoser avec la branche postérieure du nerf phrénique. Cette anastomose multiple forme une espèce de plexus, duquel partent des filets qui se jettent les uns dans le pilier droit, les autres dans la partie droite de la voûte. Un de ces filets, constant, arrive jusqu'à la moitié gauche en contournant le bord supérieur de l'orifice œsophagien. Mais plusieurs filets remarquables et souvent munis de ganglions se détachent : les uns du tronc même de la branche postérieure du nerf phrénique, au-dessus ou au-dessous de son passage à travers le diaphragme; les autres du plexus anastomotique, et se jettent sur la veine cave. Quelques-uns se perdent dans les parois de cette veine, d'autres se jettent sur les veines sus-hépatiques, au niveau de leur embouchure dans la veine cave. Ce sont ces filets que Blandin et d'autres anatomistes ont cru se terminer dans le parenchyme du foie, mais qui en réalité ne font que le traverser pour se terminer dans les parois des veines cave et sus-hépatiques.

Chez les phoques, un prolongement musculaire en forme d'anneau fourni par le diaphragme entoure la veine cave. Chez tous les mammifères en général, l'ouverture du diaphragme qui donne passage à cette veine est rétrécie par les contractions musculaires (2). D'un autre côté, chez les grands mammifères et chez l'homme même (3), on trouve des fibres musculaires lisses dans la tunique moyenne de la veine cave au niveau du diaphragme. Or il n'est pas sans intérêt de voir le pilier droit d'où émanent en grande partie les faisceaux tendineux qui bordent l'ouverture pour la veine cave, recevoir ses nerfs de la source même qui en fournit à la partie musculaire de cette veine; la communauté d'origine de ces deux ordres de filets nerveux a sans doute pour résultat de faire concorder deux actes qui modifient de la même manière la circulation de la veine cave, savoir : la contraction de l'anneau musculaire de cette veine et le resserrement de l'ouverture du diaphragme.

Quant à l'anastomose, décrite par Valentin, du nerf phrénique gauche avec le pneumo-gastrique gauche, voici ce qui existe réellement : une branche se détache de l'extrémité gauche du plexus cœliaque, communique par quelques filets avec le plexus surrénal, envoie quelques filets très-grêles qui s'anastomosent avec des divisions du nerf phrénique gauche, puis se porte vers le cardia et le cul-de-sac de l'estomac, où elle se divise en branches terminales; une de ces branches s'anastomose avec une division du pneumo-gastrique, c'est l'*anse nerveuse du cardia*. Le pneumo-gastrique gauche communique encore par les branches qu'il envoie au foie, avec un petit filet constant qui se détache du plexus anastomotique formé par la branche postérieure du nerf phrénique droit, et le rameau diaphragmatique du plexus cœliaque.

(1) Les prétendus filets fournis par le nerf phrénique au péricarde et au plexus pulmonaire droit ne sont autre chose que des branches artérielles, ainsi que je l'ai démontré sur une pièce déposée au Musée de la Faculté.

(2) M. Bérard, COURS DE PHYSIOLOGIE, vol. III, p. 243, cite à ce sujet les expériences de Haller, Schwartz et Bichat.

(3) Henle-Rœnschel.

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT COMPARATIF DE LA DYSSENTERIE DU PRINTEMPS, DE L'ÉTÉ ET DE L'AUTOMNE; par M. le docteur AUG. HASPEL.

Si la dyssenterie eût été mieux connue dans son essence, elle eût comporté certainement des divisions importantes; mais le peu de lumières qu'on a possédées à cet égard jusqu'à ce jour n'a pas permis de rien établir de bien précis sous ce rapport. Cependant la dyssenterie du nord de l'Afrique présentant dans son mode d'évolution, sa marche, son allure, sa durée, sa gravité, des variations importantes liées le plus souvent au règne de telle ou telle saison, ces caractères spéciaux nous ont offert une division qui nous a paru assez naturelle, simple et surtout très-pratique.

Il n'est d'ailleurs possible d'avoir une intelligence entière de cette maladie qu'à la condition de l'étudier dans toutes ses formes, dans son point de départ, dans le premier anneau de cette longue chaîne qui commence vers la fin du printemps pour se terminer en hiver. Or la plupart des pathologistes, qui ont décrit particulièrement cette maladie, l'ont présentée à son maximum d'intensité; ils en ont supprimé la première scène et ont formé de tous les faits une cohue tumultueuse au lieu d'un enchaînement logique. Ils ne se sont pas attachés à déterminer quels sont les caractères propres aux différentes espèces de cette maladie. Ils ont bien établi qu'il y avait des dyssenteries simples, gastriques, muqueuses, adynamiques, inflammatoires, chroniques, etc., mais ils n'ont pas établi les caractères particuliers à chacune de ces espèces; ils ont confondu pêle-mêle les symptômes, et se sont bornés à des généralités applicables à toutes à la fois; mais ce qu'ils ont surtout négligé, c'est cette connaissance physiologique des formes que leur impriment, dans certains pays, l'accroissement progressif de la cause morbide (intoxication miasmatique) et l'influence des saisons, et sans laquelle le livre des origines demeure éternellement fermé.

Elles revêtent généralement, en effet, dans ce pays, à chacune des périodes printanière et automnale, une physionomie tellement tranchée qu'avec une étude, même légère, on peut reconnaître à laquelle de ces deux phases la dyssenterie appartient.

« La même affection, dit Sydenham, se montre souvent dans l'année » sous des faces très-diverses; il faut distinguer dans chacune d'elles son » commencement, sa force et son déclin. Cette différence est quelquefois si » grave qu'elle règle absolument les indications et le traitement. »

son mortel : tels étaient la fontaine Nonaëris, en Arcadie, le lac des Nymphes, en Lydie, une fontaine d'Arménie peuplée de poissons noirs, etc. Trois fois, suivant Pline, les pluies ont donné à l'eau du Nil une amertume qui a causé la peste en Égypte. Le Cydnus de Cilicie guérit la goutte, disent Pline et Vitruve, tandis que les eaux de Trézène sont de si mauvaise qualité qu'elles la donnent à tous les habitants. Que de souvenirs poétiques réveillent en nous les noms de la fontaine Aréthuse, en Sicile, Aganippé, en Béotie, Castalie, à Delphes, Dircé, Hippocrène, etc.! Dans les marais de Lerne, au contraire, vivait une hydre aux têtes renaissantes, qui semait la désolation et la mort. On personnifiait les eaux dormantes dans le Styx; les lacs insalubres dans l'Averne, l'Achéron et le Cocyte.

Tout ce qu'Hippocrate rapporte aux chapitres 3, 4, 5 et 6, dans son traité des *airs, des eaux et des lieux*, sur les qualités des eaux d'après l'exposition des sources, a pu avoir son application dans quelques îles grecques; mais la justesse des observations serait en défaut si on voulait les étendre à toutes les contrées du globe. Suivant Hippocrate, dans les villes exposées au midi, les eaux sont abondantes, mais salines, peu profondes, nécessairement chaudes en été, froides en hiver et par conséquent nuisibles à l'homme. Les villes exposées aux vents froids ont généralement les eaux dures et froides, ce qui rend beaucoup de femmes stériles, leur purgation menstruelle peu abondante et de mauvaise qualité, leurs accouchements laborieux, etc. Dans les villes tournées au couchant, les eaux ne sont point limpides, parce que le brouillard, qui le plus souvent obscurcit l'atmosphère dans la matinée, se mêle avec elles et altère leur limpidité. Tous les avantages sont réservés aux villes exposées au levant; les eaux dont la source se trouve dans cette direction sont limpides, de bonne odeur, molles et agréables au goût; car le soleil à son lever dissipe les vapeurs en les pénétrant de ses rayons.

Hippocrate examine quelles sont les eaux malfaisantes, quelles sont les eaux salubres. Celles de marais, de réservoirs, d'étangs, sont nécessairement, dit-il, chaudes en été, épaisses et de mauvaise nature, dormantes, sans cesse alimentées par de nouvelles pluies, échauffées par le soleil, elles deviennent louches, malsaines et propres à augmenter la bile. En hiver, au contraire, froides, troublées par la neige et la glace, elles favorisent la pituite et les enrouements. Ceux qui en font usage ont toujours la rate obstruée et très-volumineuse. Il signale en outre, comme occasionnés par l'action de ces eaux, les hydropisies mortelles, les fièvres quartes très-longues, les hernies dans l'enfance, les varices et les ulcères aux jambes dans l'âge viril. Avec une telle constitution, la vie est courte et on est vieux avant l'âge. Hippocrate ne regarde pas comme salutaires les eaux qui sortent des rochers, ni celles qui sourdent de terres recélant des eaux thermales ou du fer, du cuivre, de l'argent, de l'or, du soufre, du bitume, de l'alun ou du natron.

Les eaux salubres sont celles qui coulent de lieux élevés et de collines de terre, car elles sont agréables, ténues, et ne demandent qu'une très-petite quantité de vin (pour les altérer). La grande profondeur de leur source les rend chaudes en hiver, froides en été. Il faut particulièrement recommander celles dont les sources s'ouvrent au levant, parce qu'elles sont nécessairement plus limpides, légères et de bonne odeur.

Les eaux qui cuisent bien les légumes et bouillent facilement sont propres à

Nous aurons à étudier d'abord la maladie au printemps, où faible elle débute, où elle présente plutôt pour caractère un état catarrhal qu'un état bilieux ou putride. Puis nous la suivrons successivement à travers toutes les transformations qu'elle peut subir soit dans ses diverses phases d'ascension et de déclinaison progressive, soit dans les rapports de succession de ses formes suivant l'influence variée qu'elle reçoit des conditions saisonnières.

Ces études ont pour but principal de soumettre à une liaison étroite et logique les faits épars dans l'histoire pathologique de ces maladies, d'en scruter la pathogénie, en comparant les nombreuses modifications survenues dans les éléments pathologiques, à mesure que les saisons se succèdent et que grandit la cause morbifique, et enfin nous former des notions positives sur les causes des différences caractéristiques de chaque époque, sur leur filiation généalogique. Pour les bien juger, il fallait donc sortir des perspectives étroites dans lesquelles on s'est jusqu'à ce jour volontairement renfermé, ce qui a empêché aussi de donner à ce genre de connaissance cette précision et cet enchaînement réguliers sans lesquels rien de positif et de net ne saurait pénétrer dans les intelligences.

Cependant il est un grand nombre de cas dans lesquels il devient impossible d'assigner à la dysenterie un type principal bien déterminé pour chaque saison, et nous avons vu plusieurs fois ces formes éluder nos divisions, se confondre, celle du printemps persister presque exclusivement avec son caractère particulier de mobilité, de bénignité et d'acuité pendant une partie de l'année, ou se mêler, sans en prendre les caractères, à celle plus grave, à type peu franc de l'automne, de même que nous voyons les fièvres printanières se montrer au milieu des fièvres plus graves de l'été et de l'automne. Dans certaines années même, lorsque les circonstances atmosphériques et les conditions de dégagement miasmatique sont peu favorables au développement de ces maladies, la forme automnale se présente alors avec des traits tellement atténués, affaiblis, qu'on pourrait croire que nos divisions ne sont que des créations *à priori* et non des résultats cliniques. Quoi qu'il en soit, ajoutons encore que des circonstances inconnues viennent quelquefois enrayer la succession régulière des phénomènes morbides; dès lors il est difficile de les rallier toujours aux formes bien déterminées que nous avons admises, non-seulement pour faciliter l'étude de la dysenterie et la rendre plus méthodique, mais surtout dans un but essentiellement pratique. Ce travail sera donc moins une dissertation particulière et méthodique sur cette maladie qu'un recueil d'observations relatives à leur cure.

DYSSENTERIE PRINTANIÈRE.

Dans les commencements du mois de mai et dans le courant des mois de juin et de juillet, on voit apparaître de temps à autre quelques dyssenteries; mais elles ne sont ni si dangereuses ni à beaucoup près aussi fréquentes que vers la fin de l'été ou en automne. A cette dernière époque, elles deviennent épidémiques, s'enveloppent d'un caractère particulier, doublent, triplent de nombre pour ainsi dire tout à coup, bien qu'à cette époque elles soient beaucoup moins nombreuses que les fièvres intermittentes. La différence de ces deux saisons offre même à cet égard un contraste des plus frappants : on ne peut en avoir d'idée, si on ne l'a pas vu et observé soi-même.

Au printemps la dyssenterie se montre ordinairement avec toute sa simplicité et dépouillée de tous les éléments qui ne la constituent pas essentiellement; elle doit à cause de cela même servir de type et de point de départ au pathologiste et au thérapeutiste. Les cas graves qui se présentent dans cette saison tiennent surtout à la mauvaise direction qu'on leur laisse prendre ou qu'on leur imprime, et encore faut-il en ce genre une sorte d'opiniâtreté bien regrettable pour les pousser à dégénérer, tant elles sont bénignes et disposées à se résoudre heureusement. On doit donc placer au premier rang des caractères de cette forme *le peu de gravité, la simplicité et la bénignité des phénomènes morbides*, mais surtout *leur mobilité* qui est quelquefois telle que le malade passe en vingt-quatre heures de la maladie à une santé parfaite; il n'y a pour ainsi dire pas de convalescence.

DYSSENTERIE AIGUE TRAITÉE AU DÉBUT ET GUÉRIE EN QUATRE JOURS (1).

OBS. I. — Le nommé Métais, soldat au bataillon d'Afrique, âgé de 32 ans, habite l'Algérie depuis trois ans.

De légers frissons, des coliques assez intenses, du ténesme, des selles sanguinolentes fréquentes, mais peu copieuses, une vive cuisson, de la chaleur et un sentiment de pesanteur à l'anus; une langue sèche et blanche, du gargouillement dans les fosses iliaques, de l'inappétence et de la soif; pas de nausées, un pouls normal; tels sont les symptômes qu'il présentait à son entrée à l'hôpital le 6 mai.

Le 7, diète; eau de riz; potion avec 2 grammes de calomel et 2 grammes d'ipéca.

Dans la journée, il eut au moins vingt selles légèrement sanguinolentes; quelques nausées, mais pas de vomissements. Dans la nuit il eut encore cinq selles, mais plus copieuses, plus faciles; en même temps les coliques et le ténesme avaient perdu de leur intensité, la langue s'était humectée, et la nuit avait été fort tranquille.

Le 8, diète; eau de riz; calomel et ipéca, 1 gramme de chaque.

Il eut encore une dizaine de selles verdâtres non sanguinolentes dans la journée, sans coliques, sans chaleur à la peau. La nuit fut très-bonne, et les jours suivants le mieux fit de rapides progrès. Le malade sortit le 12 mai.

Un médecin qui n'eût exercé la médecine qu'en France, préoccupé de l'inflammation des voies digestives, eût employé d'abord les émissions sanguines; certes il eût réussi à calmer les douleurs; mais les selles sanguinolentes au lieu de se supprimer presque tout à coup, comme cela a eu lieu ici, se seraient prolongées encore plusieurs jours, auraient fatigué le malade et l'auraient mis dans des conditions de faiblesse favorable aux rechutes; débilité par la médication et par la diète, il eût fait un séjour plus long à l'hôpital, tandis que les individus traités par la méthode que nous employons guérissent, en cette saison particulière, en très-peu de jours et presque sans convalescence. On ne peut attribuer ces résultats à un hasard heureux, à une coïncidence ou à une constitution médicale passagère, puisque pendant plusieurs années de suite j'ai vu se produire dans les mêmes circonstances les mêmes résultats que l'on n'eût certes pas obtenu aussi promptement et aussi sûrement à l'aide des autres moyens thérapeutiques. Il est impossible de ne pas voir là un rapport de cause à effet, et de ne pas se faire dès lors une conviction inébranlable;

(1) Je pourrais citer des milliers de faits, je n'en rapporterai que quelques-uns pris au hasard et recueillis, sous mes yeux, par les sous-aides attachés à mon service; ils présenteront à peu près toutes les formes que revêt ici la dyssenterie, depuis celle du printemps où, vive, légère, fugace, elle cède facilement au traitement jusqu'à celle de l'automne où elle s'accompagne quelquefois des symptômes adynamiques les plus graves.

---

humecter et à relâcher le ventre, tandis que les eaux dures, réfractaires et mauvaises pour la cuisson le dessèchent et le resserrent. C'est donc par défaut d'expérience que l'on se trompe sur les eaux salines et qu'on les regarde comme purgatives. Dans ce passage, l'auteur, nous n'en doutons point, a voulu désigner les eaux calcaires, et dès lors nous ne pouvons partager l'opinion de M. Daremberg, son savant traducteur, qui regarde les idées d'Hippocrate comme dénuées de tout fondement. Quant aux eaux de pluie, poursuit Hippocrate, elles sont très-légères, très-douces, très-ténues et très-limpides; mais elles sont, de toutes, celles qui se corrompent et acquièrent le plus promptement une mauvaise odeur. Elles ont besoin d'être bouillies et d'avoir déposé. Les eaux de neige et de glace sont toutes mauvaises. Hippocrate regardait comme étant exposés à la pierre, aux affections néphrétiques, à la strangurie, à la sciatique, aux hernies ceux qui boivent les eaux dont les éléments sont très-divers, comme celles des grands fleuves dans lesquels d'autres fleuves se déchargent, des lacs qui reçoivent quantité de ruisseaux de toute espèce, et enfin les eaux étrangères qui n'ont pas leurs sources dans le voisinage, mais qui arrivent de lieux éloignés. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer combien ces vues sont hypothétiques et contraires à l'expérience.

« Dans la bonne comme dans la mauvaise santé, dit Columelle (livre 1er), nul de nous ne prolonge sa vie sans une eau de bonne qualité. » La meilleure est limpide, incolore, inodore, aérée, sans goût; elle a la propriété de bien cuire les légumes et de dissoudre le savon. Elle ne doit se troubler que légèrement par l'azotate d'argent et le chlorure de barium. Le savon se caillebote, sans se dissoudre, dans les eaux séléniteuses; elles ne cuisent pas bien les légumes secs, haricots, fèves et pois. On reconnaît que l'eau contient de l'air, lorsque, y versant un peu d'une dissolution de sulfate de fer au minimum d'oxydation, il se précipite au bout de quelque temps de l'oxyde de fer rouge au maximum d'oxydation. Veut-on savoir si une eau contient une trop grande quantité de principes salins, on la fait évaporer; quand elle ne laisse pas de résidu sensible, on est certain qu'elle est pure. A la simple vue, on reconnaîtra que l'eau des torrents, des fleuves débordés, renferme des matières terreuses, et qu'il ne faut s'en servir qu'après le repos ou la filtration, en la supposant, d'ailleurs, de bonne qualité. Les eaux odorantes doivent ordinairement cette qualité aux divers produits sulfureux ou aux matières animales en putréfaction; on ne saurait croire, avec Pausanias et Athénée, que le puits de Mothone, dans le Péloponèse, exhalât l'odeur des parfums de Cysique. Pline a dit, avec une grande vérité d'expression, qu'une eau salubre doit ressembler exactement à l'air: *Aquam salubrem aeri quam simillimam esse oportet.*

Il faut diviser les eaux insalubres en trois grandes classes : 1° celles qui contiennent des matières animales et végétales en suspension; 2° celles qui renferment une grande quantité de principes gazeux, salins, métalliques ou terreux; 3° celles enfin qui sont privées d'air ou n'en contiennent qu'une portion insuffisante. Les premières sont particulièrement les eaux de marais, et en général les eaux stagnantes; cependant les lacs ne doivent pas être tous compris dans cette exclusion : tantôt de grands fleuves les traversent, comme le Rhône, pour le lac de Genève; tantôt l'eau est évaporée par une grande surface, entretenue et renouvelée par les pluies et les sources souterraines. Les eaux stagnantes ou des matières animales et végétales se putréfient, sont en général des-

sans doute la dyssenterie a quelquefois l'apparence inflammatoire, mais par son caractère, sa mobilité, c'est-à-dire la facilité avec laquelle elle déplace, abandonne la partie, elle offre certes un cachet spécial, qu'on ne peut se refuser à reconnaître. A cette occasion cependant je répéterai ici ce que Baglivi disait de l'Italie : *Scribo hæc in aere romano ;* car l'expérience a démontré que des maladies qui paraissent identiques sont très-différentes dans des lieux différents, et que la dissemblance peut nous être nettement accusée par la différence dans l'action du même médicament.

DYSSENTERIE DATANT DE HUIT JOURS, GUÉRIE APRÈS QUATRE JOURS DE TRAITEMENT.

Obs. II. — Le nommé Raymond, soldat au 56e de ligne, âgé de 26 ans, en Afrique depuis sept mois, est un homme bien musclé, d'une taille élevée.

Il y a sept ou huit jours qu'il a été saisi, dans une ferme de la plaine d'Egbris rendue insalubre par des défrichements récents et la stagnation des eaux, de coliques très-vives, accompagnées d'évacuations peu abondantes de sang ; il s'est alité et mis à la diète ; mais cette dyssenterie a bientôt pris des caractères d'acuité tels qu'il s'est vu forcé d'entrer à l'hôpital. A l'en croire il aurait eu la veille jusqu'à cent cinquante selles dans les vingt-quatre heures. Les matières qu'il rend chaque fois sont en petite quantité ; c'est du sang presque pur mêlé à quelques mucosités d'une odeur infecte.

Il se plaint de ténesme ; le ventre est douloureux, ballonné ; la langue blanche, fendillée, sèche ; la soif modérée, la bouche mauvaise, le pouls normal ; il est dans un état de prostration.

A son arrivée, on lui fit prendre un quart de lavement amylacé et opiacé, et le lendemain 28 juin on lui administra une potion contenant calomel et ipéca, 2 grammes de chaque.

Quelques heures après, il eut des nausées et des selles verdâtres assez abondantes qui se prolongèrent jusque vers la nuit ; puis il goûta un sommeil réparateur dont il n'avait pu jouir depuis l'invasion de sa maladie. Cette nuit-là il n'eut que trois selles.

Le 29, plus de colique, plus de ténesme ; la langue est humide, le ventre souple, le pouls normal ; il n'y a plus que quatre selles dans les vingt-quatre heures ; on y rencontre à peine quelques stries sanguinolentes.

Le 30, le malade commence à manger.

Le 31, il est au quart et entre en convalescence.

L'amendement qui suit immédiatement cette médication, n'est-il pas remarquable ? Certes les phénomènes dyssentériques disparurent avec trop de facilité pour que je puisse croire qu'il y eût, dans ce cas, une altération de l'intestin, une ulcération ; jamais nous n'avons pu en acquérir la certitude, car il n'est mort aucun de nos malades atteints de dyssenterie printanière simple et non compliquée. Dans certains cas plus graves, le rapport entre l'amélioration et la médication n'est pas aussi frappant ; néanmoins la maladie ne subit pas d'augmentation, elle est enrayée pour ainsi dire, tandis qu'il m'arrivait de ne pas donner le calomel dans ces cas, en voyant le malade aller plus mal. Il me parut impossible, après ces circonstances, de ne pas reconnaître au calomel et à l'ipéca une influence réelle sur la marche de la dyssenterie, et je ne pus dès lors lui refuser une grande supériorité sur les autres moyens thérapeutiques dont l'action est telle, dans certains cas, qu'on voit la maladie augmenter ou rester stationnaire, malgré leur emploi, et parcourir ses périodes. Sous l'influence de notre traitement, nous voyons disparaître les accidents même qui, pour beaucoup de praticiens, annoncent un état de phlogose des voies digestives, tels que la rougeur et la sécheresse de la langue, la soif, le ballonnement du ventre, les douleurs abdominales, etc. Les succès obtenus à l'aide de ces moyens, bien que la lésion du tube digestif soit souvent incontestable, aux yeux même de ceux qui les emploient, paraîtront fort extraordinaires aux anatomo-pathologistes qui ne voient que la lésion locale, qui la considèrent comme le pivot principal de la médecine, l'*ultima linea rerum*. L'illusion a été portée au point qu'on se flattait en appliquant des sangsues d'éteindre toujours le mal sur place. Nous aussi, imbu des doctrines qui régnaient encore en médecine, nous avons traité la dyssenterie par les émissions sanguines générales et locales, et jamais de pareils faits n'ont éveillé notre attention. C'est cependant dans ces dyssenteries printanières que les antiphlogistiques ont acquis une sorte de réputation et qu'on a pu citer en leur faveur un grand nombre de succès. Qui ne voit que l'issue presque toujours heureuse de ces dyssenteries fait tout l'appui du crédit qu'ont obtenu ces moyens ? Il suffit qu'on puisse compter des terminaisons heureuses, pendant leur usage pour qu'on leur en attribue tout l'honneur et qu'on proclame l'avantage de cette méthode. N'y aurait-il pas plus de justice à convenir avec franchise que ces maladies ont coutume en cette saison d'avoir une issue favorable, et que la médication le plus souvent n'a d'influence que sur leur durée et sur la facilité de leur retour ?

Les anciens aussi admettaient l'inflammation, l'ulcération intestinale dans la dyssenterie, mais ils ne se laissaient pas uniquement guider par elle et débutaient bel et bien par les évacuants. Consentons donc à accepter les travaux des anatomo-pathologistes modernes, non comme embrassant toute la question de la dyssenterie, mais seulement comme un des éléments de sa connaissance et une sorte de complément.

DYSSENTERIE AIGUE TRAITÉE SANS RÉSULTAT A L'INFIRMERIE PENDANT DOUZE JOURS PAR L'OPIUM ET LES SANGSUES, ET GUÉRIE EN CINQ JOURS PAR LES ÉVACUANTS DU TUBE DIGESTIF.

Obs. III. — Neny, maréchal-des-logis du train, entre à l'hôpital le 23 juin. Pendant douze jours, il avait été traité par l'opium, et au début 25 sangsues avaient été appliquées, mais tout cela sans aucun résultat. Cependant les coliques, le ténesme, les borborygmes des premiers jours avaient diminué, mais les selles, toujours sanguinolentes, étaient encore au nombre de douze à quinze dans les vingt-quatre heures ; elles fatiguaient beaucoup le malade, qui était inquiet et prostré ; la bouche était amère, la langue chargée et le pouls légèrement accéléré. (Eau de riz ; potion avec calomel et ipéca, 2 grammes de chaque.)

Une heure après l'administration de la potion, il eut quelques vomissements suivis de légères coliques et de l'expulsion de matières verdâtres ; les vomissements cessèrent bientôt, mais les selles se continuèrent plus abondantes, plus copieuses jusque vers minuit ; il n'eut plus dès lors que deux selles jusqu'à la visite.

Le 25, administration d'une seconde potion, mais cette fois avec calomel et ipéca, un gramme de chaque.

Il eut encore huit selles dans la journée, mais sans douleur et à peine marquées de quelques stries sanguines ; il est moins inquiet, moins prostré ; la nuit fut assez bonne ; il n'eut que trois selles.

Le 26, je prescrivis une crème de riz au lait et cessai le traitement.

Dans la journée, il eut une selle, mais sans aucune trace de sang.

Le 27, soupe au lait ; eau de riz. Il n'eut dans cette journée qu'une seule selle assez consistante.

La durée de la maladie n'est pas entièrement sous l'influence du traitement. Les malades qui se sont soumis dès le début à l'action de cette méthode thérapeutique en furent quittes au bout de trois ou quatre jours, et même quelques-uns en vingt-quatre heures. La dyssenterie était, pour ainsi dire, jugulée. Dans le cas contraire, j'ai vu la maladie se prolonger quinze

---

agréables au goût, se conservent peu et doivent compter parmi les plus insalubres. Hippocrate attribue aux eaux des marais le gonflement de la rate et les hydropisies ; mais il est difficile de distinguer l'effet des eaux marécageuses, prises en boisson, de celui des miasmes que l'on respire, et que le vent transporte quelquefois à de grandes distances : il suffit de passer quelques jours, quelques heures, et même quelques instants dans cet air empoisonné, pour contracter le germe de fièvres redoutables. L'eau est étrangère à ces accidents instantanés ; mais nous sommes disposés à donner à l'usage des eaux insalubres une certaine part dans les cachexies, propres aux pays marécageux. Quelles mesures hygiéniques relatives aux boissons, conseillerons-nous aux malheureux que le sort attache à ces contrées meurtrières ? Dans ces lieux mêmes, on rencontre parfois des sources qui n'ont aucun point de contact avec le marais. S'il fallait pourtant boire de cette eau dormante, il serait convenable de la faire bouillir, de la soumettre à des filtres de charbon et de l'agiter vivement à l'air.

Il y avait près de Soracte une fontaine, d'où l'eau sortait en bouillonnant. D'après Varon, Théophraste et Théopompe, tous les oiseaux qui venaient y boire tombaient frappés de mort subite. D'autres sources moins délétères produisent l'ivresse ; tels sont celles de Calès, du Lynceste et des côteaux de Falerne. De nos jours, on a parfaitement étudié l'action de la grotte du Chien, à Pouzzoles ; il s'y produit une asphyxie, qui pourrait devenir mortelle, et qui est due à l'acide carbonique. D'autres sources, moins chargées de ce principe, en retiennent cependant une partie des propriétés qui les font rechercher sur les tables choisies ; nous citerons comme boissons hygiéniques, les eaux d'Ischel en Autriche, Marienbade, Egra en Bohême, Spa, Seltz, Rennes, Bussang, Saint-Galmier, etc.

Une source, fortement chargée de sels, rentre dans la catégorie des sources minérales, et ne doit être employée que d'après une indication positive ; mais une petite quantité de principes salins, dissous dans les eaux de source ou de rivière, les rend plutôt favorables que nuisibles à la santé ; telle est l'eau de Seine qui contient, en faible proportion, des sulfates, des muriates et des carbonates terreux et alcalins, elle purge souvent les étrangers ; il suffirait même d'en boire un ou deux litres le matin, à jeun, pour purger doucement les indigènes. Ce que nous comprenons difficilement, c'est qu'avec une administration aussi intelligente, aussi soucieuse du bien-être des habitants, il ne soit pas pris ait aux distributeurs d'eau à domicile de la puiser au-dessus de Paris, en amont du fleuve. C'est là une question, digne à tous égards de la sollicitude des magistrats ; ils ne doivent pas se laisser égarer par l'opinion optimiste de Parent-Duchâtelet. A quel homme intelligent, en effet, persuadera-t-on que l'eau mélangée avec les immondices des hôpitaux et le résidu des égoûts, surtout en été, soit saine et salubre ? Il est des questions hygiéniques, qui sont du ressort du bon sens, et la science ne pourrait que se compromettre en les jugeant autrement.

Toute l'attention des médecins s'est portée sur les eaux séléniteuses, c'est-à-dire les eaux chargées de carbonate, et surtout de sulfate de chaux ; celle des puits de Paris possède éminemment ces principes ; son goût est fade, désagréable, imparfaitement masqué par son mélange avec le vin ; outre les sels calcaires, elle contient du nitrate de potasse et du carbonate d'ammoniaque. Hippocrate a dit avec raison que de pareilles eaux resserrent le ventre. C'est

et même vingt jours, passer quelquefois, quoique rarement dans cette saison, à l'état chronique, et l'on sait quelle opiniâtreté offre cette dernière à l'action thérapeutique, lorsqu'elle est arrivée à ce degré, lorsqu'il existe probablement déjà de larges et profondes ulcérations dont la cicatrisation devient alors très-difficile.

Des sangsues avaient été employées au début, et cependant l'état morbide des voies digestives était resté stationnaire et même s'était aggravé.

Cette observation prouve donc l'insuffisance du traitement antiphlogistique dans une affection qui s'éloigne par sa marche et par ses symptômes des véritables phlegmasies.

Pour rendre hommage à la vérité, nous conviendrons cependant que la méthode que nous employons, même appliquée à temps et vierge de tout autre moyen, peut aussi avoir ses insuccès. Mais la bonté du traitement ne nous paraît nullement infirmée par ces cas malheureux, qui ne sont, à vrai dire, que de rares exceptions.

DYSSENTERIE COMPLIQUÉE DE FIÈVRE QUOTIDIENNE.

OBS. IV. — Le nommé Tylée, soldat au bataillon d'Afrique, âgé de 24 ans, né dans le département du Nord, est admis à l'hôpital le 28 mai. Depuis quatre ans qu'il habite l'Afrique, c'est la première fois qu'il est atteint de la dyssenterie.

Employé à la ferme du bataillon, située en face de la plaine marécageuse d'Egbris, il a été pris, le 24 mai, de légères coliques suivies de dyssenterie, que j'attribue à un refroidissement. Les jours suivants, les coliques disparurent, mais les selles devinrent plus nombreuses; elles contenaient beaucoup de sang.

Le 28 et le 29, il a été pris d'un accès de fièvre caractérisé par des frissons, de la chaleur et de la sueur, ce qui le décida à entrer à l'hôpital.

Le 30, jour de son entrée, il rendait de vingt à vingt-cinq fois par jour, sans douleur, des matières composées d'une mucosité filante, glaireuse, mélangée de sang; il accusait un peu de ténesme; le ventre était souple, indolent; le pouls naturel, la soif modérée, la langue belle; il avait conservé ses forces et son appétit.

Je lui fis administrer, à son entrée, un gramme de sulfate de quinine, et le lendemain, à la visite, il prit 2 grammes de calomel et 2 grammes d'ipéca.

La fièvre ne reparut plus; il eut dans la journée quelques vomissements et quinze à seize selles sanguinolentes, sans coliques. Il ne fut dérangé que deux fois dans la nuit.

Le 1er juin, il se sentait beaucoup mieux; il n'avait ni fièvre ni vomissements; les selles avaient cessé complétement; la langue était naturelle, et il nous tourmentait pour avoir à manger. Je prescrivis une soupe au lait. A dater de cette époque, la maladie n'a cessé de marcher vers la convalescence.

Lorsque des changements aussi notables, aussi subits, se manifestent après l'administration d'un médicament, ils sont une preuve des plus convaincantes de son efficacité. J'ai vu fréquemment des convalescences commencées, interrompues tout à coup par des rechutes; alors reparaissaient les coliques, les évacuations sanguines, et la même médication triomphait encore de ces accidents. Il est des cas surtout où l'action de ce traitement était si manifeste, si rapide et si expressive, qu'ils avaient certes plus d'éloquence que tous les relevés statistiques, et ne pouvaient laisser aucun doute à tout esprit impartial et dégagé des idées systématiques. Des fièvres intermittentes de différents types accompagnent fréquemment ces dyssenteries; l'expérience nous a appris qu'il fallait attaquer d'abord la fièvre intermittente à l'aide du sulfate de quinine, afin de simplifier ainsi la maladie, ensuite combattre la dyssenterie à l'aide des moyens indiqués; car le sulfate de quinine ne suffit pas, ainsi que l'ont prétendu quelques médecins, pour couper court à la dyssenterie. Il est nécessaire, dans ces cas, de diriger un traitement à part contre chacune de ces individualités morbides; nous sommes donc portés à conclure que lorsque la dyssenterie a cédé au sulfate de quinine, c'est que cette maladie était de l'ordre de celles que nous voyons guérir spontanément. Cependant, dans des cas nombreux rapportés par Torti et Dreyssig, les phénomènes dyssentériques eux-mêmes offraient une marche intermittente apparaissant avec les accès de fièvre et disparaissant dans les intervalles. C'était la *dysenteria intermittens*. Cette forme de la dyssenterie qui, certes, peut se montrer quelquefois, est fort rare dans ce pays.

Quant au refroidissement accusé par le malade, il n'est qu'une cause occasionnelle d'un ordre très-secondaire et qui exige le concours d'une autre cause probablement miasmatique, mais qui nous échappe encore et qui est la cause principale.

Nous le répétons, il est des médecins qui attaquent ces maladies par des émissions sanguines réitérées, par les affaiblissants, par les adoucissants de toute espèce, et ils citent nombre de guérisons opérées sous leur influence. Je ne nie aucun de ces faits, mais j'ajouterai que cela ne démontre pas essentiellement l'utilité des moyens ci-dessus, mais seulement les ressources médicatrices de la nature. D'ailleurs, pour se faire une idée juste de l'action de ces médicaments dans la dyssenterie, il serait nécessaire de distinguer soigneusement la saison, les périodes de la maladie dans lesquelles ils ont été appliqués, ainsi que ses complications.

Dans les dyssenteries en cette saison, ordinairement peu graves par elles-mêmes, ces médecins, qui en sont encore à considérer ces maladies comme des gastro-entérites, contribuent souvent, par leur traitement, à les faire dégénérer de leur nature bénigne; mais le plus souvent le malade résiste heureusement en même temps, et à la maladie et à la méthode thérapeutique. En effet, des cas légers deviennent quelquefois des cas plus ou moins graves; les cas graves dégénèrent à leur tour en maladies désespérées, et le retour à la santé est acheté par un affaiblissement qui se prolonge bien au delà du temps de la durée ordinaire de ces maladies soumises à un autre traitement ou même abandonnées à elles-mêmes.

Lorsque les émissions sanguines interviennent au début de la maladie, le plus souvent les douleurs se calment, mais les selles continuent, bientôt la faiblesse augmente, et les malades tombent dans la prostration. Le médecin change alors de médication, il a recours quelquefois au calomel et à l'ipéca. Si ces médicaments arrivent encore à temps, la nature triomphe au prix des plus grands périls. Cependant ces dangers auraient pu être conjurés par l'emploi d'une médication plus convenable, plus appropriée à une maladie qui, dans cette saison particulière, ne se termine qu'exceptionnellement par la mort, et j'avoue n'avoir jamais eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu mort de cette dyssenterie, à moins que la maladie n'ait passé à l'état chronique.

Bien convaincu aujourd'hui de la supériorité incontestable de cette méthode thérapeutique, je conviendrai cependant qu'il m'a fallu traverser bien des doutes pour adopter définitivement ce traitement. Je ne parle pas en Anglais prévenu en faveur de cette médication, je parle d'après une expérience de dix ans. J'espère que mes confrères d'Afrique voudront bien vérifier sur leurs malades l'exactitude de mes observations.

(La suite prochainement.)

---

probablement à des sources fortement chargées de carbonates de chaux qu'Ovide fait allusion dans ces deux vers :

Flumen habent Cicones, quod potum saxea reddit
Viscera, quod tactis inducit marmora rebus.

Chez les Cicones, il est un fleuve dont l'eau pétrifie les entrailles et revêt tout ce qu'elle touche d'une couche de marbre.

Les eaux de Loëche en Suisse contiennent le sulfate de chaux en proportion énorme; cependant elles ne sont pas indigestes comme la plupart des eaux séléniteuses et elles en diffèrent totalement par le goût. Clark a calculé qu'il est consommé chaque jour à Londres 37 millions et demi de gallons d'eau; purifiée par un procédé qu'il indique, elle déposerait 24 tonnes de chaux solide, c'est-à-dire 8,835 tonnes par an. On ne peut supposer que le passage journalier d'une énorme quantité de sel calcaire dans l'économie soit d'une parfaite innocuité. La présence de la chaux dans les sources se reconnaît facilement par l'acide oxalique ou l'oxalate d'ammoniaque, qui forme en se précipitant un oxalate de chaux insoluble. On assainit jusqu'à un certain point les eaux séléniteuses en y versant un peu de carbonate de potasse et en les filtrant.

Il nous reste à parler des eaux privées d'air qui proviennent de la fonte des neiges et des glaces, ainsi que de la pluie. Hippocrate les regarde comme insalubres. Aujourd'hui encore on est porté à attribuer le goître et le crétinisme à l'eau privée d'air qui descend des montagnes; mais d'autres observateurs, Odier entre autres, ont fait remarquer que ces tristes infirmités ne se rencontrent pas dans la vallée de Chamouny ni dans plusieurs vallées alpestres où l'eau de neige est seule en usage. Les recherches récentes de M. Chatin montrent que l'absence de l'iode dans les eaux ménagères joue un grand rôle dans la production du goître et du crétinisme. On a lieu de s'étonner que l'eau de pluie traversant les couches de l'atmosphère contienne très-peu d'air. Une autre cause d'insalubrité provient de ce qu'en tombant, elle entraîne la poussière, le pollen des fleurs et des insectes enlevés par le vent. Est-on réduit à se servir des eaux de pluie, on laisse s'écouler les premières ondées qui balayent les corps étrangers; l'eau qui tombe ensuite est dégagée de toute impureté. Recueillie dans des citernes évasées, l'air s'y dissout en assez grande quantité; on peut même favoriser ce mélange par l'agitation.

L'eau de mer en se congelant se dégage de tout principe salin; cette glace fondue devient de l'eau douce et rentre dans la condition des eaux de neige. Dans son voyage au pôle boréal, lord Mulgrave dit avoir rempli plusieurs futailles de glace marine qui en fondant lui procura une eau très-pure et très-saine. Cook remplit également quinze tonneaux de glace dans les mers australes par 61° 12' l. s. Il obtint aussi de l'eau douce; mais elle donna des coliques et une enflure des glandes de la gorge à tous ceux qui en burent. L'eau de mer obtenue par l'évaporation présente les mêmes caractères; les anciens en avaient fait la remarque: pour avoir de l'eau douce en mer, dit Pline, on étend autour des navires des toisons qu'humecte l'évaporation de la mer et d'où l'on exprime l'eau douce.

En quelque point du globe qu'il habite, l'homme n'a pas toujours le choix de son régime; il est soumis à des nécessités qu'il modifie quelquefois, mais auxquelles il n'échappe jamais entièrement. Il ne lui est pas toujours loisible de se procurer partout une eau salubre : l'île de Gorée, par exemple, manque tota-

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire et propriétés médicales du matico*; par M. Gazentre. 2° *Luxations de la mâchoire inférieure*; par M. Danvin. (Deux cas où le déplacement fut très-aisément corrigé par le procédé de M. Nélaton. L'un d'eux est relatif à une luxation double.) 3° *Moyen de reconnaître la pierre dans la vessie sans cathétérisme*; par M. Heurteloup. 4° *De l'extraction des dents*; par M. Désirabode. (Description détaillée des divers instruments et de la manière d'appliquer chacun d'eux.) 5° *Traitement des ophthalmies à l'hôpital des Enfants malades*; par M. Trousseau. 6° *De quelques accidents qui accompagnent la seconde dentition*; par M. Martin-Lauzer. 7° *De la paraplégie*; par M. Saudras. 8° *Histoire naturelle de la digitale pourprée*; par M. Martin-Lauzer.

DES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DU MATICO; par le docteur GAZENTRE.

Le matico, plus connu, depuis les travaux de Miquel, sous le nom d'*artanthe elongata*, est un petit arbuste de la famille des pipéracées, vanté au Péron et au Chili pour ses vertus *cicatrisantes*. Les feuilles ont une odeur aromatique qui se développe davantage lorsqu'on les presse entre les doigts. Mâchées, leur saveur d'abord peu marquée est aromatique, puis amère et même âcre. Elle n'est en aucune façon styptique, bien que l'action de la plante paraisse se rapprocher de celle des astringents. Cette plante n'a encore été soumise à aucune analyse chimique. Il est reconnu qu'au Chili elle a moins d'arome et d'activité qu'au Pérou. Jusqu'à présent les feuilles sont seules usitées.

En juillet dernier, M. Gazentre avait déjà adressé à l'Académie de médecine une note sur le matico. C'est pour la développer et la compléter qu'il publie le présent mémoire, où l'action physiologique et thérapeutique de la plante est exposée en effet avec détails.

Les feuilles de matico appliquées à l'extérieur sur des parties saines ne produisent aucun effet appréciable. Il en est de même quand on les applique sur une membrane muqueuse également saine. Mais si on les met en contact, soit en poudre, soit en décoction ou en infusion, avec une plaie récente, on voit aussitôt l'écoulement sanguin diminuer et s'arrêter, la fibrine se coaguler, les petits vaisseaux s'oblitérer, et la cicatrisation a lieu très-rapidement.

A l'intérieur, le matico est tonique et astringent. En quantité exagérée, il détermine à l'estomac un sentiment de gêne et d'embarras, des chaleurs, des nausées et des vomissements.

Pour l'emploi thérapeutique, voici les différents modes d'administration expérimentés par M. Gazentre.

A l'extérieur, il lave les plaies avec une décoction refroidie de 80 à 40 grammes de feuilles par litre d'eau; il recouvre ensuite d'une couche assez épaisse de poudre. — A l'intérieur, il emploie ordinairement une infusion faite à froid de 4 à 8 grammes de feuilles par litre d'eau, ou une infusion faite à chaud d'une plus petite dose de feuilles. Cette tisane n'a pas de mauvais goût et ne répugne nullement; elle se donne par quart de verre de quatre à huit fois par jour. Parfois aussi il emploie une décoction de 3 à 5 grammes de feuilles par litre d'eau, qui est plus foncée, plus amère; mais elle ne convient qu'aux estomacs peu irritables. *La poudre* administrée en pilules est très-active; elle se donne à la dose de 40 à 80 centigr. par jour, et même plus. Mais les préparations liquides sont mieux supportées. *L'extrait* de feuilles a été prescrit quelquefois à la dose de 20 à 40 centig.; mais celui dont l'auteur a pu disposer provenait de plantes cultivées au Chili et n'était pas de très-bonne qualité.

M. Gazentre rapporte quelques faits et entre dans quelques développements relatifs aux succès qu'il a obtenus de l'emploi du matico contre les plaies récentes, les vieux ulcères, la métrorrhagie, l'hémoptysie, l'épistaxis, la leucorrhée, la diarrhée et la dyssenterie chroniques.

Le chapitre le plus intéressant de cette partie pratique du mémoire est celui qui concerne les plaies. L'auteur assure que les lotions et la poudre rendent les plus grands services, surtout dans les plaies dont on veut obtenir la réunion par première intention, notamment dans les amputations des membres, en arrêtant le suintement sanguin et en accélérant le travail de cicatrisation. On comprend bien que l'action du médicament ne puisse être aussi directe ni aussi rapide contre les ulcères chroniques; néanmoins elle leur donne souvent un meilleur aspect, en favorise la détersion et la guérison. L'observation suivante est assez remarquable pour que nous croyions devoir la rapporter brièvement.

OBS. — Un habitant de Guillota souffrait depuis trois mois d'ulcères gangréneux de la jambe gauche, qui avaient résisté aux divers moyens employés par les médecins de la localité. En mai 1848, il vint à Valparaiso réclamer les soins de M. Gazentre. La jambe était rouge et gonflée dans toute son étendue; en divers points se voyaient des phlyctènes et des ulcérations de forme irrégulière et de grandeur variable. Quelques jours d'observation permettent de constater que les phlyctènes se développent en même temps qu'une vive phlegmasie locale; qu'en se crevant elles mettent à nu une surface noire et sphacelée; qu'à l'escarre succède une ulcération qui s'étend chaque jour davantage, détruit le derme et met les muscles à nu. Les ulcérations ont déjà successivement envahi toute la jambe, depuis les malléoles jusqu'à la partie supérieure du tibia, en arrière, en avant et sur les côtés. Quelques-unes sont recouvertes d'une cicatrice violacée qui se déchire avec une extrême facilité, laissant couler en nappe des flots de sang noir et épais. La suppuration est très-fétide. Préparations chlorurées, eau vinaigrée, cautérisations avec le nitrate d'argent, régime approprié, tout fut employé. Il en résulta une notable amélioration. Mais, au moment où l'on pouvait espérer la guérison, de nouvelles phlyctènes se montrent sur la jambe droite, et l'ulcération gangréneuse suit la même marche que du côté opposé. Cette jambe est variqueuse; des hémorrhagies y surviennent fréquemment.

On recouvre les surfaces malades de poudre de matico; on les lave avec une décoction concentrée et refroidie. En peu de jours, l'aspect des plaies devient meilleur; les hémorrhagies ne reparaissent plus. Afin de mieux s'assurer de l'effet du matico, on traite certaines ulcérations avec cette substance seule, d'autres avec la solution de chlorure de chaux, quelques-unes avec l'eau vinaigrée et la poudre de quinquina. Bientôt on peut constater que les premières ulcérations sont plus colorées, que leurs bords sont moins engorgés, qu'elles cessent de s'agrandir. Dès lors, on opère des lavages au matico sur toutes les parties ulcéreuses et même sur toute l'étendue de la jambe, et l'on applique sur la surface des ulcérations un mélange à parties égales de poudre de matico et de poudre de quinquina. Les lambeaux de derme mortifié tombent, l'inflammation

---

lement de sources, et l'eau potable lui est apportée de Hann, distant de douze milles de la côte. Afin d'ôter aux eaux stagnantes et séléniteuses leurs mauvaises qualités, on devra les faire bouillir et les filtrer; on agitera à l'air les eaux provenant de la fonte des glaces et des neiges. On confectionne les filtres avec du sable de rivière, des pierres poreuses de nature calcaire disposées en couches et toutefois les filtres de charbon sont les meilleurs de tous. Du reste, chaque peuple a ses usages dans lesquels il est guidé par son instinct non moins que par son industrie. Les Chinois de haut parage sont si difficiles sur la qualité de l'eau, qu'ils en boivent rarement sans la faire distiller; pour purifier celle des fleuves, ils mettent quelques grains d'alun dans le creux d'un bambou percé de plusieurs trous, et l'agitent pendant trois ou quatre minutes. Mais l'art ne procure jamais ces sources bienfaisantes, œuvres secrètes de la nature dans lesquelles se dissolvent en proportions convenables le muriate et le carbonate de soude, le carbonate de chaux, l'air atmosphérique, etc., sources vivantes, pour ainsi dire, qui s'animent et s'entretiennent par un mouvement continuel, par l'électricité souterraine, et qui, malgré les variations de la surface du globe, conservent une température uniforme aussi éloignée du froid extrême que des chaleurs excessives.

Certaines sources ont joui d'une célébrité remarquable. Les rois Parthes ne buvaient que les eaux du Choaspe et en faisaient, dit-on, porter avec eux dans les plus longs voyages. Malgré son limon et ses débordements, les anciens appelaient le Nil le fleuve de l'abondance et de la santé; son eau est légèrement purgative. Au commencement des crues, elle prend une couleur verte qui fait place à un rouge plus ou moins brunâtre du trentième au quarantième jour. Pendant les trois mois où elle reste presque stagnante, elle devient bourbeuse, et ne peut être bue qu'après avoir été clarifiée. Du reste, elle est fort renommée pour sa salubrité : si Mahomet en eût bu, disent les Égyptiens, il eût demandé au ciel une vie immortelle pour en jouir toujours. Suivant du Maillet, l'eau du Nil est parmi les eaux ce que le champagne est parmi les vins.

De toutes les eaux du monde, dit Pline, la plus célèbre par sa fraîcheur et ses effets salutaires est l'eau Martia que la bienveillance des dieux a donnée à Rome avec tant d'autres avantages... La source est à l'extrémité de la chaîne qui hérisse la Pélignie; elle traverse le pays des Marses et le lac Ficin. Ancus Martius la fit conduire à Rome par un aqueduc de dix milles dont les canaux furent rétablis par Quintus Martius rex et Agrippa. Du temps de Pline, quelques hommes ambitieux et avares avaient détourné cette source ainsi que *l'eau vierge* à leur profit au grand détriment de la santé publique. Ces deux sources fournissent encore à la ville éternelle des eaux salubres et abondantes. La seconde alimente la belle fontaine de Trevi et s'appelle *acqua vergine* (Pline, liv. 2 et 31).

On admire quelquefois la fraîcheur du teint, la beauté des formes, la blancheur des dents, la vigueur de constitution des habitants d'une contrée. Quelle en est la cause? Elle reste presque toujours ignorée; c'est la bonne exposition parfois, l'aisance souvent. Cependant la qualité de l'eau, ce breuvage de tous les jours, cet aliment de l'homme sain, ce remède de l'homme malade, n'est point étrangère aux conditions hygiéniques les plus avantageuses. Mais ordinairement les habitants eux-mêmes ignorent le trésor de santé qu'ils possèdent; ils en jouissent sans reconnaissance, comme le riche des faveurs de sa fortune qu'il eût en naissant, comme l'homme robuste qui, n'ayant jamais souffert, se doute

phlycténoïde disparaît, les ulcères se limitent, leurs bords se nivellent. Mais de leur fond d'abord rosé s'élèvent des chairs molles que le nitrate d'argent réprime avec peine. La cicatrisation est achevée par des pansements avec la poudre d'aloès.

On voit que le matico, bien qu'on ne puisse lui faire tout l'honneur de la guérison, paraît y avoir contribué pour une bonne part. C'est aussi, pensons-nous, tout ce que l'auteur a voulu montrer.

DES OPHTHALMIES A L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES; par M. TROUSSEAU.

Nous extrayons de cet article ce qui a rapport à la classification et à l'étiologie des ophthalmies catarrhales chez les enfants.

L'inflammation de la muqueuse oculo-palpébrale comprend les espèces suivantes :

1° L'*ophthalmie catarrhale simple*. C'est celle qui survient quelquefois tout à coup sous l'influence d'un courant d'air. Les yeux s'injectent : il y a un peu de larmoiement. C'est l'ophthalmie bénigne par excellence; souvent elle a disparu avant qu'on ait songé à la traiter.

Elle peut cependant régner épidémiquement et prend alors le nom de *cocote*. Elle devient contagieuse, et frappe toute une famille, tout un pensionnat. Un peu plus grave que l'espèce sporadique, elle s'accompagne de rougeur, de douleur, de photophobie, d'un peu de sécrétion purulente. La guérison ne s'en effectue pas moins spontanément.

2° L'*ophthalmie des nouveau-nés* offre des caractères qui ne se rencontrent qu'à cette époque de la vie. Elle se décompose en quatre variétés qu'il importe de bien caractériser.

Les nouveau-nés peuvent, comme les enfants plus âgés, être affectés d'ophthalmie simple. Elle apparaît trois à quatre jours après la naissance. Les nourrices la guérissent en huit à dix jours par des instillations de lait entre les paupières.

Quand la mère, au moment de l'accouchement, est atteinte de fleurs blanches, les enfants peuvent contracter, en passant, une ophthalmie qu'on a nommée *leucorrheique*. Comme la précédente, elle est sans gravité.

Mais il n'en est plus de même si l'écoulement dont la vulve est infectée est de nature vénérienne (1). L'enfant contracte alors une ophthalmie dite *blennorrhagique*, qui est extrêmement grave.

Quand il règne dans les hôpitaux des maladies *puerpérales*, telles que des péritonites, des fièvres suppuratives, des gangrènes de la vulve, etc., les nouveau-nés deviennent sujets à une ophthalmie qui offre tout d'abord les caractères de l'ophthalmie simple, mais qui n'en détermine pas moins la perforation de l'œil en trois ou quatre jours.

Enfin, l'*ophthalmie d'Égypte* a fini par pénétrer dans les hôpitaux de France, et elle ne quitte pour ainsi dire plus l'hôpital des Enfants malades de Paris. On y compte toujours une série de quinze malades depuis vingt ans; et il ne se passe guère d'année que quelque religieuse ou quelque femme de service n'en soit atteinte et ne perde les yeux.

(1) Si M. Trousseau avait indiqué le moyen de distinguer autrement que par la cause les flueurs blanches d'avec l'écoulement dit *vénérien*, il eût rendu à la pratique un service que nous la croyons condamnée à attendre encore longtemps.

Contre les formes graves de l'ophthalmie, M. Trousseau préconise et recommande d'employer dès le début une solution de :

Nitrate d'argent cristallisé. . . .	1 partie.
Eau distillée	3 parties.

Mais au lieu de l'instiller simplement entre les paupières, il faut en charger un pinceau de blaireau qu'on promène sur les parties affectées. La cautérisation est répétée deux fois par jour tant que l'œil reste gros, puis une fois par jour tant qu'il reste des granulations. On complète le traitement par des insufflations de poudre de sucre et de calomel.

DE QUELQUES ACCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT LA SECONDE DENTITION; par le docteur MARTIN-LAUZER.

Dans une note de M. A. Desirabode, précédant immédiatement celle de M. Martin-Lauzer, il est question d'un individu qui paraît s'être suicidé pour échapper à des douleurs intolérables de la mâchoire, et chez lequel on trouva la dent de sagesse gauche inférieure placée sous la gencive fortement tuméfiée, dirigée d'avant en arrière et pressant fortement sur la deuxième grosse molaire. Cet homme, qui s'était jeté par une fenêtre et qui fut apporté couvert de contusions à l'hôpital de la Pitié, avait été pris de trismus la veille de sa mort. M. Martin-Lauzer rapporte à son tour, mais avec plus de détails, l'observation d'un jeune homme qui fut pris, vers l'âge de 13 ans, de douleurs de tête vagues, passagères d'abord, puis, quelques mois plus tard, continues. On consulta plusieurs médecins. Le malade fut regardé comme atteint d'une tumeur fibreuse de la dure-mère. Bertin (de Rennes), consulté, déclara que rien n'annonçait l'existence d'une telle affection, et émit la conjecture que la céphalalgie pouvait tenir à une dentition difficile. Il constata que les dents étaient trop serrées les unes contre les autres, et conseilla l'extraction de quatre molaires qui avaient éclaté sous la pression et étaient cariées. Ce conseil ne fut pas suivi. La carie augmenta. Plus tard, on arracha une des dents cariées; les autres tombèrent par morceaux. Les dernières racines furent retirées vers l'âge de 23 à 24 ans, et ce fut à cette époque seulement que les maux de tête disparurent. Les dents saines s'étaient rapprochées au point de laisser à peine quelques vides, et l'on put voir la dent de sagesse *située horizontalement*, comme dans l'observation rapportée par M. Desirabode.

Les faits de ce genre sont d'une véritable importance au point de vue pratique. Il faut les rapprocher de ceux où des céphalalgies opiniâtres et des accidents nerveux très-variés sont le résultat de caries dentaires indépendantes du tassement des dents. Ces derniers cas sont moins connus des praticiens, bien qu'ils soient peut-être plus fréquents. Ils ont été, de la part de M. Foville, l'objet d'une attention particulière.

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Les numéros de juillet, août et septembre 1851 contiennent : 1° *De la dyspepsie acescente, considérée comme cause prédisposante des affections cholériques*; par M. Raimbert. 2° *Heureux effets de l'huile d'olive à haute dose dans deux cas d'invagination intestinale présumée*; par M. Delotz. 3° *Du traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une méthode nouvelle*; par M. Malgaigne. 4° *Nouveau procédé pour opérer les polypes de matrice*; par M. Gensoul. (Voir l'analyse de ce travail dans GAZ. MÉD., 1851, p. 633.) 5° *Études sur les*

à peine que l'on puisse être malade, et traite d'imaginaires les maux qu'il n'a point ressentis.

Est ergo aliquid in aqua vitale, il est dans l'eau comme un principe de vie. (QUEST. NAT., LIV. V, C. 6.) Nous le disons avec conviction, une source salubre est un bienfait pour l'humanité. Au milieu du plus affreux désert, elle devient un centre de vie. Un oasis se forme autour d'elle; les animaux sauvages viennent s'y désaltérer la nuit. Le jour, elle est visitée par les caravanes, qui la regardent comme une hôtellerie de Dieu dans le désert.

Dr FOISSAC.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — La Société médicale d'émulation de Paris a procédé, dans la dernière séance de l'année qui vient de finir, au renouvellement de son bureau.

Il se trouve constitué, pour 1852, de la manière suivante :

Président, M. Caffe;
Président honoraire, M. Depaul;
Vice-président, M. Barth;
Secrétaire général et archiviste, M. Cherest;
Secrétaires particuliers, MM. Destrem et Hillairet;
Trésorier, M. de Laurès.

Membres du comité de publication : MM. Barth, Larrey et le secrétaire général.

La Société entomologique de France vient de renouveler son bureau pour l'année 1852 (21e de sa fondation).

Ont été nommés :

Président, M. le colonel Goureau;
Vice-président, M. le docteur Boisduval;
Secrétaire, M. E. Desmarest;
Secrétaire-adjoint, M. H. Lucas;
Trésorier, M. L. Buquet;
Trésorier-adjoint, M. L. Fairmaire;
Archiviste, M. Doüé;
Archiviste-adjoint, M. Bellier de la Chavignerie.

— Par décret du 29 décembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Périer, médecin ordinaire de 2e classe au Val-de-Grâce;
M. Roudet, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine.

— Le corps médical lyonnais vient de perdre MM. Frédéric Montain aîné et Fleury Imbert.

effets de l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire; par M. Perrin. 6° *Sur la luxation des os propres du nez par cause traumatique, sans fracture de ces os ni du maxillaire supérieur;* par M. Bourguet. 7° *Mémoire sur l'iritis syphilitique d'après des observations recueillies dans le service de M. Ricord;* par M. Melchior Robert. 8° *Mémoire sur le traitement du rhumatisme par les bains de vapeur térébenthinée à haute température;* par M. Chevandier. (Nouvelles observations ajoutées à celles dont nous avons donné le résumé GAZ. MÉD., 1851, p. 438.)

DE LA DYSPEPSIE ACESCENTE, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE PRÉDISPOSANTE DES AFFECTIONS CHOLÉRIFORMES; par le docteur RAIMBERT.

En essayant de montrer que la dyspepsie acescente doit être rangée parmi les causes prédisposantes du choléra, l'auteur a soin de faire remarquer qu'il ne l'assimile pas complétement en cela à la diarrhée qui, si elle peut aussi prédisposer au choléra, en est plus souvent le premier symptôme ou, suivant le langage de l'École, le prodrome. Déjà, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine au commencement de 1849, l'auteur avait rapporté, à l'appui de son opinion, quelques observations de choléra sporadique; dans le présent travail, il étend sa démonstration au choléra épidémique. En somme, l'affection cholérique a succédé à la dyspepsie acescente 5 fois sur 6 cas de choléra sporadique, et 13 fois sur 28 cas de choléra épidémique. Les sujets des autres observations (en exceptant un chez qui les symptômes cholériques n'étaient pas bien tranchés) étaient atteints, au moment de l'attaque du choléra, savoir :

Une femme, de gastralgie simple sans dyspepsie; choléra peu grave.

Un enfant de 5 mois, élevé au biberon, de coliques continuelles; choléra mortel en quelques heures.

Deux femmes, de diarrhée chronique; l'une a guéri, l'autre est morte.

Une femme et un enfant, de dyssenterie; morts tous deux.

Un sujet, de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire; mort.

Sept n'étaient atteints d'aucune maladie quand la choléine ou le choléra les a frappés. Cependant, parmi eux, trois avaient été atteints d'embarras gastrique, qui avait été combattu par un éméto-cathartique; mais ils étaient tout à fait guéris au moment de l'attaque.

Le mode suivant lequel la dyspepsie acescente s'est transformée en affection cholérique n'a pas été tout à fait le même dans les cas de choléra sporadique que dans ceux de choléra épidémique. Le premier paraissait consister le plus ordinairement en une augmentation progressive de la dyspepsie, et en être pour ainsi dire le dernier terme; le second survenait au contraire d'une manière brusque et sans que les phénomènes dyspepsiques eussent subi d'aggravation croissante.

Nous commencerons par faire une réserve au sujet du caractère de l'affection prédisposante chez plusieurs malades. Nous n'avons pas reconnu chez tous les signes de la vraie dyspepsie acescente. Nous trouvons, par exemple, dans la partie du travail consacrée au choléra sporadique le fait suivant : « Un garçon de 5 mois, élevé à boire et nourri de soupes et de bouillies plus ou moins cuites, est souffrant depuis trois mois. Il a presque toujours la diarrhée et rejette souvent le lait. Il maigrit. Peu à peu les vomissements deviennent plus fréquents, les selles plus copieuses, et enfin les accidents cholériques se déclarent et la mort survient en quelques heures. » Il est impossible de voir là autre chose qu'une indigestion, pour ainsi dire continue, sans trace d'acescence. Dans le résumé où sont rappelés les cas dans lesquels la dyspepsie acescente a paru étrangère à l'invasion du choléra, il est question, comme on a pu voir plus haut, d'un enfant également âgé de 5 mois, également élevé au biberon, également mort en quelques heures du choléra. Nous avons peine à croire qu'il s'agisse du même sujet, puisque c'est parmi les exemples de dyspepsie acescente qu'est rangée l'observation rappelée tout à l'heure.

En voici une autre relative au choléra épidémique, et qui ne nous semble pas mieux caractérisée : « Une femme de 30 ans est sujette à la colique et aux indigestions. Elle ne souffre pas habituellement de l'estomac; mais elle vomit souvent après ses repas, surtout après souper. Les matières vomies sont aigres d'abord, puis bilieuses; du reste, *elle n'a pas ordinairement d'éructations ni de régurgitations aigres*, de douleur ni de pesanteur épigastrique, même lorsqu'elle doit vomir. Elle sent seulement les aliments remonter dans la bouche, et le vomissement s'opère. » Ici encore, pas de signe marqué d'acescence. La matière des vomissements était aigre; mais quels sont les aliments vomis qui ne soient pas aigres ?

Ces réserves faites, nous accordons très-volontiers que la dyspepsie acescente soit une des causes prédisposantes au choléra. Nous croyons, de plus, qu'il en est ainsi de la plupart des affections gastro-intestinales autres que la dyspepsie; et à l'époque où nous nous sommes occupés du choléra épidémique, à l'occasion de la discussion engagée à l'Académie de médecine de Belgique, nous avons soutenu que, s'il fallait se tenir en garde contre la diarrhée, il n'était pas non plus prudent de négliger la constipation ou autres états morbides de l'intestin. Ce qui paraît établi, néanmoins, dans le cercle de faits où s'est tenu l'auteur, et ce que MM. Briquet et Mignot avaient fait remarquer dans leur TRAITÉ DU CHOLÉRA, c'est que la gastralgie et la dyspepsie paraissent jouer un rôle important parmi les causes prédisposantes du choléra.

ÉTUDES SUR LES EFFETS DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur PERRIN.

Après quelques considérations purement historiques, l'auteur rapporte cinq observations dont trois seulement présentent des signes caractéristiques de phthisie pulmonaire. Mais ces observations ne sont rapportées qu'à titre d'exemples, et les opinions de l'auteur s'appuient sur une observation plus étendue. Ces opinions, en ce qui concerne l'action de l'huile de foie de morue sur la marche du tubercule lui-même, sont formulées dans les propositions suivantes :

1° Lorsque le tubercule n'existe qu'à l'état latent, lorsqu'il ne constitue encore qu'une prédisposition acquise ou originelle, le mal cède rapidement au remède, et l'on est surpris de la brusque disparition des accidents.

2° Si le tubercule s'est déposé, à l'état de granulation miliaire, dans le parenchyme du poumon, il est très-rare que les signes physiques en fassent constater la disparition. On pourra bien rencontrer une diminution dans l'étendue de la mortalité, dans les troubles de la respiration; mais on n'en pourra rien conclure, parce que ce changement peut tenir à la disparition d'une congestion locale symptomatique.

3° A une période plus avancée, à ce moment où le tubercule a provoqué une irritation circonvoisine qui amènera son ramollissement, la maladie peut rester stationnaire pendant plusieurs mois; mais le plus souvent il arrive une de ces deux choses : ou bien l'affection revient franchement à la période de crudité, et alors les râles se dissipent en un mois, deviennent sonores, éclatants, pour disparaître plus tard; ou bien le ramollissement s'effectue; un mouvement fébrile se déclare; des sueurs surviennent; parfois un point pleurétique, suivi ou non d'épanchement; puis la caverne se forme, les crachats deviennent purulents, la poche se vide et se cicatrise, le bruit de gargouillement cesse et l'expectoration se tarit.

— Les trois observations de phthisie confirmée rapportées en détail ont été choisies sans doute dans le but de motiver la dernière conclusion. A ne tenir compte que de celles-là, et faisant abstraction des données expérimentales que l'auteur se borne à affirmer, nous doutons qu'on soit aussi édifié qu'il paraît l'être sur les avantages de l'huile de foie de morue. La troisième observation est présentée comme un exemple de ces cavernes qui se vident et se cicatrisent; mais ce mode de terminaison, en le supposant véritable, parle-t-il bien haut en faveur de la médication? On en peut douter. Ce qu'il y a de plus clair, c'est que l'huile hépatique n'a pas empêché les tubercules de se développer, de se ramollir, de se fondre, de suivre enfin leur évolution ordinaire. La caverne, à la fin vidée, ne s'est pas remplie. Pour affirmer que ce résultat est dû à l'usage de l'huile, il faudrait autre chose qu'une ou deux observations du même genre; car enfin ce genre de terminaison était bien connu avant l'invention de ce genre de traitement. Mais, à parler franchement, nous ne nous sentons pas très-rassuré sur le sort du malade. Entre le moment où l'on a perçu du gargouillement au sommet du poumon et celui où s'est prononcé le souffle amphorique regardé comme signe de vacuité de la poche, il n'y a qu'un intervalle de *trois jours*. Est-ce là une cicatrisation, ou une simple oblitération des bronches voisines qui empêchait toute communication entre le poumon et l'air extérieur? Au moment où se termine l'observation, le malade donné comme à peu près guéri commençait *à faire seul le tour de la salle*. Est-ce bien rassurant? Enfin nous aurions désiré à la fin de cette observation un examen de la poitrine plus approfondi et plus détaillé que celui dont l'auteur s'est contenté.

Dans les deux autres cas, le résultat obtenu se borne à un temps d'arrêt de deux mois environ dans l'évolution des tubercules. Les malades sont ensuite perdus de vue. Un temps d'arrêt dans la maladie, c'est à cela que se réduit jusqu'ici notre observation personnelle sur l'emploi de l'huile de foie de morue contre la phthisie pulmonaire. Plus d'une fois, nous avons espéré une guérison définitive en voyant la sueur disparaître, l'expectoration diminuer, la matité s'affaiblir, les craquements être remplacés par des râles sonores; mais toujours, après quelques mois d'amélioration, nous avons vu la maladie reprendre sa première activité et finalement emporter le malade.

SUR LA LUXATION DES OS PROPRES DU NEZ PAR CAUSE TRAUMATIQUE; SANS FRACTURE DE CES OS NI DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR; par M. BOURGUET.

Quoique sa nature réelle n'ait pas été éclairée par l'autopsie, la lésion dont il s'agit nous paraît bien être telle que M. Bourguel l'adénommée. Mais, pour en rester convaincu, il est nécessaire de lire dans son ensemble

l'exacte et minutieuse description qu'il a donnée des symptômes observés dans ce cas, le premier de cette espèce qui ait été l'objet d'un examen attentif.

Obs. — M. Br., âgé de 22 ans, lymphatique, d'apparence faible, fit le 9 mai 1851 une chute de cabriolet ; le côté gauche du nez alla heurter contre l'angle d'un trottoir. Dix minutes après M. Bourguet constata que le nez offrait une déformation remarquable. Il est tout de travers dans son tiers supérieur et fortement dévié à droite, tandis que, à sa partie inférieure, il reprend la direction et la situation normales.

Immédiatement au-dessus du point d'insertion du cartilage latéral à l'os nasal droit, on sent une saillie osseuse qu'on reconnaît aisément être le bord inférieur de cet os. Au contraire, à gauche, on voit une bosse sanguine avec une légère excoriation, et immédiatement au dessous un enfoncement. En arrière de cet enfoncement, on sent un relief mince et verticalement dirigé que l'on peut suivre sous les téguments jusqu'au niveau de l'insertion du tendon direct de l'orbiculaire des paupières, et qui appartient évidemment au bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Toujours à gauche, au niveau de ce tendon, on sent sous la peau une saillie brusque et arrondie, se continuant avec l'os nasal gauche, facile à reconnaître pour le bord supérieur de cet os, et au-dessus de laquelle il y a un vide correspondant à la surface articulaire du frontal.

Le dos du nez, au lieu de descendre en ligne droite et d'être légèrement convexe en avant (comme il l'était chez ce sujet), représente au contraire une ligne sinueuse fortement déviée à droite, concave un peu au-dessus de la partie moyenne du nez, dans le point correspondant à la déviation osseuse. Le cartilage de la cloison participe à cette déviation supérieurement, tandis qu'il reprend peu à peu sa direction habituelle en descendant vers le lobule.

Le doigt promené avec soin à l'extérieur des os nasaux et de l'apophyse montante, ne reconnaît dans aucun point de leur étendue ni dépression, ni inégalités, ni crépitation, ni mobilité, qui permettent de croire à une fracture.

Par l'intérieur des fosses nasales, on sent à droite un relief correspondant à la partie inférieure du bord antérieur de l'apophyse montante, qu'on ne sent point à gauche. En outre, le doigt peut être introduit plus facilement dans cette narine que dans la gauche.

Le diagnostic de la lésion étant bien établi, M. Bourguet procéda à sa réduction. Il introduisit profondément l'auriculaire de la main droite dans la narine gauche jusqu'à ce qu'il eût senti que sa pulpe reposait sur le bord inférieur de l'os nasal ; en même temps, le pouce de la même main était appliqué sur le bord supérieur du même os faisant saillie sous la peau vis-à-vis le tendon de l'orbiculaire gauche. Un simple mouvement de basoule, c'est-à-dire de redressement de la partie inférieure et de pression sur la partie supérieure, permit à l'os nasal gauche de reprendre sa place accoutumée sans bruit et presque sans douleur. Sur-le-champ, le nez se trouva avoir recouvré presque complétement sa forme et sa direction habituelles. Il restait seulement un peu de saillie à droite, mais elle disparut en pressant sur elle de dehors en dedans. Dès lors toute trace de difformité disparut ; bien plus, M. Bourguet put manier le nez dans tous les sens sans percevoir la moindre mobilité et sans que le déplacement se reproduisît. On mit dans chaque narine un bourdonnet de charpie, tant pour arrêter l'hémorrhagie qu'afin de prévenir tout déplacement ultérieur.

Dès le troisième jour le gonflement a disparu. Depuis cette époque, M. Br. a été revu plusieurs fois ; la guérison ne s'est pas démentie, et il n'existe pas la plus légère difformité.

M. Bourguet trouve à cette lésion l'un des caractères distinctifs des luxations les plus caractérisées. Ainsi le déplacement une fois corrigé, n'a plus manifesté aucune tendance à se reproduire. Mais ce signe nous paraît beaucoup moins qu'à lui suffisant pour faire conclure à l'existence d'une luxation ; car la persistance de la réduction, dans ce cas, tient uniquement à ce que les deux parties dont il s'agit n'ont, à l'état physiologique, aucun mouvement à exercer entre elles. Dans de telles conditions, fracture ou luxation auraient également été suivies d'une réduction permanente.

Une autre remarque plus probante est émise par M. Bourguet lorsqu'il dit qu'il suffit d'avoir désarticulé une tête sèche pour être convaincu que les os du nez ont infiniment plus de peine à se séparer qu'à se fracturer.

Toutefois il ne pense pas que la luxation fût complète des deux côtés. Il serait porté à croire qu'elle était incomplète à droite où l'os nasal avait conservé entièrement ses rapports avec le frontal, et la moitié supérieure environ de l'apophyse montante, tandis qu'il les avait abandonnés vers la partie inférieure de cette même apophyse. Quant à l'os nasal gauche, il avait abandonné à la fois les rapports qui l'unissent au frontal, au maxillaire supérieur et probablement aussi à l'ethmoïde. Ce dernier point n'a pu être vérifié par le toucher.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

SUR LE GORILLE, ESPÈCE NOUVELLEMENT CONNUE DE SINGE ANTHROPOMORPHE.

M. Is.-Geoffroy Saint-Hilaire fait une communication verbale, annonçant l'arrivée au Muséum de deux individus entiers, d'une espèce de singe anthropomorphe, le gorille, découverte, il y a quatre ans, au Gabon par M. Savage, missionnaire américain, espèce dont on ne connaissait encore qu'un squelette, existant au Muséum de Paris, et des crânes de divers âges. M. le capitaine de vaisseau Penaud est parvenu à se procurer un jeune sujet, et M. le docteur Fanquet, chirurgien de la marine nationale, un adulte, qui sont arrivés, il y a quelques jours, au Muséum.

L'acquisition de l'individu adulte est surtout d'un très-grand intérêt pour la science : il nous fournit en premier lieu les moyens de démontrer définitivement l'existence d'une seconde espèce de singes, à formes humaines, sur la côte occidentale d'Afrique. De plus, et c'est ici une question d'un ordre scientifique bien supérieur, il nous fait connaître enfin, à l'état adulte, des animaux qui si longtemps n'avaient été observés qu'à l'état d'enfance. Et nous pourrons les connaître dans leur organisation intérieure aussi bien qu'extérieure, les corps des deux gorilles ayant été envoyés dans l'alcool.

L'adulte est, sous ce point de vue, un objet d'un intérêt hors ligne.

Depuis plusieurs années, les Hollandais avaient pu se procurer et procurer aux principaux Musées de l'Europe des orangs-outangs adultes, et nous avons pu suivre, dans cette espèce, les singulières transformations par lesquelles un primate, d'abord très-voisin de l'homme, principalement par sa tête globuleuse, sa face courte et aplatie, son front élevé et presque humain, finit par se rapprocher des cynocéphales eux-mêmes par l'acuité de son angle facial, la dépression du front, le prolongement de la face, un véritable museau et l'énorme développement des crêtes crâniennes.

Les singes anthropomorphes d'Afrique, et notamment le chimpanzé ou jocko de Buffon, figuré par lui sous des traits presque humains, sont-ils dans le même cas que les orangs-outangs ? Ne reproduisent-ils que dans l'enfance les traits et le type de l'homme ? Déjà on avait pu répondre affirmativement, et les travaux de M. Owen surtout ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard. Mais la question n'avait été résolue que d'après la comparaison de têtes osseuses de différents âges, le chimpanzé n'étant pas plus connu, à l'état adulte, que le gorille lui-même.

Cette lacune si regrettable dans nos connaissances est celle que vient de remplir M. le docteur Fanquet. L'individu que nous lui devons est sans nul doute tout à fait adulte : ses canines énormes et l'état de la peau en fournissent, dès le premier aspect, les preuves évidentes. Ses dimensions sont considérables ; sa hauteur est celle d'un homme de moyenne stature. Mais les membres postérieurs étant relativement beaucoup plus courts chez le *troglodytis gorilla*, le corps est beaucoup plus long et en même temps d'un diamètre beaucoup plus considérable que celui d'un homme. Voici les dimensions, telles qu'elles résultent de mesures prises en Afrique par M. Fanquet.

Hauteur.	1m	,67
Circonférence au col. . . .	0	,75
— à la poitrine.	1	,35
Envergure.	2	,18

Le gorille est, d'après ces mesures, le plus grand des primates connus.

« Je mets sous les yeux de l'Académie, dit en terminant M. Geoffroy Saint-Hilaire, un profil de grandeur naturelle, dessiné par M. Werner, et plusieurs figures photographiques que je dois à l'obligeance de M. Terreil, aide-préparateur de chimie au Muséum. C'est par ces figures seulement que je ferai connaître aujourd'hui le gorille. J'ai cru remplir un double devoir en annonçant, dès cette séance, l'arrivée d'un objet aussi précieux, et en réservant à M. le docteur Fanquet, qui est attendu à Paris, le soin de le décrire, et de faire connaître lui-même à l'Académie le résultat des observations et des recherches dont le gorille va devenir le sujet. »

(Nous publierons une notice détaillée sur ce sujet.)

SUR L'ÉLIMINATION DE CERTAINS POISONS.

M. Augustin-Félix Orfila lit un mémoire de toxicologie dont l'objet principal et l'étude de l'élimination de poisons. Voici le résumé de la partie du mémoire qui traite de cette question :

Un grand nombre de poisons après avoir été absorbés passent dans les divers produits de sécrétion, urine, sueur, salive, sécrétion gastro-intestinale. Tous ne vont pas dans tous ces produits ; le plus grand nombre cependant se trouve dans l'urine.

Il est remarquable que l'arsenic et l'iode ne passent pas dans la bile. Ce sont les seuls que l'on y ait cherchés jusqu'à ce jour ; peut-être en sera-t-il de même pour d'autres corps vénéneux. C'est ainsi que les matières nuisibles sont petit à petit entraînées au dehors, quelques-unes, comme l'arsenic et le mercure, dans un assez court délai, tandis que d'autres se retrouvent encore dans les organes, quatre, cinq et huit mois après leur introduction.

Il est évident que plus les sécrétions entraîneront de poison, plus l'élimination sera rapide. Or comme l'urine est la principale voie par laquelle s'échappent les substances toxiques, on peut dire d'une manière générale que plus l'urine entraînera d'un composé vénéneux plus ce corps sera promptement expulsé.

Cette idée, dit l'auteur, m'a été suggérée par quelques faits indiqués avant moi et par quelques-unes de mes expériences.

Ainsi l'arsenic et le mercure passent dans l'urine même le septième jour après l'introduction ; leur élimination se fait en quelques jours ; le plomb et le cuivre ne se retrouvent pas dans l'urine le quatrième jour après l'administration de l'acétate de plomb et du sulfate de cuivre, leur expulsion n'est pas complète en huit mois.

Ce qui arrive pour l'argent n'est guère d'accord, il est vrai, avec cette manière de voir ; mais il est probable que ce métal, après l'administration du nitrate d'argent, est expulsé par d'autres voies que la sécrétion ordinaire.

Lorsqu'un poison est absorbé, l'emploi des diurétiques, des purgatifs et des

sudorifiques, en facilitant son expulsion, peut rendre les plus grands services à la thérapeutique, même pour ceux des poisons qui ne sont pas facilement expulsés avec l'urine.

La médication précédente peut et doit accélérer l'élimination.

Les purgatifs peuvent être très-utiles pour chasser quelques poisons après leur absorption.

Un poison peut exister dans nos tissus sans que nous puissions, par l'analyse des urines, en soupçonner la présence.

Un animal peut porter dans des organes des éléments toxiques sans qu'on puisse remarquer aucun trouble dans sa santé.

Puisque la partie de poison absorbée va successivement diminuant jusqu'à un certain moment, il est impossible et absurde de vouloir calculer la quantité de poison administrée d'après la quantité de poison trouvée dans les organes, cela en écartant même les mille autres causes d'erreur, telles que les vomissements, les pertes d'expériences, l'inégale répartition du poison.

Il faut se garder de conclure, de ce qu'un poison séjourne très-longtemps dans l'économie animale, qu'il y reste indéfiniment, car, lorsqu'on administre du nitrate d'argent à des chiens, il est facile de retrouver l'argent dans leur foie au bout de cinq mois, tandis qu'on n'en découvre pas quand les animaux ont vécu sept mois après l'intoxication.

Comment comprendre ce séjour? D'après les faits connus jusqu'à présent et les idées physiologiques généralement admises, il me semble rationnel d'admettre qu'après l'expulsion d'une certaine proportion de toxique absorbé, la portion restante est *tolérée* par certains organes sans aucun accident, tandis que les autres réagissent et s'en débarrassent. C'est dans le foie que les poisons paraissent séjourner le plus longtemps.

Peut-on appliquer les résultats obtenus avec certains poisons à d'autres qui offrent avec eux plus ou moins d'analogie, de composition ou de propriétés? Non. Je n'oserai même pas avancer que l'acétate de cuivre se comporterait de même que le sulfate du même métal au point de vue de l'élimination. Ne serait-il pas possible, comme l'a fait entrevoir mon oncle dans ses leçons à la Faculté, que des antidotes pussent neutraliser les actions délétères de certains poisons même après l'absorption, lorsque ceux-ci sont déjà dans le sang, le foie, la rate, et cela de deux façons, soit en formant des composés moins vénéneux, soit en formant des combinaisons plus faciles à éliminer. Deux sortes de preuves peuvent être invoquées pour décider la question : la cessation ou l'amendement des symptômes alarmants, le passage des nouvelles combinaisons dans les produits excrémentitiels.

La deuxième partie du mémoire de M. Orfila est consacrée à la comparaison des procédés proposés pour la recherche du plomb, du cuivre et du mercure contenus dans les substances organiques.

La troisième et dernière partie est consacrée à l'étude de l'action de l'étylamine et de l'amylamine sur l'économie animale. Il existerait, d'après l'auteur, une grande analogie au point de vue de l'action physiologique entre ces corps et l'ammoniaque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 JANVIER.—PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Quatre lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° La recette et l'échantillon d'une eau préconisée pour la guérison des maladies du cuir chevelu. (Comm. des remèdes secrets.)

2° Une recette pour le traitement des tumeurs cancéreuses. (Id.)

3° Un modèle de ceintures contentives. (Comm. : MM. Chailly et Poiseuille.)

4° Un rapport rédigé par M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, et contenant des renseignements sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées pendant l'année 1851. (Commission des eaux minérales.)

Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant :

La recette d'une pommade contre les douleurs en général et principalement contre la goutte. (Comm. des remèdes secrets.)

Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de novembre dernier.

— M. Gueil (de Nemours) annonce à l'Académie la mort de M. Denarp, membre correspondant de l'Académie, à Bourges, décédé à Paris le 17 janvier, courant.

— M. Sédillot adresse, pour en faire hommage à l'Académie, une brochure ayant pour titre : Des règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales, etc.

L'auteur rappelle, dans cette lettre, en quelques propositions, l'objet principal de sa brochure.

M. Gibert demande la parole à l'occasion de cette communication. Il croit devoir contester les propositions trop absolues qui terminent la communication de M. Sédillot, et qui semblent aller directement contre le but que cet éminent chirurgien paraissait avoir le désir d'atteindre, savoir : la constatation de l'innocuité du chloroforme appliqué comme anesthésique par l'homme de l'art expérimenté. M. Gibert déclare pour son compte qu'il persiste dans les assertions toutes favorables au chloroforme qu'il a émises dans son rapport sur les *anesthésiques*, à l'occasion du prix proposé par l'Académie sur cette question.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Reynaud, correspondant à Cherbourg, est présent à la séance.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Chailly-Honoré pour un rapport.

MÉTHODE NOUVELLE D'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

M. Chailly-Honoré lit, en son nom et celui de M. Villeneuve, un rapport sur une méthode nouvelle d'application du forceps au détroit supérieur de M. le docteur Félix Hatin.

(Nous renverrons, pour la connaissance de cette méthode, au compte rendu de la séance du 23 septembre dernier (n° 39 de l'année 1851), où elle est exposée dans ses principales dispositions.)

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir les avantages que lui paraît avoir cette méthode, et appuyé son appréciation de l'analyse de plusieurs des observations consignées dans le mémoire de M. Hatin, conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire aux archives.

M. Moreau : Cette méthode ne me paraît devoir être nécessitée dans la pratique que dans des conditions exceptionnelles, très-rares. Il eût été à désirer que M. le rapporteur spécifiât ces conditions. Pour mon compte, je n'ai peut-être pas eu l'occasion de l'appliquer plus de quatre à cinq fois dans une pratique de quarante années. Cette méthode me paraît d'ailleurs peu favorable. Je ne vois pas la nécessité d'introduire la totalité de la main et de l'avant-bras. Si cette introduction est nécessaire, c'est un inconvénient.

M. Chailly : Avec une main comme celle de M. Moreau, tous les procédés sont bons. Mais, pour les praticiens moins exercés et surtout pour les jeunes accoucheurs à qui se présentent beaucoup plus souvent les cas de vice de conformation du bassin, la méthode d'application du forceps imaginée par M. Hatin me paraît être plus fréquemment indiquée que ne le pense M. Moreau.

M. Velpeau : M. Chailly, contrairement à l'opinion de M. Moreau, pense que l'application du forceps pourrait être faite plus souvent qu'on ne la fait. Il a émis, en outre, cette autre proposition que l'application du forceps incombe plus souvent aux praticiens jeunes et d'un ordre inférieur qu'aux praticiens répandus. Ces deux propositions sont discutables. Je crois, avec M. Moreau, qu'on applique trop souvent le forceps et qu'on devrait, plutôt que d'en imaginer de nouveaux ou de modifier les procédés d'application, chercher à en restreindre le plus possible l'usage. Un forceps, quel qu'il soit, est toujours une machine qu'il faut apprendre à manier ; entre des mains inexpérimentées, elle a plus d'inconvénients que d'avantages. Il est évident qu'on l'applique dans bien des cas où l'on pourrait s'en passer. C'est un malheur, car c'est un moyen qui est loin d'être innocent. Quel reproche n'aurait-on pas à se faire si, après une application inutile du forceps, on avait à déplorer les conséquences d'une fistule vésico-vaginale ou d'une péritonite!

M. Chailly : Je m'associe à ce qu'ont dit MM. Moreau et Velpeau sur la nécessité de restreindre le plus possible l'application du forceps ; mais je maintiens ce que j'ai dit concernant les jeunes praticiens et la nécessité où ils se trouvent plus fréquemment que d'autres de recourir à l'emploi du forceps. Quant aux reproches que M. Velpeau fait à l'application du forceps en général, ils ne s'appliquent point au procédé dont il s'agit ici et qui a précisément pour objet de les prévenir.

M. P. Dubois : Le travail sur lequel M. Chailly vient de faire un rapport a pour objet de faire connaître l'application d'un procédé nouveau. Je regrette que notre honorable collègue n'ait pas rappelé les principales particularités de ce procédé. Il s'agit de l'application du forceps au détroit supérieur, dans les cas de bassin vicié, et à l'aide de l'introduction d'une seule main. Lorsque le forceps est appliqué au détroit supérieur, il l'est presque toujours en désespoir de cause et à titre d'essai ; il réussit rarement ; aussi ne doit-on y recourir que le moins possible et dans des circonstances tout à fait exceptionnelles ; presque toujours, en effet, après plusieurs tentatives, il faut recourir à des moyens plus efficaces, mais aussi plus dangereux pour la vie de l'enfant. Le procédé de M. Hatin a-t-il pour effet de rendre cette application plus facile et plus sûre? C'est là ce qu'il aurait fallu établir. D'après les règles ordinaires, on introduit successivement chacune des branches, en la guidant par la main opposée à celle qui tient le forceps, préalablement introduite dans le vagin, afin d'empêcher que l'instrument ne se fourvoie dans le cul-de-sac utéro-vaginal. Au lieu de ce procédé très-simple, M. Hatin propose d'introduire une seule main, la main droite, jusque dans l'utérus lui-même, et après que la première branche du forceps, guidée par la main ainsi introduite est convenablement placée, de faire décrire à cette main un mouvement de rotation autour de la tête de l'enfant, au moyen d'une supination forcée, de manière à venir la placer au côté opposé, afin de diriger l'application de la seconde branche sans changement de main. Je maintiens que c'est là un vrai tour de force ; et remarquez que cette manœuvre, d'une extrême difficulté, c'est pour des cas où le bassin est plus ou moins considérablement rétréci, que M. Hatin la propose. C'est vouloir évidemment substituer un procédé difficile et qui peut, même dans certaines circonstances, devenir dangereux, à un procédé très-simple et qui suffit dans le plus grand nombre des cas.

M. Gerdy signale un vice de construction au forceps le plus généralement usité ; ce forceps est trop long ; il l'a raccourci lui-même et s'en est bien trouvé. Quant à ce que l'on a dit de l'abus de l'application du forceps, M. Gerdy est, au contraire, disposé à croire que l'on n'y recourt pas assez souvent, le forceps étant, suivant lui, un instrument merveilleusement approprié à sa destination et aussi innocent dans ses résultats que facile dans son application. A l'appui de cette opinion, M. Gerdy cite les cas d'accidents graves et quelquefois mortels qu'il a vu résulter d'une temporisation excessive pendant qu'il était chargé du service des accouchements à l'hôpital Saint-Louis.

M. Moreau : M. Gerdy tombe dans un extrême opposé ; c'est dans ce juste milieu dont on s'est tant moqué qu'il faut chercher la meilleure règle de conduite.

M. Velpeau insiste de nouveau sur la nécessité d'être très-sobre dans l'emploi

du forceps. Le forceps est utile, mais à la seule condition d'être appliqué à propos; or il n'est indiqué que dans les cas de certains vices de conformation du bassin, dans l'inertie de l'utérus, dans les hémorrhagies; hors de ces circonstances, son emploi est inutile et dangereux.

M. Malgaigne demande la parole.

M. le Président invite les membres qui vont prendre la parole à vouloir bien se renfermer autant que possible dans les termes de la question en discussion, qui est l'application du forceps au détroit supérieur.

M. Malgaigne : La statistique des hôpitaux démontre que la mortalité moyenne des établissements consacrés aux accouchements est de beaucoup supérieure à celle des hôpitaux ordinaires. A quoi tient cette différence? A ce qu'on n'applique pas assez souvent le forceps, à ce que les accouchements, livrés aux filles de service et aux employés subalternes, sont presque toujours abandonnés à la nature.

M. Chailly s'efforce de nouveau de démontrer que le procédé de M. Hatin est à la fois excellent et très-inoffensif.

M. P. Dubois : D'après M. le rapporteur, le procédé de M. Hatin ne consisterait qu'à introduire la main tout entière dans l'utérus. Cela n'est pas exact; car ce serait le procédé de tout le monde. Ce qui constitue ce procédé c'est le mouvement de supination à l'aide duquel l'opérateur porte la main d'un côté de l'utérus au côté opposé; or je répète que c'est là un procédé vicieux et presque inexécutable. Je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Je ne puis m'empêcher de relever la proposition malsonnante de M. Malgaigne. Non, il n'est pas vrai que dans les établissements obstétricaux, les accouchements soient abandonnés aux soins des gardes et des employés subalternes; les accouchements sont faits exclusivement par des médecins ou par des sages-femmes expérimentées. Quant à la mortalité exceptionnelle que l'on constate malheureusement il est vrai trop souvent dans ces établissements, M. Malgaigne sait bien, comme tout le monde, quelle en est la cause; c'est l'accumulation, l'encombrement d'un grand nombre de femmes placées sous l'influence commune de l'état puerpéral. Vouloir l'attribuer à toute autre cause, et notamment à celle qu'indique M. Malgaigne, c'est une véritable hérésie.

La discussion est close. La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Du suicide par strangulation sans suspension; par le docteur Jacquier. — Broch. in-8°. Troyes, 1851.

Voici un excellent opuscule. S'il n'apporte pas à la médecine légale une vérité nouvelle, il met du moins en évidence, par un choix d'observations pertinentes, dont la plus curieuse peut-être et la plus décisive lui appartient en propre, un fait encore peu connu de beaucoup de médecins, peu connu surtout des magistrats, à savoir, la possibilité de s'étrangler soi-même directement sans recourir à la suspension.

On sait quelle importance on a longtemps attachée à la position des cadavres trouvés pendus, et avec quelle légèreté on a quelquefois conclu à l'homicide sur ce seul caractère que les jambes ou le siége du cadavre reposaient sur le sol. Tout le monde se rappelle encore l'émoi causé par la mort violente d'un haut personnage trouvé, dans cette attitude, pendu à une espagnolette. Les exemples ne sont pas rares pourtant d'individus qui sont parvenus à se donner la mort par suspension, tout en appuyant sur le sol par quelque partie ou même par la presque totalité du corps. On en a vu se coucher simplement sur un plan incliné, de manière à favoriser par le glissement du corps l'action d'une corde passée autour du cou et attachée en arrière à quelque objet solide. D'autres ont réussi à se donner la mort en passant le cou dans l'anse d'une corde ou d'un mouchoir et en laissant tomber la tête en avant. Mais ce n'est là encore qu'un mode de suspension, puisque c'est toujours au poids du corps ou d'une partie du corps qu'est due la pression de la corde sur les voies aériennes. La véritable strangulation volontaire, sans suspension directe ou indirecte, est plus rare; on est néanmoins étonné qu'elle ne le soit pas davantage quand on songe à l'épouvantable énergie que suppose un pareil acte, et l'on est conduit à supposer avec l'auteur que, dans certains cas, la congestion cérébrale produite par la constriction fait évanouir d'abord le sentiment et que le drame s'achève ensuite à l'insu de la victime, soit par l'effet de la position du corps, soit par l'action continue d'un moyen accessoire, faisant office de garrot.

Comme nous l'avons dit, la strangulation volontaire est connue. Elle est même l'objet d'un chapitre particulier dans quelques traités de médecine légale, notamment dans celui de M. Briand. M. Orfila en a réuni un assez bon nombre d'exemples empruntés à différents auteurs, en insistant beaucoup sur la direction horizontale que présentent dans ce cas les traces de constriction et sur l'erreur commise par ceux qui font de cette direction horizontale un signe d'homicide. En groupant les principaux faits connus, en les fortifiant de quelques faits nouveaux dont un surtout est très-remarquable, M. Jacquier a achevé de constituer la science sur ce point important.

L'observation à laquelle nous venons de faire allusion mérite d'être rapportée avec détails. Un vieillard octogénaire vient à Ervy (Aube) soumettre au juge de paix un différend qu'il a avec ses enfants au sujet d'une pension alimentaire. L'affaire est décidée contrairement à ses désirs. Il lui faudra quitter le toit qui l'a vu naître pour aller vivre tour à tour chez chacun de ses enfants. Il revient chez lui tranquille en apparence. Peu d'instants après, tous ses enfants étaient rentrés au pays, en compagnie d'autres personnes, circonstance contraire à toute présomption d'homicide. Il était presque nuit quand cet homme sortit d'une maison séparée de la sienne par une cour seulement, et rentra seul chez lui. Quelques minutes s'étaient à peine écoulées depuis sa sortie, quand, dans cette même maison, on entendit venir de la sienne le bruit d'un corps sonore tombant à terre. Un quart d'heure après, l'une de ses filles rencontra à ses pieds une scie tombée à terre et démontée, et bientôt le corps de son père gisant à terre, au-dessous d'une corde attachée au plancher. Il donnait encore quelques signes de vie, mais il expira presque aussitôt. Or voici ce que constata le rapport, dressé le surlendemain par les docteurs Jacquier, Carteron et Crepinel. La corde, solidement attachée à une solive très-peu élevée, retombait à 20 centimètres du sol par ses deux chefs, qui pendaient parallèlement à côté l'un de l'autre, sans connexion entre eux et sans trace aucune de nœud ou de lacet coulant, mais offrant quelques flexuosités ou ondulations. Près de là, sur le sol, était une petite pièce de bois plate semblable à ce que les ouvriers appellent une clef de scie. Nulle trace de déchirure aux vêtements du cadavre ni de violences sur le corps. Vergetures à la partie supérieure et antérieure de la poitrine; rigidité; mâchoires serrées; langue à l'état normal. Mais le passage important du rapport est celui qui concerne l'empreinte observée *au-dessous de la partie moyenne du cou.* « Parfaitement circulaire et *horizontale* à la nuque, elle se dirigeait à droite sur le côté du cou, puis revenait en avant sur le cartilage thyroïde, *conservant toujours la direction tout à fait horizontale.* Au-dessous et au niveau du milieu de la branche gauche de l'os maxillaire inférieur, elle devenait moins apparente, et se portait en haut et en dehors pour se perdre au-dessous et un peu en avant de l'oreille. Revenant à la nuque, point de départ de cette description, on voyait le sillon se porter à gauche, *toujours avec la même direction horizontale,* puis en avant et en dedans, arrivant au-dessous de la branche de la mâchoire inférieure, et redescendre vers la clavicule, où il se perdait bientôt, comme le faisait l'empreinte ascendante observée au-dessus. Prise dans son ensemble, l'empreinte représentait donc un sillon circulaire situé au-dessous de la partie moyenne du cou, excepté au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, où les deux extrémités divergeaient et allaient se perdre, l'une en haut, au-dessous et en avant de l'oreille, l'autre en bas, vers la clavicule. Dans leur intervalle, qui formait une lacune au sillon, la peau était bien soufflée ou plissée d'une manière fort remarquable. Il n'y avait d'ecchymose ni au dessus ni au-dessous du sillon. »

Toutes les circonstances, en fait, s'accordent à témoigner d'un suicide, et à éloigner la supposition d'un assassinat; elles s'accordent de plus à établir que le suicide a eu lieu par strangulation à l'aide d'une corde entortillée autour du cou et serrée avec un garrot, et la brisure de l'empreinte circulaire vers le côté gauche du cou rend l'application du garrot pour ainsi dire flagrante. Cela étant admis, l'observation donne aux principes établis par Fodéré, et suivis après lui, sur les signes distinctifs du suicide et de l'homicide, au moins deux démentis. La direction circulaire de l'empreinte était, suivant lui, un signe d'homicide, la pendaison imprimant à la corde une direction oblique. Or, ici, la direction de l'empreinte était horizontale, ce qui se conçoit à merveille, du moment où le suicide peut être accompli par strangulation directe. Dans le suicide, ajoutait Fodéré, l'empreinte est toujours située à une partie élevée du cou, parce que « lors même que l'homme qui se serait pendu aurait placé en premier lieu la corde vers la partie inférieure, elle avait glissé nécessairement vers la partie supérieure, plus étroite que l'inférieure, au premier instant de l'élancement. » Rien de mieux pour la suspension véritable; mais la strangulation, on vient de le voir, peut laisser son empreinte *au-dessous de la partie moyenne du cou.*

Nous nous en tenons à l'exposé de ce fait qui constitue, en quelque sorte, l'apport particulier de l'auteur de la question. Le lecteur qui voudra prendre connaissance de la brochure y trouvera de solides et judicieuses réflexions sur tout ce qui se rattache à l'asphyxie par strangulation.

A. Dechambre.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PROCÈS INTENTÉ A UN MÉDECIN POUR UN CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — RÈGLES NOUVELLES POUR L'EMPLOI DE LA MÉTHODE.

Le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG renferme le compte rendu d'un procès intenté à un officier de santé du Bas-Rhin, pour un cas de mort par le chloroforme. Cette affaire, intéressante à plus d'un titre, mérite de fixer l'attention de nos lecteurs. Nous reproduisons plus loin les débats dans lesquels ont figuré à titre d'experts plusieurs professeurs de la Faculté de Strasbourg. La gravité de ce procès au point de vue de la responsabilité médicale, aussi bien qu'au point de vue des principes qui y ont été émis, nous oblige à nous y arrêter d'une manière toute particulière.

Dans le cas objet du procès, il a été unanimement reconnu que la mort avait été causée par le chloroforme. Le chirurgien traitant pas plus que les experts n'ont élevé le moindre doute à cet égard. C'est déjà un progrès. L'accusation d'homicide par imprudence reposait donc uniquement sur la question de savoir si le chirurgien, qui n'était qu'officier de santé, avait le droit d'administrer le chloroforme sans le concours d'un docteur, et si en l'administrant il avait observé les règles de l'art propres à garantir l'innocuité du remède.

Relativement au premier point, il a été reconnu par les experts et par le tribunal, qui a admis leur doctrine, que l'administration du chloroforme, comme moyen anesthésique, ne saurait être assimilée à une grande opération chirurgicale. Toutefois MM. les experts, prenant en considération le danger auquel expose toujours la pratique de la chloroformisation, ont émis le vœu que cette application soit réservée désormais aux docteurs en médecine, comme offrant à la société des garanties plus sérieuses que les officiers de santé. On ne peut qu'approuver la sagesse de cette restriction. Cependant nous sommes obligé de le faire remarquer, il y a entre cette réserve, dictée par la prudence, et l'opinion émise par M. Sédillot, au sujet de l'innocuité du chloroforme employé avec précaution, une opposition qu'il est à peine nécessaire de signaler. Si la chloroformisation est toujours exempte de danger quand on l'emploie suivant certaines règles que l'honorable professeur a cru pouvoir préciser, elle ne doit pas plus être interdite aux officiers de santé que l'administration d'un agent toxique quelconque, la strichnine, l'acétate de morphine, etc. Toute la difficulté consiste donc à savoir si en réalité l'art est aujourd'hui en possession de règles qui garantissent toujours l'innocuité de la chloroformisation. Nous sommes heureux de le reconnaître, MM. les professeurs Tourdes, Rigaud et Cailliot ont été on ne peut plus circonspects à cet égard; tout en recommandant les précautions reconnues les plus utiles, ils ont fait cet aveu : « que » dans quelques faits malheureux, ces précautions paraîtraient avoir été » prises, sans qu'on ait pu éviter un résultat fatal. » On ne saurait trop applaudir à la sagesse et à la franchise de cette déclaration. M. Sédillot, beaucoup plus rassuré et plus convaincu, a affirmé devant le tribunal, comme il l'avait fait dans ses écrits, « que le chloroforme pur et bien administré » ne tue jamais. » Cette affirmation, d'une gravité extrême, produite en présence de la justice, émanant d'un homme sérieux et justement considéré, doit être sévèrement examinée dans ses motifs. Si elle est suffisamment fondée en effet, elle marque un progrès qu'on ne saurait trop vulgariser; si, au contraire, elle n'est que l'expression d'une conviction aventureuse, on ne saurait trop la combattre, dans la crainte qu'elle ne serve d'encouragement à des abus, ou de bouclier à des actes téméraires.

L'argumentation que M. Sédillot a développée dans ses derniers ouvrages et devant le tribunal consiste en une dénégation des faits contraires à sa manière de voir, et dans une affirmation appuyée sur les faits qui lui sont favorables.

On a vu précédemment que les collègues de M. Sédillot avaient reconnu que, « dans quelques faits malheureux, toutes les précautions capables de » prévenir le danger avaient été prises sans qu'on ait pu éviter le résultat » fatal. » M. Sédillot n'admet pas cela. Dans le cas poursuivi devant le tribunal, il s'inscrit en faux contre les témoignages les plus explicites. Des témoins déclarent avoir vu que le mouchoir imbibé de chloroforme avait toujours été tenu à distance : « M. Sédillot n'accuse pas le sentiment con» sciencieux de ce témoignage, mais il n'*hésite* pas à *affirmer* qu'il manque » d'exactitude. » Si on lui demande pourquoi? Parce que le résultat lui paraît impossible, et il est impossible parce qu'il est contraire à la règle qu'il a posée. L'honorable professeur, analysant tous les cas de mort causés par le chloroforme, leur applique le même raisonnement. Il est arrivé à cette conviction, qu'en tenant le linge imbibé de chloroforme à une certaine distance du nez et en ne le laissant respirer que par petites doses, on ne fait courir aucun danger au malade; il en conclut que, dans les cas de mort où cette précaution est réputée avoir été prise, elle ne l'a pas été, et que c'est par illusion pure qu'on a cru le contraire. Voyons donc sur quoi repose cette conviction inébranlable de M. Sédillot. Elle repose à la fois sur une certaine théorie qu'il s'est faite de la manière dont le chloroforme peut causer la mort, et sur l'expérience des cas assez nombreux, qui lui sont propres, de chloroformisation dans lesquels il ne lui est arrivé aucun malheur. Sa théorie est celle-ci : quand on fait respirer le chloroforme trop vite, en trop grande quantité à la fois et de trop près, les malades peuvent être frappés d'asphyxie ou de syncope, et ils succombent. Ce n'est donc pas, dit M. Sédillot, le chloroforme qui tue, mais la manière vicieuse dont on l'emploie. Inutile de s'arrêter à cette subtilité, qui ne repose que sur un abus de langage. Tout le monde comprend en effet qu'on aurait beau employer de cette manière une substance non toxique, on ne parviendrait jamais à tuer les malades. La doctrine de M. Sédillot n'est qu'un perfectionnement, qu'un raffinement de celle qu'on a tenté naguère de faire prévaloir au sein de l'Académie, lorsqu'on a prétendu que tous les cas de mort attribués au chloroforme avaient été le fait des appareils employés, le résultat de l'asphyxie causée par ces appareils, et non l'effet du chloroforme, incapable de produire la mort par lui-même. L'asphyxie de M. Sédillot n'est pas aussi mécanique que celle du rapport de la commission du chloroforme, mais c'est toujours le même non-sens, et surtout la même méprise, quoique moins grossière. Pour le démontrer sans réplique, que faut-il? Il suffit de faire remarquer que des milliers de cas de chloroformisation pratiquée contrairement aux règles posées par M. Sédillot n'ont été suivis d'aucun accident d'asphyxie ou autres. Ce n'est donc pas dans le mode d'emploi du toxique que gît le danger, et les résultats plus ou moins nombreux que le savant professeur de Strasbourg invoque en faveur de son procédé ne prouvent pas plus ni mieux que les succès des autres méthodes ne prouvent la

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

UN BANQUET BELGE.

On entend encore d'ici les gais propos, les apostrophes croisées, les rires, les embrassades, le cliquetis des verres, la détonation des bouteilles, les cris, les trépignements, les hourras, toutes les éclaboussures de la cordialité et de la bombance belges. Bruxelles et tout le royaume vibrent des derniers éclats d'une formidable acclamation, comme la grève de l'Océan sous le murmure expirant de la tempête. Quel fumet nous apporte la brise du Nord! *Che gusto!* comme dit Scaramouche devant un morceau de boudin brûlant. Par Téniers et Rubens, il se passe là-bas quelque chose comme une kermesse. Pas de doute; le violon jure, la pelle grince sur les branches rouillées de la pincette, les casseroles retentissent comme des tam tam sous le coup des cuillers; une ronde vertigineuse emporte garçons et filles, enfants et vieillards; les pieds clapotent dans le vin; la commère, étayée à la muraille, les bras pendants et l'œil hébété, tend la bouche à l'énorme cruche qu'un gros gars renverse dans son gosier; la vieille édentée s'allume à des agaceries oubliées; et sur le bras d'un vigoureux compagnon, la jeune blonde se cambre par un mouvement frénétique, abandonnant aux caprices du vent sa chevelure..... et son fichu.

Non, non. Ecoutez : *Vivat! Longue vie et prospérité! Au talent! à la gloire!* Flairez bien : des senteurs embaumées nagent dans l'atmosphère; les fleurs mêlent leurs parfums à celui des mets les plus exquis. Ouvrez les yeux : partout des girandoles chargées de lumières; des guirlandes et de l'or partout. Une kermesse, fi donc! Une salle noire! une chandelle fumeuse dans un goulot de bouteille! de gros corps sautillants et d'affreuses figures se détachant à peine dans l'épais nuage vomi par les pipes culottées! Fi, vous dis-je. Dans la fête de nos voisins, « il est défendu de fumer, mais il est *ordonné* de s'asseoir. » Le luxe n'y fait pas tort au bon goût, ni l'entrain à la conversation. On y mange et l'on y cause avec esprit, deux qualités presque aussi difficiles à acquérir l'une que l'autre. C'est un banquet d'honneur, réunissant plus de cent convives distingués. Quoi donc? Célèbre-t-on le vingt-deuxième anniversaire de l'indépendance? Boit-on à la mémoire de Philippe de Champaigne, de Vesale ou de Van Helmont, ou de quelque autre illustration bruxelloise? Le roi en personne est-il fêté par MM. les bourgmestres et échevins de sa bonne ville? — « Honneur au nouveau système de déligation! » — Oh! oh! il y a quelque chirurgien sous roche. La déligation chirurgicale, dit-on? O Mathias Mayor, maître *déligateur*, où êtes-vous? Si le froid de la mort ne vous a pas trop engourdi, vous avez saisi un des marteaux de votre invention, vous avez brisé votre cercueil, vous vous êtes glissé dans la salle du festin, et, comme l'ombre de Banquo, vous êtes allé vous asseoir, pâle et les yeux fixes, sur le fauteuil d'honneur. « Il fut un temps où, dès que le crâne

parfaite innocuité du chloroforme. Il est des personnes, il est vrai, qui croient encore le contraire. Il en est même qui, comme M. Gibert, par exemple, continuent à être doués d'une confiance si robuste, que malgré les cas de mort connus, qui dépassent aujourd'hui la centaine, persistent à regarder le chloroforme comme un agent parfaitement innocent, et déclarent ennemis de la science et du bien public, comme disait Broussais, quiconque n'est pas de cet avis. Quant à nous, nous ne sommes rassuré ni par la foi de M. Gibert, ni par la logique de M. Sédillot. Nous persistons à croire qu'il faut chercher ailleurs que dans l'influence des appareils asphyxiants ou des méthodes de chloroformisation trop brusques et trop immédiates les véritables dangers du chloroforme. Pour les bons esprits, la preuve de cette assertion est vulgaire et se rencontre à chaque pas. Cette preuve, la voici : La même dose de chloroforme, employée suivant la même méthode, avec les mêmes précautions, produit chez l'un une anesthésie subite; chez un autre, elle ne produit aucun ou presque aucun effet. Retournez l'observation. Chez un malade, telle dose produit l'anesthésie simple ; chez un autre, très exceptionnellement à la vérité, elle produit la mort. C'est-à-dire, n'est-ce pas, que dans l'un et l'autre cas les susceptibilités diffèrent et produisent des résultats souvent opposés. Comment une vérité aussi simple a-t-elle pu être contestée ou méconnue? Parce que, au point de départ fixe et certain que nous avions proposé, on a préféré les confusions de la théorie. Nous avions dit : A une dose déterminée, le chloroforme tue toujours et quels que soient les organismes ; cela n'est pas contestable. A des doses moindres, il perd de son action toxique, mais il la conserve en proportion relative aux dispositions individuelles. Quelles sont ces dispositions ? Voilà le vrai problème à résoudre. Et c'est ce que M. Sédillot a complétement méconnu. Nous sommes loin de contester l'influence du mode d'application qui peut plus ou moins favoriser le développement des accidents dans certaines conditions qui les priment. A ce point de vue, on ne saurait trop louer M. Sédillot d'avoir montré tous les avantages qui peuvent résulter d'un mode d'emploi plus rationnel et plus circonspect de la méthode. Mais s'il persiste à s'en tenir à ce moyen de sécurité, nous craignons bien qu'au moment où il s'y attendra le moins, il lui fasse complétement défaut.

J. Guérin.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA PSYCHOLOGIE ; par J.-B.-G. Barbier.

(Suite. — Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5, 26 avril, 6, 20, 27 septembre 1851.)

OBJET DE CE MÉMOIRE.

C'est dans le dessein de compléter ma pensée sur la loi biogénique que je viens aujourd'hui soumettre aux savants quelques réflexions sur la psychologie. On n'aborde pas une science si élevée, si ardue, un sujet qui dans tous les temps a occupé tant d'hommes éminents, sans éprouver un sentiment de défiance. C'est avec cette disposition d'esprit que je réclame toute la bienveillance du lecteur.

Nous allons successivement : 1° revenir sur la loi d'où émane la force mystérieuse qui fait vivre les végétaux et les animaux ; 2° parler de l'âme, de cette lumière que Dieu a concédée à l'homme ; 3° dire quelques mots de l'instinct des animaux ; 4° considérer ce que sont ces désirs, ces besoins, ces entraînements que nous nommons des passions.

I. — DE LA FORCE VITALE.

Origine de cette force. — On ne peut se refuser à reconnaître qu'il existe dans les êtres organisés une puissance intime, occulte, une force d'un ordre surnaturel, qui suscite les mouvements, qui dirige les fonctions que nous voyons s'exécuter dans leur corps. Cette force représente dans chacun d'eux comme une délégation de la loi biogénique.

Les plantes et les animaux nous offrent des organisations isolées, complètes, individuelles, dont toutes les parties se meuvent spontanément, et pour un but déterminé. Un grand nombre d'opérations s'accomplissent en elles, et le mobile qui les dirige échappe à tous nos moyens d'investigation. La force qui fait vivre ces êtres est pour nous une inconnue, comme la force d'attraction qui conduit les corps planétaires, comme la force des affinités moléculaires qui régit les combinaisons minérales.

En nous servant de la locution, force vitale, nous ne faisons donc qu'indiquer la loi biogénique en action sur les êtres organisés. Cette loi, que l'on méconnaît, a été portée à l'origine du monde. Les corps auxquels elle s'applique forment un ordre à part dans la création. Ils ont une composition chimique qui leur appartient, un mode spécial d'existence, une destinée qui les caractérisent dans l'univers.

Tous les actes qui, dans les êtres organisés, tendent à la conservation des individus ou à la pérennité des espèces, sont sous l'autorité de la force vitale. Ces actes s'exécutent à notre insu, se font sans le concours de la réflexion et de la volonté. Nous n'y prenons part que pour fournir la matière qui sert à leur accomplissement, comme l'ingestion de substances alimentaires pour la digestion, l'inspiration de l'air atmosphérique pour la respiration, etc. Avons-nous la conscience de la formation de principes nutritifs dans les voies digestives, de la conversion du sang veineux en sang artériel dans les cellules bronchiques, du travail des sécrétions des organes ou de l'exhalation des surfaces, de l'assimilation des molécules réparatrices au sang et aux tissus organisés? Notre entendement est-il pour quelque chose dans la formation des germes, dans leur fécondation, dans leur évolution? Est-ce notre raison qui règle les soixante-douze contractions du cœur par minute, les douze ou quatorze inspirations que nous faisons dans le même espace de temps ? Dirigeons-nous les mouvements vermiculaires du canal intestinal, etc.? En un mot, est-ce à notre intelligence que nous devons notre existence?

Nous voyons toutes les fonctions nutritives continuer pendant le sommeil, alors que la vie intellectuelle est suspendue. Nous voyons ces fonctions s'exécuter sur des personnes qu'une lésion du cerveau a privées de leur raison, qui sont tombées dans une nullité morale complète. On dit de ces personnes qu'elles n'ont plus qu'une vie végétative, c'est-à-dire la vie des plantes, qui ne possèdent que la force vitale.

Dans les êtres vivants, les actes qui conservent l'organisation, les actes qui engendrent de nouveaux individus, sont des produits obligés, forcés, des suites indéfectibles d'une loi qui les gouverne, à laquelle ils sont sou-

était vide de cervelle, l'homme mourait, et tout était fini ; mais aujourd'hui les morts ressuscitent et viennent hardiment nous chasser de nos siéges! » Vous ne l'avez pas voulu, et, aussi bien, vous en auriez été pour vos frais de magie et de bris de clôture, car ce n'est pas pour vous que l'enthousiasme chauffait. Avec vos cinquante-deux manières de plier le mouchoir, et vos gentilles planchettes, le patient pouvait se promener sans nuire au bras fracturé ; mais votre esprit ingénieux n'était pas allé jusqu'à trouver le moyen de mettre les jambes en écharpe. C'est pourquoi la chirurgie suisse ne vous a pas offert de banquet de votre vivant. Ce qui avait dépassé la mesure de votre imagination, un chirurgien belge l'a réalisé, ou peu s'en faut : il a du moins permis aux fracturés de toute sorte, de la jambe comme du bras, de la rotule comme de la clavicule, de se promener la canne à la main, et même sans canne. C'est le héros de la fête donnée à Bruxelles il y a quelques jours; c'est l'inventeur du bandage amovo-inamovible; c'est M. le baron Seutin.

L'occasion de cette fête mérite d'être racontée. M. Seutin rentrait en Belgique après une odyssée comparable à celle d'Ulysse, sinon pour le temps, au moins pour le chemin parcouru. On ne dit pas qu'il ait eu à éviter les piéges d'aucune syrène ni de la moindre Circé. La pérégrination a été de tout point triomphante, et des offres impériales sont la seule tentation contre laquelle il ait eu à se défendre. Appelé nous ne savons dans quelle ville d'Allemagne, pour une opération, il conçut le projet d'une campagne chirurgicale destinée, moins à conquérir des inventions lointaines, qu'à soumettre une partie de l'Europe et de l'Asie à la pratique de la chirurgie belge, particulièrement à la sienne ; c'était tout bonnement une manière de *blocus continental*. Armé de pied en cap, il fond d'abord sur Berlin, Cracovie, Tarnow, Stettin, les soumet à force de démonstrations cliniques et de conférences ; puis prenant par le flanc gauche, se dirige à marches forcées sur Saint-Pétersbourg. Après quelques succès remportés dans les hôpitaux, pour frapper le grand coup, il va droit au camp impérial, fort de 80,000 hommes. Fractures de mâchoire, fractures de clavicules, fractures du bras, fractures du bassin, fractures de la cuisse et de la jambe, il y en avait à *bouche que veux tu*. Ces braves gens étaient tenus au lit les membres bien empaquetés, bien *attelés*, bien ficelés. M. Seutin démolit tout, construit des appareils à sa manière, accommode ce membre à l'amidon, celui-ci à la mie de pain, cet autre à la gomme, et quand tout cela est sec, voilà mes gaillards qui se mettent à gambader. L'empereur, qui les croit fous, les interroge, et s'étant convaincu qu'ils sont sains du cerveau et n'éprouvent aucune douleur : « M. Seutin, dit-il, je vous remercie au nom de mes soldats que vous êtes venu soulager, au nom des médecins militaires que vous êtes venu initier à votre méthode. En mon nom tout particulier, je vous remercie! » La Chronique n'invente rien ici, et c'est le chirurgien belge lui-même qui a rapporté ces paroles. On voit que cette fois la conquête de la Russie a été plus facile qu'à la première. L'ogre du Nord s'y est prêté de la meilleure grâce. Le cosaque n'a pas dit à son coursier : *J'ai d'un géant vu le fantôme immense....; de sa droite il montrait l'occident...: retourne boire à la Seine rebelle....*, et autres rengaines de ce genre; il est probable que, si son coursier se casse la jambe, il lui appliquera un appareil amidonné.

Nous ne sommes qu'au commencement de l'expédition. Il faut maintenant se mettre en route pour l'extrémité méridionale de l'empire. Il n'est pas bien sûr

mis. Les organes qui opèrent ces actes obéissent à l'impulsion d'une cause souveraine.

Cette cause surnaturelle est toujours passée d'un être vivant qui la recélait dans des germes qui ont pris naissance sur lui. Elle s'est individualisée dans ces germes; c'est elle qui a commencé et qui a achevé leur organisation. Toutes les merveilles qui se multiplient sous nos yeux, quand nous étudions la nature organisée, sont son ouvrage.

On peut même penser que c'est la force vitale qui, sortie des rameaux d'un même tronc, fait la ressemblance que l'on remarque entre les enfants et leurs parents. Elle continue les mêmes traits sur la figure, elle répète les mêmes nuances organiques, d'où résultent les mêmes habitudes, la même attitude, etc., dans les divers membres d'une famille.

L'autorité de la loi biogénique prend un caractère distinct dans les diverses espèces d'êtres organisés. C'est cette spécificité de la force vitale qui fait que le type originel se perpétue dans tous les individus de la même espèce, que les mêmes formes, le même volume, la même composition chimique, se retrouvent dans chacun d'eux, qu'il y a pour chaque espèce une durée d'existence assignée.

Siége de la force vitale. — La force vitale pénètre toutes les parties fluides et solides qui constituent le corps des plantes et des animaux. Il n'y a pas une molécule, une fibrille de leur organisation qu'elle ne vivifie. Elle ne sort pas, comme l'innervation, d'un des appareils organiques du corps. La force vitale est l'expression de l'autorité de la loi biogénique sur un être organisé. Elle a formé cet être une production séparée, isolée, un système clos, individuel qu'elle tient sous sa dénomination : elle s'est fait de cette organisation comme une enveloppe matérielle.

Manifestation de la force vitale. — Dans tous les êtres organisés, la force vitale se manifeste par les mouvements spontanés qui s'exécutent en eux depuis l'état de germe jusqu'à leur mort. Ces mouvements ne s'expliquent ni par les lois de la physique ni par celles de la chimie. Les actes qui entretiennent l'organisation des plantes et des animaux, les actes qui les multiplient, qui perpétuent les espèces, ne peuvent se concevoir que par l'action d'une loi bien distincte de la loi de la pesanteur et de celle des affinités moléculaires qui régissent les autres corps terrestres.

Cette loi spéciale signale sa souveraineté et dans l'ordre physiologique et dans l'ordre pathologique. Il n'est pas une fonction qui se rapporte à la nutrition, à la conservation des corps organisés ou à la génération de nouveaux individus, que l'on puisse expliquer complétement sans l'intervention de cette loi ou de la force vitale qui en émane. Il n'est point une maladie, nous exceptons celles que produit une cause spécifique, qui ne procède d'une aberration de cette loi, d'altérations morbides des fluides et des solides du corps que cette aberration a déterminées. Ces maladies ne peuvent être guéries sans un retour de la nutrition, de l'absorption, de la circulation, etc., à leur mode normal d'exercice.

Tous les procédés que la thérapeutique emploie n'effacent pas directement les qualités morbides qu'un organe a prises. Le bandage le plus industrieux ne réunira pas les extrémités d'un os fracturé, si les actes nutritifs et absorbants que dirige la force vitale n'operent pas le travail organique de la consolidation.

Un organe est pris d'une irritation : des applications adoucissantes, réfrigérantes sur la partie affectée modèrent la circulation capillaire, font baisser la température de cette partie, etc. Ces effets obtenus, l'organe est-il rentré dans son état normal? La diète, le repos, les saignées, les boissons délayantes, que l'on prescrit dans une phlogose, nous donnent-ils, dans leur action immédiate sur l'organisation, une explication suffisante du travail intime qui se passe dans la partie phlogosée, quand l'engorgement inflammatoire disparaît? Un organe est dans un état de malaise; ses tissus sont détendus, relâchés. On administre le cachou, le quassia amara, le quinquina, etc.; est-ce que l'impression de ces agents corrigera tout de suite la modification morbide que la substance de cet organe avait éprouvée? On combat l'oligotrophie d'une partie vivante par l'emploi simultané d'un médicament excitant et d'une nourriture substantielle; des matériaux nutritifs arrivent plus abondants dans le sang et dans les tissus organisés; mais ces conditions suffisent-elles pour redonner à cette partie plus de volume? Ne faut-il pas que la nutrition, qui est sous l'empire de la force vitale, acquière une plus grande activité? La substance d'un organe s'est endurcie; elle a pris plus de volume; il n'y a pas de signes inflammatoires. On fait un usage prolongé de préparations d'iode, de mercure, etc., les molécules de ces médicaments opèrent-ils sur cet organe des dissolutions, des combinaisons, des effets chimiques? Pour ramener la partie malade à sa condition première, il faut que ces médicaments fassent prendre dans cette partie un autre mode d'exercice aux fonctions nutritives. C'est la force vitale qui, par une autre direction de ces fonctions, corrigera la lésion qui s'était formée dans le corps.

De la force vitale dans ses rapports avec l'organisation. — L'identité de la force qui fait vivre tous les individus d'une même espèce ne peut être contestée; c'est la même essence, c'est la même puissance qui a traversé toutes les générations, qui par une ligne continue s'est propagée des premiers êtres créés jusqu'à nous.

Ne doit-on pas penser qu'il se trouve aussi une égalité de pouvoir, une même mesure de capacité dans la force vitale qui anime tous les individus de chaque espèce, et que les différences que nous observons, quand nous comparons la vigueur relative, le degré d'énergie, de résistance de chacun d'eux, se rapportent à des modifications, à des variations de leur organisation matérielle.

Ce principe de physiologie est d'une haute portée. Il montre la force vitale attachée à la substance organisée. Il présente celle-ci comme un intermédiaire obligé pour la manifestation de la puissance de la vie. Cette sujétion nous explique pourquoi toutes les modifications accidentelles, toutes les altérations morbides des organes apparaissent dans les mouvements qu'ils exécutent, dans l'exercice des fonctions dont ils sont chargés.

Dans un organe dont la composition intime est parfaite, dont la conformation est régulière, la force vitale montre toute la plénitude de son pouvoir : l'action de cet organe est libre, prompt, facile; ses fonctions s'accomplissent sans efforts. Si la constitution chimique de cet organe est défectueuse, si son développement est incomplet, la force vitale paraît gênée, contrariée; les fonctions de cet organe s'exécutent mal. Enfin, la force vitale semble avoir perdu son pouvoir, si le changement matériel de l'organe est poussé trop loin.

Ce que nous disons d'une partie s'applique au corps tout entier. La force vitale montre toujours beaucoup d'énergie dans un homme fortement constitué. Au contraire, elle apparaît faible, incapable, dans les individus déficats, inachevés, dont les organes n'ont pas le volume, la densité, les qualités qu'ils devaient avoir.

Si, dans la jeunesse, la force vitale se fait remarquer par l'étendue de sa

---

que cette partie de l'itinéraire soit entrée dans les combinaisons stratégiques du chirurgien de l'hospice Saint-Pierre; mais l'empereur le désire, l'empereur le veut. Il veut que son armée du Caucase profite aussi des inventions occidentales. On expediera un courrier au gouvernement belge, à seule fin de demander pour le medecin en chef de son armée une prolongation de congé. C'est à ce moment que tenta de s'exercer sur notre Ulysse la séduction impériale. La récompense fut laissée à discrétion. Mais si on recommençait Artaxerxes, on perfectionnait Hippocrate. L'argent était refusé; mais le service accordé. « Je ne puis accepter de service à l'étranger, répondit M. Seutin; je n'irai donc qu'à condition de ne recevoir ni appointements, ni gratifications de sa majesté ou de son gouvernement. Mon seul but est de soulager des blessés et de propager ma méthode; voilà la seule récompense à laquelle j'aspire. » Cela ne vaut-il pas mieux que le patriotisme sauvage du medecin grec?

M. Seutin part donc pour le Caucase, à la tête de quelques chirurgiens-majors. Il avait des intelligences dans Moscou : M. Evenius, chirurgien d'un des hôpitaux civils, pratiquait déjà le bandage inamovible. Les autres se rendirent bientôt, ainsi que les professeurs de la Faculté, pour qui des conférences spéciales furent instituées. La petite armée traverse rapidement tout le reste de la Russie méridionale, la Circassie, la Géorgie; puis, longeant la rive septentrionale de la mer Noire, visite les villes, les forts, les redoutes jusqu'à Odessa. On ne trouve de résistance nulle part; ce n'est partout qu'une marche triomphale. Changer entièrement le mode de pansement des fractures, le traitement des amputations, des tumeurs blanches, de certaines plaies,

De toute autre valeur éternels monuments,
Ne sont d'Achille oisif que les amusements.

La Russie est soumise. En avant, marche! *Doutez-vous que l'Euxin ne le porte en deux jours* beaucoup plus loin que *les lieux où le Danube y vient finir son cours?* Il entre, en effet, dans Smyrne; Athènes est prise sans coup férir; mais les fièvres intermittentes, qui se jouent de l'amidon et de la dextrine, l'en chassent presque aussitôt. Vaincu par les éléments, non par la chirurgie ennemie, il se retire, mais pour voler à de nouvelles conquêtes. L'Italie l'appelle; à Naples, à Rome, à Gênes, à Florence, à Turin, une foule de sujets viennent se ranger sous ses lois. En France même, jugez de la chance! à Lyon surtout, il trouve moyen d'ajouter à son empire, non toutefois sans y avoir rencontré quelques résistances inattendues.

C'est après avoir parcouru ce cercle immense, embrassant presque toute la circonférence de l'Europe, que M. Seutin rentrait en Belgique, repu de conquêtes comme Charlemagne; — comparaison d'autant plus acceptable que Charlemagne était d'origine belge. Qu'on ne s'étonne donc pas de l'accueil extraordinaire qui lui a été fait par ses compatriotes. La fête avait été organisée par MM. les docteurs Thibon, Morel, Van Huevel, Joly, Delhaie Puttemans et Dieudonné. Les souscriptions étaient arrivées de toutes les parties de la Belgique. Médecins militaires, médecins civils, professeurs d'Université, membres de l'Académie, journalistes, modestes praticiens, se pressaient dans les salons de Dubos autour d'un immense fer à cheval. M. Seutin est au centre, ayant à ses côtés M. Graux, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles,

puissance, c'est qu'à cette époque de la vie, l'organisation est fraîche, neuve, qu'elle se prête merveilleusement aux impulsions que lui imprime cette force. Dans l'organisation fatiguée, usée des vieillards, la force vitale ne trouve plus les conditions matérielles qui doivent favoriser son action.

Un jeune homme porte pendant des années une organisation chétive; alors la force vitale paraît inerte, languissante. Par les progrès de l'âge et sous l'influence de circonstances hygiéniques propices, ce jeune homme acquiert une constitution plus robuste. Aussitôt se signale dans l'exercice des fonctions de la vie l'énergie de la force vitale. Cependant celle-ci n'a pas augmenté de quantité, c'est le meilleur état de l'organisation qui explique l'accroissement de son pouvoir.

Dans le cours de la vie, il est des époques où on se sent plus fort, mieux disposé: ce sont celles où les fonctions d'entretien du corps s'accomplissent avec plus de perfection. On se trouve affaibli, incapable, quand les actes de la nutrition se ralentissent, quand l'organisation matérielle éprouve quelque dépérissement.

Dans l'état de maladie, la force vitale est évidemment subordonnée, pour la manifestation de sa puissance, au degré d'altération que les organes ont éprouvé. Cette force perd de son étendue à mesure que ces organes s'éloignent davantage de leur condition normale. Une lésion récente est toujours plus facile à guérir, parce qu'elle a modifié moins profondément la texture, la densité, les autres qualités de l'organe qu'elle occupe, et que la force vitale qui l'anime peut exercer sur cette lésion une autorité qu'elle n'aura plus sur une lésion qui dure depuis longtemps, qui a dénaturé la substance organique.

Les maladies qui embrassent toute l'organisation, les fièvres par exemple, offrent dans leur début des mouvements salutaires, des efforts critiques, que l'on observe moins vers la fin de ces maladies, parce que le sang, les tissus organisés ont alors subi des changements d'état, des altérations qui gênent, entravent l'exercice de l'autorité de la force vitale.

Nous faisons la même remarque dans le traitement des diathèses. Quand celles-ci sont bien prononcées, les progrès de la guérison sont d'abord lents, difficiles à saisir; ils deviennent plus rapides, plus évidents, quand les fluides et les solides du corps ont déjà repris une meilleure condition, parce que cette restauration favorise l'action de la force vitale, qui est alors force médicatrice.

Des rapports de la force vitale avec l'innervation. — Dans un être organisé, la force vitale et l'innervation sont deux choses bien distinctes: la première émane d'une loi souveraine, absolue, immuable, portée à l'origine du monde; l'autre est le produit d'un appareil organique qui n'a été donné qu'à un petit nombre d'êtres vivants.

Les plantes ne possèdent point l'appareil d'où procède l'innervation, et cependant on trouve dans ces êtres tous les attributs de la vie. Les plantes naissent, s'organisent, se reproduisent et meurent, comme les animaux. Dans ces êtres s'exécutent toutes les fonctions nécessaires à l'entretien de leur organisation: absorption de principes extérieurs qui deviendront nutritifs; circulation d'un liquide dans lequel ces principes sont élaborés; expulsion des matières inutiles, assimilation de celles qui sont propres à restaurer la substance organisée, etc. Il y a de plus dans les plantes, faculté de procréer des germes, de former de nouveaux individus. La force vitale suffit pour l'accomplissement de tous ces actes.

Il y a plus, c'est à la force vitale qu'il faut rapporter ces phénomènes: l'allongement des racines du côté où la terre est meilleure; les feuilles se retournant pour prendre la situation qui convient à l'exercice de leurs fonctions; l'entortillement des tiges des plantes volubiles autour des corps solides qu'elles rencontrent; le mouvement des étamines sur les pistils, etc., etc.

Nous voyons même que, dans les plantes, la force vitale remplace l'instinct des animaux pour les soins que demande leur progéniture. C'est la force vitale, dirigée par la loi biogénique, qui forme les péricarpes, qui construit ces berceaux souvent élégants dans lesquels sont les graines, qui recouvre celles-ci d'enveloppes protectrices de nature soyeuse, cotonneuse, etc., qui les garnit de moyens propres à favoriser leur dissémination, etc. C'est elle qui place dans chaque graine une masse de nourriture dont le germe aura besoin dans le premier temps de son développement, etc.

Les conditions de la vie ne sont pas changées dans les animaux qui possèdent un appareil d'innervation. C'est toujours la force vitale qui préside à l'exercice des fonctions d'entretien du corps, et qui dirige les opérations qui se rapportent à la génération. Les sensations, les perceptions, l'instinct, l'intelligence restent étrangers à ce qui fait le fond, la partie essentielle de ces fonctions. Que l'innervation soit dans ces animaux un auxiliaire nécessaire, qu'elle provoque des mouvements organiques sans lesquels ces fonctions ne peuvent s'accomplir, c'est un fait incontestable; ainsi elle met en jeu les muscles qui servent à la respiration, elle excite les contractions du cœur, celles de l'estomac, etc. Mais c'est la force vitale qui opère la digestion des aliments, c'est elle qui exécute l'hématose dans les cellules bronchiques, c'est elle qui prépare et emploie les matériaux de la nutrition, qui conserve au sang et aux tissus organisés leur composition chimique, qui donne au corps une température indépendante. Enfin c'est la force vitale qui maintient la forme, le volume, la structure, les qualités des diverses pièces qui constituent une organisation.

Nous avons déjà dit que la force vitale se manifeste dans le germe qui contient un être à l'état rudimentaire, avant que l'innervation puisse se faire sentir. L'évolution du germe est commencée; des actes de circulation, de nutrition, d'absorption se sont opérés, que les instruments de l'innervation ne peuvent encore avoir aucune action sur cette organisation naissante.

On trouve, dans la Gazette Médicale du 27 septembre 1851, des expériences de M. Brown-Séquard, sur l'indépendance de l'irritabilité musculaire, qui sont pour notre doctrine d'un certain intérêt. On sait que si on coupe le nerf qui se rend aux muscles, ceux-ci cessent d'obéir aux ordres de la volonté, qu'après un certain temps ils ne se contractent plus, même quand on agit sur la portion du nerf coupé qui leur appartient. Mais on observe que ces muscles restent sensibles aux impressions extérieures que l'on porte sur eux, parce qu'ils continuent d'être animés par la force vitale.

Ce physiologiste a été plus loin. Il a vu que si on liait l'aorte derrière l'origine des artères rénales, l'application de la pile sur les nerfs ou sur les muscles de la jambe n'excitait plus de contractions musculaires, et que si on lâchait la ligature, même après un temps assez long pour qu'il y ait eu rigidité cadavérique, l'arrivée du sang artériel rendait aux muscles la contractilité qu'ils avaient perdue. Nous voyons ici l'application du principe que nous posions plus haut. La force vitale ne peut manifester son existence que sur les organes qui ne s'éloignent pas trop de leur constitution normale. Des tissus musculaires que pénètre un sang noir ne peuvent plus

---

et M. Fallot, vice-président de l'Académie de médecine. En face, sont M. Lebeau, membre de la même Académie, et M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé des armées. Voilà pour le tour de la table. Quant à ce qu'il y avait dessus, nous n'en dirons qu'un mot, tenant pour de fort mauvais goût, malgré l'usage, de faire connaître le menu d'un bon dîner à des gens qui n'y étaient pas. Impossible pourtant de ne pas dire que plusieurs des pièces montées avaient rapport à l'art médical. Qui n'a lu le banquet de Pétrone? Qui ne se rappelle ce surtout en forme de globe, représentant les douze signes du zodiaque? Chaque signe était recouvert par un mets approprié. Sur le Bélier, des pois cornus; sur le Capricorne, une langouste; sur les Gémeaux, des testicules et des rognons, etc., etc. Que représentaient les pièces montées du banquet de Bruxelles? Les journaux du lieu ne le disent pas, et les conjectures sont libres. Nous nous figurons, pour notre compte, un large surtout de forme plate, portant des Russes, des Italiens, des Polonais, des Grecs, des Français en pâte de massepain ou autre, tous estropiés, qui par une fracture, qui par une luxation ou une tumeur blanche, et portant tous un bandage amovo-inamovible; l'Italien panse avec du macaroni desséché; le Grec avec la gomme de Smyrne; le Russe avec la farine; le Français avec la dextrine. Le coup d'œil ne manquerait, ce nous semble, ni d'originalité ni d'à-propos.

Quoi qu'il en soit de ce menu détail, le banquet a eu, au dedans et au dehors, un immense succès. Ceux qui connaissent les manières entraînantes (nous dirions *flambantes*, si le dictionnaire de l'Académie le permettait) du baron Seutin, devinent aisément l'animation qu'il a dû répandre, la sympathie qu'il a dû exciter, dans une telle réunion. Tête vive, qu'un rayon du Midi semble avoir été chercher dans les brouillards de l'Escaut, M. Seutin a, dans toutes les circonstances, en particulier comme en public, dans la conversation comme dans l'exercice de son art, une sorte d'intrépidité qui étonne souvent et ne s'étonne jamais. Ce qu'il a produit jusqu'ici, ce qu'il pourra produire encore, en quelque genre que ce soit, ne donnera jamais une idée exacte et complète de l'homme; aussi fera-t-il bien de vivre le plus longtemps possible. Certes, ses inventions, ses perfectionnements, sont de nature à défier le temps; mais la vivacité d'esprit, la soudaineté de conception, le caractère prompt et entreprenant, l'aisance et la sécurité dans l'action, tout cela s'arrête avec le souffle, et les générations n'en connaissent rien. Toutes ces qualités de M. Seutin, on les apprécie en Belgique, dans le corps médical et dans le monde; on les ajoute au mérite des services rendus, et elles contribuent grandement à lui assurer, dans un pays riche en illustrations médicales, une position vraiment exceptionnelle. Ce qui nous plaît, ce que nous admirons dans le banquet belge, c'est le cordial désintéressement avec lequel les plus célèbres représentants de la médecine belge, MM. Vleminckx, M. Fallot, M. Morel, ont placé de leurs propres mains sur le pavois et encensé des plus flatteuses paroles un de leurs rivaux en renommée. La ville de Bruxelles elle-même s'est émue de ce louable exemple; pendant plusieurs jours, dit-on, le *banquet Seutin* a défrayé les salons. On était un peu surpris et très édifié de cet hommage universel rendu à la gloire d'un seul, et le corps médical tout entier recueillait sa part de cette faveur générale.

La Presse médicale belge contient à cet égard d'excellentes remarques que nous ne voulons pas lui dérober. Nous le dirons seulement avec elle: Oui, de telles

répondre aux impulsions de la force vitale; mais si celle-ci n'est pas éteinte, sa puissance se montrera aussitôt que le muscle aura repris son état naturel. Dire que c'est l'action nutritive du sang artériel qui rétablit l'irritabilité musculaire, ce serait toujours appuyer notre opinion, car la nutrition est un acte qui appartient essentiellement à la force vitale.

(*La suite au numéro prochain.*)

SYPHILIS.

SUR LA SYPHILIS A ROME; note lue à la Société de biologie, par M. A. CHARLON, chirurgien sous-aide.

Les fièvres périodiques à Rome occupent, dans le champ des maladies, une place si vaste, qu'elles absorbent presque entièrement l'attention des médecins. Mais à côté de ces fièvres si graves pendant la saison d'été, si intéressantes à étudier, au milieu de leurs variations symptomatiques, il est à Rome une autre maladie bien grave aussi, et qui par sa généralisation mérite d'être signalée d'une manière toute spéciale.

Je veux parler de la syphilis.

Pendant le premier mois qui suivit notre entrée dans Rome, il n'y eut qu'un très-petit nombre de soldats atteints de chancres. Mais pendant le deuxième mois, le nombre des vénériens suivit une progression toujours croissante, et bientôt nos hôpitaux en furent tellement encombrés que des évacuations devinrent indispensables.

Les progrès de la contagion que nous observinns à l'hôpital San-Spirito étaient, qu'on nous passe le mot, le thermomètre des relations qui s'établissaient entre nos soldats et la population.

La vérole est-elle très-répandue parmi les femmes à Rome? Où est-elle? où n'est-elle pas? On n'en sait rien; il n'est aucun document officiel qui puisse guider à cet égard. La vérole n'a pas droit de cité à Rome, elle n'y est que par fraude, par contrebande. Le nombre des filles de *profession* est très-restreint, celui des femmes d'*occasion* est au contraire fort considérable. Quoi qu'il en soit des sources d'infection, le nombre des soldats infectés a été vraiment énorme.

Y a-t-il dans le rapprochement de races différentes des conditions qui donnent à la syphilis une intensité particulière? Bien des faits pourraient le faire penser: qu'on se rappelle la découverte de l'Amérique et l'expédition du roi de France, Charles VIII, au royaume de Naples.

A la suite de cette expédition de Charles VIII, les Italiens prétendirent que la vérole était une importation française et lui donnèrent le nom de mal français, nom qui n'est pas encore tout à fait oublié dans la population. Les Français répondirent à l'accusation en imposant à la vérole le nom de mal napolitain; ce qui prouve, au moins, que nos ancêtres avaient bien quelque chose à reprocher aux dames italiennes de ce temps-là. En tout cas, les Italiens qui voudraient soutenir que la vérole est une *graine* française seraient obligés de convenir que le sol de leur patrie était merveilleusement propre à la faire germer et à la multiplier; car, outre que la vérole paraît fort répandue en deçà des Alpes, elle s'y présente avec des caractères de virulence extrêmement marqués, indice évident que la *graine* n'a pas dégénéré.

Le premier fait qui me frappa fut la bénignité et la rareté de la blennorrhagie. En deux ans de séjour à Rome, je n'ai pas vu un seul cas de ces blennorrhagies suraiguës que le vulgaire désigne en France sous le nom de *chaude-pisse cordée*. Règle générale, la blennorrhagie, à Rome, est ce que nous appelons en France un échauffement. Quinze à vingt jours de régime suffisent le plus souvent pour faire disparaître ces écoulements, qui sont presque toujours indolores.

La bénignité de la blennorrhagie à Rome est un fait important dans lequel je trouverais, s'il en était encore besoin, un argument pour établir que cette affection n'a rien de commun avec la syphilis. Comment se fait-il en effet que, dans un pays où les chancres ont une virulence extrême, les urétrites soient si bénignes? Comment se fait-il que le virus syphilitique, si intense sous forme chancreuse, soit si innocent sous forme blennorrhagique? Je recommande ce fait aux réflexions des médecins qui croient encore que l'urétrite est une forme de la syphilis.

Les chancres ont été extrêmement fréquents; dans les premiers mois de notre séjour à Rome, ils s'accompagnaient de phénomènes locaux véritablement graves. Quelquefois, en très-peu de jours, le prépuce tombait frappé de gangrène; dans quelques cas, la gangrène atteignait le gland et le corps de la verge. Je renonce à peindre l'aspect des chancres que j'observais à San-Spirito; je me bornerai à dire que les chancres bénins étaient en petit nombre. Les formes *rongeante*, *serpigineuse*, *champignonée*, *gangréneuse*, se rencontraient dans la majorité des cas. Quelquefois la gangrène, mortifiant le prépuce, la circoncision se trouvait pratiquée avec une régularité et une élégance à désespérer les opérateurs.

A cette époque, presque tous les chancres étaient suivis de bubons inguinaux, qui marchaient à suppuration avec une extrême rapidité, et qui une fois ouverts prenaient l'aspect des chancres eux-mêmes. Il n'en était plus de même en 1851, à l'hôpital Saint-André. Je remarquais que les accidents primitifs ne présentaient plus ce degré de gravité que j'avais constaté en 1849, à San-Spirito, et que pendant l'année 1850, d'autres médecins avaient observé à Saint-André. La plupart des chancres avaient une forme bénigne et s'induraient. Les bubons se présentaient le plus souvent sous forme de glandes indurées. A quoi tient cette différence?

Il aurait été fort intéressant d'examiner si les chancres graves que nous observions en 1849 à San-Spirito ont été plus souvent ou moins souvent suivis d'infection générale, que les chancres de forme bénigne que l'on a traités à Saint-André en 1851. Mais il est impossible de réunir les éléments d'une pareille étude. Si j'osais me fier à des impressions générales, à des souvenirs cliniques qui ne s'appuient sur aucun chiffre, je dirais que les accidents consécutifs ont été plus fréquents en 1851.

ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS. — Relativement aux accidents constitutionnels, je signalerai deux faits: leur fréquence, et la rapidité de leur apparition. Je crois ne point exagérer en disant qu'ils se montrent dans les deux tiers des cas. En France, dans nos hôpitaux militaires, l'infection générale est presque une exception; à Rome, c'est presque la règle.

Je ferai observer qu'à Rome, aussi bien qu'en France, les soldats atteints de chancres font un traitement mercuriel dès leur entrée à l'hôpital.

Les accidents consécutifs se montrent en général du cinquantième au soixante-dixième jour après l'apparition du chancre. Rarement je les ai vus

---

manifestations honorent ceux qui s'y associent; l'union entre les membres de la famille médicale sera toujours notre titre le plus sûr et le plus désirable à la considération, et quel plus haut témoignage d'union que l'oubli de sa personnalité et l'exaltation d'un confrère, d'un compatriote, d'un émule!

En France, nous n'avons rien en encore de semblable à cette réunion; mais, depuis plusieurs années, nous en avons pour ainsi dire la contre-partie dans le banquet offert à M. Ricord. La médecine belge fête un des siens pour avoir glorieusement planté sa bannière à l'étranger; un médecin français est fêté par une réunion cosmopolite pour les services rendus à la science. Il y a une gloire autrement déférée, mais non moins haute et moins pure, dans cette seconde manifestation. Le pays est honoré par l'étranger au lieu de s'honorer lui-même; l'honneur a le même prix pour celui qui en est l'objet.

A. DECHAMBRE.

— Toute crainte sur l'issue de la maladie de M. Orfila est dissipée. L'éminent professeur est entré en pleine convalescence.

— Par arrêtés du 13 janvier 1852, M. Maissiat, docteur en médecine, agrégé libre, conservateur adjoint des collections de la Faculté de médecine de Paris, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Thillaye, démissionnaire, qui rentrera en jouissance de la pension liquidée à son profit le 15 octobre 1844.

M. Oppermann, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Persoz.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Licke, chirurgien sous-aide détaché aux Invalides, désigné pour l'hôpital de Versailles, reste détaché aux Invalides.

M. Anselin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, et détaché aux Invalides, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Ely, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Michaux, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Roule, désigné pour l'hôpital de Versailles, reste détaché aux Invalides.

M. Janin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Nancy, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Bresse, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille, désigné pour l'hôpital de Versailles, est détaché aux Invalides.

M. Aubert, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Alger, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Soffray, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Remy, chirurgien aide-major de deuxième classe au 5e d'artillerie, est désigné pour le 11e de la même arme.

M. Cassine, chirurgien sous-aide en Algérie, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

survenir après trois mois. Ils surviennent assez souvent avant le cinquantième jour.

Douleurs rhumatoïdes. — Le plus souvent l'infection générale a pour premier symptôme des douleurs dans les membres, douleurs peu aiguës, qui s'accroissent par la marche et par le mouvement et s'accompagnent d'une lassitude et d'une faiblesse particulières.

En 1851, ce symptôme a été constaté presque dans tous les cas. Plusieurs fois je l'ai noté au quarantième jour après l'apparition du chancre. Je dis tout de suite que ces douleurs ont un spécifique vraiment merveilleux dans l'iodure de potassium. Bien souvent j'ai pu constater, dans le service de M. Renard, à Saint-André, que trois potions à 1 ou 2 grammes de cet iodure suffisent pour les faire disparaître. Malheureusement ces douleurs récidivent en s'aggravant, et il faut revenir à l'iodure.

Les éruptions cutanées se montrent quelquefois en même temps que les douleurs, mais le plus souvent elles leur sont postérieures de quelques jours. Les formes exanthémateuses ne sont pas fréquentes, et la roséole, si commune en France, l'est beaucoup moins à Rome. Les formes éruptives les plus communes sont les formes vésiculeuse et pustuleuse. Il semble que l'évolution de la syphilis étant plus rapide qu'en France, les éruptions cutanées affectent d'emblée et dès le principe, des formes qui caractérisent une période plus avancée de la maladie. Dans plusieurs cas d'éruptions pustuleuses, les pustules assez confluentes, blanches au sommet et ombiliquées, imitaient à s'y méprendre la variole elle-même.

J'ai noté assez rarement les taches cuivrées; cela tient-il à la rareté des formes exanthémateuses auxquelles les taches coivrées paraissent succéder?

J'ai noté quelquefois une éruption confluente à grains volumineux plus gros que des grains de maïs.

Accidents des muqueuses. — L'angine syphilitique, si commune en France, n'a pas été très-fréquente à Rome.

Pustules plates. — Les pustules plates à l'anus sont fréquentes et cèdent toujours avec facilité à l'emploi des lotions de chlorures de sodium et du calomel en poudre.

Iritis. — Les maladies de l'œil et particulièrement de l'iris ont été fréquemment observées.

Obs. I. — Un officier qui avait éprouvé divers accidents syphilitiques fut pris, étant à l'hôpital, d'un iritis extrêmement aigu. (Saignée; calomel; vésicatoires.) Malgré ce traitement, le mal ne cédait point et les douleurs étaient extrêmement vives. Un soir, le chirurgien de garde fut appelé auprès de cet officier. Il trouva le malade en proie à une agitation violente. Il s'élançait hors du lit et courait dans la chambre en poussant des cris; le chirurgien de garde lui fit prendre en peu de temps environ 40 gouttes de teinture d'opium dans une solution gommeuse, quelques heures après le malade se trouvait dans un état d'ivresse opiacée bien marquée: vertiges; anxiétés; frayeurs; somnolence; rêves pénibles; sueurs froides. Les douleurs de l'œil avaient complétement disparu; il releva le bandeau qui recouvrait l'œil, et la vision s'exerça parfaitement sans douleurs.

Le lendemain, les douleurs revinrent moins légères; le surlendemain, la guérison était complète.

J'ai cité cette observation parce qu'elle montre d'une manière éclatante l'efficacité de l'opium donné à haute dose. Rarement la maladie a été observée avec ce degré d'acuité. L'iritis, en général, affectait dès le début la forme chronique. Cet accident, très-fréquent en 1850 l'a été beaucoup moins en 1851.

Testicules syphilitiques. — Maladie fort rare chez les militaires et que je n'ai jamais vue dans nos hôpitaux de France; j'en ai rencontré 2 cas à Rome.

Périostites. — Cette affection a été très-fréquente. J'en cite en quelques mots une observation intéressante, qui donnera une idée de la rapidité avec laquelle l'évolution syphilitique peut se produire.

Obs. II. — M. prend pour la première fois un chancre, en février 1851. Entre à l'ambulance. (Traitement mercuriel.) On l'envoie à l'hôpital Saint-André le 13 mai. Son chancre est placé sur le gland et fort loin encore de cicatrisation. Son homme, dès le commencement d'avril, est atteint de douleurs dans les deux coudes. A son entrée, le 13 mai, on constate un gonflement des deux coudes, avec rougeur inflammatoire; douleurs très-vives sur l'olécrâne particulièrement. On ouvre, avec le bistouri, la tumeur du bras gauche; il en sort un peu de pus mal lié, séreux. (Cataplasmes; iodure de potassium.)

Au 6 juin, les douleurs avaient presque disparu, mais il restait beaucoup de roideur dans les articulations.

Rétraction de l'avant-bras. — J'ai observé, à l'hôpital Saint-André, quelques cas de douleurs siégeant particulièrement dans l'articulation humero-cubitale, déterminant l'impossibilité du mouvement d'extension; ordinairement la douleur s'étendait aux divers points de l'articulation; dans quelques cas, elle était localisée, particulièrement dans le tendon du biceps, et elle devenait dans quelques cas très-vive en ce point, sitôt qu'on voulait forcer l'extension.

L'iodure de potassium a été souverain dans presque tous les cas. Quelques potions à 1 ou 2 grammes rendaient à l'articulation toute sa mobilité. Ces rétractions proviennent sans doute de lésions siégeant dans les tissus fibreux péri-articulaires.

D'après quelques-unes de nos observations, il semblerait que ces lésions peuvent siéger, d'une manière spéciale, dans la partie tendineuse des muscles.

Je transcris ici une observation qui me paraît curieuse à cause de la rareté des symptômes qu'elle présente.

Obs. III. — B.. prend un chancre pour la première fois en février 1851. Il entre à l'hôpital trois jours après l'apparition de ce chancre. (Pilules de proto-iodure de mercure.) Un peu plus tard, glandes indurées dans l'aine. (Emplâtre de Vigo.) Quelque temps après, on enleva l'emplâtre de Vigo; la peau qu'il recouvrait présentait une coloration rouge fort intense. Il n'y avait pas de douleur; bientôt cette douleur s'étend sur tout le ventre, puis envahit la partie postérieure et inférieure du tronc, et le haut des cuisses. Vers la base de la poitrine, cette rougeur se fond en une éruption de petites taches rouges extrêmement rapprochées. De toute la surface de la peau qui est le siége de l'affection, suinte un liquide séreux d'une très-grande abondance, le malade en est constamment baigné; l'epiderme était épaissi et rugueux. Divers moyens furent mis en usage pour arrêter cette sécrétion, qui épuisait le malade; l'eau blanche en lotions a été le seul agent efficace.

On ne prescrivait pas de traitement interne, à cause de la faiblesse du sujet. Plusieurs fois la sécrétion cutanée s'arrêta presque complétement. L'épiderme alors se desséchait et tombait en squammes. Mais après trois ou quatre jours, la sécrétion séreuse reparaissait avec la même abondance.

Enfin, vers le milieu de juin, la maladie sembla définitivement guérie; la peau avait repris sa coloration et sa souplesse normales. B... sortit de l'hôpital.

Bubons d'emblée. — Il y a des médecins qui pensent que des bubons syphilitiques peuvent survenir sans chancre antérieur; l'examen attentif des faits prouve que leur opinion est complétement erronée.

J'ai recueilli, dans le même moment, quinze observations de ces bubons appelés d'*emblée*. Dans quelques cas, la maladie avait près d'un an de date et avait nécessité plusieurs entrées à l'hôpital. Dans le plus grand nombre, l'invasion remontait à cinq ou six mois. Dans d'autres cas enfin, la maladie existait depuis trois ou quatre mois environ.

Eh bien! aucun de ces malades n'a présenté un seul accident syphilitique. On ne pourrait pas m'objecter que mes observations portent sur un nombre de malades trop restreint et sur un temps trop court, car on a pu voir plus haut que l'infection générale se rencontre au moins dans les deux tiers des cas et débute ordinairement du cinquantième au soixante-dixième jour après l'apparition du chancre.

La question du bubon d'*emblée* a une grande importance pratique, surtout à Rome, où cette affection est fort commune, et s'il est vrai que ce bubon n'est point une forme syphilitique, on peut dire qu'un très-grand nombre d'individus ont subi ou subissent des traitements mercuriels inutiles, sinon nuisibles.

Abcès tuberculeux du gland. — Puisque je parle en ce moment de faits étrangers à la syphilis, qu'il me soit permis de citer en deux mots une observation intéressante par sa rareté, que j'ai recueillie dans le service des vénériens à Saint-André.

Obs. IV. — Colombari, Italien, blond, bien constitué, âgé de 27 ans, entre à l'hôpital le 24 mai. Voici ce que je constate. Testicule droit triple de volume, bosselé en arrière, mou en avant, douloureux. Un peu de liquide dans la vaginale. Testicule gauche doublé de volume, dur, bosselé, non douloureux. La base du gland est rouge, tuméfiée, dure, inégale. La pression sur le gland fait jaillir des gouttes de pus blanc, bien lié, par des orifices que l'on ne distingue qu'en regardant de fort près. Il y a un mois, au dire du malade, que ces orifices se sont formés et donnent passage à la suppuration.

Cet Italien ayant quitté l'hôpital le surlendemain, je l'ai perdu de vue.

Le diagnostic porté par M. Renard fut hydrocèle tuberculeuse double, abcès tuberculeux des corps caverneux et du gland.

Cautérisation du chancre. — Quand on administra le mercure contre la syphilis, on s'empressa d'attribuer à ce médicament tous les accidents syphilitiques eux-mêmes. Le quinquina a eu la même fortune que le mercure, ce qui n'empêche point ces médicaments d'être les agents les plus précieux de tout l'arsenal thérapeutique. Depuis que les médecins se servent, un peu banalement sans doute, du crayon de nitrate d'argent pour toucher les chancres, on n'a pas manqué d'accuser la cautérisation de produire les accidents constitutionnels.

A Rome, comme en France, il y a des médecins qui proscrivent d'une manière absolue la cautérisation des chancres. Il en est de plus zélés pour

la suppuration, qui, au moyen d'onguents irritants, s'efforcent de retarder le plus possible la cicatrisation de ces ulcères. Cette pratique paraît étrange, mais ce serait un mince défaut si elle avait quelque utilité. Or, d'après les observations que j'ai recueillies, je vois que les accidents constitutionnels arrivent également quand on cautérise et quand on ne cautérise pas; quand on laisse les ulcères se fermer d'eux-mêmes et quand on les provoque à la suppuration.

Si la cautérisation est une cause d'accidents ultérieurs, c'est au dire de ses ennemis, parce qu'en faisant cicatriser le chancre, elle enferme, selon la trop vieille comparaison, *le loup dans la bergerie*. Il semblerait à les entendre que le caustique lunaire est un moyen tout-puissant pour amener les chancres à cicatrisation. Plût à Dieu qu'il en fût ainsi! — Mais les praticiens qui se servent du nitrate d'argent ne s'aperçoivent que trop de son impuissance à modifier les ulcères chancreux. Trop souvent après la cautérisation, on voit l'inflammation locale s'accroître et s'élargir la surface ulcéreuse. Combien de fois des lotions émollientes ne réussissent-elles pas là où avaient échoué le nitrate d'argent et d'autres agents de substitution! Un pansement avec le styrax modifie très-souvent la surface des chancres d'une manière avantageuse, et par suite le prédispose à la cicatrisation. Le calomel en poudre, les solutions même très-faibles de bichlorure de mercure, ont une efficacité bien plus grande que le nitrate d'argent dans le traitement des chancres. Il y a une période toutefois dans laquelle le caustique lunaire a une action non douteuse, c'est lorsque le chancre, modifié par le temps ou la médication, tend à passer à l'état de plaie simple. Une cantérisation dans cette circonstance, je l'avoue, peut accélérer de trois, quatre ou cinq jours et plus, la cicatrisation définitive. C'est à cela, si je ne me trompe, que se réduit la culpabilité de ce caustique que l'on a pourtant accusé de tant de méfaits. Dans la période aiguë, ulcéreuse, du chancre, il n'est qu'un modificateur bien infidèle, et si les ennemis de la cautérisation sont logiques, ils doivent pousser le *respect* du chancre jusqu'à s'abstenir de tout topique, de l'eau émolliente même, de peur d'en faciliter la cicatrisation.

Voici, du reste, un petit tableau qui montre mieux que le raisonnement jusqu'à quel point la prolongation de la suppuration chancreuse prévient les accidents consécutifs. Les seize observations qui y figurent ont été prises toutes en même temps dans le même service.

NOMS.	DURÉE DE LA SUPPURATION DU CHANCRE.	ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS.
C.	3 mois.	Toute une série d'accidents consécutifs.
F.	35 jours.	idem.
C.	35 jours.	Éruptions et douleurs.
M.	3 mois et demi.	Périostite des deux coudes.
D.	35 jours.	Éruptions et douleurs.
L.	2 mois.	Douleurs.
C.	2 mois.	Pustules plates.
B.	2 mois.	Douleurs.
G.	5 semaines.	Douleurs et exostose.
F.	45 jours.	Éruptions et douleurs.
S.	45 jours.	Douleurs.
S.	La suppuration date de 3 mois.	Douleurs.
D.	29 jours.	Éruptions et douleurs.
J.	40 jours (cantér. au 28ᵉ jour).	Douleurs.
M.	6 semaines.	Éruption et périostite.
F.	se présente avec un phymosis 2 mois après l'apparition de son chancre.	Toute une série d'accidents constitutionnels.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — En France, on s'est demandé depuis quelques années s'il était réellement utile de faire un traitement préventif. La question n'était pas facile à résoudre, parce qu'un grand nombre d'individus échappent à l'infection constitutionnelle. Comme dans la plupart des cas, les malades suivent un traitement mercuriel préventif, les partisans de ce traitement rencontrent tous les jours des cas qui les engagent à persister dans leur manière de faire.

Mais à Rome, comme les accidents consécutifs arrivent quoi qu'on fasse dans la très-grande majorité des cas, l'utilité du traitement préventif devait y être plus facile à apprécier. Étant donnés 50 individus atteints de chancres, et ayant fait un traitement mercuriel, si chez 35 d'entre eux nous voyons survenir les accidents d'infection générale, n'est-il pas permis de penser que les 15 autres qui en sont exempts ne doivent point cette immunité au traitement mercuriel? Plus la proportion des malades épargnés par l'infection générale baissera, plus évidente ressortira l'inutilité du traitement préventif.

Pour moi les faits que j'ai vus à Rome me donnent la croyance intime que les mercuriels sont impuissants à prévenir l'évolution ultérieure du virus syphilitique. Les résultats de sa pratique ont donné la même opinion à M. Renard, chargé depuis longtemps du nombreux service de vénériens à Saint-André.

Mais le traitement préventif n'est-il qu'inutile? N'est-il point nuisible au point de vue du traitement des accidents constitutionnels?

Voici des faits qui, je crois, répondent à cette question. M. Renard a constaté que, dans le traitement de ces accidents, les mercuriels (protoiodure et bichlorure) ont été presque sans action. L'iodure de potassium, au contraire, a produit dans presque tous les cas des résultats merveilleux. Comment expliquer ces faits? N'est-il pas rationnel de penser que l'économie ayant été soumise, pendant le traitement préventif, à l'influence de la médication mercurielle, celle-ci avait perdu en grande partie sa puissance contre les manifestations secondaires de la syphilis?

Les succès constants et vraiment surprenants de l'iodure de potassium ne tiennent-ils point à ce que ce médicament n'a jamais été employé à la période des chancres, à ce qu'il n'a été administré que dans des circonstances où son action est réelle?

Quoi qu'il en soit, M. Renard, trouvant peu efficaces les agents de la médication mercurielle, a recours de bonne heure à l'iodure de potassium, et en obtient de grands succès dans les cas d'accidents secondaires et tertiaires.

Mais cet iodure est surtout héroïque dans les douleurs rhumatoïdes qui sont ordinairement le premier symptôme de l'infection générale. Ce fait est en contradiction avec ce que j'entendais, en 1847, formuler, ainsi qu'il suit, par un célèbre professeur de Paris: *L'iodure de potassium est d'autant plus utile dans le traitement des affections syphilitiques qu'on s'en sert contre des accidents plus éloignés.* Ce qui est vrai à Paris ne l'est pas toujours à Rome.

Un mot encore, et je finis ce travail trop long peut-être pour l'utilité qu'il peut avoir.

J'ai interrogé avec soin un grand nombre de malades dans l'intention de vérifier si un homme pouvait être infecté deux fois de syphilis constitutionnelle. Moins heureux que M. Gamberini (de Bologne), qui observe presque sur le même terrain que moi, je n'ai pas rencontré un seul cas de double infection constitutionnelle. M. Gamberini a-t-il donné une interprétation vicieuse aux faits qu'il a cités? Je penche à le croire. Mais je dois ajouter que la syphilis n'a point en Italie la même allure qu'en France, et que son évolution très-rapide et souvent très-irrégulière entraîne, dans les faits, des anomalies qu'il est bien difficile d'interpréter.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN HÉMATOZOAIRE RENCONTRÉ DANS LA SAPHÈNE INTERNE GAUCHE D'UN SUJET EN DISSECTION; par M. E. MONGRAND (de Brest), chirurgien de la marine, prosecteur d'anatomie.

Monsieur le rédacteur,

Dans le dernier numéro de votre estimable journal, je viens de lire le compte rendu du travail que MM. Gruby et Delafond viennent de lire à l'Académie des sciences. M. Delafond débute en disant qu'aucun fait ne démontre que le sang de l'homme bien portant ou malade soit habité par des helminthes, et que les prétendus vers qu'on a rencontrés dans le sang ne sont que des pseudo-helminthes.

Le hasard m'a favorisé il y a quelques mois, et j'ai rencontré, dans la saphène interne d'un sujet en dissection, un hématozoaire bien remarquable, que je propose d'appeler *filaria zebra*, en raison des zébrures que présente son col.

Puisque MM. Gruby et Delafond, qui se sont livrés à l'étude des hématozoaires, prétendent qu'il n'en a jamais été rencontré chez l'homme, ma découverte doit être intéressante, et je vous prie de la porter à la connaissance du monde savant.

A la première occasion, je me propose d'envoyer à la Société de biologie le ver que je conserve dans l'alcool. En attendant je vous en envoie la description.

OBS. — Le 1er novembre 1851, j'ai recueilli dans la saphène interne gauche du nommé Castandey, condamné aux travaux forcés, mort le 24 octobre et injecté pour l'étude de l'angéiologie, un hématozoaire dont voici la description.

L'animal a une longueur totale de 6 centimètres et demi. Sa largeur est de 2 millim. dans sa partie la plus volumineuse. Sa coloration générale est rouge brun, analogue à celle du sang veineux. Sa forme est cylindrique.

Une des extrémités se termine par une tête ovoïde, portée sur un col très-notablement rétréci, surtout à son attache avec la tête. Ce col a environ le tiers de la longueur du ver; il est zebré par une foule de points blanchâtres sur un fond rouge brun. Quelques-unes de ces zebrures représentent des sortes d'anneaux circulaires.

La tête, ovoïde, du volume d'une tête d'épingle de moyenne grosseur, est d'une couleur blanchâtre; elle se termine par une espèce de bec complètement noir.

A la réunion du col avec le corps se trouve un renflement cylindrique qui est la partie la plus volumineuse du ver. Son attache au col est parfaitement limitée par la différence de volume; son autre extrémité se continue avec le corps sans démarcation. Sa couleur est d'un blanc grisâtre. Le reste de l'hématozoaire est d'une couleur rouge brun, continue sans zebrures. Son extrémité caudale est un peu renflée. A l'œil nu, elle paraît inégale et comme déchirée; mais examinée à la loupe, un peut se convaincre que la continuité du ver n'a pas été détruite. On voit alors un petit prolongement recouvrant deux valves qui, écartées, offrent une surface unie et polie.

Le ver a été retiré de la veine par la pression du manche d'un scalpel qui l'a fait refluer avec le sang. Au sortir de la veine, il a été lavé dans de l'eau pure, puis maladroitement placé dans de l'alcool qui, trop concentré, l'a de suite durci et contracté.

Examiné au microscope à un assez fort grossissement, je n'ai rien pu voir dans la partie inférieure au renflement; elle était trop opaque; mais dans les points les plus minces du col, j'ai aperçu un réseau très-serré qui dénotait d'une manière incontestable un être organisé.

La contraction et le durcissement causé par l'alcool ne m'a pas permis de constater l'existence de suçoir à la partie antérieure de la tête; seulement une petite dépression qui existe en ce point pourrait bien être l'orifice du canal alimentaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Production et nature des tumeurs hétérologues*; par M. Tigri. 2° *Sur l'opportunité de la culture des rizières*; par M. Bonomi. 3° *Sueur bleue et verte dans une fièvre militaire grave*; par M. Argenti. 4° *Considérations zootomiques sur quelques organes générateurs mâles chez les animaux domestiques, spécialement sur le conduit déférent et les vésicules spermatiques des monophalangiens, des diphalangiens et des tétraphalangiens*; par M. Barbieri. 5° *Invasion du choléra en 1849 dans la province de Brescia, et observations prouvant le caractère contagieux de cette maladie*; par M. Balardini. 6° *De l'opium*; par M. Baruffi. 7° *De la clinique médicale pour les chirurgiens à l'Université de Pavie*; par M. del Chiappa.

INVASION DU CHOLÉRA EN 1849 DANS LA PROVINCE DE BRESCIA, ET OBSERVATIONS PROUVANT LE CARACTÈRE CONTAGIEUX DE CETTE MALADIE; par M. BALARDINI.

L'honorable auteur n'est pas du nombre des médecins qui voient du danger à admettre la contagion du choléra, et même à la discuter. Ce qu'il a observé, il le dit franchement; l'opinion qu'il s'est formée d'après les faits, il l'expose sans arrière-pensée. On ne nous en voudra pas de suivre son exemple, et de reproduire les observations qui ont décidé sa conviction. Que chacun agisse de même; le danger ne peut être qu'à dissimuler la vérité, jamais à la produire au grand jour.

En juillet 1849 le choléra régnait, depuis près d'un mois, dans les provinces vénitiennes et s'était étendu à Vérone. La ville et la province de Brescia jouissaient alors de la meilleure santé, lorsque, le 17 juillet, on déposa dans une auberge de Desenzano (bourg situé sur la grande route de Vérone à Brescia), un nommé Erhald, soldat faisant partie d'un convoi venant des provinces vénitiennes. Le docteur Papa l'ayant reconnu affecté du choléra, le fit transporter de cette auberge à l'hôpital de la localité.

Peu après la même forme de maladie se déclara chez Angelo Villio qui logeait dans cette auberge depuis quelque temps, puis presque simultanément chez l'aubergiste même, et peu de jours après chez son domestique, Ferranti.

Dans l'hôpital où Erhald fut porté et où il mourut pendant la période de réaction, une nommée Maria Tosi, qui y était traitée depuis quelques mois pour une affection utérine, fut prise du choléra un jour après l'admission d'Erhald. Elle avait été soignée par la seule infirmière qui eût assisté ce militaire durant sa maladie.

Angela Bonomini qui fréquentait l'hôpital, mue par un sentiment de charité, avait donné des soins à Maria Tosi au commencement de sa maladie, ignorant qu'elle fût atteinte du choléra. De retour dans sa maison, où elle tenait une école de jeunes filles, elle vit successivement atteintes du choléra une de ses élèves Theresa Fontanella, puis Luigia Milesi, ensuite Maria Mucelli, Angela Girardini, et enfin la petite Maestri, que quelques personnes crurent à tort avoir succombé à une affection vermineuse.

La mère de la jeune Milesi, qui avait soigné sa fille jusqu'au moment de sa mort, présenta bientôt les mêmes symptômes et alla la rejoindre dans la tombe. Le même sort fut celui de la mère d'Angela Girardini, qui avait veillé son enfant sans prendre aucune précaution, sans même soupçonner que sa maladie fût le choléra.

Dans la maison des Milesi, une servante, Lucia Grazidi, prit aussi la maladie et en mourut. De même, un jeune homme, Lanfranchi, contracta le choléra pour avoir visité et soigné à ses derniers moments la jeune Fontanella, dans la persuasion où il était qu'il ne s'agissait que d'une affection vermineuse.

La femme de l'inspecteur des finances, qui logeait dans une maison où se rendaient plusieurs individus ayant visité Lanfranchi et Fontanella, succomba également au choléra.

La famille Brocchetti accueillit le père et le mari de la fille et de la mère Milesi, sans les avoir soumis à aucune ablution désinfectante. Bientôt la fille Matilde Brocchetti subit une attaque de choléra, à laquelle elle échappa. Son père, qui lui avait donné des soins affectueux, prit le choléra et en mourut. Il en fut de même d'une nommée Caterina Bina, qui avait visité cette famille.

La nommée Broni, accoucheuse du pays, avait assisté les familles Fontanella et Milesi durant cette invasion du choléra; elle alla ensuite prêter les secours de son art, sans s'être préalablement désinfectée, à la femme d'un aubergiste, Maria Vago, qui accoucha à cette époque. Cette femme prit le choléra et y succomba. Un certain Antonio Rizzati avait approché fréquemment Maria Vago pendant ses derniers moments; il fut atteint à son tour du choléra, et le communiqua à son père et à sa belle-mère qui en devinrent tous les deux victimes.

Jusqu'à ce moment on avait ainsi pu suivre de cas en cas la marche et les progrès du choléra dans la population de Desenzano, depuis le premier cholérique, le soldat Erhald, jusqu'à la dernière, la belle-mère de Rizzati. Mais alors le fléau s'étendant de plus en plus, il devint impossible d'en observer la communication avec la même exactitude. Cependant, au milieu de tant de victimes, quelques faits isolés, recueillis çà et là, vinrent encore montrer la constante influence du contact immédiat ou médiat. Parmi ces exemples, les deux suivants semblent, en effet, de nature à faire réfléchir les plus obstinés anticontagionistes.

Le 10 août le choléra frappa à Peschiera le nommé Bernardino Bitarini, vieillard de 60 ans, qui périt en vingt-quatre heures. Son fils Bernardo, âgé de 25 ans, fut tellement incrédule sur la nature de la maladie qui avait enlevé son père qu'il se coucha dans le lit où celui-ci venait d'expirer... Peu d'heures après, il l'avait rejoint dans la tombe. Son jeune frère Luigi, encore plus entêté, voulut aussi à son tour se mettre dans ce même lit... Comme son père et son frère, il était en trois heures devenu un cadavre.

De trois ouvriers que la cupidité avait attirés à Peschiera, le choléra en fit mourir un en quelques heures, c'était le nommé Giovanni-Alberto Boali. La frayeur s'empara de ses compagnons, qui s'enfuirent dans leur pays natal où régnait à ce moment la plus parfaite santé. L'un d'eux, Agostino Giuliani, avait assisté Boali durant sa maladie. Il rapporta à sa veuve quelques vêtements et une paire de souliers presque neufs que le défunt avait portés. Cet homme tomba malade le 17 août, et le docteur Feroi Panizza reconnut chez lui les symptômes du choléra. La nuit suivante, la veuve Boali, qui avait reçu les dépouilles de son mari et qui habitait dans un corridor vis-à-vis la porte de ce même Giuliani, avec qui elle avait communiqué, fut prise du choléra et y succomba. Giuliani eut le bonheur d'en réchapper.

Peu après, deux jeunes femmes, Caterina Toris et Maddelena Boali, amies de la veuve Boali, qui l'avaient visitée durant sa courte maladie, succombèrent également au choléra.

Deux enfants, Giuseppe Stringari et Giovanni Benvenuti, qui avaient accompagné au cimetière la veuve Boali, et rapporté le drap couvrant sa bière, subirent le même sort, que partagea aussi le père du premier.

Depuis lors et malgré toutes les précautions, le mal se propagea dans ce pays comme un incendie aidé par le vent.

M. Balardini, dont le nom seul, d'ailleurs, est une autorité, fait remarquer que ces faits sont notoires, et qu'ils ont une authenticité officielle, le premier député de la commune, M. Gaetano Polidoro, s'étant fait un devoir de tenir note de tous les cas, au fur et à mesure qu'ils se reproduisaient, et selon l'ordre de leur filiation successive.

DE LA LIGATURE DES ARTÈRES THYROÏDIENNES POUR LA CURE DU BRONCHOCÈLE; par M. PORTA (1).

Quelques chirurgiens, parmi lesquels il faut compter M. Porta lui-même, avaient déjà essayé de faire cesser l'hypertrophie du corps thyroïde, en liant

(1) Cet article appartient à la revue précédente.

soit l'une des artères thyroïdiennes supérieures, soit ces deux vaisseaux. Mais la ligature de la thyroïdienne inférieure, conjointement avec celle de la supérieure, quoique M. Porta l'eût indiquée comme indispensable pour obtenir un effet curatif complet, n'avait pas encore été pratiquée par lui, faute d'une occasion favorable. Enfin un fait s'est offert, et le succès a rempli toutes les prévisions de l'honorable professeur de Pavie.

Obs. — Une jeune paysanne, âgée de 17 ans, vint en juillet 1850, dans la salle de clinique, se faire traiter d'un goître du côté gauche du cou, ayant le volume d'une orange ordinaire. Il avait rapidement augmenté durant les deux dernières années, de manière à rejeter le larynx et le pharynx à droite, à produire un râle fatigant et à gêner un peu la déglutition. On sentait l'artère thyroïdienne supérieure battre vers le sommet de la tumeur; mais on ne percevait aucune trace de l'inférieure. La tumeur était circonscrite et le cou naturellement allongé, M. Porta considéra le cas comme favorable à l'opération de la double ligature. En conséquence, le 28 juillet, il pratiqua entre le sterno-mastoïdien et le sterno-thyroïdien l'incision longitudinale, de quatre travers de doigt, telle qu'on la fait ordinairement pour lier la carotide primitive.

La thyroïdienne supérieure étant la plus difficile à découvrir, on se proposa de commencer par elle. L'opérateur rompant avec le doigt le tissu cellulaire à la partie inférieure de l'incision, derrière et un peu au-dessous de la base de la tumeur, parvint à sentir distinctement cette artère entre la trachée et le tronc de la carotide commune. Toujours guidé par le doigt, il passa sous ce vaisseau une aiguille courbe de Lawrence enfilée d'un cordonnet de soie, dans lequel il l'étreignit. Cette première ligature étant terminée, on découvrit sans peine à l'angle supérieur de l'incision la thyroïdienne supérieure qu'on entoura d'une fine ligature animale.

Les suites de l'opération ne furent pas aussi simples qu'on était autorisé à le présumer. Un phlegmon d'abord, puis au bout de trois semaines une hémorrhagie provenant de l'angle supérieur de la plaie, et contre laquelle il fallut employer le tamponnement, retardèrent la cicatrisation, qui ne fut complète qu'à la fin d'octobre.

Mais comme moyen curatif le succès dépassa toutes ses espérances; à peine le phlegmon dissipé, on reconnut que la tumeur avait diminué de moitié. Au commencement d'octobre, il n'en restait aucune trace. Il n'en demeurait pas même un noyau ou callosité; le cou, à cette place, était amaigri, aplati, et ne présentait que la cicatrice de l'incision faite en juillet.

A la date du 22 avril 1851, on a eu des nouvelles de la jeune opérée; elle jouit de la plus parfaite santé, et n'offre pas le moindre vestige de tumeur au cou.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Sur la monomanie homicide;* par M. Gandolfi. 2° *Sur une tumeur enkystée volumineuse adhérente à la racine de la seconde petite molaire, et développée dans l'antre d'Hygmor;* par M. Busi. 3° *Études théorico pratiques sur l'endémie paludre;* par M. Minzi. 4° *Cas de maladie extraordinaire;* par M. Valorani. (Longs détails sur un fait de rupture de la veine-cave inférieure à son embouchure dans l'oreillette droite) 5° *Clinique syphilitique;* par M. Gamberini. (L'auteur nous fait l'honneur de consacrer un article étendu à l'examen de notre mémoire publié en novembre 1850, dans la Gazette Médicale : Des douleurs chez les syphilitiques. Nous n'avons rien à répondre à cette critique, écrite d'ailleurs avec une convenance parfaite, mais partant d'un point de vue trop différent du nôtre pour que la discussion des deux opinions en parallèle offre quelque utilité.) 6° *Sur une disposition particulière circulaire autour de l'anneau inguinal, trouvée chez un sujet affecté de hernie;* par M. Pistocchi. 7° *Histoire d'une miliaire très-grave avec une pleurésie suivie d'empyème;* par M. Bursi. 8° *Cas de psoïtis passé à la suppuration;* par M. Torrini. 9° *Notes cliniques sur la pellagre, et notamment sur celle du territoire de Bologne;* par M. Paulini.

TUMEUR ENKYSTÉE VOLUMINEUSE, ADHÉRENTE A LA RACINE DE LA SECONDE PETITE MOLAIRE, ET DÉVELOPPÉE DANS L'ANTRE D'HYGMOR; par M. BUSI.

Obs. — Une femme de 50 ans, habitant un terrain bas et humide, vint consulter M. Busi pour se faire extraire quelques racines de dents. Il la trouva affectée d'une stomatite chronique qui, selon elle, était son état habituel. Les gencives rouges et gonflées, un peu douloureuses, n'exhalaient cependant aucune odeur; mais il ne restait pas une dent qui eût résisté à la carie et à la consomption. Les racines demeuraient seules, jaunes et enfoncées dans les gencives tuméfiées.

M. Busi se décida à arracher celles qui faisaient le plus souffrir la malade, et qui appartenaient aux premières grosses molaires. Un liquide blanc s'écoula mélangé au sang qui sortait des alvéoles après chaque avulsion. Une fois cet écoulement arrêté, il se mit en devoir d'arracher la seconde petite molaire, la seule qui conservât encore une partie de sa couronne. Mais après l'avoir luxée avec la clef, il sentit en la tirant à l'aide des pinces une résistance beaucoup plus forte qu'on ne l'éprouve ordinairement en pareille circonstance, et il perçut, au moment où elle céda, la sensation d'un corps qui se déchire. Il trouva, en effet, qu'une expansion membraneuse adhérait aux racines de la dent arrachée. L'examinant attentivement, il la reconnut pour être la moitié d'un kyste dont l'autre moitié était restée attachée à la cavité laissée par l'extraction de la dent.

Voyant couler une assez grande quantité de sang, il porta immédiatement le doigt indicateur droit dans cette cavité, et s'aperçut qu'il pouvait facilement l'y introduire de manière à cacher les deux dernières phalanges. Vu le siège de la dent, il en conclut que cette cavité était l'antre d'Hygmor. Le tamponnement parvint aisément à arrêter l'hémorrhagie.

Le kyste ne tenait qu'à l'une des trois racines dont la dent était munie. Il surpassait le volume d'un œuf de pigeon. Une membrane fibreuse le recouvrait à l'extérieur. Sa surface interne, d'apparence muqueuse, offrait de nombreuses granulations, variant soit pour la forme soit pour le volume, comme celles de la langue; il y avait un épithélium distinct.

— Ce cas montre le rapport étiologique étroit qui unit les kystes des mâchoires avec l'altération des follicules dentaires. La liaison ici a été constatée anatomiquement, et même elle a pu l'être par un examen assez superficiel. C'est donc un nouveau fait, et des plus probants, à ajouter à ceux qui établissent l'origine de ces kystes dans une lésion de l'organe dentaire.

Une autre remarque importante ressort des détails de l'observation. Le kyste, développé dans le sinus maxillaire, s'y trouvait cependant isolé et distinct de sa cavité. La voie par laquelle on est arrivé à lui a permis de constater directement cette indépendance. Mais l'exactitude du diagnostic n'a tenu qu'à cette seule circonstance fortuite. Évidemment si la tumeur faisant plus de progrès avait proéminé à l'extérieur, si le chirurgien avait été conduit à diviser la paroi antérieure de l'antre d'Hygmor, il serait resté convaincu qu'il avait eu affaire à une hydropisie idiopathique du sinus maxillaire. Or ce qui eût pu arriver ici ne s'est-il pas déjà produit dans d'autres cas? Nous le pensons, et nous croyons avoir établi ailleurs, par l'analyse de cas semblables à celui-ci, que parmi les prétendues hydropisies du sinus maxillaire, un grand nombre ont la même origine, et affectent également un siége distinct de la cavité même du sinus.

SUR UNE DISPOSITION CIRCULAIRE PARTICULIÈRE AUTOUR DE L'ANNEAU INGUINAL; par M. PISTOCCHI.

Tout l'intérêt de ce fait consiste effectivement dans la disposition anatomique que l'on put constater sur ce cadavre.

Obs. — Un homme atteint d'une hernie inguinale gauche, d'un volume extraordinaire, étranglée depuis plusieurs jours, fut transporté à l'hôpital et confié aux soins de M. Rizzoli. La herniotomie paraissant le seul moyen à proposer, le chirurgien l'entreprit. Il s'agissait d'une hernie directe.

Mais après avoir mis l'anneau à découvert, et comme il se disposait à débrider, il palpa d'abord avec le bout du doigt le bord supérieur de l'anneau, et y reconnut, à des pulsations distinctes, la présence d'un rameau artériel. Puis, et successivement il trouva les mêmes signes sur les diverses parties de la circonférence de l'ouverture herniaire. Alors il se décida à ne pratiquer que des scarifications superficielles sur le bord de cet anneau, et les ayant multipliées dans tous les sens, il put obtenir la réduction de l'intestin.

Malheureusement l'état général, déjà très-grave au moment de l'opération, alla en empirant, et le malade succomba le lendemain.

Autopsie. — L'artère ombilicale côtoie le bord interne de l'anneau, mais en s'en tenant à une certaine distance. Avant de le dépasser en haut, elle fournit une branche qui longe le bord supérieur de cette ouverture.

Quant à l'épigastrique, elle donne, en bas de l'anneau, une branche qui rampe le long de son bord inférieur, puis se recourbe et avoisine de très-près tout son bord interne. Le tronc de l'épigastrique monte ensuite le long du bord externe; puis, arrivé en haut de l'anneau, il donne une branche qui marche en dedans, parallèle à la branche émanée de l'ombilicale, et se dirigeant par conséquent aussi le long du bord supérieur de l'anneau.

Ainsi, et de toutes parts, l'anneau inguinal était entouré de rameaux vasculaires qui, *en bas*, *en haut* et surtout *en dedans*, l'approchaient tellement qu'on n'aurait pu, dans ces directions, y faire impunément que des incisions extrêmement peu profondes.

P. Diday.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

STATISTIQUE COMPARÉE DES EFFETS DU CHOLÉRA EN FRANCE EN 1832 ET EN 1849.

M. CH. DUPIN lit un travail sur la statistique comparée des effets du choléra en France pendant les invasions de 1832 et de 1849. Voici les nombres qui résument ce travail :

En 1832, le nombre des naissances étant de. 938,186
le nombre des décès s'est élevé à. 933,733
l'accroissement annuel de la population est donc descendu à. . . . 4,453

En 1849, le nombre des naissances a été de. 995,566
le nombre des décès de 982,008
l'accroisement annuel a donc été de. 13,458

On voit que, dans les deux cas, il s'en faut de bien peu que la population ait été rendue complétement stationnaire.

Pour apprécier les pertes relatives supportées aux deux époques ainsi mises en parallèle, il faut les comparer avec le total de la population française.

PREMIÈRE ÉPOQUE : 1832. — Décès annuels. 933,733
Population totale. 33,547,109

Le rapport de ces deux nombres donne par million d'habitants : décès. 28,889

DEUXIÈME ÉPOQUE : 1849. — Décès annuels. 982,008
Population totale. 35,727,730

Le rapport de ces deux nombres donne, par million d'habitants : décès. 27,486

Il résulte de là qu'en 1849 la mortalité, par million d'habitants, est de 1,203 décès moindres qu'en 1832.

Si maintenant on calcule la moyenne des décès annuels de cinq années antérieures à 1832, et par conséquent pendant lesquelles le choléra n'a point eu d'effet, on trouve que le nombre est par million d'habitants, de. 25,024

Le nombre des décès pendant l'année 1832 étant, par million d'habitants, de. 28,689

On en déduit que la mortalité qu'on peut attribuer au choléra de 1832, par million d'habitants, est de. 3,665

D'un autre côté, la moyenne des décès annuels des cinq années immédiatement antérieures à 1849 est, par million d'habitants, de. . 22,984

Décès pendant l'année 1849, par million d'habitants. 27,480

La mortalité qu'on peut attribuer au choléra de 1849, par million d'habitants, est donc de. 4,502

En définitive, on arrive à ces résultats : le choléra de 1849, comparativement aux décès moyens des cinq années précédentes, présente un accroissement, par million d'habitants, égal à 4,502

Le choléra de 1832, comparativement aux décès moyens des cinq années précédentes, présente un accroissement, par million d'habitants, égal à. 3,665

La mortalité qu'on peut attribuer à l'invasion du choléra présente donc, d'après ces données, en 1849, un accroissement qui l'emporte de 228 millièmes sur la mortalité comparable de 1832.

Il semble, d'après cela, que nous n'avons pas encore atteint la période décroissante du redoutable fléau.

Si les ravages de l'épidémie ont été moins remarqués à Paris en 1849 qu'en 1832, l'explication de ce fait peut tenir à ce que l'épidémie a été effectivement moins meurtrière à Paris à la dernière époque qu'à la première, comparativement au chiffre de la population. En fait, en 1839, le département de la Seine n'a éprouvé que les trois quarts de la mortalité qui l'avait frappé en 1832. La différence caractéristique entre les deux invasions consiste, par conséquent, dans ce fait très-remarquable : tandis que la mortalité due au choléra surpasse, pour 1849, de 23 p. 100 la mortalité de 1832, le maximum des décès, totaux dans le département le plus frappé de tous est, au contraire, de 24 deux tiers p. 100 moindre en 1849 qu'en 1832. Ce maximum étant moindre à l'époque la plus récente, quoique la perte totale ait été plus considérable, elle a fait moins d'impression.

M. Ch. Dupin termine par un rapprochement sur l'allongement de la vie moyenne en France depuis quatre-vingts ans.

De 1771 à 1780 inclusivement, la mortalité moyenne, par million d'habitants, sans épidémies extraordinaires, s'élève à. 33,000
En 1832, première époque d'invasion du choléra, la mortalité s'élève à 28,689
En 1849, deuxième époque d'invasion cholérique, la mortalité s'élève à 26,024

Par conséquent : 1° si l'on avait doublé la mortalité due au choléra en 1832, la totalité des décès par million d'hommes n'aurait pas encore égalé la mortalité telle qu'elle existait de 1771 à 1780, sans épidémies extraordinaires ; 2° si l'on avait triplé la mortalité due au choléra dans l'année 1849, la totalité des décès par million d'hommes n'aurait pas encore égalé la mortalité telle qu'elle existait de 1771 à 1780, sans épidémies extraordinaires. De tels résultats n'ont pas besoin de commentaires.

INFLUENCE DU CHLORE HUMIDE DANS LE TRAITEMENT DE LA GLUCOSURIE.

M. ADOLPHE BOBIERRE adresse sur l'influence du chlore humide dans le traitement de la glucosurie la note suivante :

Les expériences de M. Alvaro Reynoso ont permis de constater la concordance qui existe entre certains phénomènes de l'acte respiratoire et la présence du sucre dans les urines.

Les observations de M. Bouchardat sur l'influence favorable des inspirations d'oxygène dans la glucosurie s'accordent parfaitement avec les résultats analytiques de M. Reynoso et permettent d'entrevoir la possibilité d'un traitement basé sur le rétablissement de la proportionnalité entre les substances combustibles de l'organisme et les gaz comburants introduits dans le poumon.

J'ai pensé que si l'oxygène pouvait être classé parmi les agents thérapeutiques propres à combattre la présence du sucre dans les urines, c'est-à-dire pendant la pleurésie, la bronchite chronique, l'asthme, on ne pourrait avoir recours à son emploi qu'en l'affranchissant des inconvénients signalés par M. Bouchardat, inconvénients qui ont toujours, au reste, accompagné l'usage de l'oxygène gazeux.

Dans un travail adressé à l'Académie des sciences en 1848, je crois avoir prouvé :

1° Que l'action toute spéciale du chlore humide dans certaines affections du poumon doit être attribuée à l'oxygène mis en liberté par suite de la décomposition de l'eau ;

2° Que l'inspiration du chlore humide proposée il y a longtemps comme convenable dans le traitement de la phthisie, produit une excitation générale due aux propriétés de l'oxygène naissant et non à une action spéciale du chlore ;

3° Que l'inspiration de l'oxygène à l'état naissant obtenu par ce moyen ne saurait être remplacée par l'introduction dans le poumon d'oxygène préalablement recueilli et enfermé dans un réservoir quelconque.

J'ai été conduit à me demander si l'emploi de l'oxygène naissant obtenu par l'inspiration d'une faible quantité de chlore humide ne pourrait pas être utilement adopté dans le but de remédier aux inconvénients signalés par M. Bouchardat.

Le seul cas, dans lequel j'ai pu faire une observation complète, était caractérisé par un emphysème pulmonaire bien déterminé. L'urine précipitée par le sous-acétate de plomb, filtrée, puis débarrassée de l'excès de sel plombique par le chlorure de sodium, et enfin traitée par la levure de bière d'une part, et la solution alcaline de tartrate de potasse et de cuivre de l'autre, fournissait les caractères d'un liquide manifestement sucré.

Sous l'influence du chlore, dont la dose a été graduellement augmentée, j'ai vu le sucre diminuer jusqu'à ce que les conditions normales de la respiration fussent complétement rétablies.

Si, ce qu'il appartient à la médecine de préciser, les inspirations d'oxygène pouvaient avoir quelque résultat utile dans le traitement de la glucosurie, il serait à désirer que ces inspirations fussent de préférence effectuées à l'aide d'oxygène naissant, c'est-à-dire obtenu par les fumigations de vapeur d'eau chlorée.

Pour décider cette question, il serait utile de pratiquer l'usage de ces fumigations, tout en examinant chimiquement les urines dans les circonstances pathologiques où l'hématose est incomplète.

SUR L'ENCÉPHALE DU MICROCÈBE ET SUR UNE APPLICATION NOUVELLE DE LA CLASSIFICATION PAR SÉRIES PARALLÈLES.

M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE lit sous ce titre la note suivante :

Lorsqu'il y a onze ans, je reconnus et avançai l'absence, chez quelques singes, des circonvolutions cérébrales, jusqu'alors admises chez tous les mammifères supérieurs, les résultats de mes observations, après m'avoir beaucoup étonné moi-même, excitèrent une grande incrédulité. En 1843, un savant médecin et physiologiste que la science a eu le malheur de perdre depuis, M. Leuret, les contestait encore devant l'Académie (1), et cependant, à cette époque, ce n'était plus chez une espèce seulement, le marikina, mais chez les ouistitis que j'avais constaté l'existence d'un cerveau lisse. De plus, M. Owen avait observé de son côté des faits analogues qu'il a même publiés le premier ; et par ses observations et les miennes, il était devenu manifeste que l'absence des circonvolutions et anfractuosités cérébrales est le caractère, non de quelques espèces exceptionnelles, mais de la dernière des quatre tribus qui composent la grande famille des singes.

Je puis maintenant affirmer que les hapaliens ne sont même pas, parmi les mammifères de l'ordre des primates, les seuls dont le cerveau s'écarte sous ce point de vue si important des conditions humaines, conditions regardées si longtemps comme constituant l'un des caractères essentiels de tous les mammifères les plus voisins de notre espèce dans notre organisation. Le sujet de mes nouvelles observations est le singulier primate que Buffon a fait connaître sous le nom de *petit mongous* et sous celui de *rat de Madagascar*, que mon père a le premier, en 1796, rameoé définitivement à la famille des *lémuridés*, et qu'il a depuis érigé en un genre distinct sous le nom aujourd'hui généralement admis de *microcèbe*, nom qui rappelle la très-petite taille de ce primate. Aucun in-

(1) Voyez les COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE, t. XVI, p. 1372.

dividu de ce genre, rare dans les collections, n'avait encore été vu vivant en Europe, à ma connaissance du moins, lorsque j'ai saisi, en 1850, l'occasion d'en acquérir un individu pour la ménagerie du muséum. Sa mort, survenue il y a quelques semaines, m'a permis de constater le fait intéressant qui fait le sujet de cette note : le cerveau est lisse comme chez les hapaliens, ainsi que chacun peut le voir sur le dessin que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie. Comme chez les hapaliens aussi, il existe latéralement un sillon qui sépare le lobe antérieur du lobe moyen. Là s'arrêtent d'ailleurs les ressemblances ; le cerveau du microcèbe est établi d'ailleurs sur le type général de la famille des lémurides, et celui des hapaliens sur le type général de la famille des singes. C'est ainsi, pour citer la différence la plus remarquable, que chez le microcèbe, le cervelet reste complétement à découvert en arrière des hémisphères cérébraux, tandis que ceux-ci chez les ouistitis et les autres hapaliens le recouvrent entièrement et même le dépassent un peu, leur développement, à part l'existence des circonvolutions, étant aussi riche ou même, les saïmiris et quelques autres exceptés, plus riche que dans tout le reste de la famille des singes.

Ainsi la seconde famille des mammifères a, comme la première, ses espèces à cerveau lisse : double et très-grave objection soit contre des vues physiologiques souvent développées par des phrénologistes, soit surtout, et ici sans résolution possible, contre les tentatives faites, dans ces dernières années, pour fonder la classification des mammifères sur le nombre des lobes cérébraux et sur la présence ou l'absence des circonvolutions.

Le fait que je viens d'annoncer offre aussi, à plusieurs titres, un véritable intérêt pour la zoologie et l'anatomie comparée. Je n'aurais pas cru néanmoins donner les détails d'un travail que je poursuis depuis quatre années, en commun avec M. le docteur Auzias-Turenne, sur l'encéphale des mammifères, et particulièrement des primates, si ce fait ne m'avait fourni une occasion, très-précieuse et très-désirée, de vérifier une induction qu'on eût pu prendre jusqu'à ce jour pour une conjecture fort hasardée.

Quand M. Leuret, en 1843, se refusait à admettre l'absence des circonvolutions cérébrales chez les ouistitis, c'était surtout par des raisons toutes théoriques, déduites de l'idée générale que, fidèle disciple de M. de Blainville, il se faisait de la série zoologique, selon lui essentiellement linéaire et infiniment décroissante (1). C'est d'après des vues théoriques, déduites de l'idée que je me fais de la série zoologique, comme essentiellement *multiple* et *parallélique*, que j'ai pu annoncer à l'avance que tous les lémuridés jusqu'à présent connus ayant des circonvolutions cérébrales, le microcèbe devait, au contraire, contre toutes les analogies apparentes, *manquer de ces mêmes circonvolutions*.

Lorsque j'ai proposé, en 1832, la substitution à la classification *en série unique* et linéaire, jusqu'alors adoptée, de la classification par *séries parallèles*, j'avais pour but d'arriver à une expression plus complète des rapports naturels des êtres. On avait toujours donné une grande attention aux affinités qui unissent les *différents types* compris dans un *même groupe*; on avait, au contraire, négligé les affinités qui relient les *types homologues* que l'observation montre exister si souvent dans des *groupes différents*, et qui, de l'un à l'autre, se répètent comme autant de termes correspondants. Ces suites de *termes correspondants* sont ce que j'appelle séries parallèles, séries dont l'emploi, grâce aux travaux de plusieurs de mes anciens élèves, est devenu aujourd'hui très-général en zoologie, et a même été étendu par quelques-uns à plusieurs parties de la botanique, et par l'un de mes illustres maîtres, à l'anthropologie.

L'application de ces vues à l'ordre des primates date déjà de plusieurs années. Sans parler des parallélismes secondaires, aujourd'hui si manifestes, qui existent entre les singes de l'ancien et du nouveau continent, le parallélisme des deux grandes familles des primates, les singes et les lémuridés, ne saurait plus aujourd'hui être contesté, l'un et l'autre commençant par des genres de grande taille, frugivores, et à cinq molaires comme chez l'homme, puis se continuant par des genres plus petits, souvent même très-petits, d'abord frugivores encore, puis insectivores, et ayant ordinairement six molaires, et en tout trente-six dents, d'où, entre des animaux caractérisés essentiellement par la *disposition très-différente* de leurs dents, la reproduction exacte des *mêmes nombres*, et l'application possible d'une formule commune, qui est la suivante :

$$4\,(2\,I + C + 3\,m + 3\,M) = 36\,D$$

Malgré quelques difficultés relatives à une modification particulière du système dentaire chez les hapaliens, il est facile de voir que, dans la comparaison des deux séries parallèles des singes et des lémuridés, les ouistitis et les microcèbes se trouvent représenter des termes du même ordre, en tant que réalisant de part et d'autre le type le plus inférieur et le plus complétement insectivore de sa série. Chacun de ces genres est en même temps le plus petit. De là des variations corrélatives dans les appareils, qui tous présentent les caractères généraux, d'une part, de la famille des singes ; de l'autre, parallèlement, de la famille des lémuridés, mais avec des modifications secondaires parfaitement analogues. De là, quant aux encéphales, les doubles rapports signalés plus haut, le cerveau étant, chez l'ouistiti, comme type appartenant à la famille des singes, considérable et très-étendu en arrière ; chez les microcèbes, comme faisant partie des lémurides, très-restreint déjà et ne s'étendant que jusqu'au cervelet, et chez l'un et l'autre, comme insectivores, très-dégradé quant aux circonvolutions. C'est là ce que la théorie indiquait à l'égard du microcèbe, ce que je n'ai pas craint d'annoncer et ce que l'observation a montré dès que la mort de l'animal nous a permis de mettre son encéphale à découvert.

(1) Voyez la note déjà citée de M. Leuret, p. 1373, et ma *réponse*, publiée à la suite, p. 1374.

La vérification, par l'observation, de résultats théoriquement prévus, est, sans nul doute, pour la théorie d'où ils dérivent, une confirmation qui n'est pas sans valeur, et elle m'a paru pouvoir intéresser les zoologistes qu'elle pourra encourager à s'avancer dans une voie à quelques égards nouvelle. Depuis qu'on a compris que l'histoire naturelle n'est pas seulement une science d'observations, mais aussi une science de raisonnement, les inductions auxquelles on a recours ont généralement pour objet de prouver que des conditions déjà connues dans un genre, un ordre, une classe se retrouvent chez d'autres êtres moins connus du même genre, du même ordre, de la même classe ; je crois avoir montré que la considération des séries parallèles peut conduire, de plus, à des inductions d'un ordre précisément inverse, c'est-à-dire faire prévoir, à l'aide de rapports longtemps négligés, dans un genre, une famille, une classe, des conditions qui ne sont encore connues que dans un autre genre, une autre famille, une autre classe (1).

SÉANCE DU 26 JANVIER.

CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU.

M. Camille Dareste, préparateur à la Faculté des sciences de Rennes, transmet, par l'intermédiaire de M. Geoffroy Saint-Hilaire, un mémoire sur les circonvolutions du cerveau.

Ce travail a pour objet de faire ressortir quelques vues générales de la comparaison de tous les faits que la science possède au sujet des circonvolutions du cerveau des mammifères. L'auteur croit être arrivé à démontrer que le plus ou moins de développement des circonvolutions n'est point en rapport avec le développement des facultés intellectuelles, mais qu'il suit uniquement le développement de la taille.

Les ordres de la classe des mammifères dont la taille est très-élevée, présentent un cerveau très-riche en circonvolutions ; tandis que le cerveau est lisse ou à peu près lisse dans les groupes des rongeurs ou insectivores dont la taille est très-petite. Ainsi la relation que je cherche à démontrer, dit l'auteur, peut s'appliquer à l'ensemble de la classe des mammifères, quand on la considère à un point de vue très-général ; mais cette relation acquiert un bien plus haut degré d'évidence quand on l'applique à chaque groupe particulier. Là, en effet, en comparant les petites espèces aux grandes, on voit, toujours et partout, que les grandes espèces diffèrent des petites par le nombre et la complication des circonvolutions du cerveau.

J'ai pu établir cette relation dans les familles des singes, des lémuridés, des cheiroptères, des carnivores, des insectivores, des rongeurs, des marsupiaux, des pachydermes et des myrmécophagidés.

Ce qui a lieu pour le cerveau paraît aussi avoir lieu pour le cervelet. J'ai, en effet, recueilli un certain nombre de faits qui montrent que le nombre des lamelles du lobe moyen de ces organes est en rapport avec la taille de l'animal.

On peut appliquer ces faits en comparant dans chaque famille naturelle la série des cerveaux depuis ceux qui présentent une surface lisse jusqu'à ceux qui possèdent des circonvolutions nombreuses et très-développées, aux divers degrés de développement des hémisphères cérébraux des plus grandes espèces. On sait, en effet, que les circonvolutions ne se développent que tardivement à la surface du cerveau, et qu'elles sont d'abord très-simples, même sur les cerveaux où elles ont à l'âge adulte un développement considérable.

Les petites espèces doivent donc, en ce qui concerne leur cerveau, être comparées aux jeunes individus des grandes espèces des mêmes familles, comme elles l'ont été depuis longtemps déjà d'après d'autres considérations, par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Enfin, je fais remarquer, en terminant, que l'étude attentive des tables que les physiologistes ont dressées sur la mesure des rapports du poids du cerveau à celle du poids des corps, conduit à ce résultat que, dans un même groupe naturel, le cerveau est proportionnellement plus volumineux chez les petites espèces et chez les jeunes individus des grandes espèces que chez les grandes espèces parvenues à l'âge adulte. Comme les relations du poids du cerveau avec le développement de l'intelligence sont des faits admis par tous les physiologistes, il en résulte que toutes choses égales d'ailleurs, le développement de l'intelligence est plus considérable chez les petites espèces que chez les grandes.

Ce résultat est tout à fait contraire à l'opinion généralement admise que le développement des circonvolutions est une condition du développement de l'intelligence, puisque les petites espèces, qui ont relativement la plus grande masse cérébrale, ont le cerveau lisse ou presque lisse.

(1) On se tromperait beaucoup en supposant que les prévisions ne peuvent avoir lieu que d'une famille à l'autre. L'*ordre* des rongeurs étant parallèle au groupe des insectivores, la glande latérale du rat d'eau devait être naturellement recherchée, par cela seul qu'on connaissait une glande latérale chez quelques insectivores. Et à l'inverse, quelques rongeurs ayant le poil susceptible d'être feutré et employé dans la chapellerie, l'existence, parmi les insectivores, d'espèce à semblable pelage, était par cela même indiquée, et tel est en effet celui du desman. Je cite ce dernier exemple afin de montrer que les inductions fondées sur la considération du parallélisme des séries, pourront s'étendre jusqu'à l'indication de faits pratiques.

INTERPRÉTATION DE QUELQUES ANOMALIES MUSCULAIRES DU MEMBRE THORACIQUE DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

M. Adolphe Richard, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, adresse un mémoire ayant pour titre: Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.

L'auteur essaye de montrer toute l'importance que peut offrir l'étude trop négligée en France des anomalies des muscles. — Il en a recueilli un très-grand nombre sur l'homme.

Déjà Meckel a fait voir que souvent les anomalies des muscles les rapprochent des dispositions normales chez les animaux, et que dans la même espèce, chez l'homme par exemple, elles conduisent à des rapports analogiques entre les deux paires de membres. Partout, l'auteur a trouvé une confirmation de cette idée de Meckel, mais l'objet du mémoire est un point tout nouveau, bien que conséquent avec la loi de Meckel.

Choisissant une région restreinte du corps humain, le membre thoracique, l'auteur montre que, si l'on compare celui-ci à l'abdominal, il est des muscles qui existent à la cuisse, à la jambe, au pied, et manquent totalement au bras, à l'avant-bras, à la main.

Eh bien, ces muscles négligés dans le type normal du membre thoracique, y apparaissent de temps en temps de toutes pièces, souvent avec le développement en tout proportionné du membre homologue, d'autres fois à l'état rudimentaire.

Ces muscles anormaux, véritables *espèces tératologiques*, fixes et invariables dans leurs caractères fondamentaux, sont décrits par l'auteur au nombre de quatre.

M. Adolphe Richard, voulant caractériser ceux qu'il a jusqu'ici découverts, les nomme:

Muscle ***tibial postérieur*** de l'avant-bras.
Muscles ***pédieux de la main.***
Muscle ***grand fémor-adducteur du bras.***
Enfin ***rotulien du coude.***

Il en doit exister d'autres qu'une étude persévérante découvrira à coup sûr au membre thoracique comme à l'abdominal. C'est un champ nouveau ouvert aux investigations anatomiques.

L'auteur termine en montrant que le résultat de ses recherches est une confirmation des lois de la philosophie anatomique auxquelles est attaché le glorieux nom des Geoffroy-Saint-Hilaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Peixoto, de Rio-Janeiro, transmet, par l'entremise de M. Bouilland, deux observations d'éléphantiasis du scrotum. (Comm.: MM. Bally et Gibert.)

— M. Clertan, de Dijon, adresse une note sur la capsulation de l'éther. (Comm.: MM. Boullay et Guibourt.)

— M. Girbal, de Montpellier, adresse une note sur l'introduction de l'air dans les veines. (Comm.: MM. Malgaigne et Velpeau.)

— M. Renault, pharmacien, adresse une note sur une nouvelle préparation d'iode considérée au point de vue thérapeutique. (Comm.: MM. Hervez de Chégoin, Reveillé-Parise et Lecanu.)

— M. Munaret, de Briguais (Rhône), adresse une lettre sur l'emploi thérapeutique des granules et sur les avantages de la forme granulaire de certains médicaments. Les avantages que l'auteur attribue à ce mode de préparation pharmaceutique, sont: le dosage exact et invariable, l'administration commode et même agréable, la conservation plus longue, le transport facile. M. Munaret dit avoir administré avec succès sous cette forme les alcaloïdes les plus actifs tels que l'aconitine, la digitaline, l'iodure de fer et de quinine, la morphine, la strychnine, la santonine et la vératrine. (Comm.: MM. Gibert et Soubeiran.)

L'ordre du jour appelle la lecture d'un rapport par M. Piorry.

EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES D'ACCÈS.

M. Piorry lit en son nom et celui de MM. Velpeau et Lecanu, un rapport sur un mémoire de M. Scelle-Mondézert, médecin à Carentan, relatif à l'emploi du sel marin dans les fièvres d'accès.

L'objet du mémoire de M. Scelle Mondézert, est de faire connaître le résultat de ses investigations sur l'emploi du sel marin dans les fièvres paludéennes, auquel il avait été conduit par l'idée théorique que le chlorure de sodium devait dissoudre la fibrine tenue en suspension dans la partie aqueuse du sang. M. le rapporteur, après avoir réfuté en quelques mots la théorie de M. Mondézert, examine les résultats constatés par ce médecin et les applications pratiques qui en découlent; puis il expose les résultats qu'il a constatés lui-même et qu'il a consignés dans un recueil de 37 observations annexées au rapport. De l'analyse de ces faits, M. Piorry est conduit à l'examen des points suivants qui font l'objet d'autant de chapitres ou de parties distinctes de son rapport: 1° l'influence de l'ingestion du sel marin sur l'état de la rate; 2° l'action du sel marin sur les accès fébriles; 3° l'action du sel marin sur la rate et les fièvres d'accès peut-elle jeter quelque lumière sur la pathogénie des fièvres intermittentes? Enfin, dans une quatrième et dernière partie, M. Piorry discute les avantages et les inconvénients de l'emploi du sel marin dans les fièvres d'accès et examine quels sont les cas où il paraît convenable d'employer ce médicament.

M. le rapporteur résume son travail dans les conclusions suivantes:

Il résulte des documents qui précèdent:

1° Que le sel marin donné à la dose de 10 à 30 gram. dans 100 à 150 gram. de véhicule (café (Scelle-Mondezert), bouillon à l'oseille, etc.) diminue en général la rate d'une façon très-rapide, et que, dans un grand nombre de cas, il prévient le retour des accès fébriles;

2° Qu'il agit avec la même énergie sur la rate que la quinine soluble;

3° Qu'il est un remarquable succédané du quinquina;

4° Que son peu de prix, la facilité avec laquelle on peut se le procurer, en font un médicament bien précieux pour la médecine du pauvre;

5° Qu'il peut être employé conjointement avec le sulfate et l'alcoolé de quinine, et que dans les cas où l'un de ces moyens de traitement échoue, on peut avoir utilement recours aux autres;

6° Que de la combinaison de l'emploi du sel à de hautes doses et de l'alcoolé de quinine, administré à de hautes proportions, résulte quelquefois un effet tel sur la rate que cet organe éprouve très-promptement une diminution considérable;

7° Que l'on ne pourrait encore préciser tous les cas où les préparations de quinine devraient être préférées au sel marin et réciproquement, mais qu'il en est déjà où il semble que l'on doit employer l'un plutôt que l'autre;

8° Enfin qu'au point de vue du prophylaxisme et de l'hygiène publique, l'emploi du chlorure de sodium dans les pays marécageux serait, peut-être, d'une grande utilité.

Les commissaires proposent à l'Académie de porter le nom de M. Mondezert sur la liste des candidats qui aspirent au titre de correspondants nationaux.

M. Piorry prie l'Académie de vouloir bien surseoir à la discussion à laquelle pourrait donner lieu son rapport jusqu'à une autre séance.

La discussion et le vote des conclusions du rapport sont ajournés.

— M. Chatin lit la troisième et la quatrième (dernière) partie de son mémoire intitulé: Recherche de l'iode dans l'air, dans les eaux et le sol des Alpes, etc. (Commissaires: MM. Orfila, Bussy, Ferrus, Patissier et Caventon.)

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1851.

RAPPORT SUR UNE OBSERVATION DE SUPERFÉTATION OMBILICALE CONGÉNITALE D'UNE PETITE FILLE DE 14 ANS, GUÉRIE AU MOYEN D'UNE OPÉRATION EXTRAORDINAIRE; par M. le docteur Th. Sulikowski, de Jallancourt (Meurthe). (M. Danyau, rapporteur.)

Tel est, messieurs, le titre assez bizarre du travail dont nous avons été chargé de vous rendre compte. Un résumé succinct du fait vous fera mieux connaître que le titre lui-même la nature du cas pathologique observé par M. Sulikowski, et le mérite de l'opération par laquelle il a réussi à guérir sa malade.

Obs. — Marie Drapier naquit en 1833, à Jallancourt, avec un développement remarquable de l'abdomen, qui alla en augmentant jusqu'à l'âge de 10 ans. Souvent tourmentée pendant tout ce temps de coliques atroces et de dévoiement avec perte de l'appétit, du sommeil et des forces, elle resta petite, presque aussi large que haute, et finit par ne plus pouvoir se transporter d'un lieu à un autre, malgré les moyens de sustentation employés pour remédier au volume et au poids de son ventre qui descendait jusqu'aux genoux. En 1843, une rupture se fit à l'ombilic et donna issue à 12 ou 14 livres d'un liquide séreux, coagulable à la chaleur, et à plusieurs mèches de longs cheveux châtains. Cette évacuation fut suivie d'une notable diminution du volume du ventre. L'ouverture ombilicale, large comme une pièce de 5 francs, laissait apercevoir un corps charnu, résistant, vermeil, indolore, parsemé de cheveux et de dents.

Ce fut trois ans plus tard que M. Sulikowski eut occasion d'observer cette jeune fille. Il s'assura, en introduisant l'index à travers l'ombilic, que le corps contenu dans l'abdomen, bien volumineux sans doute, était heureusement pédiculé, et il lui sembla qu'un débridement convenable permettrait d'embrasser ce pédicule dans une ligature et d'en faire plus tard l'excision. Cette proposition ne fut point agréée par le médecin de la famille. On attendit, et bientôt il s'établit des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales. Lorsque plus tard la malade fut confiée aux soins de M. Sulikowski, il hésita à son tour, attendit plus de huit mois, et ne se décida que lorsqu'il lui fut impossible de résister aux instances réitérées des parents.

C'était en 1847; Marie Drapier avait alors 14 ans. Elle avait à la région ombilicale une tumeur étrange, adhérente aux parois abdominales, du volume des deux poings, moitié cachée, moitié découverte, et, dans cette dernière partie, irrégulière, anfractueuse, parsemée de cheveux assez longs, de dents incisives et molaires.

Telle était la tumeur que M. Sulikowski enleva, le 4 novembre, en présence et avec l'aide de MM. les docteurs Joissy (de Delmes), Mathieu (de Nomeny), et Waller (de Sogues).

La malade ayant été préalablement soumise aux inhalations du chloroforme,

M. Sulikowski procéda de la manière suivante : « Pénétrant, dit-il, dans la cavité abdominale au moyen de deux incisions semi-lunaires s'étendant à quatre pouces au-dessus et au-dessous de l'ouverture ombilicale, j'incisai complétement la tumeur, divisant successivement toutes les parties molles, y compris le péritoine et l'épiploon. Du côté droit je liai l'artère et la veine ombilicales ; je divisai une espèce de ligament qui allait jusqu'à la vessie et que je pris pour l'ouraque. »

Il y eut un grand écoulement de sang, et, comme on devait s'y attendre, issue à travers cette énorme plaie de la masse des viscères abdominaux. Ce ne fut pas sans peine qu'on en obtint la réduction et qu'on parvint à réunir la plaie. Il ne fallut pas moins de quatorze points de suture entrecoupée pour opérer cette réunion. L'opérée ne se réveilla que lorsque tout fut terminé.

Le soir même de l'opération, il y eut une hémorrhagie assez abondante, et en même temps apparut un ensemble de symptômes, tels que hoquets, énorme ballonnement du ventre, vomissements incessants, excrétion presque continuelle d'urine, qui semblait annoncer une mort inévitable et prochaine. Ainsi semblait devoir se justifier le pronostic des confrères de M. Sulikowski, qui avaient accusé de témérité une entreprise devant laquelle des maîtres de l'art avaient reculé.

Tous ces accidents furent heureusement dissipés par l'application d'une vessie remplie à moitié d'une eau vinaigrée et additionnée d'une bonne poignée de sel ammoniac. Hoquets, vomissements, envies d'uriner, ballonnement du ventre, hémorrhagie, tout céda *comme par enchantement* à l'emploi de ce moyen, qui fut continué ou renouvelé les jours suivants. Le quatrième jour, la plaie semblait réunie ; le sixième, les sutures furent enlevées ; le huitième, l'opérée se lève ; le quinzième, elle était parfaitement guérie ; elle put se promener dans le village.

Depuis trois ans, la guérison de Maria Drapier ne s'est pas démentie, et cette jeune fille, autrefois si chétive et si mal portante, s'est remarquablement développée et jouit de la meilleure santé.

La tumeur enlevée si heureusement par M. Sulikowski n'est autre chose qu'un fœtus incomplet et déformé, sur lequel un premier examen a déjà permis de reconnaître :

1° Une face bien dessinée avec deux enfoncements orbitaires dépassés par un tubercule nasal, les deux mâchoires, la langue et quelques dents ;

2° Un cou que le rapprochement de l'abdomen fait presque disparaître ;

3° Un abdomen pourvu d'un ombilic très-complet ;

4° Les parties génitales d'un garçon, verge et scrotum avec les deux testicules ;

5° Une enveloppe entanée autour de toutes ses parties.

Cette masse était alimentée par une artère et une veine qui ont été liées pendant l'opération.

Tel est, messieurs, le fait communiqué à l'Académie par M. Sulikowski. Pour que rien ne manquât à l'authenticité de ce fait, l'auteur a joint à son mémoire cinq dessins et la pièce pathologique elle-même.

Dans ce que M. Sulikowski appelle tubercule nasal, on ne trouve point d'os ; les maxillaires supérieurs et inférieurs font également défaut, et au niveau des enfoncements qu'il nomme orbitaires, il n'y a pas d'orbite. On n'y rencontre que des masses graisseuses, fibreuses, cartilagineuses, mêlées à quelques fragments osseux informes ; si bien que, malgré la présence de trois dents bien formées, on pourrait se demander si cette face en est bien une, et si les dispositions qui la représentent ne sont pas un pur effet du hasard. Nous ne le pensons pas pourtant, et un des motifs qui nous rangent à l'opinion de M. Sulikowski, c'est la rencontre que nous avons faite derrière ce qu'il appelle enfoncements orbitaires, c'est-à-dire derrière les paupières froncées et déprimées, de globes à parois épaisses, blanchâtres, remplies d'un liquide trouble et représentant assez bien le globe oculaire.

La partie informe placée au-dessous de la face, et que M. Sulikowski considère comme l'abdomen, ne lui paraît telle, sans doute, que parce qu'en ce point cette partie présente une dépression irrégulière qu'il décore du nom d'ombilic. L'intérieur de cette masse, fendue en plusieurs sens, contient, outre les substances déjà mentionnées, une large plaque osseuse, mince dans une certaine étendue, épaisse et irrégulière ailleurs, et qu'il est impossible de rapporter à un os régulier quelconque.

Ce que M. Sulikowski regarde comme le scrotum renferme bien deux cavités séreuses et même une troisième très-petite, irrégulière, non cloisonnée, toutes trois à moitié pleines d'un liquide trouble, séro-purulent ; mais le scrotum ne contient pas de testicule. Enfin, ce qui représente le pénis n'est qu'un repli cutané sans orifice, sans canal, sans corps caverneux.

Au-dessous de ces rudiments de parties génitales se trouvent quelques portions d'os qui ne rappellent ni la forme des os du bassin ni celle des os des membres inférieurs.

On n'aperçoit pas la marque des adhérences que la tumeur avait contractées avec l'ouverture qui s'était produite à l'ombilic, ni les troncs des vaisseaux coupés pendant l'opération.

Nulle part non plus on ne voit de traces d'enveloppes fœtales. Ont-elles existé ? Que sont-elles devenues ? Question qui ne sont pas sans importance, mais qui sont bien difficiles à résoudre.

L'analyse que je viens de faire de l'observation très-intéressante de M. Sulikowski et les détails nouveaux qu'une dissection plus complète m'a permis d'ajouter ne laissent point de doute sur la véritable nature du cas qui nous a été présenté par ce médecin. Il s'agit bien évidemment ici d'une *monstruosité par inclusion.*

Cette dénomination, plus généralement admise pour les cas de ce genre, plus simple, plus nette et plus intelligible, nous eût paru plus convenable. Le titre donné par M. Sulikowski à son observation est fondé sur sa théorie, qui, parmi toutes celles proposées, lui paraît le mieux rendre compte de la formation de cette singulière monstruosité. On peut ramener à cinq principales les explications données par les tératologues :

1° L'inclusion originelle d'un ovule dans un autre, et leur fécondation simultanée ;

2° La formation d'un ovule à deux germes, ou d'un très-jeune embryon dans un autre embryon antérieurement conçu et déjà plus ou moins développé ;

3° L'inclusion d'un ovule ;

4° L'inclusion d'un ovule et d'un embryon dans un autre conçu en même temps que lui ;

5° Enfin, la production de l'embryon inclus par le sujet principal (1).

En rappelant ces diverses explications si savamment exposées par l'éminent auteur du Traité de Tératologie, nous n'avons point eu la pensée de discuter après lui les arguments favorables ou contraires à chacune d'elles, de faire un choix à notre tour, et d'appuyer ou de combattre celui de M. Sulikowski ; nous avons seulement voulu expliquer son titre, fort incompréhensible pour qui ne se rappelle pas les théories, et fort étrange pour ceux qui les ont présentes à l'esprit.

Fût-elle exacte (et nous ne nous chargeons pas de la défendre), cette explication ne rendrait pas plus clair le titre singulier de *superfétation ombilicale congénitale. Superfétation*, soit, au point de vue de l'auteur. Mais pourquoi *ombilicale?* Nul, que nous sachions, n'a fait connaître une espèce d'inclusion monstrueuse à laquelle cette dénomination fût exclusivement applicable. La *sous-cutanée* et l'*abdominale*, de laquelle on fait dériver la *testiculaire*, sont les seules admises. C'est à la première certainement que se rapporte le fait de M. Sulikowski ; et le siége de sa tumeur dans la région ombilicale ne suffit pas pour constituer une espèce nouvelle? Quant à l'appellation de *congénitale*, n'est-elle pas tout au moins inutile. Le titre de l'observation, fort intéressante d'ailleurs, qui nous est soumise pèche donc sous tous les rapports, et nous regrettons que M. Sulikowski n'ait pas fait preuve de plus d'exactitude, de précision et de clarté sur un point qui n'est pas sans importance.

C'est assez m'arrêter, messieurs, sur un détail de forme ; plusieurs points beaucoup plus importants se présentent, sur lesquels je désire appeler votre attention.

Et d'abord, pour placer tout de suite l'éloge à côté de la critique, nous dirons que nous ne saurions trop louer l'heureuse hardiesse de notre confrère et le féliciter trop hautement du beau succès qu'il a obtenu. Lorsqu'on songe que, pour débarrasser cette malheureuse jeune fille, il a fallu largement ouvrir le ventre, détruire profondément avec l'instrument tranchant les adhérences de la tumeur, et que, la tumeur enlevée, les viscères abdominaux se trouvaient à découvert et se précipitaient en masse à travers la large plaie des parois abdominales, que toutes les difficultés de l'opération ont été habilement surmontées, que les accidents consécutifs n'ont pas été moins heureusement maîtrisés, on ne peut refuser un juste hommage à la décision, au sang-froid, à la dextérité et à l'habileté thérapeutique dont M. Sulikowski a fait preuve dans un cas singulièrement difficile et sans précédent dans l'histoire de la médecine opératoire.

Nous espérons que ces éloges s'adressent à un praticien non moins sage que hardi. Quelque mérités qu'ils fussent, nous les regretterions assurément si, fort de la haute approbation de l'Académie, M. Sulikowski devait un jour passer de la hardiesse à la témérité. Cette réflexion, j'allais presque dire cette restriction, nous est inspirée par quelques remarques que nous lisons après le récit de l'observation dans le mémoire de notre confrère.

Qui ne s'étonnera en effet, de le voir, rapprochant sans raison le cas observé par lui de celui des jumeaux siamois, déclarer qu'il n'eût pas hésité un seul instant à séparer ces deux frères l'un de l'autre, et trancher avec la plus grande légèreté une question que les plus éminents physiologistes et les plus habiles chirurgiens avaient si différemment résolue? Il ne faut pas croire que M. Sulikowski se laisse arrêter par la présence dans la bande qui unissait les deux Siamois d'une portion d'intestin commune. Il n'eût reculé, à l'entendre, ni devant l'entéroraphie, ni devant l'établissement d'un anus contre nature temporaire. Quant aux accidents consécutifs d'une opération de ce genre ou de celles qui mettent bien plus largement encore le péritoine à découvert, M. Sulikowski semble si sûr de les conjurer par l'application de la vessie qu'il a mise en usage chez Marie Drapier et à la suite d'autres opérations très-graves qu'il ne craint pas de dire, et ici nous citons textuellement ses paroles, « qu'aujourd'hui les opérateurs doivent marcher tout droit à la rencontre des tumeurs renfermées dans la cavité abdominale, même en cas d'anévrisme de l'aorte, sans aucun ménagement pour le péritoine. »

Nous craignons que, dans l'enivrement du succès, M. Sulikowski ne soit allé au delà de sa pensée ; si telle devait être sa conduite, nous n'hésiterions pas à la taxer de témérité. Qu'après les opérations graves pratiquées sur le ventre, après l'opération césarienne elle-même, on ait quelquefois employé avec succès les applications d'eau froide, les mélanges réfrigérants, s'ensuit-il que la vessie conseillée par notre honorable confrère doive être considérée comme un moyen préservatif ou curatif infaillible, et que, sûr du résultat, le chirurgien puisse désormais tout entreprendre? Sans doute M. Sulikowski ne le pense pas lui-même ; mais si malheureusement il s'est formé une conviction pareille, il doit s'attendre à de cruels mécomptes.

(1) Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, Traité de Tératologie, t. III, p. 321.

Au lieu de s'abandonner à des exagérations que la saine pratique réprouve, M. Sulikowski n'eût-il pas mieux fait de concentrer toutes ses remarques sur le cas si curieux et si rare de Marie Drapier?

Nous ne pensons pas, en effet, que la science possède un seul fait de cette espèce. On sait quel est, dans la monstruosité par inclusion, et je veux surtout parler de celle qu'on appelle *abdominale*, le sort réservé à l'autosite. Il succombe ordinairement à la suite d'un travail qui tôt ou tard se déclare autour du parasite inclus. La guérison n'est pourtant pas sans exemple; elle a quelquefois eu lieu par l'expulsion en masse (1), ou mieux par fragments (2) du produit informe renfermé dans l'abdomen.

L'art n'a rien à revendiquer dans ces rares guérisons. Si la main du chirurgien a pu se porter avec succès sur la monstruosité par inclusion quand elle est simplement scrotale ou testiculaire, elle n'a point été assez hardie pour aller l'attaquer dans la région profonde du ventre. L'incertitude du diagnostic l'eût arrêté sans doute; mais croit-on qu'elle eût été plus entreprenante en présence d'un diagnostic certain? Neût-elle pas reculé devant une opération inutile en l'absence d'accidents, plus inutile encore dès qu'ils ont éclaté?

Et cependant, c'est bien une monstruosité par inclusion sur laquelle M. le docteur Sulikowski n'a pas craint de porter l'instrument tranchant; mais ne s'est-il pas trouvé, pour opérer, dans des conditions exceptionnelles bien propres à justifier son entreprise, lors même qu'elle n'eût pas été couronnée de succès? Dans la plupart des cas, le parasite, profondément caché dans l'abdomen, ne révèle sa présence qu'à un âge plus ou moins avancé, et par des douleurs dont la cause reste fort obscure et le plus souvent ignorée. La découverte presque toujours tardive d'une tumeur ne fournit pas d'indices beaucoup plus certains, soit à cause de la difficulté ou de l'impossibilité d'en déterminer la nature, soit à cause de l'extrême rareté de l'inclusion abdominale, rareté telle qu'on peut bien oublier d'en faire entrer la présomption dans une discussion de diagnostic.

Quant au cas de Marie Drapier, il était beaucoup moins obscur, et le diagnostic ayant pu être porté avec certitude, on comprend facilement qu'on ait pu songer à une opération. Loin de nous cependant la pensée, en rappelant ces circonstances favorables, de chercher à amoindrir le mérite de M. Sulikowski.

Nous ne voulons rien retrancher des éloges que nous avons déjà adressés à cet honorable praticien, et nous y ajouterons même celui de ne s'être décidé, dans une entreprise qui paraissait tout au moins hardie, que sur des données à peu près certaines. Les facilités du diagnostic que M. le docteur Sulikowski a trouvées dans les conditions exceptionnelles que nous venons de signaler ne sont pas les seules circonstances remarquables de son observation. On a été frappé dans l'analyse que nous en avons donnée de cette accumulation de liquide qui donnait à son ventre de si énormes proportions. C'est encore là quelque chose d'inoui jusqu'à ce jour dans l'histoire des monstruosités par inclusion.

Qu'était-ce que ce liquide? Où s'était-il accumulé? S'agissait-il d'une hydropisie? L'idée d'une ascite est difficile à soutenir. Comment aurait-elle pu se produire? Le parasite, qu'il fût ou non en dehors du péritoine, aurait-il agi à la façon des tumeurs, dont la présence, en gênant la circulation veineuse abdominale, amène un épanchement de sérosité? L'auteur (et c'est un reproche que nous devons lui adresser) ne s'est pas expliqué sur les connexions précises de la tumeur; mais sa description lui assigne une position assez superficielle et telle que des veines importantes ne pouvaient guère être comprimées. Puis après l'évacuation du liquide, la tumeur persistant, et l'ouverture s'étant trouvée close par des adhérences établies à son pourtour, pourquoi l'hydropisie ne se seraitelle pas reproduite? Une hydropisie de l'amnios, plus probable sans doute, n'est pourtant pas beaucoup démontrée.

Le parasite inclus a bien, dans quelques cas, non-seulement des membranes fœtales distinctes, mais encore un fluide amniotique propre qui l'enveloppe et l'isole; mais la quantité en est bien peu considérable, et l'énorme proportion à laquelle il se serait élevé dans le cas de Marie Drapier ne serait pas une des moindres singularités de ce fait. En supposant que ce kyste fœtal, nécessairement très-vaste, eût subi à la longue un retrait proportionnel à la diminution du volume du ventre, n'aurait-il pas laissé au moins quelques vestiges? L'auteur, nous l'avons déjà dit, n'en fait nullement mention; et nous avons vu qu'il n'y en avait pas le plus petit lambeau adhérant à la tumeur. Mais, après tout, est-ce une raison pour en rejeter l'existence? Quelques détails malheureusement oubliés auraient dissipé toute incertitude à cet égard. Lors du premier examen, avant la formation des adhérences qui s'établirent ultérieurement entre la tumeur et le pourtour de l'ouverture ombilicale, il était sans doute facile de reconnaître si le parasite était libre au milieu des viscères abdominaux, ou s'il était contenu dans une enveloppe propre. Dans ce dernier cas, il y avait probablement adhérence de ce kyste fœtal à l'ombilic; enveloppes du ventre et enveloppes du fœtus se seraient ensemble amincies, puis rompues, et il serait arrivé ici ce qu'on a observé quelquefois, très-exceptionnellement sans doute, dans une ascite simple portée à un extrême degré.

L'absence d'accidents inflammatoires depuis la rupture jusqu'à l'époque des adhérences entre la tumeur et l'ouverture ombilicale se concilie mieux avec cette dernière hypothèse. Une large communication du péritoine avec l'air extérieur, si longtemps prolongée, aurait-elle eu la même innocuité?

En admettant, ce qui est peu probable, que l'état dans lequel se trouvait Marie Drapier ne se fût pas plus ou moins prochainement terminé par la mort, c'était une bien triste existence que la sienne. Elle devra donc à M. le docteur Sulikowski, non-seulement d'avoir été soustraite, par l'opération qu'il a si habilement pratiquée, aux misères dont elle était assaillie, mais encore d'avoir échappé aux dangers qui auraient pu, tôt ou tard, compromettre son existence.

(L'observation de M. Sulikowski et le rapport de M. Danyau sont renvoyés au comité de publication.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 JANVIER.

MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION.

M. Londe lit, pour M. Lesauvage (de Caen), une note ayant pour titre : Quelques remarques sur une observation de monstruosité par inclusion, envoyée a l'Académie de médecine par le docteur Sulikowski.

J'ai lu très-attentivement, dit M. Lesauvage, le rapport fait à l'Académie par M. le docteur Danyau, sur l'observation du docteur Sulikowski. Le savant rapporteur a su ramener à des proportions convenables un fait très-important sans doute, mais il était assez difficile pour son auteur de lui assigner, dans la science, sa véritable place, l'étude des monstruosités n'ayant jusqu'à ce moment occupé qu'un très-petit nombre de médecins. Cependant ses applications pratiques peuvent se rencontrer assez fréquemment, comme je l'ai déjà fait connaître et ainsi que l'établiront de nouveau les faits et les réflexions que je vais produire.

Dans mon mémoire sur les monstruosités par inclusion (Caen, 1829), j'avais établi comme loi première des diplogénèses monstrueuses, que les conjoints étaient réunis dans un œuf double ou à deux germes. On avait bien admis antérieurement qu'il existait des œufs doubles, mais on n'en avait point donné la raison anatomique, que j'ai posée le premier. Dans un œuf double, comme je l'ai reconnu, deux fœtus ayant chacun un amnios sont inclus à l'intérieur d'un chorion commun; avec cette disposition, il m'a été facile d'expliquer le mécanisme de la formation des diplogénèses monstrueuses, et plus particulièrement celle des monstruosités par inclusion.

Dans un mémoire où était exposée une théorie de l'inclusion qu'il n'avait pas été difficile de ruiner, on admettait deux œufs distincts et l'on supposait que les embryons étaient plus libres dans l'utérus, circonstance insuffisante entre autres pour expliquer la régularité constante des accolements. A la vérité on reconnaissait que, dans l'inclusion, le fœtus était toujours enfermé dans un kyste. J'ai fait voir que ce kyste était formé par l'amnios; que le fœtus, en s'involvant par un mécanisme que j'ai suffisamment établi, et malgré son état d'imperfection, devait nécessairement entraîner avec lui son amnios, et que, comme l'arrivée du fœtus inclus dans l'abdomen était toujours antérieure à celle de l'intestin de son congénère encore contenu aux premiers moments de l'évolution au milieu des vaisseaux ombilicaux, il en résultait que le kyste renfermant le fœtus était toujours situé en dehors du péritoine du fœtus normal, et je vais faire une application de cette particularité au cas présent.

J'avais dit : Dans toute grossesse extra-utérine abdominale, le fœtus et ses annexes sont situés à l'intérieur du péritoine. Dans la monstruosité par inclusion, le kyste est toujours placé en dehors de cette membrane. Depuis la publication de mon mémoire, trois ou quatre cas de monstruosités par inclusion ont été livrés à la publicité, et pour tous, il y a eu dissentiment entre les médecins; quelques-uns s'opiniâtrant à ne voir qu'une conception abdominale dans les cas où la monstruosité par inclusion était évidente. Cependant, dans un tel débat, où l'honneur d'une famille peut se trouver fortement compromis, la distinction que j'ai établie était de nature à faire disparaître toute équivoque. Bien plus, le fait le plus probant qu'il était possible de rencontrer pour faire ressortir la portée de ma distinction, s'est présenté au sein de l'Académie il y a quelques années, et il échappa complètement à l'attention du rapporteur. Il s'agissait d'un cas de grossesse extra-utérine abdominale et de monstruosité par inclusion réunies chez la même femme. L'observation m'avait été envoyée par M. le docteur Mathieu, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité-sur-Loire.

Le palper avait fait connaître qu'indépendamment de la grossesse, il existait une tumeur dont on ne devinait pas la nature. Après l'extraction du fœtus et de ses enveloppes, le docteur Mathieu porta la main à l'intérieur du ventre et rencontra une tumeur qui lui parut adhérer au diaphragme. Il en fit l'ouverture et il y trouva les débris d'un fœtus. Cette tumeur était lisse et polie.

Conséquemment elle était enveloppée par le péritoine. Donc elle était située en dehors de cette membrane. Ainsi ce fait si important confirmait de tout point la justesse de ma distinction.

D'après ce que j'ai suffisamment exposé, il résulte que, dans toute monstruosité par inclusion, le fœtus inclus est enfermé dans un kyste séreux, et ce kyste est toujours placé en dehors du péritoine. Il en découle cette conséquence pratique que si l'on se propose d'attaquer une tumeur saillante à la périphérie de l'abdomen, reconnue ou soupçonnée être une monstruosité par inclusion, on doit éviter avec grand soin, en ouvrant le kyste, de pénétrer à l'intérieur du péritoine.

L'ouverture doit être pratiquée avec beaucoup de ménagement. Il faut au besoin la dilater graduellement, saisir avec des pinces les parties qui se présentent, les diviser en fragments et modérer surtout les tractions exercées sur des parties osseuses qui pourraient être incrustées dans les parois du kyste, comme on en a des exemples.

Il ne peut y avoir d'exception pour l'inclusion faussement appelée *cutanée*,

(1) F.-L. Fleischmann, Der foetus in foetu. Nurnberg, 1846, s. 20.

(2) Aldrovande, Lentin, Hunlt d'après Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, Tératologie, t. III, p. 316.

et que j'ai proposé de nommer *périniale*, d'après la théorie que j'ai donnée de sa formation.

D'après les détails contenus dans l'observation du docteur Sulikowski, on peut conclure que la tumeur de Marie Drapier était située entre les muscles abdominaux et le péritoine, que la saillie qu'elle faisait à l'extérieur exclut toute idée de son développement en dedans de l'abdomen dans le mésocolon transverse, par exemple, où ces sortes de tumeurs ont été rencontrées le plus fréquemment. Dans ces cas, elle se serait accrue à l'intérieur sans qu'aucune circonstance eût pu déterminer sa projection à la surface.

La masse fœtale était plongée dans une assez grande quantité de liquide, et après la rupture du kyste et l'écoulement du liquide, elle a dû être pressée à l'ombilic et projetée de telle sorte qu'elle était *moitié cachée, moitié découverte*. C'est à ce moment que l'opération a été faite, et il devait être facile de la pratiquer sans danger pour le péritoine adossé à la tumeur. Alors pourquoi pénétrer à l'intérieur de l'abdomen? pourquoi diviser l'épiploon? Était-il adhérent à la tumeur? On aurait lié une artère et une veine ombilicale, ce qui ne peut s'entendre; c'était, selon toute apparence, une des artères lombaires dilatées qui aurait fourni au kyste et peut-être à la tumeur ses moyens de nutrition, comme on l'a remarqué dans des cas semblables.

Quant à l'ouraque placé en dehors du péritoine, dont il avait dû être éloigné, on conçoit qu'il a pu se trouver sous l'instrument.

Mais, à l'examen fait par M. le rapporteur, il n'existait aucune trace d'adhérence de la tumeur aux parois abdominales. Il ne s'est rien trouvé qui ressemblât au kyste, à l'épiploon aux vaisseaux ombilicaux.

D'après l'exposé du rapport, on est porté à penser que des apparences trompeuses en auraient imposé à l'auteur d'une observation qui datait de plusieurs années sur l'adhérence de la tumeur aux parois abdominales, qu'elle était plutôt serrée contre les parois par le kyste, pressé lui-même par la réaction des viscères intérieurs, depuis l'écoulement du liquide dont la présence lève toute incertitude sur l'existence du kyste. D'où l'on peut inférer que la tumeur aura été enlevée sans que le péritoine ait été intéressé, qu'aucune circonstance dans les détails du procédé opératoire et dans l'examen fait par M. le rapporteur, des pièces qui avaient été produites, ne prouve que cette membrane a été ouverte.

La sortie des intestins pourrait s'expliquer dans ce cas, parce qu'ils auraient été projetés au dehors en poussant devant eux le kyste renversé et couvert de sang, et après leur réduction en bloc par la large ouverture qui leur avait livré passage, il a été facile d'appliquer les sutures sans comprendre le péritoine. Alors, sous ce dernier rapport, l'opération aurait été conduite d'après les règles que j'ai établies, et l'on s'expliquerait fort bien la rapidité d'une guérison obtenue également par le docteur Mathieu dans le cas beaucoup plus grave que nous avons reproduit.

J'ajouterai que j'ai posé comme seconde loi des diplogénèses monstrueuses l'existence constante de l'identité des sexes. Cette loi ne souffre aucune exception. C'est ce que j'ai confirmé par l'analyse des faits déjà connus qui lui semblaient contraires et de ceux qui ont été publiés depuis mon mémoire. Plus tard, j'ai pu lui donner plus d'extension et comprendre dans son acception les diplogénèses où les deux fœtus se sont isolément développés dans un seul œuf. En dernier lieu, je l'ai ainsi formulée : Dans toute dip ogénèse provenant de l'évolution de deux fœtus à l'intérieur d'un chorion unique, il y a toujours identité de sexe.

Dans l'observation dont j'ai reproduit les principales circonstances, le docteur Sulikowski aurait cru reconnaître que le fœtus inclus chez la jeune fille était du sexe mâle. M. le rapporteur a judicieusement démontré qu'on ne pouvait y remarquer aucune apparence d'organes génitaux. Conséquemment, jusqu'à ce jour, la loi que j'ai posée n'a reçu aucune atteinte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1851; par M. le docteur SEGOND, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — PRINCIPES IMMÉDIATS.

DE LA PRÉSENCE D'UN ACIDE LIBRE SÉCRÉTÉ PAR LES POUMONS DÉCOMPOSANT LES CARBONATES ALCALINS DU SANG, ET METTANT AINSI L'ACIDE CARBONIQUE EN LIBERTÉ; par M. VERDEIL.

« Parmi les résultats auxquels m'ont amené les recherches que j'ai entreprises sur la composition des humeurs et des tissus des animaux, il en est qui sont de nature à intéresser la Société de biologie.

» J'ai trouvé dans le parenchyme du poumon des mammifères un acide particulier, que je suis parvenu à isoler à l'état parfaitement pur et cristallisé.

» Le tissu du poumon d'un animal tué fraîchement ne rougit pas sensiblement le papier bleu de tournesol. Mais lorsqu'on hache très-fin une certaine masse de poumon, qu'on le fait macérer avec un peu d'eau tiède, on remarque que la liqueur possède une réaction acide; réaction qui devient très-nette lorsqu'on a, par la chaleur, coagulé l'albumine et les globules sanguins qui rougissaient la liqueur.

» Cette acidité est due à la présence d'un acide libre en dissolution dans les sucs dont le tissu pulmonaire est imprégné.

» Ce corps est formé de carbone d'hydrogène, d'azote et d'oxygène dans des proportions définies.

» Il cristallise en aiguilles brillantes réfléchissant fortement la lumière.

» Il est assez soluble dans l'eau froide, presque insoluble dans l'alcool froid, mais plus soluble dans l'alcool bouillant. L'alcool absolu bouillant n'en dissout qu'une très-petite quantité. Il est tout à fait insoluble dans l'éther.

» Il possède une réaction acide, et chasse l'acide carbonique du carbonate de soude et de potasse.

» Chauffé jusqu'à 150 degrés, il ne perd point d'eau de cristallisation. A une température plus élevée, il crépite, devient opaque et se décompose en donnant lieu à des produits empyreumatiques; il forme une masse charbonneuse qui disparaît complétement sans laisser trace de cendre.

» Le parenchyme des poumons renferme donc ainsi un acide libre; nous avons pu constater aussi qu'une partie de l'acide que nous extrayons du poumon existait dans ce tissu à l'état de sel de soude.

» Que doit-on conclure de la présence d'un acide dans les poumons? Il est évident que soumis aux lois générales qui régissent les corps chimiques, cet acide doit décomposer les carbonates alcalins amenés par le sang; ceux-ci mis, dans le poumon, en contact intime avec l'acide qui en baigne le tissu, il doit se former un nouveau sel de soude et de l'acide carbonique doit être dégagé.

» Les vésicules pulmonaires sécrètent incessamment notre acide, qui se trouve en contact avec le carbonate de soude du sang amené par les capillaires; l'acide se combine avec la soude du carbonate; l'acide carbonique devient libre, et peut alors sortir par la respiration. Le nouveau sel de soude formé retourne dans le sang où nous l'avons retrouvé, non pas libre, mais combiné avec de la soude.

» Ce travail est continu; tout dans les caractères de l'acide et dans les phénomènes de la respiration concourt à vérifier non pas une théorie, mais ce fait qu'un acide constamment sécrété par les parois des vésicules pulmonaires décompose le carbonate de soude du sang en contact avec lui et met son acide carbonique en liberté.

» Ce fait vient expliquer, entre autres observations physiologiques, la décomposition des cyanures ou des bicarbonates alcalins injectés dans le sang lorsqu'ils arrivent dans les poumons, faits observés par M. Cl. Bernard. »

II. — ANATOMIE NORMALE.

1° SUR LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION ET L'ÉVOLUTION DE LEURS PRODUITS CHEZ LES POLYPES DU GENRE HYDRA; par M. CH. ROUGET.

Au mois de mai dernier, en examinant des hydres vertes, je trouvai à la face externe du corps deux sortes de renflements, l'un espèce de bourrelet, soulevant la membrane externe située au voisinage du pied, était évidemment ce que tous les observateurs ont considéré comme un œuf en voie de développement; les autres excroissances, moins volumineuses, mamelonnées, situées au voisinage des tentacules, ont été considérées par Vallois, Rœsel et M. Laurent, comme des pustules morbides, comme le résultat d'une maladie de l'hydre. L'examen microscopique m'ayant montré dans ces petites tumeurs des spermatozoïdes parfaitement caractérisés, je crus avoir observé un fait entièrement neuf; mais depuis ma première communication à la Société de biologie, je me suis assuré que Ehrenberg, Wagner et Siebold avaient avant moi constaté l'existence de spermatozoïdes dans les diverses espèces d'hydres. Néanmoins mes observations m'ayant permis d'établir quelques faits nouveaux relatifs à l'évolution des spermatozoïdes et des éléments de l'organe femelle, je crois utile de les consigner ici.

ORGANES MALES. — Les capsules séminales, en nombre variable, de quatre à six ou plus, situées immédiatement derrière les tentacules, sont de petites tumeurs hemisphériques, de petits boutons surmontés d'une espèce de mamelon de papille, par le sommet de laquelle on voit sortir les spermatozoïdes. La membrane d'enveloppe de la capsule séminale est amorphe, et n'est pas, comme la membrane d'enveloppe de l'organe femelle, un prolongement de la membrane externe de l'animal. Le contenu de cette capsule mâle repose sur cette même membrane externe, tandis que le contenu de l'organe femelle est déposé en quelque sorte entre la membrane interne et la membrane externe.

Au voisinage du mamelon, on voit déjà, à un grossissement de 300 diamètres, les spermatozoïdes s'agiter dans l'intérieur de la capsule. En se rapprochant davantage de la paroi du corps, le contenu de la capsule est constitué par des cellules spermatiques, des œufs mâles à différents degrés de développement; l'évolution est d'autant plus avancée qu'on se rapproche plus du mamelon. Le premier degré consiste dans des cellules de volume variable, dont les plus grosses ont jusqu'à 14/860 de millim. de diamètre. Dans l'intérieur de ces cellules sont contenues de petites vésicules (deux à quatre ordinairement, quelquefois plus) résultant de la segmentation du contenu de la cellule. Le volume de ces vésicules est constant; leur diamètre est de 3 à 4/860 de millim.; au centre on aperçoit une tache étroite, obscure, de 1 à 2/860 de millim. de long. En pressant sur la capsule séminale, on en fait sortir des amas de ces vésicules encore agglutinées ensemble, mais débarrassées de l'enveloppe de la cellule-mère. A un grossissement de 300 diamètres, on voit déjà très-nettement ces amas de vésicules être agités de mouvement; mais il ne faut pas moins un grossissement de 860

diamètres pour constater tous les détails de leur structure. On voit alors que les mouvements de ces vésicules sont dus à des cils extrêmement déliés, longs de 25 à 30/860 de millim. qui sortent de l'intérieur de chaque vésicule. On voit quelques vésicules se détacher des groupes et nager librement à l'aide des mouvements de ce filament qui n'est autre chose que la queue du spermatozoïde, dont la tête reste enveloppée comme dans une espèce de capuchon, dans la cellule où il s'est développé et à l'égard de laquelle il joue le rôle de noyau. Le filament caudal, d'abord enfermé comme tout le spermatozoïde dans l'intérieur de la vésicule, sort le premier, et bientôt, quand le spermatozoïde a accompli toutes les périodes de son développement, la tête elle-même se dégage de la vésicule-mère, et le spermatozoïde exécute alors des mouvements très-vifs.

ORGANE FEMELLE. — Tous les polypes que j'examinai étaient pourvus de capsules séminales; mais un certain nombre manquaient de renflements ovariques, et parmi eux quelques-uns portaient au voisinage du pied des rejetons gemmulaires à divers degrés de développement. Dans ce dernier cas, les capsules séminales renfermaient peu ou pas de spermatozoaires bien développés. On sait que la génération gemmulaire précède chez les polypes la génération ovulaire. Des faits qui précèdent il résulte donc que les organes mâles commencent à se développer avant l'organe femelle, je les ai vus aussi persister après l'entière évolution d'un bourrelet ovarique.

J'ai pu suivre presque toutes les périodes de développement de ce dernier organe. Ce n'est d'abord qu'un dépôt de cellules nouvelles dans un point de la paroi du corps entre la membrane interne et la membrane externe du polype. Peu à peu les cellules pullulent, le dépôt augmente surtout au centre et soulève la membrane externe. Bientôt le renflement devient de plus en plus globuleux, s'étrangle à sa base, la membrane externe se déchire dans un point, et laisse échapper une masse irrégulièrement globuleuse, que tous les observateurs s'accordent à regarder comme l'œuf du polype.

Entourée par une couche gélatiniforme assez résistante, cette masse ovulaire paraît constituée uniquement pour d'innombrables vésicules de 8 à 10/440 de diamètre, remplies de globules vitellins et ne présentant aucune trace de noyau ni de nucléole. On n'a pu y découvrir jusqu'à présent ni tache ni vésicule germinative, et cet œuf différait en outre des œufs de tous les autres animaux en ce que la segmentation du jaune s'y opérait avant le moment où l'œuf se détache de l'ovaire.

Mais ce n'est pas là la seule différence entre cette masse ovulaire et un œuf véritable; en voici une autre bien plus importante.

En suivant pas à pas l'évolution du bourrelet ovarique, je me suis assuré que les vésicules qui forment le contenu de ce prétendu œuf ne se développent jamais à l'intérieur d'une cellule-mère et par segmentation du contenu de cette cellule; ce qui est le caractère fondamental de l'évolution de l'œuf dans la série animale. Au commencement le blastème ovarique, déposé entre les deux parois du corps du polype, contient de nombreuses cellules munies d'un noyau et d'un nucléole proportionnellement très-grands (la cellule a 6 à 10/440, le noyau 3 à 4/440, le nucléole 10/440). Le noyau est clair et transparent; la cellule contient quelques granules vitellins jaunâtres. Peu à peu les cellules augmentent de volume, la paroi s'écartant de plus en plus du noyau qui, lui, ne change pas. En même temps le contenu vitellin est plus abondant dans l'intérieur des cellules. Dans les plus volumineuses qui se trouvent à la périphérie et dans le point le plus élevé du renflement ovarique, le noyau paraît même envahi, ou plutôt en partie caché par les granulations vitellines; mais toujours dans le voisinage on trouve d'autres cellules de volume variable, dans lequel le noyau et le nucléole sont très évidents et conservent leurs caractères. Tout à coup une métamorphose a lieu dans le contenu de l'ovaire, et sans qu'il m'ait été possible de trouver de transition, toutes ces cellules de volume variable, mais caractérisées par la présence d'un noyau et d'un nucléole, toutes ces cellules disparaissent, et on ne trouva plus que des vésicules de volume et d'aspect uniformes (8 à 10/440 mill.), complétement dépourvues de noyau et de nucléole, et remplies de granulations vitellines jaunâtres.

Ce sont ces vésicules qui, s'agglomérant en une masse sphéroïdale et s'échappant à travers une déchirure de l'enveloppe externe, vont constituer ce qu'on a regardé comme l'œuf du polype. Mais après l'expulsion de cet œuf, il reste encore autour du point qu'il occupait un grand nombre de vésicules entièrement semblables à celles qui le constituent et qui rappellent singulièrement ces débris du contenu des vésicules de Graaf qui forment les corps jaunes.

Il y a, en effet, pour moi plus qu'une analogie entre ces deux faits: il y a identité. Le renflement ovarique des hydres n'est pas un œuf, comme on l'a toujours dit, mais un élément ovarien, une vésicule de Graaf, un ovisac isolé, et dans son type le plus simple.

Les cellules à noyau clair et à nucléole sont autant d'ovules qui doivent avorter, sauf un seul, ou plutôt l'ovule n'est autre chose qu'une des cellules du contenu de l'ovisac, se développant aux dépens des autres pour une fonction spéciale. Il se passe là ce qui se passe dans une ruche d'abeilles; l'ovule, c'est la larve de *reine*. Les cellules transformées en vésicules vitellines entourent et cachent probablement l'ovule véritable, que j'ai cru trouver une fois, et qui a sans doute échappé aux recherches à cause de l'extrême délicatesse de ses membranes, qui ne résistent pas aux manœuvres nécessaires pour le débarrasser de l'amas de vésicules vitellines au milieu desquelles il est logé, comme l'ovule au milieu des cellules du cumulus proliger.

De même qu'au moment de la déhiscence de la vésicule de Graaf, l'ovule sort accompagné et entouré encore par des débris du cumulus, de même chez le polype la masse qui s'échappe lors de la rupture de l'enveloppe externe, représente la masse cellulaire qui entoure l'ovule et est destinée à sa nutrition, l'œuf véritable est caché au centre de cette masse. Cette hypothèse est parfaitement en harmonie avec les faits que j'ai observés, avec ce que d'autres observateurs ont déjà vu; elle rend compte des anomalies en apparence si profondes qui distinguaient l'œuf du polype de celui des autres animaux, savoir: 1° la forme *irrégulière* (généralement arrondie, mais non pas exactement sphérique ou ellipsoïde); 2° le mode de formation (par l'agglomération d'éléments primitivement isolés, et non pas par une segmentation de contenu cellulaire); 3° enfin l'absence apparente de testicule et de taches germinatives.

III. — PHYSIOLOGIE.

1° SUR L'IRRITABILITÉ DES MUSCLES PARALYSÉS; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Brown-Séquard rapporte le fait suivant, dont il tirera les conséquences dans une autre communication.

Un lapin de 3 mois, très-faible, ayant eu, depuis cinq jours, le nerf sciatique et le nerf crural, d'un côté, coupés aussi haut que possible, fut tué par strangulation.

On trouva que l'irritabilité dans les muscles de la jambe paralysée dura plus de quatre heures, tandis qu'elle ne dura que dix-sept ou dix-huit minutes dans les muscles de la jambe intacte. Dans ces derniers, la rigidité cadavérique était déjà très-forte vingt-cinq minutes après la mort; dans les autres, elle n'était devenue forte que six heures après la mort.

Le lendemain, la putréfaction commençait à se faire sentir dans la jambe intacte; elle ne se montra que deux jours plus tard dans la jambe paralysée. (Juin 1851.)

2° SUR LES CAUSES DE L'APPARITION DU SUCRE DANS L'URINE; par M. CLAUDE BERNARD.

« Depuis l'année 1848, où j'ai publié, dans le sein de cette Société, mes recherches sur l'origine du sucre chez les animaux, et sur la production des urines sucrées par les piqûres d'un point déterminé de la moelle allongée, un grand nombre de physiologistes et de chimistes se sont préoccupés de mes expériences, tant pour les répéter que pour en rechercher l'explication. Je rappellerai seulement qu'après avoir démontré une fonction animale jusqu'alors restée inconnue, la glucogénie ou formation de sucre s'opérant dans le foie, j'ai prouvé qu'elle pouvait être influencée directement par le système nerveux. D'un autre côté, ayant établi aussi que, chez les animaux adultes, la matière sucrée semblait se produire et se détruire dans l'organisme en rapport avec l'intensité de la respiration, il était naturel de supposer que l'apparition du sucre dans l'urine des animaux que je piquais à la moelle allongée était le résultat d'une combustion incomplète par suite d'une énergie moins grande dans l'activité respiratoire. Cette hypothèse avait pour elle un autre fait que j'ai également découvert, à savoir, que chez les fœtus, le sucre se trouve dans l'urine et dans les liquides amniotique et allantoïdien. Cependant j'ai toujours repoussé, dans mes leçons particulières et dans mes cours publics au collége de France, cette explication purement chimique, pour en admettre une autre plus physiologique, qui consiste à dire que l'excitation produite dans le système nerveux fait déverser dans le sang une quantité de matière sucrée trop grande pour être détruite dans un temps donné, d'où il suit que l'excès passe dans les urines, absolument comme cela arrive à un animal chez lequel on injecte par la veine jugulaire une trop grande quantité de glucose.

» Tout récemment, on a pensé appuyer la théorie chimique de la combustion incomplète du sucre, comme cause de l'apparition de cette matière dans l'urine, en annonçant que l'éthérisation et les causes qui diminuent la respiration en asphyxiant, peuvent faire apparaître l'urine sucrée. Tout en reconnaissant l'intérêt qui s'attache aux résultats signalés, je ne crois pas qu'ils soient de nature à prouver que le passage du sucre dans l'urine dépend d'une combustion incomplète dans le poumon. En effet, un des moyens les plus certains et les plus puissants pour diminuer l'énergie respiratoire, consiste à couper les deux nerfs vagues dans la région du cou; or, dans les expériences excessivement nombreuses que j'ai faites à ce sujet depuis très-longtemps, je n'ai jamais vu cette opération amener du sucre dans l'urine, et j'ai indiqué au contraire depuis très-longtemps qu'elle faisait disparaître le sucre dans le tissu du foie: il en est de même de beaucoup d'autres causes asphyxiantes. Je pense donc que l'éther ou les autres moyens employés n'ont point déterminé le passage du sucre en agissant comme asphyxiant, mais en agissant spécialement comme modificateurs du système nerveux. Je développerai bientôt, dans un travail que je prépare depuis longtemps, le mécanisme de cette sorte de diabète sucré artificiel que j'ai produit, non-seulement par la piqûre de la moelle allongée, mais encore en modifiant le système nerveux par une foule d'autres causes très-diverses en apparence, telles que par certaines commotions cérébrales, par l'action du curare combinée avec l'insufflation pulmonaire, etc. J'espère démontrer que dans tous les cas l'apparition du principe sucré dans l'urine a pour cause commune essentielle l'excitation du système nerveux grand sympathique.

» Je terminerai ces remarques en disant qu'on s'est trompé quand on a supposé que, dans mes expériences, je pique la moelle allongée de manière à diminuer la respiration, par une blessure qui intéresserait le point de la moelle plus spécialement en rapport avec le phénomène respiratoire, et qui a été désigné par M. Flourens sous le nom de *nœud vital* ou *point vital*. Je pique beaucoup plus haut pour déterminer le passage du sucre dans l'urine, et j'ajouterai que lorsqu'on blesse la moelle au niveau du point vital, non-seulement on ne détermine pas l'apparition du principe sucré, mais on le fait au contraire complétement disparaître, même dans le tissu du foie. » (31 octobre.)

2° INFLUENCE D'UNE PARTIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE SUR LES CAPSULES SURRÉNALES; par M. BROWN-SÉQUARD.

Sur 8 ou 10 cochons d'Inde ayant eu une moitié latérale de la moelle épinière, ou des, coupée depuis huit, dix ou quinze mois, M. Brown-Séquard a trouvé une hypertrophie très-notable des deux capsules surrénales. Ces organes avaient acquis, dans quelques cas, le triple de leur volume normal, et dans d'autres cas seulement le double. Il n'a pas paru y avoir de changement dans leur structure.

En examinant des capsules surrénales sur des cochons d'Inde ayant subi, depuis quelques heures ou quelques jours, la section d'une moitié latérale de leur moelle épinière, au niveau des dernières vertèbres dorsales, M. Brown-Séquard a trouvé ces organes congestionnés et contenant même un épanchement de sang plus ou moins considérable. Il y a lieu de croire que c'est cette hyperhémie qui produit l'hypertrophie de l'organe qu'on rencontre chez les animaux opérés depuis longtemps.

Bien que la section de la moelle, qui est suivie d'une congestion des capsules surrénales, soit faite au voisinage de ces organes, M. Brown-Séquard ne croit pas que cette congestion soit un résultat mécanique de l'opération. Il croit qu'elle provient d'un trouble particulier de l'action nerveuse. Il fait remarquer que les reins ne présentent aucune trace de congestion, même dans les cas où il y a une hémorrhagie considérable dans les capsules surrénales.

Quel que soit le côté de la moelle qui ait été lésé, les deux capsules surrénales se congestionnent et à peu près au même degré. Quelquefois il a suffi de piquer la moelle pour agir sur ces capsules.

Les lésions de la moelle épinière, partout ailleurs que dans la portion étendue depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la troisième vertèbre lombaire, sont seules capables de congestionner et de produire l'hypertrophie des capsules surrénales.

IV. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° OBSERVATION D'UN NOUVEAU NÉAFFECTÉ D'HYDROCÉPHALIE SANS AUGMENTATION DE VOLUME DE LA BOÎTE CRANIENNE; par M. HENRI ROGER.

Nestorine, fille, nouvellement née et déposée à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 20 octobre 1851, me fut présentée le 21; elle offrait une teinte rouge vineuse de toute la périphérie cutanée et une coloration semblable des membranes muqueuses; les extrémités surtout avaient une couleur violette, et en outre elles étaient le siége d'un œdème très-marqué, œdème moins prononcé dans les autres régions du corps, et non compliqué alors d'induration du tissu cellulaire infiltré. L'enfant était un peu froide et un peu endormie, comme le sont toujours les sujets affectés d'œdème des nouveau-nés; du reste, elle criait, elle remuait les pieds et les mains spontanément, mais le cri était faible et incomplet, les mouvements étaient lents; la succion était très-peu énergique, et quand on introduisait le doigt dans la bouche, qui était fraîche, celle ci s'entr'ouvrait et restait béante après quelques légers efforts d'aspiration; la circulation et la respiration étaient un peu ralentis. Cette paresse des mouvements, cette langueur des fonctions, cette exiguité du cri et cette somnolence continuelle contrastaient avec la force apparente du corps, avec le volume assez notable des membres de l'enfant, laquelle semblait une grosse et robuste fille, contrairement à ce qu'on observe pour les œdémateux, le plus souvent faibles de naissance et fréquemment non à terme. Mais comme Nestorine avait un œdème très-évident et comme les phénomènes d'assoupissement et d'alanguissement fonctionnel sont caractéristiques de cette affection, ils ne nous étonnèrent pas autrement, et pour nous cette petite malade ne parut différer en rien des autres enfants œdémateux.

Le lendemain et les jours suivants, il n'y eut de changé dans la position de cette petite fille que la diminution de l'œdème, l'apparition d'une teinte jaunâtre de la peau se mêlant à la teinte vineuse des téguments, seulement l'assoupissement et la réfrigération générale augmentèrent en même temps que l'infiltration du tissu cellulaire se transforma en endurcissement; mais il n'y eut positivement aucun phénomène ni de convulsion, ni de paralysie proprement dite; l'enfant sentait et remuait, comme on s'en assura plusieurs fois, et, je le répète, le demi-sommeil où elle était plongée, la lenteur de ses mouvements et sa sensibilité moindre aux influences du monde extérieur n'étaient pas plus prononcés qu'ils ne le sont habituellement dans le sclérème; la torpeur générale des fonctions nous parut dépendre de cette affection, ainsi que de l'abaissement de la température animale qui la caractérise (le matin du jour où la mort eut lieu, le thermomètre placé dans l'aisselle ne marquait que 27° et demi centigrades, au lieu de 37°, chiffre moyen de la température des nouveau-nés). La petite malade fut observée avec soin, et jusqu'aux derniers moments, on ne constata, du côté du système nerveux, aucun désordre qui fût en rapport avec l'altération extraordinaire du cerveau que la nécropsie révéla.

La mort ne survint que le 29 octobre au soir, c'est-à-dire après dix jours d'existence.

NÉCROPSIE. — L'examen anatomique révèle les altérations propres à l'œdème dur, l'infiltration du tissu cellulaire par une sérosité jaunâtre, et en outre l'hypertrophie de la couche graisseuse. On trouve, comme cela est si commun dans le sclérème, une apoplexie des deux poumons, bornée à quelques noyaux pour les lobes supérieurs et pour le côté droit, mais comprenant la presque totalité du lobe inférieur gauche; le parenchyme est dur, d'un rouge noirâtre, friable, et comme constitué par un caillot sanguin. Si l'on pouvait douter de la nature apoplectique de cette lésion pulmonaire, on la reconnaîtrait à l'existence d'une même infiltration sanguine du tissu cellulaire qui occupait chez la petite malade la partie antérieure et supérieure de la région axillaire.

Il n'y avait pas d'autre épanchement sanguin dans les autres viscères, qui paraissaient à l'état normal; le foie était petit et dur; les reins étaient parfaitement un peu moins volumineux, mais sans autre altération marquée.

La tête paraît bien conformée; son volume est tout à fait normal; le cuir chevelu est légèrement infiltré de sérosité jaunâtre comme le tissu cellulaire de l'enveloppe cutanée. Le crâne n'offre rien d'extraordinaire ni pour l'épaisseur, ni pour la coloration des os, et les fontanelles ne sont pas plus écartées que de coutume. On fait une incision sur le côté de la ligne médiane, et aussitôt il s'échappe un flot de liquide citrin, peu dense. Cette sérosité écoulée (on peut en évaluer la quantité à 80 grammes), et la calotte osseuse enlevée, si ce n'est en arrière, dans une languette d'un centimètre environ de largeur, voici ce qu'on aperçoit: le cerveau, ou plutôt ce qui reste du cerveau, n'est pas en contact avec la boîte crânienne; il existe entre eux deux un intervalle de plus d'un centimètre, intervalle qui, sans doute, était comblé par la sérosité citrine. Antérieurement est une espèce de moignon de substance cérébrale, recouvert par les méninges; ce sont les lobes antérieurs un peu affaissés et dont le volume est plus de moitié moindre qu'à l'état normal. Puis, au lieu des lobes moyens et postérieurs, on ne trouve qu'une masse de sérosité comme prise en gelée transparente d'un blanc jaunâtre, et maintenue par les membranes minces, véritable pellicule qui se déchire dans les mouvements imprimés à la masse totale; et alors celle-ci tombe en déliquium, et s'échappe presque en entier, cette sérosité gélatiniforme étant un peu plus épaisse et plus onctueuse dans les parties les plus déclives du crâne. Cette masse totale (correspondant aux lobes cérébraux) était d'ailleurs séparée en deux par la faux du cerveau, comme on l'observe normalement.

Une fois tout le liquide écoulé, on ne voit plus que les débris de la membrane d'enveloppe, la faux, et tout à fait à la base un plancher formé par une couche de substance cérébrale.

Nous avons déjà dit que les deux hémisphères cérébraux, dans leurs lobes moyens et postérieurs, manquent à peu près complétement; cette absence date très-probablement longtemps avant la naissance, car sur les bords de cette sorte de substance, il existe une espèce de bourrelet formé par une cicatrice très-ancienne, la disposition est la même des deux côtés et représente une ouverture ovalaire ayant d'avant en arrière une étendue de 4 centimètres; la voûte constituée par le corps calleux a été complétement détruite, et la cloison qui sépare les ventricules latéraux est elle-même perforée dans plusieurs points. Les ventricules latéraux ont une grande capacité, et ils communiquent largement l'un avec l'autre par l'ouverture signalée à travers le septum lucidum; dans le fond de ces ventricules, on retrouve très-distinctement les plexus choroïdes, qui sont volumineux; les couches optiques paraissent hypertrophiées, tandis que les corps striés sont au contraire un peu diminués de volume. Le troisième ventricule offre ses dimensions normales; le cervelet, la protubérance annulaire et le bulbe rachidien sont normaux, ainsi que les nerfs auxquels ils donnent naissance.

2° OBSERVATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE IMPLANTÉE DANS LE PETIT BASSIN, PRISE, PENDANT LA VIE DE LA MALADE, POUR UNE GROSSESSE ANORMALE; par M. le docteur CHAMBERT.

« Elvire Fruchart, 16 ans et demi, tempérament sans aucune prédominance particulière, bonne constitution, embonpoint modéré, me fut conduite, vers le mois de juin 1851, par ses parents. Voici les renseignements qui me furent donnés sur ses antécédents.

» Cette jeune fille a toujours joui d'une bonne santé; elle n'a jamais eu de maladie sérieuse. Depuis un an seulement, sujette à des difficultés considérables dans l'évacuation menstruelle, elle éprouve toutes les incommodités des personnes mal réglées. Douleurs vagues dans le ventre et dans les lombes; sentiments d'oppression, d'étouffement, etc., etc. Les règles ne sont pas supprimées entièrement, elles se sont encore montrées il y a deux mois environ, mais elles sont irrégulières, capricieuses dans leur apparition et leur abondance.

» La malade présente, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'un gros œuf de poule, la région hypogastrique est souple, ainsi que le reste de l'abdomen. Les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale, à part cependant un peu d'irrégularité dans l'appétit.

» Je fus étonné de la présence d'une tumeur de cette nature chez une jeune personne de 16 ans, qui paraissait d'ailleurs jouir d'une santé parfaite et qui n'avait jamais rien éprouvé du côté des voies respiratoires. Je ne cachai pas ma surprise aux parents, et je prescrivis un traitement ioduré à l'intérieur et à l'extérieur, et des applications fréquentes de sangsues à l'anus, dans le but d'exercer une révulsion utile et de favoriser en même temps le retour des règles.

» Je perdis la malade de vue. Le 24 octobre dernier, je fus appelé auprès d'elle, chez ses parents, à quatre lieues de Laon. Avant de me conduire à son lit, on me raconta que l'officier de santé de la localité avait répandu le bruit que cette fille était enceinte, et même en avait fait au maire la déclaration. Les soins qu'il donnait à la malade avaient été continués par un confrère des environs, qui avait cru non-seulement que cette fille avait un enfant dans le ventre, mais qu'elle en avait deux; il formulait ainsi son diagnostic, dans une lettre qu'il m'adressait:

» *Grossesse utérine, compliquée d'une grossesse abdominale avec implantation du placenta anormal sur la droite et probablement sur l'une des dépendances de la matrice.*

» Voici dans quel état je trouvai la malade: le ventre avait acquis un volume énorme; le palper et la percussion indiquaient une tumeur dure, arrondie, oc-

cupant la fosse iliaque, et une partie du flanc droit se continuant dans la région hypogastrique où elle s'élevait à 12 centimètres environ au-dessus du pubis, et remontant ensuite dans la fosse iliaque gauche pour se prolonger dans l'hypochondre du même côté et la moitié gauche de l'épigastre. Dans ces derniers points la tumeur présentait des bosselures irrégulières et une dureté considérable; le reste du ventre était distendu par de la sérosité. Le toucher vaginal permettait de constater une tumeur très-dure, à surface unie; il était impossible de trouver le col utérin.

» La malade était d'une maigreur extrême. Les digestions étaient presque nulles, le ventre était le siége de douleurs atroces, les selles et les urines n'étaient expulsées qu'avec la plus grande difficulté. La voix était presque éteinte, et les moindres mouvements étaient impossibles. Le diaphragme refoulé en haut par le gonflement abdominal avait diminué le champ respiratoire. La malade étouffait. Ses douleurs lui occasionnaient des insomnies insupportables.

» Mon rôle était devenu bien faible. Je ne pouvais pas guérir, je ne pouvais qu'atténuer un peu les souffrances de la patiente. Une potion calmante et des frictions sur le ventre avec une pommade opiacée furent seules prescrites. Je fis pressentir à la famille la crainte d'une issue fatale, et le 8 novembre la malade succomba.

» Les parents m'appelèrent pour en faire l'autopsie et pour faire taire les calomnies qui avaient été répandues sur le compte de leur fille. J'y procédai le 9 novembre, vingt-huit heures après la mort.

» Autopsie. — Rigidité cadavérique peu prononcée, le corps est encore chaud; il est d'une maigreur excessive. L'abdomen présente la même apparence que pendant la vie.

» Une ponction faite avec le scalpel donne issue à cinq litres environ de sérosité limpide de couleur citrine. La paroi antérieure de l'abdomen étant enlevée par une incision semi-lunaire à convexité inférieure, je découvre une énorme tumeur qui occupe tous les points sur lesquels on l'a constatée du vivant de la malade.

» Cette tumeur peut être considérée comme bilobée. Le lobe droit est uniforme, uni, arrondi; son sommet présente une ulcération superficielle, à surface rougeâtre, ramollie, de 6 à 7 centimètres de diamètre. Le lobe gauche est mamelonné; il est subdivisé en plusieurs autres petits lobes formés, comme le reste de la tumeur, d'une substance jaunâtre, de consistance caséuse. L'intérieur de la tumeur présente un commencement de ramollissement, car les incisions qu'on pratique laissent écouler une sanie purulente.

» L'utérus et les ovaires sont comprimés entre la paroi abdominale et la face antérieure de la tumeur. Il est aplati, adhérant à la production morbide par sa face postérieure.

» La tumeur s'implante dans le petit bassin à la face antérieure du sacrum; elle adhère très-fortement à la partie antérieure des deux tiers du sacrum. — Le reste de la masse intestinale est refoulé en arrière et en haut. La tumeur pèse 15 livres. — Je ne puis trouver d'autres ganglions mésentériques engorgés ni tuberculeux.

» Les poumons sont parfaitement crépitants, un peu engoués à leur face postérieure. Leurs sommets, examinés avec la minutie la plus scrupuleuse, ne présentent aucun vestige de granulations grises ni de productions tuberculeuses. — Les ganglions bronchiques sont à l'état normal. Le cœur est petit, ses cavités pleines de sang noir.

» Je n'insiste pas sur les caractères de la tumeur, car l'examen direct qu'on en pourra faire les démontrera beaucoup mieux que ma description.

» Je livre à la Société de Biologie cette observation sans commentaires, j'insiste seulement sur quelques points que je ne fais qu'indiquer.

» Les considérations qui me paraissent les plus remarquables dans ce fait, sont :

» 1° Le volume considérable de cette production anormale;

» 2° La rapidité de son évolution, puisqu'en cinq mois à peu près elle a atteint des dimensions énormes;

» 3° L'absence de tout vestige de tubercules dans les poumons;

» 4° Les difficultés et les erreurs du diagnostic auxquelles elle a donné lieu.

» L'examen microscopique de la tumeur, fait par MM. Lebret et Robin, a établi sa nature cancéreuse. Au milieu des éléments gras, on pouvait observer toutes les variétés des éléments cancéreux : les noyaux libres étaient en plus grande quantité que les cellules. »

3° SUR DES GRANULATIONS GRAISSEUSES DU REIN; par M. DAVAINE.

M. Davaine a présenté deux reins réunis en fer à cheval, provenant d'un homme mort d'une anasarque : les urines avaient été albumineuses, le foie était affecté de cirrhose.

Ces reins, dépouillés de leur membrane propre étaient marbrés, mélangés de jaune et de rouge. Ils offraient en outre beaucoup de granulations, du volume d'un grain de semoule pour le plus grand nombre; quelques-unes atteignaient celui d'une petite tête d'épingle, enfin, d'autres étaient à peine perceptibles à l'œil nu. M. Davaine a constaté par l'examen microscopique que les plus grosses de ces granulations contenaient un liquide épais, entièrement formé de matière grasse; les autres contenaient toutes plus ou moins de matière grasse infiltrée dans le tissu élémentaire du rein.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DÉCEMBRE 1851; par M. le docteur SEGOND, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

SUR LA BOURSE SYNOVIALE SOUS-TROCHANTÉRIENNE ET SUR LES CORPS ÉTRANGERS QU'ELLE PEUT CONTENIR; par M. BERARD.

« Il existe sous la voûte acromio-coracoïdienne et sous le deltoïde une bourse synoviale plutôt indiquée que décrite par les auteurs. Elle est cependant mentionnée dans tous les cours avec beaucoup de soin. Si vous consultez les auteurs pour en connaître une description précise, vous êtes obligé de rester dans le doute sur son étendue, sa capacité, ses rapports, ses communications avec d'autres synoviales. Voici sur ce point l'opinion de M. Cruveilhier : Une circonstance, dit-il, qui prouve l'utilité de cette voûte (acromio-coracoïdienne), et les contacts fréquents qu'elle doit avoir avec l'humérus, c'est l'existence constante d'une capsule synoviale située entre la voûte coraco-acromiale d'une part, et, d'autre part, le tendon du susépineux et le grand trochanter de l'humérus. Dans un autre endroit, ce professeur s'exprime en ces termes : Il (le deltoïde) recouvre l'articulation scapulo-humérale, dont il est séparé par une lame aponévrotique faisant suite à l'aponévrose sous-épineuse et au ligament coraco-acromien. Entre cette lame aponévrotique et le grand trochanter de l'humérus se trouve un tissu cellulaire filamenteux très-abondant et presque toujours une capsule synoviale. On voit par ces paroles que M. Cruveilhier ne donne pas de détails sur cette bourse synoviale. M. Sappey ne dit pas qu'il y ait une synoviale sous le deltoïde. Dans les auteurs de chirurgie, même incertitude sur les maladies de cette bourse et même sur son existence. Ainsi, elle n'est citée ni parmi les bourses synoviales normales, ni parmi les accidentelles. Je vais donc en présenter ici une description, et je signalerai ensuite un nouveau corps étranger que j'ai trouvé dans sa cavité.

» § I. Elle existe d'une manière constante; seulement, elle peut présenter quelques variétés dans sa disposition par rapport aux organes qu'elle est destinée à recouvrir. Cette membrane part de la face inférieure de l'acromion et du ligament acromio-coracoïdien, tapisse cette face profonde, se dirige en arrière et vient se réfléchir sur le muscle susépineux après avoir revêtu toute cette face. Elle se continue sur la face supérieure du muscle; puis, sur son tendon, arrive ainsi sur la face externe de la capsule et vient se réfléchir de bas en haut vers la base du grand trochanter de l'humérus, pour se prolonger à la face profonde du deltoïde jusque vers le sommet de l'acromion, d'où nous l'avons vue partir. Sur les parties latérales, elle se réfléchit à la partie externe de l'apophyse coracoïde, et sur son côté externe, elle tapisse l'extrémité du tendon du sous-épineux. Elle se trouve doublée dans certains points par un tissu fibreux quelquefois très-dense. Ainsi, nous avons vu M. Cruveilhier décrire une aponévrose qui la sépare du deltoïde; en arrière, dans la fosse susépineuse, existe une autre aponévrose dépendante du susépineux qui la bride d'une manière très-puissante. Sur les parties latérales, il y a moins de tissu fibreux pour la protéger. Elle offre dans tout son trajet une adhérence intime avec les tissus qu'elle revêt. D'après cette description, on voit que sa capacité est extrêmement grande; elle ne le cède en rien à celle de la bourse prérotulienne, dont les maladies sont si fréquentes. Cependant elle n'offre pas toujours la même disposition. Elle peut être divisée en deux compartiments bien distincts, l'un correspondant à la voûte acromio-coracoïdienne, l'autre à la face profonde du deltoïde. Il faut dire que ce cas est assez rare. D'autres fois, elle offre une communication avec la synoviale articulaire au moyen du prolongement que celle-ci envoie au muscle sous-scapulaire. Cette bourse séreuse, quoique protégée par un muscle épais et puissant, devait, à cause de son voisinage et de son étendue, être sujette à beaucoup de maladies, et plus fréquemment que beaucoup d'autres bourses de la même nature; aussi toutes les fois que j'ai fait des autopsies, j'ai eu soin de l'examiner, et il m'est arrivé deux ou trois fois de la trouver remplie de pus dans des autopsies de diathèse purulente, et cela indépendamment de l'articulation scapulo-humérale; mais le but de cette note n'est pas de faire son histoire pathologique : je veux seulement, comme je l'ai déjà dit, faire voir comment des corps étrangers peuvent s'y développer.

» § II. On sait que les corps étrangers des bourses séreuses n'ont été bien connus en France et en Angleterre que par les travaux de Dupuytren et d'A. Cooper. Depuis on a cherché à s'en rendre compte soit en les examinant au microscope, soit en les soumettant à l'analyse chimique. Les uns ont dit que c'était des flocons de lymphe coagulable (Brodie), les autres (Velpeau) que c'était du sang épanché qui avait fourni des noyaux fibrineux. Dupuytren, appuyé par les descriptions de Bosc, Durnevil et Raspail, pensait que c'étaient des animaux. Au milieu de ces explications, il n'y a d'acceptables que celles de Brodie et Velpeau; mais je pense qu'elles ne rendent pas compte de tous les cas : ce qui le prouve, c'est la pièce que j'ai mise sous les yeux de la société. On y voit, en effet, deux modes, suivant lesquels des corps étrangers peuvent se former dans les bourses séreuses. Dans la partie correspondante au grand trochanter, il y a un corps libre dans sa cavité. Il a le volume d'une petite cerise, un peu aplatie, de forme olivaire, lisse, poli, revêtu d'une couche cartilagineuse, d'une dureté osseuse, en rapport d'ailleurs avec sa structure, comme l'a démontré un examen détaillé. Ce corps est logé dans la partie déclive de cette bourse séreuse. Il est unique; mais on voit que d'autres sont en voie de formation. Il existe vers la base du grand trochanter d'autres stalactites osseuses qui viennent faire saillie dans sa ca-

vité; elles bourgeonnent, et quelques-unes de ces végétations ne sont plus adhérentes que par un pédicule assez étroit. On trouve encore dans le voisinage une dépression qui a été probablement le point où s'est détaché le corps que nous avons trouvé flottant dans la cavité séreuse. Ainsi voilà un point où les corps étrangers sont produits par des végétations osseuses.

» Mais, au niveau du tendon susépineux, il y a aussi deux corps pédiculés qui allaient se détacher et dont le mode de production diffère du précédent. En effet, sur une étendue de 2 centimètres, le tendon est dépouillé de la séreuse, et, dans ce point, on voit entre les fibres tendineuses des végétations à tous les degrés et de toutes les formes, depuis une tête d'épingle jusqu'à un noyau de cerise; les unes, les plus petites, sont encore celluleuses, les autres, plus volumineuses, sont cartilagineuses et osseuses. Celles-ci, au nombre de deux, sont pédiculées et sur le point de se détacher.

» Du reste il n'y avait pas de liquide dans cette bourse séreuse, il n'y avait que les traces d'une inflammation analogue à ce que M. Deville a décrit dernièrement sous le nom d'arthrite sèche. Cette pièce, il faut le dire, a été prise sur un sujet de 50 à 55 ans, d'un très-grand embonpoint et présentant une soudure complète de la colonne vertébrale au niveau du dos, avec des exostoses très-volumineuses. L'articulation scapulo-humérale, d'ailleurs, n'offrait pas d'altération bien manifeste. »

II. — Anatomie pathologique.

Dégénérescence fibreuse et graisseuse des muscles chez les sujets atteints de pieds bots.

M. Jules Guérin présente un sujet offrant un double pied-bot, varus équin, chez lequel la plupart des muscles de la jambe et du pied sont atteints de dégénérescence fibreuse et graisseuse. Il indique à cette occasion les conditions qui président à ces deux ordres d'altérations. (Nous publierons cette communication en entier.)

III. — Physiologie.

1° Influence du grand sympathique sur la sensibilité et sur la calorification; par M. Claude Bernard.

« 1° Influence sur la calorification. On sait depuis longtemps que la section de la moelle épinière ou de certains troncs nerveux, tels que les nerfs vagues, sciatique, etc., amène un refroidissement général ou partiel du corps; mais je veux montrer ici que c'est précisément le phénomène inverse pour le grand sympathique.

» J'ai vu qu'aussitôt après la section du filet sympathique cervical qui unit les ganglions cervicaux, il survient une augmentation de chaleur dans tout le côté correspondant de la face. Cet accroissement de la calorification peut s'apprécier par la main très-facilement. Quand on plonge le thermomètre comparativement soit dans les oreilles ou dans les narines de l'animal, on constate que la température est plus élevée de 4 à 6° cent. du côté où le filet de grand sympathique a été coupé. Cette expérience, qui m'a donné les mêmes résultats chez le chien, le cheval et le lapin, est surtout très-facile à répéter chez ce dernier animal, à cause de l'isolement qui existe au cou, entre le pneumo-gastrique et le grand sympathique.

» Quand on enlève le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, on produit exactement les mêmes effets et quelquefois avec plus d'intensité. Du reste, l'énergie du phénomène est en général en rapport avec la force de l'animal; il est moins marqué chez les animaux affaiblis.

» En même temps que la chaleur augmente dans les parties, la circulation y devient plus active, ce qui est très-apparent sur les oreilles des lapins, ainsi que je l'ai montré en reproduisant les expériences devant la Société. Je m'expliquerai plus tard sur cette modification de la circulation, au point de vue de son mécanisme et de la question de savoir si elle est la cause ou l'effet de l'accroissement de la chaleur animale.

» Le phénomène de calorification augmentée dure très-longtemps; je l'ai constaté pendant plusieurs mois de suite chez les chiens, sans, toutefois, jamais observer aucune inflammation, ni œdème, ni d'autres altérations pathologiques dans les parties.

» Enfin j'ai constaté que la section des autres nerfs de mouvement ou de sentiment de la face, n'empêche pas l'augmentation de chaleur de se produire aussitôt qu'on vient à couper le grand sympathique.

» 2° Influence sur la sensibilité. Quand on coupe les nerfs de sentiment qui se distribuent dans une partie, tout le monde sait qu'on la rend insensible; c'est encore l'inverse pour la section du grand sympathique.

» Ainsi quand on extirpe le ganglion cervical supérieur chez un chat ou chez un lapin, la sensibilité se trouve augmentée dans tout le côté correspondant de la face. C'est particulièrement sur l'œil qu'on peut constater le phénomène avec le plus de facilité. Toutefois, cette espèce d'appréciation de la sensibilité exagérée est souvent difficile à obtenir par les moyens ordinaires. Mais le fait devient très évident quand on fait agir certaines substances comme le curare, par exemple, qui abolissent peu à peu la sensibilité.

» Ainsi quand on empoisonne un animal par une dose de *curare* très-diluée, toutes les parties du corps où le sympathique n'a pas été coupé deviennent insensibles bien avant le côté de la face où le ganglion cervical a été enlevé. Toute cette partie du corps semble survivre plus longtemps que les autres. Je dois ajouter que cette calorification s'y maintient également toujours plus élevée.

» Je me borne à signaler ces deux résultats parce qu'ils me paraissent très-importants et que je les crois entièrement nouveaux. Je ne veux que prendre date aujourd'hui, parce que ces faits se trouveront développés et commentés, dans un travail que j'espère bientôt publier sur le grand sympathique. »

2° Preuve de la contractilité du tissu cellulaire; par M. Brown-Séquard.

Il y a quelques années (1), M. Brown-Séquard a constaté, contrairement aux assertions de Haller, Muck et Sœmmering que l'iris des poissons est mobile. Il a trouvé aussi que chez ces animaux, de même que chez les batraciens, le tissu de l'iris peut se contracter sous l'excitation directe de la lumière et sans intervention de la rétine et de l'encéphale. Il a vu en outre que l'iris est un peu plus mobile en général chez les poissons cartilagineux que chez les poissons osseux, bien que ce soit parmi ces derniers que l'on trouve le plus grand degré de mobilité (chez les anguilles, les soles et les congres).

Le fait de la mobilité de l'iris chez les poissons et en particulier les poissons cartilagineux, démontre positivement que le tissu cellulaire est contractile. En effet, ainsi que M. Leydig (2) vient de le constater, l'iris chez les chondroptérygiens ne contient aucun élément musculaire. Les seules fibres qu'on y trouve sont des fibres de tissu cellulaire et des tubes nerveux. Les contractions évidentes qui y ont lieu sont donc des contractions du tissu cellulaire.

A l'occasion de cette communication, M. Ch. Robin fait remarquer que dans les recherches qu'il a faites avec M. Segond sur les céphalopodes, il a vu que l'iris de ces animaux est dépourvu de fibres musculaires, qu'il contient du tissu cellulaire et que ses contractions, même par l'action directe de la lumière, sont très-manifestes. Cette observation avait démontré depuis longtemps à MM. Segond et Robin que le tissu cellulaire est contractile.

IV. — Exploration pathologique.

Variété nouvelle d'élément fibro-plastique; par M. Bauvais.

M. de Bauvais, sur une femme de quarante-cinq ans, a rencontré une tumeur fibro-plastique du volume d'un gros œuf de poule, développée entre le feuillet viscéral et le feuillet pariétal de l'arachnoïde au niveau de la partie antérieure du lobe gauche antérieur du cerveau. Pendant les huit jours qui ont précédé la mort, cette femme a seulement présenté de la diarrhée, des vomissements et une légère entérite. — M. de Bauvais, d'après les caractères extérieurs différentiels établis par M. Lebert entre ces tumeurs et les tumeurs cancéreuses, avait déterminé sa nature fibro-plastique. Il est résulté de l'examen microscopique de cette tumeur fait par M. Ch. Robin qu'elle était essentiellement formée de noyaux fibro-plastiques et en outre d'une variété nouvelle d'élément fibro-plastique non décrite par les auteurs et consistant en une cellule sphérique transparente pourvue d'un noyau allongé et ordinairement accolé aux parois de la cellule. — Dans le cas actuel la grande abondance de noyaux libres permettait de réduire la tumeur en pulpe par une légère pression.

V. — Botanique.

De la fasciation chez les fruits adhérents; par M. Germain.

« J'ai l'honneur de présenter à la Société divers exemples intéressants du phénomène de la fasciation chez les fruits adhérents.

» M. Rayer, notre président, qui a eu la bonté de me communiquer les fruits qui font l'objet de cette communication et qui ont été recueillis par ses soins m'a également remis des exemples de plusieurs autres phénomènes tératologiques dont j'entretiendrai plus tard la Société. Je ne veux aujourd'hui dire que quelques mots sur les pommes monstrueuses que je place sous ses yeux. La plupart semblent être le résultat de la soudure par rapprochement de deux fruits originairement distincts, et c'est en effet au phénomène de la soudure que l'on a attribué jusqu'à ce jour, non-seulement dans le monde, mais dans la science, ces fruits anormaux qui se rencontrent assez fréquemment et qui ont dû de tout temps attirer l'attention des observateurs et du vulgaire.

» J'ai été conduit à voir dans cette anomalie, non pas un phénomène de soudure, mais, au contraire, un phénomène de disjonction. Après avoir étudié le phénomène de la fasciation chez les tiges et avoir acquis la conviction qu'une tige fasciée est le résultat d'un même axe, et, dans aucun cas, ne provient de plusieurs axes soudés (qu'elle soit simple ou qu'elle s'épanouisse en plusieurs rameaux), j'ai dû considérer l'axe des fleurs, qui est la continuation de l'axe du rameau, comme pouvant participer au phénomène de la fasciation. Il serait trop long d'exposer aujourd'hui la série des modifications qu'entraîne la fasciation ou épanouissement de l'axe de la fleur sur les parties appendiculaires insérées sur cet axe. Je me borne aujourd'hui à signaler la nature du phénomène, me réservant de soumettre plus tard à la Société les idées auxquelles je suis arrivé relativement au phénomène de la fasciation. »

(1) Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1847, t. XXV. p. 482.

(2) Beitrage zur mikroskopischen Anat. und Entwickelung der Rochen und Haie, Leipzig. 1851, p. 23.

MÉDECINE LÉGALE.

MORT PAR LE CHLOROFORME. — ACCUSATION D'HOMICIDE PAR IMPRUDENCE; INOBSERVATION DES RÈGLEMENTS, DÉFAUT DE PRÉCAUTIONS, ETC.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE STRASBOURG.

Audience du 4 décembre.

Président : M. Adam. — Ministère public : M. Gast.

Cette audience ne présente pas l'aspect accoutumé des audiences de police correctionnelle. Un public plus choisi s'y est donné rendez-vous. Les bancs, qui ordinairement ne contiennent que des curieux désœuvrés, ou des parents ou amis des prévenus, suivant avec émotion les phases des débats, ont reçu cette fois un certain nombre d'adeptes de la science médicale; des professeurs de la faculté de médecine, les praticiens de la ville et les étudiants ont fourni leur contingent, et tous se préparent à assister avec recueillement aux différentes péripéties de l'intéressante cause qui les a attirés.

Le prévenu déclare se nommer Kobelt, Jean-Chrétien, âgé de quarante-six ans, officier de santé, né à Auenheim, grand-duché de Bade, à Strasbourg depuis l'année 1825.

Sur l'invitation de M. le président, il prend place à côté de son défenseur, Me Schæffer.

M. le président : Êtes-vous autorisé à résider en France?

R. J'ai demandé ma naturalisation en 1848, sans pouvoir l'obtenir.

M. le président : Kobelt, vous êtes accusé d'avoir causé la mort de madame Simon en lui faisant application du chloroforme pour l'extraction de plusieurs dents, sans avoir pris les précautions nécessaires en pareil cas et sans avoir observé les règlements qui fixent vos attributions.

M. le procureur de la République procède à l'appel des témoins dans l'ordre suivant :

Babet H...., femme de chambre de la défunte; M. Stoltz, professeur à la faculté de médecine, M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg; M. Simon, veuf de la victime, ce dernier à la requête du prévenu.

M. le président s'informe si M. Sédillot a été cité comme témoin. Le procureur de la République déclare le vouloir faire assister aux débats comme expert. M. Sédillot prête serment en cette qualité.

Les autres témoins prêtent serment également,

Premier témoin. Babet H...., trente ans, femme de chambre. (Le témoin, ne parlant pas français, est assisté d'un interprète.) Le témoin raconte que madame Simon était tourmentée de fréquents maux de dents. On pria le médecin ordinaire, M. le professeur Stoltz, à peu près quinze jours avant l'événement, de donner son avis sur ce qu'il y avait à faire. M. Stoltz donna quelques conseils, entre autres celui d'arracher les dents malades. Madame Simon avait une grande peur des douleurs ainsi que des opérations. Finalement elle se décida à l'extraction, et alla trouver elle-même, le dimanche (c'est-à-dire deux jours avant la catastrophe), M. Kobelt pour convenir avec lui du jour de l'opération. Depuis lors elle ne cessa d'être en proie à des transes continuelles. Lorsque M. Kobelt arriva elle passa subitement à un état d'égarement complet, la terreur s'empara d'elle, et elle eut l'idée de se sauver. Elle était pâle comme la mort. Dans ces circonstances, M. Kobelt déclara vouloir renoncer à l'opération; mais madame Simon, redoutant encore bien plus la prolongation de ses souffrances, insista vivement pour que l'opération fût faite. Elle s'opposa surtout à ce qu'on appelât un autre médecin, de peur que celui-ci ne conseillât de remettre l'opération à un autre jour. M. Kobelt alors s'éloigna pour chercher du chloroforme, ce qui fit penser à madame Simon qu'on l'avait définitivement renvoyé, et la fit retomber dans un nouvel état d'exaspération. Enfin M. Kobelt revint, plaça madame Simon sur une chaise, versa du chloroforme sur un mouchoir, en expliqua l'action à la malade, puis l'approcha successivement du nez et de la bouche. Au moment où il pouvait être encore à un centimètre des narines, madame Simon parut morte aux assistants. Là-dessus l'opération fut faite; mais à l'extraction de la troisième dent, on conçut des inquiétudes et on s'empressa de porter remède à l'état de la malade.

Le greffier donne ensuite lecture de la déposition faite par le témoin dans l'instruction. Il en résulte que le témoin lui-même s'est fait arracher deux dents par M. Kobelt après l'éthérisation; que madame Simon a donné la préférence au chloroforme, ayant entendu vanter cet agent; qu'il y a quatre ans, s'étant fait arracher une dent par le même opérateur, elle avait demandé l'éthérisation et avait éprouvé un refus. Les autres circonstances concordent avec la déposition orale, sauf la version concernant l'application du mouchoir.

Dans l'instruction le témoin avait déclaré que le mouchoir avait été appliqué à la fin exactement sur le nez et la bouche, tandis qu'à l'audience elle affirme qu'il a resté à une certaine distance de ces parties.

Le témoin ajoute encore que lorsqu'on s'aperçut de l'action délétère du chloroforme, madame Simon fut placée horizontalement sur un canapé; qu'on la frotta avec du vinaigre et de l'eau de Cologne; que M. Kobelt fit chercher à la pharmacie un liquide blanc qu'elle ne sait nommer; qu'il essaya de faire une saignée qui n'eut pas de résultat; qu'il fit appliquer des sinapismes aux mollets, et que l'on courut chez tous les médecins dont on se rappelait le nom et l'adresse.

Le prévenu déclare n'avoir point d'observations à faire sur cette déposition.

M. le président : Vous êtes-vous informé auprès de M. ou de madame Simon si M. Stoltz n'avait pas manifesté le désir d'être présent à l'opération, et comment, dans l'affirmative, n'avez-vous pas tenu à attendre son arrivée?

R. J'opère toujours sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'on ne la réclame absolument. J'ai fait cinq ou six cents fois la même chose sans avoir jamais eu le moindre accident.

M. le président. Mais ne deviez-vous pas attendre l'arrivée du médecin, pour connaître sa manière de voir, les obstacles qui pourraient s'opposer à la chloroformisation, et enfin pour entourer de toutes les garanties possibles la personne qui allait remettre sa vie entre vos mains?

R. Ce sont les insistances de madame Simon qui m'ont vaincu; je n'aurais jamais osé lui refuser.

M. le président. Les insistances d'un malade ne sauraient être une loi pour le médecin.

R. Mais, M. le président, ce que j'avais à faire était si peu de chose.

M. le président. Vous avez malheureusement pu vous convaincre que la chloroformisation était une opération très-sérieuse et très-importante.

R. Je n'ai pas employé trop de chloroforme.

M. le président. Quand on soumet un malade à l'action du chloroforme, toute l'attention doit se fixer sur les progrès de l'anesthésie, sur l'état du pouls et de la respiration. Au lieu de cela vous faites l'extraction de plusieurs dents sans vous préoccuper de l'état de votre malade; vous agissez seul, quand on voit les maîtres de l'art se faire assister constamment d'aides.

R. Je fais toujours ainsi, je n'ai jamais employé d'aides (Sourires).

M. le président : Il paraîtrait d'après certains indices que madame Simon était à l'époque menstruelle.

R. Cela est trop délicat à demander à une dame (Stupéfaction générale). D'ailleurs madame Simon ne voulait pas attendre; moi, j'ignorais cette circonstance; et puis d'ailleurs j'ai fait si souvent cette opération que je ne me doutais de rien.

M. le président : Quand vous opérez, êtes-vous ordinairement muni d'ammoniaque ou d'autres substances qui peuvent faire cesser l'anesthésie?

R. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération en présence de médecins très-distingués, il n'y a jamais été question de pareilles substances.

M. le président : Il paraît que vous avez complétement intercepté l'air avec le mouchoir?

R. Je n'ai point fait ainsi. Il faut toujours que l'air circule un peu entre les organes et l'appareil.

M. le président rappelle le premier témoin et l'engage à montrer au tribunal comment le mouchoir a été appliqué. Le témoin approche successivement son mouchoir de sa bouche, mais ne l'applique pas tout à fait.

M. le président : M. Sédillot, vous êtes l'un des juges de cette affaire. On vous demandera si la mort de madame Simon est le résultat de l'usage du chloroforme, et s'il y a eu faute commise. Peut-être y a-t-il des détails qu'il vous serait nécessaire de connaître, et qui auraient pu échapper au tribunal. Avez-vous une question à adresser au témoin ou au prévenu?

R. Non, monsieur le président.

Deuxième témoin, M. le professeur Stoltz.

D. Fates-nous connaître tous les détails?

R. Absent lors de l'événement, je ne connais aucun détail de la catastrophe.

D. Vous avez cependant été consulté antérieurement?

R. Peu de temps auparavant j'avais été consulté par madame Simon. Elle avait un certain nombre de dents cariées que je lui conseillai de faire enlever. Elle était pusillanime, nerveuse, craintive, et redoutait surtout les opérations. Je lui prescrivis alors des remèdes pour combattre et calmer ses douleurs. Cependant je me vis obligé de lui déclarer finalement qu'il n'y avait plus que l'extraction des dents qui pût mettre fin à ses tourments. Je m'offris à l'assister pendant cette opération et à la chloroformiser moi-même, car je redoutais beaucoup chez elle une action irrégulière de l'anesthésique. Mais dans son impatience d'être délivrée de ses douleurs, et redoutant les obstacles que la prudence aurait pu apporter à l'opération, elle profita de mon absence pour y faire procéder, et quand je revins elle était morte.

D. Vous teniez à ce que l'opération ne se fît pas sans vous. Si vous aviez assisté, comment auriez-vous fait?

R. J'aurais fait à peu de chose près comme M. Kobelt; seulement j'aurais examiné attentivement le pouls, la respiration; je me serais entouré des plus grandes précautions.

D. Auriez-vous procédé seul à l'opération?

R. Je ne le pense pas; je n'ai pas l'habitude de le faire, surtout si j'avais dû opérer l'extraction des dents moi-même.

D. Le médecin doit observer les progrès de l'anesthésie, il ne faut donc pas qu'il soit seul?

R. Cela est très-vrai; cependant pour l'extraction des dents cela arrive fréquemment.

D. Puisqu'il s'agissait de l'extraction de plusieurs dents, on pouvait exiger plus de prudence de la part de l'opérateur?

R. Certainement.

D. Il paraîtrait que madame Simon se trouvait dans une position qui aurait dû faire différer l'opération. L'auriez-vous questionnée sur ce sujet, et dans l'affirmative auriez-vous permis l'opération?

R. Le premier devoir du médecin est de s'informer de toutes les circonstances qui doivent déterminer sa manière d'agir. Aucun phénomène vital n'est indifférent, et il importe d'éloigner toutes les chances contraires. Je me serais donc bien

certainement informé si madame Simon ne se trouvait pas par hasard à sa période cataménique, et dans l'affirmative j'aurais différé l'opération.

M. LE PRÉSIDENT : Prévenu, avez-vous une question à adresser? Vous voyez bien que M. Stoltz aurait pris des informations que vous avez négligé de prendre.

R. Cela n'a pas duré cinq secondes; lorsqu'on n'emploie pas le chloroforme, l'opération dure bien plus longtemps.

M. LE PRÉSIDENT M. Sédillot a-t-il une observation à faire?

R. Non, monsieur le président.

Le premier témoin est rappelé; on lui demande si madame Simon était menstruée à l'époque de l'operation. Le témoin répond qu'il croit que madame Simon l'était huit jours anparavant.

M. LE PRÉSIDENT à M. Sédillot : Admettez-vous que pour une personne aussi sensible l'influence de l'époque menstruelle sur l'organisme ait pu se prolonger?

R. Cela est très-possible.

Troisième témoin, M. Simon. M. le président explique au témoin que ce n'est point le ministère public qui l'a fait citer, que c'est a regret que le tribunal s'est vu obligé de l'appeler au milieu de ces débats si doulourenx pour lui, mais que la défense, dans l'intérêt du prévenu, n'a pu renoncer à son témoignage.

Mᵉ SCHÆFFER : Nous avons certes compris comme le tribunal la position de M. Simon, et ce n'est qu'après de longues hésitations que nous nous sommes décidé à le faire citer. Mais il y a un poiot obscur contradictoirement relaté par un témoin, et qu'il est de la plus haute importance pour nous d'éclaircir. Un témoin a déclaré dans l'instruction que le mouchoir a été appliqué exactement, tandis qu'à l'audience le même témoin a dit que le mouchoir a resté à quelque distance du nez et de la bouche. Or, il n'y a que ce témoin et M. Simon qui assistaieot à l'opération; il n'y a donc que M. Simon seul capable de lever tous les doutes.

M. SIMON : J'étais très-calme, j'ai bien observé; le mouchoir me paraît être resté à peu près à un centimètre de la bouche. Le tout n'a pas duré one minnte. M. Kobelt a commencé par bien expliquer l'action du chloroforme. Lorsque l'anesthésique commença à agir, ma femme dit : *Oh! cela vient;* puis une seconde après : *cela vient plus fort;* puis elle ne dit plus rien. Je l'observai attentivement pendant ce temps, et le caractère que prit tout à coup sa physionomie me donna des appréhensions. J'en fis l'observation à M. Kobelt, qui me tranquillisa et continua à arracher les dents. Après la troisième pourtant il partagea ma manière de voir, suspendit l'opération, et procéda à différentes manœuvres indiquées par la circonstance; le tout en vain. Si j'avais pu différer l'opération, je l'aurais certainement fait, mais il m'a paru impossible de décider ma femme à renoncer à l'opération. Je craignais qu'elle ne perdît la raison.

M. LE PRÉSIDENT : Monsieur Sédillot, vous aurez à décider si M. Kobelt a été imprudent, ignorant ou maladroit. La justice n'a négligé aucun moyen pour arriver à la connaissance de la vérité. Elle s'est entourée des lumières des hommes de l'art. On a posé diverses questions à des experts, toutes relatives à l'action du chloroforme. Il va être donné communication des pièces et rapports. Veuillez y prêter la plus grande attention. Vous aurez à déclarer ensuite si vous voulez donner votre opinion immédiatement et verbalement, ou bien sous forme de rapport écrit.

Le greffier procède à la lecture des pièces suivantes, lecture dans laquelle il est remplacé bientôt par M. le procureur de la République lui-même, qui, familiarisé avec le langage de la science, rencontre beaucoup moins d'obstacles et rend sans les défigurer les termes techniques employés dans ces pièces.

I. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'AUTOPSIE CADAVÉRIQUE DE LA DAME SIMON, ET SUR L'ANALYSE DU SANG ET DES DIFFÉRENTS VISCÈRES PROVENANT DU CORPS DE CETTE DAME; par MM. G. TOURDES, professeur de médecine légale; RIGAUD, professeur de clinique externe, et CAILLIOT, professeur de chimie à la faculté de médecine de Strasbourg.

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg en date du 12 juin 1851, nous soussignés, etc., avoos procédé aux opérations suivantes :

1° A l'examen et à l'ouverture du corps de la dame Simon, décédée subitement le 10 juin, peodant une inhalation de chloroforme, pratiquée à l'occasion d'une extraction de dents;

2° A l'analyse chimique du sang et de différents viscères extraits du corps de cette dame,

A l'effet de déterminer si la mort a été le résultat de l'inhalation du chloroforme ou si elle doit être attribuée à une autre cause.

Renseignements. Les renseignements suivants nous ont été donnés sur les faits de la cause.

Mᵐᵉ Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était en général d'une bonne santé; elle souffrait seulement de douleurs dentaires presque habituelles, provenant de la carie de plusieurs dents. Il y a quelques années, on lui avait extrait quatre dents molaires, et cette opération avait été l'occasion d'une vive exaltation morale. Depuis cette époque, Mᵐᵉ Simon se préoccupait sans cesse des conséquences que pouvaient entraîner les caries dentaires dont elle était atteinte. Les douleurs se renouvelant, elle redoutait une maladie des os maxillaires; elle pensait qu'une nouvelle extraction de dents était nécessaire pour la garantir de ce danger, et en même temps elle craignait au plus haut point les douleurs de l'opération. Cette double préoccupation fut portée à un tel degré dans ces derniers temps que sa santé générale en reçut une atteinte notable; elle perdit l'appétit et le sommeil, elle maigrit de manière à donner des inquiétudes à sa famille. Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'extraction des dents gâtées, et elle exigea comme condition expresse que l'on fît usage des inhalations de chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était en proie à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. L'opération fut pratiquée par un officier de santé en présence du mari et d'une servante. La malade fut assise sur une chaise. On allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes. On parvint à la calmer; elle déclara elle-même qu'elle était décidée à l'opération, et elle se replaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir qu'on approche des narines et des lèvres. La malade annonce presque aussitôt qu'elle ressent les effets du chloroforme; on pratique rapidement l'extraction des trois dents. Pendant cette opération qui ne dure qu'un instant et qui se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme : la face devient cadavéreuse; elle est morte, dit-il, et elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue restent inutiles. La quantité de chloroforme employée avait été très-faible; on nous a représenté l'ordonnance de l'officier de santé portant 10 grammes de chloroforme que l'on avait cherchés dans une pharmacie voisine; le vase en renferme encore 6 gr. 75, ce qui réduit à 3 gr. 25 la quantité de chloroforme employée.

AUTOPSIE. Le 13 juin, à onze heures du matin, soixante-douze heures après la mort, nous avons procédé à l'ouverture du corps de la dame Simon.

Nous avons constaté les faits suivants :

1° Le corps est celui d'une femme assez robuste et bien constituée. La décoloration de la peau est générale, si ce n'est à la partie postérieure du tronc où les lividités cadavériques sont assez prononcées; la face est pâle, son expression est calme; les yeux sont flasques, les pupilles sont fortement dilatées.

2° La rigidité cadavérique existe encore aux orteils, aux pieds, aux genoux et faiblement aux doigts. La putréfaction commence à peine; le corps n'exhale qu'une faible odeur putride; le ventre est un peu météorisé; il présente aux deux flancs une légère teinte bleuâtre.

3° Beaucoup de dents manquent; celles qui restent sont cariées; trois dents ont été récemment extraites à la mâchoire supérieure, l'incisive médiane gauche, la première molaire gauche, la troisième molaire droite. Les cavités alvéolaires sont largement ouvertes; les deux premières ont leurs parois injectées et rouges, celles de la troisième sont décolorées. L'os maxillaire est un peu tuméfié et carié dans sa lame externe, au niveau de l'alvéole de la troisième molaire droite. Le périoste est épaissi et décollé.

4° La langue est fortement rétractée; sa convexité touche la voûte palatine; sa pointe est éloignée des arcades dentaires, sa base n'est pas injectée. L'épiglotte est abaissée et couvre l'ouverture de la glotte dont les lèvres sont écartées l'une de l'autre.

5° La muqueuse du larynx a sa coloration normale, celle de la trachée est un peu injectée, les bronches ont une teinte d'un rouge assez vif. On ne trouve d'écume que dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté.

6° Les poumons sont très-volumineux; ils présentent à l'extérieur une teinte rosée en avant, rouge vineuse en arrière; deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le tissu pulmonaire est d'un rouge vif qui devient d'autant plus foncé qu'on se rapproche de la partie postérieure de l'organe; une grande quantité de sang, mêlée de peu d'écume, s'écoule de la surface des incisions. La partie supérieure des deux poumons offre de nombreuses saillies emphysémateuses formées par la dilatation de plusieurs lobules et par quelques plaques d'emphysème sous-pleural. Le bord antérieur de ces lobes est surtout dilaté par de l'air. Les lobes inférieurs présentent aussi, mais à un moindre degré, des traces d'emphysème. Toutes les parties du poumon, même les plus gorgées de sang, crépitent et surnagent. Un épaississement assez notable, trace d'une altération ancienne, existe au sommet de la plèvre du poumon droit.

7° Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine. Le cœur est flasque et d'un volume médiocre. Les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée, mêlé de quelques caillots fibrineux. Les cavités gauches renferment une quantité beaucoup moindre d'un sang qui a les mêmes caractères physiques. Le sang n'est point spumeux. Les veines caves et les veines jugulaires contiennent beaucoup de sang; on remarque aussi une quantité notable de ce liquide dans l'aorte pectorale et ventrale, dans les iliaques primitives et dans les veines et les artères rénales.

8° L'estomac ne contient qu'une petite quantité de mucosités brunâtres; le tube digestif, légèrement injecté à l'extérieur, n'offre rien de particulier. Le foie a une teinte foncée et renferme beaucoup de sang; il en est de même de la rate qui est un peu ramollie.

9° L'utérus est volumineux; sa cavité est remplie de sang poisseux. L'ovaire gauche offre deux foyers hémorrhagiques du volume d'une fève; un foyer semblable existe dans l'ovaire droit. Les pavillons des trompes ne reposent pas sur les ovaires.

10° On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau et dans l'artère basilaire; la pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral, très-ramolli et d'une consistance bulleuse, n'exhale point d'odeur fétide et n'offre qu'une très-légère sablure; sa coloration est normale. Les ventricules renferment très peu de sérosité. La protubérance annulaire, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière, examinée jusqu'au bas de la portion dorsale, n'offrent rien de particulier.

11° Nous avons mis à part et renfermé dans des vases cachetés et scellés, pour être soumis à l'analyse chimique, du sang provenant du cœur et des gros vaisseaux, une partie des poumons, du foie et de la rate.

ANALYSE CHIMIQUE. — Nous étant réunis au laboratoire de la Faculté de médecine, nous avons procédé le 14 juin et jours suivants à diverses expériences préliminaires et à l'analyse du sang et des viscères extraits du corps de la dame Simon, à l'effet d'y rechercher la présence du chloroforme.

Nous avons mis en usage le procédé suivant :

Un gazomètre communiquait à l'aide d'un tube de verre avec une cornue tubulée qui renfermait les matières à examiner; ce tube plongeait au fond de la cornue. De cette cornue partait un tube de verre aboutissant à un tube de porcelaine rempli de fragments de même matière. A ce tube était adapté un tube à trois boules contenant une solution de nitrate d'argent. Un courant d'air de sept à huit litres a traversé dans chaque opération les matières à examiner, à l'effet d'entraîner à l'état de vapeur le chloroforme qu'elles pouvaient contenir. Le tube de porcelaine étant chauffé au rouge, le chloroforme se décomposait sous l'influence de la chaleur, et la présence de l'acide hydrochlorique et du chlore libre était annoncée par un précipité qui se formait dans la solution de nitrate d'argent. Le tube de porcelaine a été chauffé au rouge à l'effet de décomposer le chloroforme que le courant d'air aurait pu entraîner, et la solution de nitrate d'argent se troublant ou restant claire, offrait la réaction qui caractérisait la présence ou l'absence du chloroforme. Des essais comparatifs ont été faits sur du sang ou sur des organes provenant de cadavres humains et d'animaux. Dans chaque opération, pour éviter toute cause d'erreur, l'appareil a d'abord été éprouvé avec du sang et des portions de viscères qui ne renfermaient pas de chloroforme. Nous avons obtenu les résultats suivants :

PREMIÈRE OPÉRATION. 50 grammes de sang de bœuf introduits dans l'appareil et traités suivant le procédé indiqué plus haut ne fournissent aucune réaction. Une goutte de chloroforme ajoutée au sang détermine immédiatement un précipité très-abondant dans la solution de nitrate argentique.

DEUXIÈME OPÉRATION. 30 grammes environ du sang d'un lapin, tué par insufflation d'air dans les poumons, ne fournissent aucune réaction. Une même quantité du sang d'un lapin que l'on avait fait périr par injection de quelques gouttes de chloroforme liquide dans la trachée artère est introduite dans l'appareil. Un précipité abondant se produit presque aussitôt dans la solution de nitrate argentique. Le sang d'un lapin tué par inhalation du chloroforme détermine la même réaction.

TROISIÈME OPÉRATION. 50 grammes de sang de bœuf ne produisent aucune réaction; 50 grammes du sang d'un homme amputé de la jambe, après inhalation du chloroforme, introduits dans le même appareil, déterminent d'une manière presque immédiate un précipité abondant.

QUATRIÈME OPÉRATION. 50 grammes de sang provenant d'une saignée faite à une personne atteinte de maladie interne ne déterminent aucune réaction. 50 grammes de sang extrait du corps de madame Simon sont introduits dans le même appareil; la solution de nitrate d'argent se trouble au bout de quelques instants d'une manière très-manifeste.

CINQUIÈME OPÉRATION. 200 grammes environ de poumon, provenant du corps d'une femme qui avait succombé à une maladie interne, sont coupés en fragments très-petits, comprimés avec force, mêlés à de l'eau distillée et introduits dans l'appareil; aucune réaction ne se produit. Une même quantité de poumon, extraite du corps de madame Simon et traitée de la même manière, est introduite dans le même appareil; il se forme d'une manière presque immédiate un précipité très-manifeste, plus abondant que celui qui provenait du sang.

SIXIÈME OPÉRATION. Une portion de rate, provenant du cadavre d'un individu qui avait succombé à une maladie interne, est divisée en petits fragments, comprimée avec force, mêlée à de l'eau distillée et introduite dans l'appareil; il ne se produit aucune réaction. Une même quantité de rate provenant du corps de madame Simon est traitée de la même manière et introduite dans le même appareil; elle fournit une réaction manifeste, quoique moins prononcée que celles qui provenaient du sang et du poumon. Cette rate, ouverte pendant l'autopsie, avait séjourné plusieurs jours dans un vase, et le liquide qu'elle contenait s'était écoulé en grande partie.

SEPTIÈME OPÉRATION. Nous avons traité par le même procédé, dans un appareil préalablement essayé, le sang putride provenant du vase où avaient été conservés des fragments de rate, de foie et de reins extraits du corps de la dame Simon. Un précipité très-abondant s'est produit d'une manière presque immédiate. Cette dernière opération a été faite dix jours après l'autopsie.

CONCLUSION. Les faits qui précèdent nous paraissent établir :

Que l'autopsie n'a fait reconnaître aucune cause de mort qui puisse être considérée comme indépendante de l'action du chloroforme;

Que les altérations pathologiques constatées sont analogues à celles que l'on a observées dans plusieurs des cas où la mort a été le résultat de l'action du chloroforme;

Qu'elles sont analogues aux lésions que l'on rencontre chez la plupart des animaux que l'on fait périr par l'action de cette substance;

Que l'analyse chimique a démontré la présence du chloroforme dans le sang, dans les poumons et dans la rate extraits du corps de la dame Simon.

Nous concluons de l'ensemble de ces faits :

1° Que la mort de la dame Simon a été le résultat de l'inhalation du chloroforme;

2° Que les circonstances dans lesquelles cette mort a eu lieu nous paraissent exceptionnelles, mais que, pour déterminer par quelles causes et sous quelles influences l'action du chloroforme a été mortelle, il est nécessaire de connaître les détails du fait tels qu'ils ont été établis par l'instruction, et les résultats de l'analyse chimique à laquelle a été soumis le chloroforme dont on a fait usage (1).

II. CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE par MM. G. TOURDES, RIGAUD et CAILLIOT, professeurs à la faculté de médecine de Strasbourg.

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, en date du 15 août 1851, nous soussignés, professeurs à la faculté de médecine, avons délibéré et arrêté en commun les réponses suivantes aux questions qui nous ont été adressées sur les effets et sur le mode d'emploi du chloroforme : nous les avons résolues d'une manière générale, telles qu'elles nous étaient posées, tout en faisant nos réserves relativement à l'application qu'on en pourrait faire aux cas particuliers, qui tous réclament un examen spécial; les circonstances qui leur sont propres pouvant apporter des modifications à la formule des préceptes généraux.

PREMIÈRE QUESTION. Y a-t-il des règles particulières à observer pour administrer le chloroforme à un malade?

L'application du chloroforme comme moyen anesthésique est une découverte récente; la science ne s'est pas encore prononcée d'une manière définitive sur les différentes conditions qui doivent en régler l'emploi, sur le mode d'action de cette substance, ainsi que sur l'énergie relative de ses effets. Aucun traité dogmatique ne résume d'une manière positive les règles qui doivent présider à l'application du chloroforme. Mais l'expérience d'hommes compétents est aujourd'hui connue par des publications nombreuses, et il existe un certain nombre de points sur lesquels les praticiens sont tombés d'accord et que l'on peut considérer comme des règles généralement acceptées, sauf les modifications qu'elles subissent dans les cas spéciaux.

DEUXIÈME QUESTION. Quelles sont ces règles de l'art consacrées par l'expérience déjà acquise?

Ces règles sont relatives aux indications, aux contre-indications, au choix du chloroforme, au manuel opératoire, aux soins consécutifs.

Les indications sont : une opération chirurgicale d'une certaine gravité et devant entraîner beaucoup de douleur, ou bien une maladie particulière que l'on suppose pouvoir être avantageusement modifiée par l'action du chloroforme. En général, la prudence commande de ne pas employer un moyen aussi actif pour une opération légère; mais la gravité même d'une opération résulte d'éléments complexes; elle dépend du manuel opératoire et des dispositions mêmes du sujet.

En général, pour les simples extractions de dents, il vaut mieux s'abstenir de l'emploi du chloroforme, mais cette règle est elle-même subordonnée à deux conditions à l'état du malade, qui peut se trouver dans l'impossibilité de supporter sans inconvénient une trop vive douleur, et à la nature même de l'opération; il est évident que si plusieurs dents doivent être extraites à la fois d'un maxillaire déjà malade, on pourra recourir très-légitimement à l'emploi du chloroforme.

Les contre-indications dépendent de maladies antérieures ou de dispositions individuelles. Cette détermination rentre dans la septième question qui nous est adressée. Nous constaterons seulement ici que s'il existe des contre-indications évidentes il en est quelques-unes qui ne peuvent être reconnues *à priori*.

Le choix du chloroforme est déterminé par certaines conditions physiques et chimiques relatives à sa pureté. Des principes étrangers mélangés à cette substance peuvent en rendre les effets plus pénibles et plus dangereux.

Les règles qui concernent le manuel opératoire se rapportent à l'attitude du malade, à la quantité du chloroforme, au mode d'application, à la durée de l'inhalation, à l'observation du malade pendant l'opération, aux signes qui annoncent l'action plus ou moins rapide et plus ou moins complète du chloroforme, au choix des aides. La plupart de ces questions sont posées dans les paragraphes qui suivent. Nous insisterons ici seulement sur la nécessité d'appliquer avec prudence le chloroforme au début de l'opération, l'observation ayant constaté que la mort a eu lieu le plus souvent dans les premiers moments de l'inhalation. Nous rappellerons encore que la prudence commande de surveiller sans cesse l'état du malade pendant l'inhalation, d'examiner l'état du pouls, l'état de la respiration, l'expression faciale, la situation du globe de l'œil, la résolution des membres, tous les signes qui peuvent servir à mesurer le degré d'action du chloroforme et l'imminence du danger. Nous devons cependant constater que dans quelques faits malheureux ces précautions paraîtraient avoir été prises sans qu'on ait pu éviter un résultat fatal.

Les soins consécutifs à donner au malade seront examinés à l'occasion de la douzième question.

TROISIÈME QUESTION. Quelle doit être la position du corps de l'opéré lorsque le chloroforme lui est administré?

En général, on doit recommander la position horizontale, mais il est des cas particuliers, tels que certaines opérations sur la face et sur la bouche, et notamment les extractions de dents, dans lesquelles on ne peut éviter de donner au malade une position verticale.

QUATRIÈME QUESTION. A quelle distance du nez et de la bouche le chloroforme doit-il être approché pour produire ses effets sans danger?

L'application doit être faite de telle sorte que le passage de l'air ne soit pas intercepté.

CINQUIÈME QUESTION. Y a-t-il danger à l'appliquer immédiatement sur les organes extérieurs de la respiration?

Cette question est résolue conformément au même principe que la précédente. On peut appliquer immédiatement le mouchoir ou la compresse qui renferme le chloroforme sur le nez et sur les narines, en ayant soin de ne pas fermer d'une manière complète l'entrée des voies respiratoires et en laissant toujours à l'air un passage suffisant. On évite en général l'application tout à fait immédiate par la forme que l'on donne au linge arrosé de chloroforme.

SIXIÈME QUESTION. Dans quelle proportion cette substance peut-elle être administrée?

La dose de chloroforme nécessaire pour annihiler la sensibilité ne peut être déterminée d'une manière absolue; elle varie suivant la nature du sujet, et suivant le procédé opératoire. Il est évident qu'une grande partie du chloroforme est presque toujours perdue dans chaque opération; cette substance s'évapore ou pénètre dans les linges que l'on emploie. La quantité de chloroforme em-

(1) L'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme qui ne présentait que des traces à peine appréciables d'huile chlorée.

ployée varie encore suivant la durée de l'inhalation et le temps pendant lequel on veut conserver le malade insensible. Il est impossible de déterminer avec précision la quantité de chloroforme que le malade inspire et celle qui se perd. On verse ordinairement en une fois 3 à 4 grammes de chloroforme sur le linge, et pendant la durée de l'opération nous avons souvent employé 20 à 30 grammes de chloroforme et même davantage. La question importante se trouve non dans la dose que l'on verse sur le linge, mais dans la manière d'administrer le chloroforme; il faut surtout l'administrer avec prudence, avec précaution, graduellement, permettre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, cesser l'inhalation dès que les phénomènes d'anesthésie se sont produits, et surveiller avec le plus grand soin le malade pendant toute la durée de l'opération.

Septième question. L'âge, le tempérament, le sexe du sujet sont-ils à considérer dans la chloroformisation pour modifier d'une manière ou d'une autre l'administration du chloroforme?

On a administré le chloroforme sans danger à des individus de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament. Il faut de plus grandes précautions chez les enfants qui ressentent très-rapidement les effets du chloroforme; cette substance agit aussi avec plus de facilité sur les personnes d'un tempérament nerveux. Ces conditions doivent être prises en considération dans l'emploi du chloroforme; elles conduisent à en diminuer la dose, à restreindre la durée de l'inhalation et à redoubler de surveillance.

Huitième question. L'époque des menstrues chez la femme est-elle un obstacle à ce qu'elle soit chloroformée?

En général, on doit s'abstenir à cette époque, à moins d'urgence, de toute opération chirurgicale, et par conséquent aussi de l'application du chloroforme.

L'irritabilité nerveuse des femmes se trouvant augmentée sous l'influence de cette fonction, il est vraisemblable qu'elles ressentiront avec plus d'énergie l'action du chloroforme, mais on ne peut voir dans cette circonstance la cause d'un résultat fatal.

Neuvième question. Une personne dont l'imagination est vivement frappée, dont le système nerveux est violemment surexcité, chez laquelle cette surexcitation et ses vives appréhensions se manifestent d'une manière non équivoque par des paroles presque délirantes et par des mouvements du corps involontaires, tels que des soubresauts, peut-elle être chloroformée sans danger au moment même?

En général, dans des circonstances de ce genre, la prudence commande de calmer d'abord l'exaltation du malade et d'attendre le retour de l'état normal de l'intelligence et la cessation de l'excitation nerveuse, avant de recourir à l'emploi du chloroforme. Nous devons cependant faire remarquer, qu'au moment de subir une opération chirurgicale, beaucoup de malades, les plus nerveux et les plus pusillanimes, ceux qui réclament surtout l'emploi du chloroforme, sont dans des conditions inévitables d'excitation et d'inquiétude, qui n'empêchent pas de passer outre et de les chloroformer sans danger. Quelquefois même des malades qui consentaient d'abord à l'application du chloroforme, résistent ensuite, et c'est malgré leur résistance qu'on les jette dans l'anesthésie. On a d'ailleurs fait usage du chloroforme sans inconvénient dans diverses névroses dans le tétanos, dans l'aliénation mentale, notamment pour calmer des attaques de manie furieuse.

Dixième question. Spécialement une femme dans ce cas est-elle à ménager plus qu'un homme?

Les femmes peuvent ressentir plus vivement que les hommes l'action du chloroforme par suite de la prédominance chez elles du tempérament nerveux et de l'existence d'une affection hystérique. Les mêmes règles de prudence sont d'ailleurs applicables aux deux sexes.

Onzième question. Est-il du devoir de l'opérateur de résister à la volonté du malade qui demande à subir une opération avec le secours du chloroforme, lorsque l'état nerveux de ce malade ou toute autre circonstance, dont il est le seul appréciateur, devrait dans sa pensée faire ajourner l'opération?

Il est de toute évidence que le médecin est le seul juge de la convenance d'une opération et de l'application du chloroforme. Sa règle de conduite est basée sur les indications et sur les contre-indications; la volonté du malade ne peut être considérée que comme une circonstance favorable qui rend les chances de l'opération d'autant meilleures qu'il s'y soumet avec plus de confiance; cette bonne volonté rend aussi plus facile le mode d'application du chloroforme.

Douzième question. En cas d'opération chirurgicale, le chirurgien manque-t-il à la prudence s'il ne se fait pas assister pendant l'opération d'un homme de l'art qui puisse concourir à atténuer les effets fâcheux de l'opération, en cas de besoin?

La prudence exige que le médecin ne procède pas seul à l'application du chloroforme comme moyen anesthésique; il est nécessaire qu'il se fasse assister d'un homme de l'art compétent, ou au moins d'un aide intelligent et exercé qui puisse concourir avec lui à diriger et à surveiller l'inhalation, et lui prêter secours dans le cas d'accidents. L'urgence peut évidemment entraîner des exceptions à cette règle.

Treizième question. Le chloroforme ne peut-il et ne devrait-il pas en raison des dangers que peut offrir son emploi, n'être administré que sous la surveillance et avec le concours d'un docteur en médecine?

L'application du chloroforme entraînant du danger et exigeant des connaissances médicales étendues et des précautions minutieuses, il serait à désirer qu'elle fût exclusivement réservée aux docteurs en médecine. Peut-on considérer l'application du chloroforme comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé? Cette interprétation sera examinée à l'occasion de la quinzième et dernière question.

Quatorzième question. La prudence la plus ordinaire n'exige-t-elle pas que l'homme de l'art qui administre le chloroforme s'entoure d'avance de tout ce qui pourra lui devenir nécessaire, pour le trouver sous sa main, dans le cas où il deviendrait urgent d'en combattre les effets?

Un chirurgien doit préparer à l'avance tous les objets qui lui sont nécessaires pendant une opération, ou qui pourront lui être utiles pour remédier aux accidents consécutifs. En ce qui concerne l'application du chloroforme, les principaux moyens de traitement sont la position horizontale, l'abaissement de la langue, l'insufflation pulmonaire, l'inhalation de l'ammoniaque, les affusions froides, l'application de substances irritantes sur la peau et sur les muqueuses. La science ajoute tous les jours de nouvelles ressources à celles dont elle dispose déjà, mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'incriminer la conduite d'un médecin pour l'omission de l'un ou de l'autre de ces moyens, ou pour avoir donné la préférence à l'un d'eux. Nous ne pouvons également considérer comme une circonstance annonçant l'imprudence ce fait qu'à l'avance le médecin ne s'est pas muni d'ammoniaque.

Quinzième question. Une opération chirurgicale n'est-elle point à considérer comme une grande opération, dès que la douleur qu'elle entraîne fait recourir à l'emploi du chloroforme? L'application du chloroforme peut-elle être considérée comme une grande opération chirurgicale?

La loi du 19 ventôse an XI interdit aux officiers de santé toute grande opération chirurgicale hors la présence d'un docteur en médecine; elle ne pose aucune contraire aucune limite à la pratique médicale, même dans les cas les plus difficiles; elle n'interdit pas, et par conséquent elle autorise l'administration des médicaments les plus actifs. On ne peut assimiler l'application du chloroforme, comme moyen anesthésique, à une grande opération chirurgicale; le manuel opératoire que cette application nécessite ne suffit point pour autoriser cette assimilation; ce manuel est d'une exécution facile; il exige plutôt de la prudence et des connaissances médicales que de l'habileté chirurgicale. L'application du chloroforme nous paraît devoir être plutôt assimilée à l'administration de toute autre substance d'une grande énergie, dont l'emploi n'est pas interdit aux officiers de santé, quelle que soit la voie par laquelle le médicament pénètre dans l'organisme.

Nous croyons donc que, dans le sens rigoureux de la loi, l'application du chloroforme ne peut être considérée comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé, mais la loi n'a pu prévoir les progrès de la science en ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques, et dans l'intérêt de l'humanité, nous devons émettre le vœu que l'application d'agents aussi redoutables soit réservée aux docteurs en médecine, aux hommes de l'art qui donnent, par leur éducation médicale complète, les garanties les plus sérieuses à la société.

M. le président : M. Sédillot pense-t-il nécessaire de demander une remise pour se donner le temps de rédiger un rapport, ou de donner une réponse verbale plus longuement méditée, ou se croit-il éclairé par les dépositions des témoins et les rapports des premiers experts, pour donner immédiatement son opinion?

M. Sédillot : Mon opinion est parfaitement arrêtée et je suis prêt à l'exposer immédiatement.

M. le président : Dans ce cas, le tribunal vous écoute et vous prie de répondre à ces deux questions :

1° La malade a-t-elle succombé à l'action du chloroforme?

2° Faut-il accuser de ce résultat l'imprudence et l'impéritie de l'opérateur?

M. Sédillot : Oui, dans mon opinion, la chloroformisation a été la cause de la mort, mais je ne pense pas que M. Kobelt soit coupable d'imprudence ni d'impéritie, parce que cet officier de santé a suivi une pratique très-habituellement employée, et même recommandée par des médecins considérables, dont l'exemple et l'autorité devaient lui inspirer une sécurité suffisante et le mettent à l'abri de tout reproche.

Je demande cependant la permission d'entrer dans quelques détails, pour rassurer l'opinion publique et montrer que la science n'est pas restée impuissante devant les dangers révélés par l'emploi du chloroforme, et qu'elle a découvert les moyens de les conjurer.

Tous les jours on remplace les procédés de l'art par d'autres procédés plus efficaces et moins périlleux. Telle est la voie du progrès, et ce sont les accidents survenus qui activent les recherches et conduisent à des résultats plus heureux. L'emploi du chloroforme ne pouvait échapper à cette loi de perfectionnement, et la grande voix de l'expérience proclame chaque jour de nouvelles précautions à prendre et de nouvelles ressources à appliquer. M. Kobelt a suivi un procédé que l'on croyait bon et qui avait réussi plusieurs centaines de fois. M. Kobelt n'est donc pas coupable, mais il est important de prouver que le mode de chloroformisation auquel il a eu recours est vicieux, et qu'il faut l'abandonner si l'on veut se mettre à l'abri de malheurs semblables à celui qu'il a eu à déplorer.

Deux méthodes distinctes se partagent l'emploi du chloroforme.

L'une exige peu de temps et une très-petite quantité de l'agent anesthésique. Il suffit, pour produire l'insensibilité, de rendre les inhalations concentrées. Le malade respire peu d'air atmosphérique, et si l'on continue l'action du chloroforme sans tenir compte de la gêne respiratoire et de l'agitation des mouvements, un ronflement caractéristique se fait bientôt entendre et indique que la sensibilité et la conscience ont disparu.

Ce sont là, sans doute, de grands avantages; mais ils sont compensés par d'inévitables dangers. Quelques personnes plus irritables et plus susceptibles sont frappées d'asphyxie ou de syncope et succombent, dans le cas particulièrement où on les chloroformise assises. Ces exemples de terminaisons funestes sont très-rares et véritablement exceptionnels, mais ils ont inspiré une terreur légitime à quelques-uns de nos confrères qui, n'en connaissant pas la cause, n'ont plus osé chloroformiser leurs malades. Je serais de leur avis, si l'on ne possédait pas les moyens d'éviter de si regrettables accidents. Mais ces moyens existent et constituent la seconde méthode de chloroformisation dont nous dirons quelques mots.

Dans cette méthode, on commence par faire inspirer le chloroforme mêlé à

une très-forte proportion d'air atmosphérique; on maintient la régularité, la normalité de la respiration; on n'augmente que lentement et peu à peu la concentration des inhalations, et on les suspend à la moindre imminence d'accidents.

L'insensibilité est huit ou dix minutes à se produire, et on consomme de 12 à 20 grammes de chloroforme; il y a perte de temps et perte de l'agent anesthésique, mais ces inconvénients sont compensés par l'absence du danger.

Avec cette méthode, on peut continuer les opérations les plus délicates pendant une heure, sans que les malades en aient conscience; on consomme 100 grammes et plus de chloroforme, si on le juge nécessaire, et l'on n'a pas eu de mort à déplorer.

La question est donc tranchée: c'est à cette méthode qu'il faut recourir, et nous le faisons en toute confiance, puisque dans notre opinion le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Une objection s'est néanmoins présentée. On a dit: M. Kobelt s'est conformé à ces règles et n'en a pas moins perdu sa malade.

Nous démontrerons facilement, je crois, le peu de fondement de cette assertion.

Un des témoins a rapporté, il est vrai, que le mouchoir sur lequel on avait versé le chloroforme avait toujours été tenu à trois ou quatre travers de doigt de distance de la dame Simon. Je n'accuse pas le sentiment consciencieux de ce témoignage, mais je n'hésite pas à affirmer qu'il manque d'exactitude, et doit être attribué à une confusion de souvenirs, bien naturelle au milieu des émotions d'un tel événement.

Il est impossible d'anesthésier complétement les malades avec 3 grammes 75 de chloroforme versés sur un mouchoir que l'on tient écarté de la figure.

Il a donc fallu que M. Kobelt ait agi autrement, ou qu'il se soit trouvé en présence de conditions tout à fait exceptionnelles. Or, cette dernière hypothèse n'est pas soutenable.

M. Kobelt avait demandé 10 grammes de chloroforme. Il a consommé près de 4 grammes, a chloroformisé lui-même la malade, l'a opérée dès l'apparition de l'insensibilité.

Jusqu'à ce moment les conditions de l'anesthésie avaient donc été semblables à celles dont il était journellement témoin. Autrement, il eût été frappé par la différence des phénomènes, et au lieu d'opérer, il se fût occupé de remédier à l'imminence des accidents.

Si l'insensibilité est survenue très-promptement chez madame Simon, malgré la très-petite quantité de chloroforme employée, sans étonner ni surprendre M. Kobelt, c'est qu'il était habitué à ces résultats, et comme il est impossible de les obtenir en chloroformisant les malades à distance, nous sommes en droit d'affirmer que le mouchoir a été directement porté sous le nez de la malade, et que les inhalations ont été brusques et concentrées.

La confiance de M. Kobelt est si grande, qu'il n'a pas ajouté foi aux craintes exprimées par M. Simon, et qu'il a cru au retour prochain de la sensibilité.

Il est donc évident par la rapidité de l'anesthésie, la petite dose de chloroforme employée, et la confiance de M. Kobelt que l'on a mis en usage la première méthode dont le danger nous paraît incontestable. Nous résumons ces considérations en disant:

1° Il est regrettable que le chloroforme n'ait pas été mieux préparé.

2° M. Kobelt a employé un procédé vicieux, qui est généralement en usage et qu'il pouvait se croire autorisé à pratiquer, d'après les résultats heureux de sa propre expérience et l'autorité des hommes de l'art qui y ont encore recours.

3° M. Kobelt n'est pas coupable, puisqu'il a limité la conduite et partagé l'opinion d'hommes haut placés dans notre profession; mais cette conduite et cette opinion constituent une méthode erronée et dangereuse qu'une connaissance plus approfondie des phénomènes anesthésiques fera nécessairement abandonner.

4° Ce n'est pas le chloroforme qu'il faut accuser de la mort de madame Simon, mais le mode vicieux d'inhalations dont on s'est servi.

A la suite de cette communication, M. le procureur de la République déclare abandonner l'accusation à l'égard de M. Kobelt, et, après une courte délibération, M. le président prononce le jugement suivant:

« Attendu que l'emploi du chloroforme n'est pas une des opérations chirurgicales qui soient interdites aux officiers de santé, QUI, EN GÉNÉRAL, TOUTEFOIS, QUOIQU'IL N'Y AIT POINT ENCORE DE RÈGLE A CET ÉGARD, DOIVENT REGARDER COMME UN DEVOIR DE NE L'ADMINISTRER QU'APRÈS AVOIR PRIS L'AVIS ET APPELÉ LE CONCOURS D'UN DOCTEUR;

» Attendu qu'il résulte des débats et des explications fournies par un homme de l'art dont l'opinion doit faire autorité, que si, au point de vue scientifique, le mode de procéder employé par Kobelt peut être critiqué, au point de vue pratique il n'a point commis de faute,

» Le tribunal renvoie Jean-Chrétien Kobelt des fins de la prévention. »

BIBLIOGRAPHIE.

MICROSCOPISCHE ANATOMIE, ETC. (ANATOMIE MICROSCOPIQUE OU HISTOIRE DES TISSUS DU CORPS HUMAIN); par le docteur A. KŒLLIKER, professeur d'anatomie et de physiologie à Würzburg; tome II, 1re partie.

(Suite et fin. — Voir les nos des 20 et 27 décembre 1851, 10 et 17 janvier 1852.)

QUATRIÈME LIVRE. — SYSTÈME NERVEUX.

Les recherches nouvelles des micrographes ont tellement modifié nos connaissances sur la structure intime des nerfs et de leurs renflements, qu'on nous saura gré de donner quelques développements sur cette partie de l'ouvrage du sieur Kœlliker.

Il n'est plus possible aujourd'hui d'admettre un système nerveux de la vie animale et un système nerveux de la vie végétative; ce dernier, ou le nerf grand sympathique, quoique conformé différemment et ayant une structure particulière, doit être considéré comme appartenant au système nerveux périphérique général. Les éléments du système nerveux sont des tubes et des cellules.

Suivant l'auteur, les tubes primitifs, qu'il appelle aussi fibres nerveuses primitives, sont formés de trois substances, une enveloppe extérieure, un contenu liquide visqueux et une fibre élastique qui occupe le centre du tube. Cette dernière, découverte par Remak et connue aussi sous le nom de cylindre axile que lui a donné Purkinje, a été longtemps contestée. D'après M. Kœlliker, elle ne doit plus être aujourd'hui l'objet d'aucun doute. On ne la voit pas dans les nerfs frais, parce qu'elle est enveloppée par la moelle et qu'elle réfracte les rayons lumineux de la même manière; mais après la mort, quand on déchire les tubes nerveux ou qu'on les traite par divers réactifs, on la met facilement à découvert. Ce fil central se distingue de la moelle parce qu'il n'est ni liquide, ni visqueux, mais élastique et solide; à peu près comme de l'albumine coagulée, substance avec laquelle il a aussi beaucoup d'analogie sous le rapport chimique. On trouve ce fil dans tous les nerfs sans exception, même dans les plus fins.

La plupart des auteurs modernes ont élevé des doutes sur l'existence primitive de cette bandelette centrale; on l'a regardée comme l'effet d'une coagulation de la partie centrale du tube nerveux, et conséquemment comme une formation secondaire. M. Kœlliker a étudié avec beaucoup d'attention cet organe et il entre dans de longs développements sur son existence et sur sa nature. Il établit par des faits qu'on peut le voir, sans l'aide d'aucun réactif, après la mort; que l'influence des réactifs (acide acétique concentré, alcool absolu à chaud, éther, iode, etc.) le fait apparaître instantanément sur des nerfs extraits d'un animal vivant, et qu'il est formé d'une substance protéinée différente de la fibrine. Malgré tous les raisonnements et les faits accumulés par M. Kœlliker, on ne peut s'empêcher de regarder le cylindre axile comme produit après la mort par la coagulation de la partie centrale du tube nerveux; rien ne nous autorise à regarder cette partie centrale comme étant déjà solidifiée pendant la vie; quoiqu'elle ait, d'après l'auteur, une composition différente de la fibrine, elle paraît cependant être, à la matière liquide des nerfs, ce que la fibrine est au sang, c'est-à-dire à l'état de dissolution pendant la vie.

Les nerfs dont il vient d'être question et qui se composent d'une enveloppe névrilemmatique, d'une enveloppe graisseuse et du cylindre axile, sont de beaucoup les plus nombreux; mais il en existe d'autres qui manquent de moelle nerveuse, ce sont les filets qui communiquent avec les cellules nerveuses et ceux qui terminent les nerfs. L'auteur range dans cette catégorie les fibres pâles des corpuscules de Pacini, les fibres pâles et munies de noyaux qui terminent les nerfs olfactifs, les fibres transparentes de la cornée, les fibres ramifiées de l'organe électrique de la torpille et des raies, les terminaisons des nerfs entassés de la souris, les appendices des cellules nerveuses (qui ne sont probablement que les origines des nerfs qui en partent).

Les cellules nerveuses ou corpuscules ganglionaires ont une membrane propre amorphe qu'il est difficile de distinguer dans les organes centraux, mais qu'on reconnaît parfaitement dans les cellules nerveuses des ganglions. Elles renferment une substance homogène, grisâtre, qui est une combinaison protéinée et des granules de différente nature, quelquefois du pigment. La substance grise des grands centres nerveux se compose de cellules nerveuses et d'une matière pâle, finement granuleuse, qui a la plus grande analogie avec le contenu des cellules. On y rencontre aussi çà et là des amas de noyaux libres (l'existence de cette matière granuleuse et de ces noyaux isolés est en faveur de l'hypothèse qui regarde la formation de la cellule comme postérieure à celle du noyau).

MOELLE ÉPINIÈRE. — La substance blanche est formée de tubes nerveux, la grise se compose de tubes et de cellules entremêlés. Le canal spinal qu'on trouve chez le fœtus n'existe jamais chez l'adulte; il est rempli de cellules nerveuses qui forment la substance grise centrale ou le noyau gris et des tubes nerveux qui passent devant et derrière ce noyau. Les prolongements connus sous le nom de cornes sont composés d'un mélange de cellules et de tubes; les cellules des cornes postérieures sont plus petites, surtout celles qui composent la substance gélatineuse de Rolando. La substance blanche de la moelle se compose de fibres horizontales et de fibres longitudinales. Ces dernières diminuent en nombre en allant de haut en bas, parce qu'elles pénètrent successivement dans la substance grise et y affectent les caractères des tubes nerveux des parties centrales. Les tubes longitudinaux forment la majeure portion de la substance blanche. Les tubes transverses ou horizontaux se trouvent autour des cornes, dans la

commissure blanche et dans les points où pénètrent les racines des nerfs. La commissure blanche n'est autre chose qu'un entre-croisement des cordons antérieurs. Les cellules nerveuses de la substance grise sont remarquables par les nombreux prolongements qu'elles présentent; ces prolongements se ramifient et se changent en fibres d'une extrême finesse. Les cellules du centre renferment ordinairement plusieurs noyaux qui proviennent de la multiplication par scission du noyau primitif. L'auteur décrit et représente les autres formes de cellules qu'on rencontre dans la moelle et qui diffèrent les unes des autres par leurs dimensions, par leur aspect et par la disposition des nerfs qui en partent.

L'étude du trajet des fibres nerveuses dans la substance grise est une des plus difficiles de l'anatomie microscopique. Voici comment l'auteur décrit ce trajet : les racines motrices se portent horizontalement entre les fibres longitudinales de la substance blanche vers la substance grise des cornes antérieures, dans deux directions distinctes. Un faisceau de fibres se dirige en dedans et va se continuer avec les fibres blanches longitudinales du côté opposé, de manière à former, dans la commissure antérieure, un entre-croisement complet; mais toutes les fibres des racines antérieures ne prennent pas part à cet entre-croisement, un faisceau considérable se porte sur les côtés et va se perdre dans les cordons latéraux. Les fibres des racines sensibles pénètrent par le sillon latéral postérieur pour se rendre aux cornes postérieures; elles traversent la substance gélatineuse, et après avoir pénétré dans la substance spongieuse, elles suivent deux directions : les unes se courbent à angle droit et se continuent avec les fibres longitudinales des cordons postérieurs, les autres se perdent dans les cordons postérieurs, dans les cordons latéraux et dans la commissure grise. Il est à remarquer que les fibres nerveuses qui concourent à former les racines sont beaucoup plus minces dans la moelle que dans les racines elles-mêmes.

Il paraît qu'outre les tubes nerveux qui se continuent avec les racines, il existe encore dans la moelle des tubes nerveux propres qui n'ont rien de commun avec les précédents; mais on ne sait encore absolument rien sur leur origine ni sur leur terminaison.

Nous ne dirons rien des rapports entre les tubes et les cellules nerveuses; il règne encore sur cette question trop d'obscurité pour que l'on puisse rien affirmer de positif. Ainsi, tandis que plusieurs auteurs font dériver les tubes nerveux des cellules de la moelle, M. Kœlliker affirme que dans leur trajet à travers celle-ci, les tubes n'ont aucun rapport de continuité avec les cellules.

L'auteur traite ensuite la question importante de savoir si tous les nerfs de la moelle se continuent dans le cerveau, ou s'ils se terminent dans la moelle elle-même. La première opinion était d'abord généralement admise, lorsque Volkmann, dans son remarquable travail sur la physiologie des nerfs, a adopté l'opinion contraire et a entraîné vers cette manière de voir la plupart des physiologistes. Les recherches de M. Kœlliker, qui partageait d'abord aussi l'opinion de Volkmann, lui ont donné des résultats diamétralement opposés à ceux obtenus par ce dernier anatomiste. Ainsi l'étude de la moelle dans l'homme lui a montré que la substance blanche augmente en épaisseur de bas en haut, et que les renflements sont dus avant tout à une augmentation de substance grise. D'un autre côté, les tubes nerveux sont beaucoup plus fins dans la moelle que dans les nerfs qui en sortent, et cette différence doit singulièrement diminuer celle qu'on a trouvée entre le diamètre de la moelle et la somme des diamètres de tous les nerfs qui en partent. L'auteur a minutieusement évalué toutes les mesures, il a pesé toutes les circonstances qui peuvent influer sur les résultats, et il arrive à conclure qu'il n'est nullement prouvé que les nerfs spinaux prennent leur origine dans la moelle, et qu'au contraire il est très-possible qu'ils dérivent tous du cerveau. Il est vrai qu'il est de toute impossibilité de suivre la même fibre nerveuse jusque dans le cerveau, mais aussi il est certain qu'on n'a jamais vu les tubes nerveux s'arrêter, se terminer dans le cordon rachidien. Voilà donc l'origine cérébrale des nerfs remise en question, ou plutôt regardée par M. Kœlliker comme la véritable expression des faits, et la moelle épinière considérée comme simple cordon conducteur. On le voit, tout n'est pas dit encore sur l'anatomie des centres nerveux; les recherches dont nous venons d'exprimer le résultat appelleront de nouvelles études qui ne manqueront pas, il faut l'espérer, d'arrêter enfin nos opinions sur cette question importante.

La substance grise de la surface du cervelet, d'après l'auteur, est formée de deux couches d'éléments distincts. La couche interne, couleur de rouille, se compose de fibres nerveuses et de grands amas de noyaux libres. Les fibres forment des plexus extrêmement serrés dont les mailles circonscrivent les corpuscules que l'auteur regarde comme de simples noyaux. La couche la plus externe, grise, est elle-même formée de deux couches qui ne sont pas parfaitement distinctes; la plus profonde renferme des fibres et de grosses cellules nerveuses, tandis que la plus superficielle n'est formée que d'une substance finement grenue, pâle, légèrement jaunâtre, qui a les plus grandes analogies avec le contenu des cellules nerveuses. Au milieu de cette substance se voit un petit nombre de cellules de très-petite dimension. Les grosses cellules de la couche profonde sont remarquables par leurs prolongements ramifiés, qui s'étendent très-loin à travers la couche granuleuse, jusque tout près de la surface, sans qu'il soit possible de distinguer comment ils se terminent.

L'auteur donne ensuite l'anatomie microscopique des divers éléments qui constituent la moelle allongée et le pont de Varole, partie très-difficile qu'il n'est guère possible de reproduire par l'analyse. Parmi ces éléments nous signalerons encore ces grandes cellules nerveuses avec leur contenu granuleux, leur noyau nucléolé et leurs prolongements tantôt simples et bipolaires, tantôt multiples, ramifiés et se terminant par des filets d'une excessive ténuité.

Nous passons tout ce qui est relatif à l'origine des nerfs cérébraux, que l'auteur a étudiée avec le même soin minutieux, pour arriver au cerveau lui-même.

Après avoir fait connaître la composition des ganglions cérébraux (tubercules quadrijumeaux, couches optiques et corps striés), l'auteur expose la structure de la substance blanche et de la substance grise des hémisphères. La première est entièrement composée de tubes nerveux dont il est extrêmement difficile de déterminer le trajet; ces tubes se dirigent vers la substance grise, sans qu'on puisse distinguer s'ils se ramifient ou non. La substance grise des circonvolutions se divise en trois couches, une externe blanche, une moyenne grise et une interne jaune rougeâtre. Cette dernière étant elle-même formée de quatre couches alternativement blanches et jaune orangé, en allant de l'intérieur à l'extérieur, on peut admettre que la substance corticale du cerveau se compose de six couches. On trouve dans toutes ces couches des cellules nerveuses, des tubes et une masse granuleuse, comme dans le cervelet. Les cellules affectent les formes ordinaires; celles de la couche blanche superficielle sont les plus petites et les moins nombreuses; la couche grise, au contraire, est la plus riche en cellules dont les prolongements se bifurquent. Quant aux tubes nerveux, ils existent dans toute l'épaisseur de la substance corticale, et acquièrent dans la couche la plus extérieure une ténuité telle qu'il devient difficile de les distinguer. Ce sont eux qui forment les stries blanches interposées dans la substance jaune orangé. L'auteur affirme avoir vu les fibres les plus fines de la couche superficielle retourner vers les couches profondes d'où elles étaient sorties, c'est-à-dire former des anses telles que les décrit M. Valentin. M. Kœlliker n'a pas vu les tubes nerveux se continuer avec les prolongements ou appendices des cellules, mais il est plus que probable qu'il existe une continuité entre ces deux éléments, et que ce n'est que la mollesse des parties qui empêche de la constater.

Vient ensuite l'étude des enveloppes des centres nerveux; puis celle du système nerveux périphérique. Sous cette dernière dénomination, l'auteur comprend les nerfs cérébraux et les nerfs ganglionaires (grand sympathique des auteurs).

Les ganglions des racines postérieures des nerfs spinaux sont formés par des amas de corpuscules ganglionaires qui ont la plus grande analogie avec les cellules nerveuses. Ces corpuscules sont enlacés par les tubes nerveux des racines, mais n'ont rien de commun avec ces tubes. Ce sont des cellules indépendantes qui donnent naissance à d'autres nerfs et se rattachent au grand sympathique. Elles diffèrent cependant des cellules nerveuses ordinaires par une membrane cellulaire plus forte et par une enveloppe particulière, sorte de fourreau appartenant au groupe des tissus connectifs, et caractérisé par les cellules nucléées petites et déformées qu'il renferme. Ces cellules ont encore pour caractère de ne fournir, d'après l'auteur, dans l'homme et dans les animaux supérieurs, qu'un seul tube nerveux qui marche toujours vers la périphérie. Les nerfs spinaux sont donc composés de trois sortes de tubes, moteurs, sensibles, et ceux qui naissent des corpuscules ganglionaires, et que l'auteur appelle fibres ganglionaires. Les fibres sensibles se distinguent des fibres motrices; dans le trajet des nerfs, par leur plus grande ténuité, mais cette distinction n'est plus possible à leur terminaison. Une autre différence, c'est que les nerfs moteurs se rendent en plus grande quantité dans les muscles, tandis que les nerfs sensibles sont destinés à la peau. Quant aux fibres ganglionaires, il est impossible de les suivre dans leur trajet, mais il est permis d'admettre qu'elles accompagnent surtout les vaisseaux partout où ceux-ci se rendent.

Les fibres de tous les nerfs spinaux marchent sans se diviser, mais dans leurs expansions terminales elles présentent de nombreuses ramifications et même des anastomoses en réseau. Les dernières fibres forment des anses ou se rendent isolément dans les corpuscules de Pacini; ces dernières traversent la cavité du corpuscule et se terminent souvent par deux ou trois rameaux courts renflés en un petit bouton granuleux.

Parmi les nerfs cérébraux, les olfactifs ont une structure particulière. Les filets qui se répandent dans l'organe olfactif n'ont pas de moelle : ils se composent de fibres plates, pâles, nucléées, légèrement granuleuses, adhérant fortement les unes aux autres et entourées d'enveloppes névri-

lemmatiques solides; ces fibres ressemblent beaucoup aux éléments nerveux des embryons.

Les fibres du nerf optique parvenues dans la rétine deviennent transparentes comme les tubes les plus fins des organes centraux. L'auteur ne leur a pas trouvé de cylindre axile et n'a pas vu les bifurcations signalées par Hawall; il ne dit rien de positif sur leurs terminaisons. La rétine se compose en outre de deux autres éléments nerveux : une couche granuleuse qui a la plus grande ressemblance avec la couche couleur de rouille de la substance grise du cervelet et une couche de cellules nerveuses avec prolongements ramifiés. L'auteur n'a pas vu d'une manière positive les anses nerveuses terminales du nerf acoustique que l'on dit exister à la surface des ampoules.

NERFS GANGLIONAIRES. — L'auteur est d'avis qu'il ne faut pas considérer les nerfs ganglionaires comme formant un système entièrement indépendant, car si d'une part ces nerfs existent isolément par suite des nombreux filets qui proviennent de leurs ganglions, d'un autre côté, en recevant un certain nombre de fibres des autres nerfs, ils sont en communication avec la moelle et le cerveau. On sait que le cordon principal du grand sympathique communique par des rameaux particuliers avec les nerfs spinaux. Les ganglions de ce cordon principal ont en général la même structure que les ganglions des racines postérieures et leurs rapports avec les nerfs sont aussi les mêmes. En effet, chaque ganglion se compose de fibres appartenant au cordon lui-même, de tubes nerveux plus fins qui naissent dans le ganglion et de cellules ganglionaires nombreuses; de plus, c'est dans les ganglions que se jettent les rameaux de communication.

L'auteur regarde ces derniers comme les racines du grand sympathique et non comme des branches de ce nerf, c'est-à-dire que la direction des fibres nerveuses mêlées aux nerfs spinaux et destinées à former le cordon principal du nerf ganglionaire est centrale et non périphérique. Il est difficile de décider si toutes ces fibres proviennent de la moelle ou en partie des ganglions spinaux. Ce qu'il y a de certain, c'est que la portion des rameaux de communication qui dérive des racines motrices vient en réalité de la moelle elle-même; quant aux autres fibres, l'auteur pense aussi qu'elles proviennent en très-grande partie des cordons postérieurs de la moelle, car si elles naissaient toutes des ganglions spinaux, on ne comprendrait pas que nous ayons la conscience des sensations éprouvées par les organes qui reçoivent des nerfs sympathiques, et d'ailleurs on ne trouve dans les rameaux de communication qu'un petit nombre de fibres aussi ténues que celles qui naissent des ganglions spinaux.

Les fibres nerveuses des rameaux de communication parvenues dans le grand cordon ganglionaire *s'appliquent* contre les fibres longitudinales de ce cordon; dans le lapin on peut les suivre jusqu'aux ganglions, mais plus loin les faisceaux isolés échappent aux recherches.

Outre ces fibres le cordon principal du grand sympathique en renferme d'autres plus fines qui prennent certainement leur origine dans le cordon lui-même, suivant l'auteur, et ne sont pas la continuation des fibres des rameaux de communication, comme on l'a prétendu dans ces derniers temps depuis la découverte des globules ganglionaires bipolaires chez les poissons. Dans les mammifères et dans l'homme les ganglions du grand sympathique ne renferment qu'un nombre extrêmement restreint de cellules bipolaires et sous ce rapport ressemblent aux ganglions spinaux, mais ils en diffèrent parce qu'ils contiennent en outre des cellules apolaires en grande quantité. Quant à la nature de ces nerfs propres au cordon sympathique, l'auteur ne pense pas que leur finesse doive les faire regarder comme des nerfs particuliers, distincts des autres tubes nerveux. Il n'est, en effet, ni rationnel, ni physiologique de différencier les nerfs par la seule considération de leur diamètre, puisqu'il existe beaucoup de fibres qui changent de diamètre dans leur trajet.

Les nerfs périphériques qui proviennent du nerf ganglionaire se composent d'éléments qu'ils reçoivent de ce dernier; mais ils en renferment encore d'autres qui leur donnent un caractère particulier. Ce sont les nerfs gris ou gélatineux qui doivent leur aspect à la présence de fibres sur la nature desquelles on n'est pas d'accord et que l'on connaît sous la dénomination de fibres de Remak, du nom de l'anatomiste qui les a découvertes. Leur forme aplatie, leur pâleur et les nombreux noyaux qui les parcourent les font regarder par beaucoup d'auteurs comme appartenant au névrilemme; c'est l'opinion du professeur Valentin et c'est aussi celle de M. Kœlliker, tandis que Remak persiste à les regarder comme des nerfs en se fondant principalement sur leur analogie avec les nerfs de l'embryon. Les raisons alléguées par M. Kœlliker pour les rattacher au névrilemme sont très-puissantes : elles se continuent directement avec l'enveloppe névrilemmatique des cellules ganglionaires; elles existent aussi dans les rameaux les plus fins des nerfs spinaux; enfin le nombre de ces éléments diminue de plus en plus à mesure que les nerfs se ramifient, ce qui n'aurait pas lieu si ces éléments étaient des nerfs.

Quant aux terminaisons des filets nerveux du système ganglionaire, elles présentent dans beaucoup de lieux des bifurcations où elles pénètrent dans des corps de Pacini, comme les filets nerveux de la première catégorie.

(Quand on réfléchit à la disposition des fibres qui constituent le système ganglionaire, à leur origine, à leurs rapports avec les fibres du système cérébro-spinal, on ne peut, ce nous semble, s'empêcher de les considérer comme formant un tout continu et parfaitement indépendant des fibres de ce dernier système. En effet, on n'a pas vu, je crois, des fibres ganglionaires, c'est-à-dire des tubes nerveux provenant de cellules ganglionaires proprement dites se continuer *directement* avec des tubes nerveux spinaux; en d'autres termes, il n'existe pas ou il ne paraît pas exister de continuité entre les fibres ganglionaires et les autres fibres nerveuses, et dès lors on ne peut pas dire que les deux systèmes forment un tout non interrompu. Mais les éléments du système ganglionaire sont enchâssés au milieu d'éléments nerveux appartenant au système cérébro-spinal, de telle sorte que ces derniers prédominent dans les nerfs spinaux, tandis que dans le grand sympathique ce sont les fibres ganglionaires qui forment la grande majorité).

Nous n'avons plus que quelques mots à dire sur le développement des éléments du système nerveux.

Les cellules nerveuses ne sont que des modifications des cellules embryonaires dont les unes acquièrent plus de volume, tandis que les autres produisent des appendices libres ou se continuent avec des tubes nerveux.

Les tubes nerveux proviennent des mêmes cellules qui s'alignent et se soudent les unes aux autres après s'être allongées. La substance médullaire blanche est une formation secondaire qui se dépose plus tard dans leur intérieur. Le tissu nerveux des embryons est d'abord composé de cellules fusiformes; plus tard ces cellules se soudent par leurs prolongements, il en résulte une fibre renflée de distance en distance; à une époque encore plus avancée la fibre se transforme en tube à contours foncés, et l'on voit encore dans ses parois les noyaux des cellules primitives. (Dans ce développement des cellules en tubes, c'est la membrane propre de la cellule qui s'étire de chaque côté en filament, le noyau ne concourt pas à cette formation ou du moins ne paraît pas y concourir, puisqu'on le retrouve à peu près avec les mêmes dimensions dans les parois du tube). Du reste, personne n'ignore aujourd'hui que les nerfs se forment sur place par les modifications que le travail vital imprime aux éléments homogènes qui composent dans l'origine le corps de l'embryon.

L'auteur termine ce livre intéressant par quelques considérations sur les fonctions des nerfs, considérations tirées uniquement de l'anatomie. L'existence des deux éléments du système nerveux ne nous autorise pas à attribuer aux cellules un rôle plus élevé que celui qui est départi aux tubes; mais nous voyons que toutes les parties de ce système renferment de la substance grise; et comme, d'un autre côté, les fibres nerveuses se perdent dans cette substance, on peut la considérer comme présidant à la fois aux sensations et aux mouvements. Cette différence dans les fonctions de la substance grise se trahit-elle par une différence dans la structure? L'auteur fait remarquer que les plus grosses cellules ganglionaires se trouvent dans les endroits desquels partent des effets moteurs, tandis que les petites cellules se trouvent dans les régions qui président à la sensibilité; mais ce rapport n'est pas constant.

On peut partager les cellules nerveuses en celles qui se continuent avec les nerfs et celles qui existent isolément. Les premières sont naturellement sensibles ou motrices, mais nous ne pouvons rien dire des secondes. Quant à celles qui sont munies de prolongements sans que ces derniers se continuent avec des nerfs, on peut les regarder comme faisant communiquer entre elles les différentes régions des centres nerveux.

L'anatomie n'établit pas de différence entre les fibres nerveuses sensibles et les fibres motrices, ce qui ne veut nullement dire que ces attributs différents n'existent pas, et qu'une même fibre soit à la fois sensible et motrice. La différence de diamètre est ici sans importance, ainsi qu'on en a déjà fait la remarque. Mais sous un autre point de vue, la diminution de diamètre des fibres pourrait avoir une grande valeur physiologique, s'il était démontré que l'enveloppe médullaire sert de corps isolant, et que la fibre axile fût seule conductrice, car c'est aux terminaisons des nerfs que cette fibre existe seule, sans moelle ambiante, ce qui expliquerait la finesse des sensations aux terminaisons nerveuses. Cependant l'auteur fait remarquer que beaucoup de nerfs sont privés de moelle dans tout leur trajet, ce qui porte à regarder la moelle simplement comme enveloppe protectrice.

Le volume que nous venons d'analyser nous fait vivement désirer la suite de cet ouvrage, le plus complet sans contredit, le plus important et le mieux coordonné qui ait paru depuis longtemps sur l'anatomie microscopique.

A. LEREBOULLET.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE PROCÉDÉ DE M. HATIN POUR L'APPLICATION DU FORCEPS. — FIÈVRE PUERPÉRALE.

M. Chailly a tenu à honneur de tenter la réhabilitation du procédé de M. Hatin. C'était trop juste. Mais, quoique moins ému que lors de sa première apparition à la tribune, notre honorable collègue n'a pas tiré tout le parti possible de sa cause et de ses moyens. Il s'est tenu dans des affirmations générales qui suffiraient si elles n'avaient qu'à résumer une discussion où tout le monde aurait été d'accord. Mais en présence d'une critique vive, adroite, intelligente, et pourquoi ne pas ajouter convaincue, il eût été bon de pénétrer plus avant dans le cœur de la question, de préciser davantage; car c'est souvent faute de mettre les points sur les *i* qu'on court le risque de laisser confondre les choses nouvelles avec celles qui ne le sont pas. Nous n'en voudrions d'autre preuve que la citation faite par M. Moreau d'un passage de Baudelocque, lequel aurait conseillé, pour l'application du forceps au détroit supérieur, d'introduire la main dans l'utérus. Cet illustre auteur avait-il entendu par là l'introduction de la main tout entière, jusqu'au point d'arrivée de l'extrémité de la branche du forceps, dans le but d'assurer la plus parfaite application de la cuiller? ou bien s'était-il borné à conseiller, ainsi qu'on le pratique usuellement, l'introduction d'une partie de la main pour faciliter le passage de l'extrémité de la branche? Nous sommes d'autant plus porté à admettre cette seconde version, qu'aucun auteur n'a été, à cet égard, plus explicite que le maître, et que la pratique usuelle est là pour servir de commentaire au texte. Mais passons.

M. Gerdy a repris, avec une certaine vigueur, notre argument sur le caractère théorique de l'opposition de M. Dubois. Avez-vous expérimenté, a demandé l'honorable membre, et l'expérience a-t-elle confirmé de tout point les appréhensions de la théorie? L'habile adversaire du procédé de M. Hatin a répondu avec esprit, sinon avec raison, qu'il est inutile d'expérimenter ce qui heurte le bon sens. Et il a maintenu ce qu'il avait cherché à établir il y a huit jours, à savoir : que le procédé de M. Hatin est inutile, d'une application difficile et douloureuse. Voyez cependant ce que c'est que l'expérience. Nous étions résigné à croire, sur la parole du maître, qu'il n'y avait plus rien à rabattre de sa critique, lorsque M. Danyau, dans un tout autre but que celui d'appuyer les trois termes de la formule de M. Dubois, est venu déclarer à l'assemblée qu'il avait appliqué trois fois le forceps au détroit supérieur, d'après le procédé en litige. Cette application lui a paru *facile*, mais le procédé ne lui a pas offert les avantages qu'il s'en promettait. La déclaration de M. Danyau, par deux de ses points, a résolu deux objections venues d'ailleurs, et par le troisième, elle a prouvé combien il est facile, même aux plus versés dans la matière, de tomber dans les méprises. Tout le monde comprend que ce que M. Danyau a trouvé facile ne doit guère l'être moins pour M. Dubois; et si M. Danyau — jeune accoucheur si on le compare à M. Moreau — a pu faire trois fois en quelques semaines l'application du forceps au détroit supérieur, suivant le nouveau procédé, on comprend qu'il ne soit pas absolument impossible à d'autres d'en avoir fait autant et plus pendant un temps plus long, quoique M. Moreau, pendant les quarante années de sa grande pratique, n'ait eu que quatre fois l'occasion de faire cette application; cette rareté des circonstances offertes à M. Moreau n'est donc pas un argument contre ceux qui les ont rencontrées plus fréquentes.

Nous tenons à cœur, en terminant, d'exonérer le procédé nouveau de la seule critique que l'expérience ait maintenue contre lui. M. Danyau ne lui a pas trouvé les avantages qu'il *pensait* que M. Hatin lui attribuait, à savoir : de placer plus régulièrement les branches du forceps sur la tête du fœtus. Pour nous, qui croyons à l'expérience, surtout quand elle est patronée par une main habile et intelligente, nous avons mis l'auteur du procédé en demeure de nous édifier sur la valeur du résultat allégué par M. Danyau. Voici à peu près ce que M. Hatin nous a répondu; car, nous le disons en toute humilité, nous ne sommes pas assez du métier pour avoir trouvé la réponse, et nous laissons à de plus spécialement expérimentés le soin d'en apprécier la portée.

Au détroit supérieur, dit M. Hatin, les branches du forceps *ne peuvent*, en raison même de leur conformation, être appliquées que sur les côtés du bassin. C'est en vain qu'on chercherait, comme dans l'excavation, à les placer, l'une plus en avant, l'autre plus en arrière. La régularité de la saisie de la tête dépend donc tout à fait de la position de celle-ci. Dans toutes les positions transversales ou même diagonales, elle sera saisie vicieusement, quel que soit le procédé de l'introduction des branches. Dans les seules positions directes (d'avant en arrière), elle sera saisie latéralement.

M. Danyau, au dire de M. Hatin, se faisait donc illusion en pensant que le procédé de ce dernier pouvait remédier à cet inconvénient, inhérent, non à l'imperfection ou à l'infidélité du moyen, mais à la conformation des branches du forceps. Il prêtait ainsi à M. Hatin une prétention qu'il n'a pas.

Quoi qu'il en soit, la reprise de la discussion sur le procédé de M. Hatin a eu au moins pour résultat de lui assurer, suivant la remarque de l'auteur, son droit à l'existence. L'expérience fera le reste.

— Une question grave, soulevée par un incident de la précédente discussion, a mis un instant l'Académie en émoi : il s'agissait de savoir si, comme on avait paru le comprendre, d'après quelques réflexions improvisées dans la précédente séance, la grande mortalité des maisons d'accouchement tenait à l'incurie des chefs de ces établissements, lesquels abandonneraient trop souvent à des mains subalternes le soin de terminer les accouchements laborieux. Cette proposition, contre laquelle M. Dubois avait cru devoir protester en termes énergiques, a amené des explications qui en ont singulièrement adouci le caractère. De personnelle qu'elle avait paru être, on l'a rendue scientifique. La grande mortalité des maisons d'accouchement tiendrait à la rareté des applications du forceps. L'épuisement des forces des malades, conséquence directe de cette abstention, prédisposerait aux métropéritonites, et le défaut de soin, le refroidissement facile des nouvelles accouchées, feraient le reste. En preuve, on a cité la statistique du service obstétrical de Saint-Louis, dont la mortalité, grâce à une plus grande élévation de la température des salles, aurait diminué en quatre années dans la proportion de 1/15° à 1/93°.

Cette série de propositions, si peu en rapport avec les croyances et la pratique usuelle, n'ont pas été mieux accueillies que lorsqu'elles avaient paru d'abord sous l'apparence d'un blâme personnel. MM. Dubois, Moreau, Gibert, Bérard et Piorry, ont protesté chacun à leur manière et chacun avec les faits qui ressortaient de la nature de leurs études et du caractère de leur pratique. On trouvera les raisons des honorables membres au compte rendu de la séance; nous nous bornerons à faire ressortir les points

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

Certa lectio prodest, sed varia delectat. (Senec.)

Quand on jette un coup d'œil général sur la médecine actuelle, on est vraiment étonné, scandalisé de l'abandon qu'on a fait des hautes questions de la science, questions cependant qui en réalité la constituent, qui la font ce qu'elle est et ce qu'elle peut être. Ainsi la question du vitalisme et par suite de la *force médicatrice* de la nature est tout à fait négligée. Si la force conservatrice de la nature procure la guérison, l'art n'y participe que comme coopérateur; mais quand, comment, jusqu'à quels degrés, selon les cas divers? Voilà des notions générales d'un grand intérêt et dont on ne s'occupe nullement. La recherche des *causes* prochaines est aussi à peu près abandonnée. Il en résulte que la médecine s'enclôt obstinément dans l'empirisme, car elle ne cherche qu'à combattre les effets sans remonter à ce qui les produit. C'est toujours pousser en avant ou en arrière les aiguilles d'une montre sans examiner les rouages et le ressort. La question des *crises* est aussi tout à fait mise de côté. Cette grave question, qui fut si agitée par les anciens et par nos devanciers, est pourtant très-importante, puisqu'elle tient aux lois mêmes de la physiologie la plus intime, la plus transcendante. La recherche des causes de la *périodicité* dans une foule de cas pathologiques est également abandonnée. Il en est ainsi d'une multitude d'autres questions générales d'un grand intérêt. Soit lassitude, soit qu'on désespère de pouvoir donner la solution de ces hauts problèmes, ils restent confinés dans le domaine historique de la science; bien plus on s'efforce d'arracher de l'esprit toute espèce de généralisation élevée, c'est-à-dire les grandes bases de la science. De toutes parts retentissent ces paroles : Nous ne voulons croire qu'aux faits! C'est bien; mais en pénétrer le sens latent et réel, mais comprendre les rapports de ces faits, leur caractère de diversité et d'unité, leur point de contact et de séparation, leur solidarité mutuelle et leurs formes individuelles, pour s'élever par la *faculté d'induction* à des principes généraux, faisceaux d'idées issues de faits analogues, voilà ce dont on s'occupe fort peu à notre époque. On craint les hypothèses, crainte véritablement puérile; est-ce que l'hypothèse largement conçue n'est pas le pressentiment de ce que va bientôt constater l'expérience? Ne peut-on pas définir l'hypothèse la vérité de la veille ou du lendemain? La marche actuelle est de se confier à une sorte de pruderie tâtonnante *clinico médicale* qui va terre à terre, qui, placée dans un horizon borné, n'agrandit rien, ne féconde rien. Vous dites : La médecine est une science d'application et non d'abstraction, c'est là un évident paralogisme. Toute application suppose un principe antérieur et par conséquent une abstraction; et qu'on ne s'y trompe pas, les abstractions gouvernent le monde intelligent et libre aussi bien dans notre science que dans les autres connaissances humaines; c'est par elle qu'on obtient de ces grandes vues qui éclairent, qui

qui méritent d'être signalés à part, et qui peuvent amener un progrès quelconque dans les idées.

En fait, il est certain que la mortalité des établissements obstétricaux est une calamité dont la science ne saurait trop se préoccuper. C'est d'une appréciation rigoureuse des causes et de la connaissance de leur mode d'action que peut seul sortir le remède à un pareil état de choses. Or il est une première remarque à faire à cet égard ; c'est qu'aucun des auteurs, et nous n'en exceptons pas les honorables membres qui ont pris part à la discussion, aucun, disons-nous, n'a fait une distinction importante entre les causes éloignées de la fièvre puerpérale, et la cause prochaine qui la réalise. Nous convenons volontiers que si les unes et les autres étaient parfaitement déterminées, leur distinction se ferait d'elle-même. Mais en attendant, ne serait-il pas possible de poser cette séparation en principe, comme une condition préalable de la découverte de la vérité. Celle-ci est déjà plus facile à trouver quand on sait dans quelle voie il faut la chercher. Il importerait donc d'être fixé à cet égard ; alors on ne verrait plus la fièvre puerpérale être mise tour à tour et pêle-mêle sur le compte de la prolongation du travail, du refroidissement, de l'encombrement, d'une influence occulte; on partirait du mécanisme physiologique de la maladie ; on en suivrait les évolutions, et l'on laisserait, chemin faisant, à chaque influence étiologique le degré de participation qui lui appartient. Dans cette énumération méthodique peut-être trouverait-on place pour la contagion de la maladie, et celle-ci donnerait peut-être la clef de cette extension dans la pratique civile, de l'épidémie confinée d'abord dans les salles des hôpitaux. Sans vouloir nier le génie épidémique, le *quid divinum* qui a servi de paternité officielle à bien des générations apocryphes, il est bon de suivre pas à pas le développement des faits connus avant de se jeter en désespoir de cause dans les bras des faits inconnus.

JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA PSYCHOLOGIE ; par J.-B.-G. BARBIER.

(Suite. — Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5, 26 avril, 6, 20, 27 septembre 1851, et 1er février 1852.)

II. — DE L'AME.

ORIGINE DE L'AME. — Au moment de la création, l'homme n'a pas été distingué des autres êtres organisés. Il a été soumis, comme tous les animaux, à l'empire de la loi biogénique.

Cependant une domination sur tous les corps terrestres lui avait été concédée. Pour l'exercer, il lui fallait des facultés spéciales. La Genèse nous dit qu'après la création du ciel et de la terre, après le septième jour, Dieu revint à l'homme, et qu'il répandit sur son visage un souffle de vie.

Nous n'avons pas la pensée de rechercher quelle peut être l'essence de ce souffle. L'âme rentre dans cet ordre de faits merveilleux dont la cause se recouvre d'un voile impénétrable, qu'une volonté souveraine dérobe à notre curiosité.

Notre organisation matérielle est une création passagère, d'une durée limitée, condamnée à une destruction inévitable. L'âme est une émanation divine, immortelle, qui doit remonter à son auteur.

SIÉGE DE L'AME. — L'âme, dans le corps humain, n'est pas comme la force vitale étendue sur toute l'organisation. L'âme a pour siége un organe spécial, et cet organe, c'est le cerveau.

C'est un fait bien constaté que, pour l'exercice de ses nobles facultés, l'âme doit se servir de l'intermédiaire de cet organe. Il est même reconnu que, plus le cerveau offre de perfection dans son développement, plus les facultés de l'âme montrent d'étendue et d'éclat. Un cerveau volumineux, garni de circonvolutions multipliées, accompagne toujours une intelligence d'une grande capacité.

Tous les jours nous voyons un changement d'état, même passager, du cerveau, exercer une influence notable sur l'aptitude que nous avons aux travaux de l'esprit. Une douce excitation du cerveau, celle que produit le café, le thé, le vin, par exemple, semble étendre l'intelligence, stimuler l'imagination, multiplier les idées, susciter d'heureuses pensées, etc. Un air lourd, humide, l'inaction, une digestion pénible, etc., causent une sorte d'engourdissement des facultés intellectuelles, parce que ces causes font prendre au cerveau une disposition accidentelle qui n'est point favorable à l'action de l'âme.

Tous les genres de lésions qui altèrent l'état normal du cerveau portent aussitôt un trouble bien prononcé dans l'exercice de l'intelligence. Les perceptions sont imparfaites ; il en naît de fausses : il y a une perversion des facultés de l'âme qui s'étend à l'imagination, à la mémoire, au jugement. Si l'affection de l'organe cérébral est profonde, si elle occupe les deux hémisphères, la puissance de l'âme est entièrement annulée ; l'homme moral est effacé.

Mais en quoi consiste l'union de l'âme et du cerveau ? De quelle nature est le lien qui les attache ? Comment un principe spirituel et une substance matérielle deviennent-ils une unité ? Toutes ces questions aboutiront toujours à un mystère. Quand on réfléchit à l'état de l'âme dans le cerveau, on est conduit à se rappeler l'état de l'électricité dans un globe métallique soutenu par des isoloirs. Le fluide électrique s'accumule dans ce globe, mais il reste étranger à la matière métallique. Toutefois il suffit de le toucher le doigt pour en voir sortir de brillantes étincelles.

Disons ici que le cerveau des animaux sert aussi à l'exercice de leur instinct.

MANIFESTATION DE L'AME. — C'est l'âme qui élève l'homme au-dessus de tous les autres êtres. Les facultés dont jouissent les animaux, dont dispose leur instinct, sont des facultés qui dépendent entièrement de leur organisation, qui ne consistent que dans l'emploi de moyens qu'ils trouvent en eux. Ces facultés ne varient pas. Elles sont égales dans tous les individus de la même espèce ; elles étaient prévues, comme inscrites dans la loi biogénique.

L'homme ne se contente pas de la puissance que lui donnent ses facultés corporelles. L'âme s'élance au delà : elle pénètre dans un ordre de connaissances, de conceptions, d'opérations, de travaux pour lesquels l'être matériel est d'un emploi bien secondaire. C'est l'âme qui éclaire l'homme, quand il dévoile des secrets qui semblaient lui devoir toujours être cachés. C'est l'âme qui le pousse à toujours chercher, qui lui donne le pouvoir illimité de toujours trouver.

Dirons-nous que c'est l'âme qui agit dans l'homme, quand il pense, qu'il médite, qu'il réfléchit, qu'il invente, qu'il raisonne, qu'il juge, qu'il com-

---

enchaînent et dominent une suite de vues pratiques. Au fond qu'est-ce que l'art ? Pas autre chose que des idées exprimées. Mais ce qui nous manque, ce sont d'habiles chercheurs et de profonds penseurs, de ces hommes qui, ayant le désir, le besoin, l'ardente soif de la science, ont par cela même une grande puissance de pénétration et une grande puissance d'attention. De pareils hommes sont rares dans tous les temps, mais surtout dans le nôtre : le prosaïsme du métier a tué la vocation.

— Pitcairn, ce singulier auteur dont on cite encore les mots pleins de bon sens, demandait : « Si les médecins compteraient assez sur la certitude de leur doctrine pour croire leur bien fort assuré, supposé qu'il le fût autant que leurs principes de médecine. » Quoique la pensée soit un peu obscure, on en saisit pourtant le sens. Eh bien ! on peut répondre par la négative. Les principes de la médecine ne sortent pas de la probabilité, autrement nous aurions la science absolue, ce qui supposerait l'entière connaissance des lois de la nature. La loi et son interprétation par les tribunaux n'assurent guère davantage leurs biens aux citoyens quand ces biens sont en litige. En effet, souvent la loi, *la raison écrite*, dit Montesquieu, est interprétée par un tribunal dans un sens tout opposé à celui d'un autre tribunal. Hors deux et deux font quatre, la certitude n'existe pas pour nous dans une foule de choses.

— Le médecin Dumoulin, si célèbre par son avarice et ses grandes richesses, pressé de quitter Paris pour aller voir un malade à soixante lieues, demanda cent louis pour son voyage, somme énorme à cette époque, et ne partit que quand il eut reçu ces honoraires, disant en les mettant dans son gousset : *Qu'on voyait toujours plus clair lorsque la lumière allait devant.* Il y a bien des gens aujourd'hui qui ne marchent, qui ne pensent, qui n'agissent qu'à l'aide de cette lumière, ne pénétrant jamais dans la chambre obscure de leur conscience. Que voulez-vous ? Ce sont là les mœurs de notre temps ; il faut se résigner, et puis quand on prend le présent en pitié, on peut bien le prendre en patience.

— On a beau dire, l'éclectisme en médecine plus qu'en philosophie, s'opère instinctivement par le temps et par l'expérience. Le bon grain de la vérité se sépare de l'ivraie qui constitue l'erreur. Le véritable éclectisme, non-seulement accepte, mais recherche, poursuit, et quête en quelque sorte tous les faits ; il les prend tels qu'ils lui viennent, les reçoit tels qu'ils sont, n'y ajoute rien ni n'en retranche rien, mais il les estime et les juge. Il n'a pas son cadre tout prêt, où il faut que bon gré, mal gré ces faits entrent et prennent place ; il ne les fait pas pour le cadre, mais il fait le cadre pour eux, et ce cadre n'est autre chose que l'expérience clinique. Il n'a point d'avance une théorie à laquelle il rapporte ces faits et les sacrifie sans raison ; il n'exerce point à leur égard cette tyrannie de l'esprit, de secte ou de système qui les façonne, les réduit ou les écarte à son gré ; il ne les plie à aucunes combinaisons factices et artificielles, il les regarde comme sacrés, sacrés du droit de la vérité qui les environne à ses yeux d'une sorte d'inviolabilité ; en un mot l'éclectisme est l'exercice du sens commun et de l'expérience appliqués à la critique des systèmes ; on en avait fait un monstre logique pour le nier.

pare, etc. ? Nous arrêterons-nous à énumérer les facultés qui sont les attributs de cette intelligence. Ce travail est fait depuis longtemps.

Nous démontrerons que l'homme est une créature privilégiée, que dans la création, il tient une place à part, en exposant ce qu'il est dans l'univers, en signalant ce qu'il fait sur la terre.

L'homme seul conçoit un ordre surnaturel, élève sa pensée jusqu'à Dieu, a le sentiment de quelque chose d'immortel en lui, pense à une autre vie, à l'éternité. Seul il éprouve ce désir impérieux, universel de rendre un culte reconnaissant à l'auteur de toutes choses. Seul il honore les morts.

L'homme connaît un passé et un avenir, admet une morale publique, sent le pouvoir d'une conscience. Pour lui seul, l'état de société réglée par des lois est possible. Il est seul apte à admettre la souveraineté de ces lois qui deviennent la garantie de l'ordre, la sécurité de tous.

L'animal crie ou chante, il ne parle pas. L'homme a créé le langage. Il a su attacher un sens aux sons de sa voix, faire servir ces sons à exprimer sa pensée, donner à celle-ci entrée dans l'intelligence des autres hommes, établir dans la famille humaine une communauté de sentiments, de vues, d'intérêts. La parole est le lien de la société.

L'écriture, cet autre langage qui s'adresse aux yeux, qui lie le présent, le passé et l'avenir; l'imprimerie qui multiplie les écrits, qui répand les mêmes pensées sur tous les points du globe, sont des inventions que l'homme doit à l'âme. Les monuments de notre littérature que les siècles admirent, nos poëmes, nos tragédies, nos comédies, nos ouvrages d'histoire, de philosophie, etc., attestent dans l'homme des facultés qui lui sont propres. Il en est de même pour la peinture, qui fait parler les couleurs; pour la sculpture, qui semble animer le marbre; pour la musique, qui exerce sur nous un si puissant empire.

L'établissement des sciences, des arts, l'astronomie, la physique, la chimie, l'histoire naturelle, la médecine, l'agriculture, etc., témoignent de la dignité, de l'excellence de l'homme au milieu de la création. L'animal ne se sert que des moyens qui lui sont fournis par son organisation; il n'a jamais su ajouter à ses facultés corporelles. L'homme n'est puissant que par les inventions de son esprit. Il centuple ses forces par des outils, des machines, etc. Il a su fondre, travailler les métaux sans lesquels l'agriculture, les arts industriels n'existeraient pas, se faire des armes, construire le microscope, le télescope, maîtriser la vapeur, etc.

C'est l'âme qui a conduit l'homme à employer dans son intérêt le pouvoir des grandes lois qui gouvernent l'univers. C'est la loi de la pesanteur qui lui permet d'élever des édifices, de se lancer sur les mers, etc. C'est la loi des affinités moléculaires qu'il met en action quand il décompose les productions naturelles, qu'il opère de nouvelles combinaisons chimiques dont les arts industriels tirent un si grand profit. C'est la loi biogénique que l'homme dirige, quand par la culture il obtient des racines plus volumineuses, plus tendres, plus nourrissantes, des fruits plus gros, plus savoureux, etc., qu'il se fait une création végétale à lui, les plantes cultivées. C'est en s'appropriant cette même loi que l'homme parvient à multiplier les animaux domestiques, à les rendre plus propres aux divers services auxquels il les destine, à croiser les races, etc. Voulez-vous juger ce qu'il y a de prodigieux, d'admirable dans les facultés que l'homme tient de l'âme, parcourez une exposition des produits de l'industrie des nations. Cette suite innombrable de merveilles qui passeront sous vos yeux, ce vaste ensemble de travaux, de succès, vous révéleront la dignité de l'homme, vous montreront la distance qui sépare l'âme de l'instinct.

Combien de réflexions on pourrait ajouter à celles que nous venons d'exposer.

De la sujétion de l'âme par rapport au cerveau. — En plaçant le siége de l'âme dans le cerveau, nous donnons à cet organe une destination spéciale. Nous ferons d'abord remarquer que, dans l'organisation, le cerveau ne joue pas un rôle actif, qu'il n'exerce pas un pouvoir direct sur l'exercice des fonctions de la vie. Ce n'est pas de lui que sort l'innervation, et s'il a quelque influence sur cette puissance, c'est par les relations qu'il entretient avec la moelle allongée, avec la moelle épinière, avec les plexus des nerfs ganglionnaires. Les hémisphères cérébraux ont un emploi qui leur est propre, celui de recevoir l'âme et de la servir.

Nous nous ferons ici cette grave question : L'âme n'est-elle pas la même pour tous les hommes ? N'offre-t-elle pas une parfaite identité dans tous les membres de la famille humaine ? La justice divine s'accommoderait-elle de préférences, de faveurs, de priviléges accordés à certains individus, d'une infériorité obligée, fatale pour d'autres ?

Il est aussi permis de se demander si le souffle divin, que nous nommons l'âme, ne doit pas être considéré comme une intelligence parfaite qui posséderait toutes les connaissances, toutes les vérités, qui, si elle était libre, pénétrerait ce que nous appelons les secrets de la nature, nous dévoilerait les mystères qui humilient notre raison.

Mais il faut reconnaître un fait, c'est qu'une volonté souveraine a soumis l'âme à une condition sévère, celle de ne pouvoir manifester sa puissance, développer ses facultés que par l'intermédiaire d'un organe matériel. On a même pu trouver dans la sujétion de l'âme à l'égard du cerveau l'idée d'un châtiment.

L'inégalité intellectuelle qui se remarque dans les individus de l'espèce humaine s'expliquerait par les dissemblances que le cerveau présente dans chacun d'eux. On remarque en effet des variations infinies, illimitées, quand on compare la densité, le nombre des circonvolutions, l'aspect, le développement des hémisphères cérébraux dans un certain nombre d'individus : il faudrait ajouter les modifications de la composition moléculaire. Les caractères extérieurs de ces organes sont aussi diversifiés que les traits de la figure.

Cependant toutes ces variations matérielles donnent ou ôtent à l'âme quelque chose des facilités qu'elle doit trouver dans le cerveau pour la manifestation de ses facultés. Ses opérations sont aidées ou gênées, favorisées ou entravées par la disposition actuelle de cet organe. Le cerveau est pour l'âme ce que le prisme est pour la lumière. Les imperfections du cerveau se montrent dans le travail de l'intelligence, comme les défectuosités du prisme s'observent dans le spectre solaire.

Toujours nous voyons l'intelligence subordonnée à la condition matérielle du cerveau. Dans l'enfance, il n'est pas complétement formé; l'enfant n'a que l'instinct de sa conservation. Il se perfectionne dans la jeunesse; les facultés de l'intelligence suivent les progrès de cette évolution. L'organe cérébral a reçu dans l'âge adulte toutes les qualités qu'il pouvait obtenir ; l'homme se montre alors dans la plénitude de son mérite intellectuel. Souvent dans la vieillesse le cerveau se détériore, et le moral baisse. Toujours on voit l'intelligence en accord avec la situation du cerveau.

Dans l'état de santé, on éprouve fréquemment des moments où l'esprit est plus actif, où les travaux intellectuels sont plus faciles, et d'autres où

— Écoutez les paroles de l'oracle et méditez-les : *Empiricam et rationalem methodum, conjugio vero et legitimo in perpetuum firmare, anticipationem scilicet mentis, cum interpretatione naturæ* (Bacon, De dignitate et augment. scient., lib. 1), c'est-à-dire : « Il serait bon d'unir dans un hymen légitime et constant, la méthode empirique et la méthode rationnelle, les conceptions *à priori* et les recherches expérimentales sur la nature. » C'est là tout ce qui constitue essentiellement la médecine, ses bases, ses maximes et ses progrès ; il y a dans cette expression *anticipationem mentis* un sens caché, profond très-digne de l'éminent philosophe qui l'a conçu et exprimé.

— L'esprit de système a quelquefois des conceptions lumineuses, mais souvent aussi de bizarres entêtements. On sait que Bosquillon niait l'existence du virus de la rage (1). A l'entendre, l'hydrophobie n'est contagieuse que par la terreur qui saisit les personnes mordues par un animal enragé. « Quelque absurde, dit-il, que paraisse l'opinion que je propose, je ne doute nullement qu'en prenant toutes les précautions convenables pour inspirer à nos enfants une entière sécurité à l'égard de la rage, on ne parvienne un jour à anéantir entièrement cette maladie, au point que son existence paraîtra aussi incroyable à nos arrière-neveux que celle des sorciers et des revenants, etc. » Or Bosquillon avait un neveu qui demeurait avec lui, et il fit tous ses efforts pour le persuader de se laisser inoculer la rage. « Mon ami, lui disait-il, tu es sans doute au-dessus du préjugé ; tu ne dois pas croire à la transmission de la rage ; donc je puis compter sur toi. » Mais il n'en était rien ; le neveu en aucune manière persuadé se refusait constamment à cette inoculation ; alors Bosquillon indigné, furieux, l'expulsa de sa maison, comme un impie, comme un incrédule à la vérité proclamée par son oncle.

— Voulez-vous vous instruire, disait Barthez, faites des cours.— Et sur quoi, lui disait-on ? — Sur ce que vous ne savez pas.

— *Medicus naturæ minister et interpres, quidquid meditatur et faciat, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat. Origines namque morborum et causa longe abstrusiores sunt, quam ut humanæ mentis acies eo usque penetrari possit; sæpius natura novum opus exorditur, ubi conatus nostri desiere* (Baglivi, De praxi medica, lib. 1, p. 1). Chacune de ces paroles a son poids et sa valeur. Je laisse au lecteur à les traduire afin qu'il en pénètre mieux le sens, la force et la vérité.

— Marlot était autrefois un chirurgien jouissant d'une grande vogue à Paris, et sa réputation allait de pair, si elle n'était au-dessus de celle de J.-L. Petit, vivant à la même époque, et qui mourut, si je ne me trompe, au mois d'avril 1750. Maintenant, la gloire de J.-L. Petit se maintient ce qu'elle était, c'est un des beaux noms de notre histoire chirurgicale. Mais qui connaît Marlot aujour-

---

(1) Mémoire sur les causes de l'hydrophobie, vulgairement connue sous le nom de rage, et sur les moyens d'anéantir cette maladie. Paris, an XI, 1802. (Inséré dans les Mém. de la Soc. méd. d'émul., 5e année.)

les idées semblent naître avec difficulté, où l'on ressent une incapacité relative bien prononcée. La raison de ces dispositions opposées se trouve dans un changement d'état du cerveau, dont la cause interne ou externe reste souvent douteuse, inconnue. Un beau génie offre des jours malheureux où il a perdu son éclat. Un littérateur obscur a eu un moment de bonheur où il a enfanté un chef-d'œuvre. Des savants, des poëtes n'ont brillé que pendant une période de leur existence.

Dans l'état de maladie, le pouvoir du cerveau sur les facultés de l'âme est bien facile à juger. Toutes les fois que la substance cérébrale éprouve une modification de ses qualités naturelles, que sa couleur, sa température, sa consistance, cessent d'être les mêmes, on aperçoit aussitôt un changement dans l'exercice des perceptions, dans la faculté de penser, de comparer, de réfléchir, de juger, etc.

Une irritation de la pulpe médullaire du cerveau, selon son degré d'intensité, rend les perceptions plus vives; la lumière blesse, le bruit incommode, toute odeur est pénible, toute impression blessante. D'abord l'imagination prend plus d'éclat, les idées se succèdent avec rapidité, elles sont rendues avec une élégance qui surprend. Puis si l'irritation augmente, elle fait naître des perceptions fausses, le délire survient, etc.

La phlogose, fixée sur un des hémisphères cérébraux, déforme, en proportion de son étendue, l'instrument de l'entendement. Cette lésion suscitera des perceptions fausses, des hallucinations, des illusions de la vue, des tintements d'oreilles, des vertiges, du délire, etc.

Qu'une congestion sanguine s'établisse dans le cerveau : si elle est légère, les perceptions deviennent plus lentes, moins vives, l'esprit s'engourdit, les idées sont comme obscurcies, etc. Si elle est forte, il y a anéantissement des facultés intellectuelles; les sensations arrivent au cerveau, mais elles ne sont plus perçues : l'homme moral a disparu.

Un ramollissement de la pulpe médullaire du cerveau amène toujours un décroissement progressif de l'entendement. Cette lésion existe dans les personnes qui, après avoir joui d'une vaste intelligence, tombent peu à peu dans une nullité morale complète sans maladie apparente.

L'endurcissement de la substance médullaire apporte aussi des entraves à l'exercice des fonctions psychologiques.

L'oligotrophie ou le défaut de volume des hémisphères cérébraux, par manque de nutrition, ne se rencontre pas avec un génie supérieur. Un certain degré d'hypertrophie de ces hémisphères, sans modification des qualités intimes de la pulpe médullaire, paraît une condition favorable aux opérations de l'âme.

Remarquons que les médecins n'ont pas une méthode sûre pour constater l'état actuel des facultés de l'intelligence, pour reconnaître ce qu'elles ont pu gagner ou perdre. De ce qu'un malade entend les questions qu'on lui fait, de ce qu'il a tiré la langue, montré l'endroit où il souffre, reconnu un parent, un ami, etc., peut-on conclure que son intelligence est entière, qu'elle est saine? C'est le jugement qu'il serait nécessaire de mettre en jeu; c'est la mémoire qu'il faudrait solliciter; c'est de l'imagination qu'il conviendrait de mesurer l'étendue, la solidité, etc., si l'on veut estimer le degré de liberté dont jouissent les actes de l'entendement humain.

Rappelons ici que l'intégrité du cerveau est aussi une condition essentielle pour que l'âme puisse mouvoir le corps, faire exécuter aux membres des mouvements. L'âme perd toute autorité sur les muscles locomoteurs; ces muscles n'obéissent plus aux ordres de la volonté dès que l'organe cérébral a éprouvé une altération matérielle. Un épanchement de sang dans un hémisphère du cerveau cause une paralysie du côté opposé du corps.

III. — DE L'INSTINCT DES ANIMAUX.

En formant des êtres qui devaient marcher sur la terre, s'élever dans les airs, nager dans les eaux, il y avait obligation de leur donner un guide, afin qu'ils pussent juger les qualités des corps qu'ils rencontreraient, éviter les chocs, les déchirements qui les menaceraient, prévenir les accidents qu'entraîneraient avec eux les actes de la locomotion. Aussi ne rencontre-t-on point, dans la création, un être organisé, doué de motilité, qui n'ait reçu en même temps la faculté de sentir; comme on n'en trouve aucun, qui jouisse de la sensibilité, sans avoir en même temps le pouvoir de se soustraire, par le déplacement de son corps, aux impressions qui lui sont pénibles, douloureuses.

Un certain degré d'intelligence était donc dû aux animaux. Il entrait dans le plan de la création de leur concéder, avec les organes du mouvement, des organes des sens pour recueillir les impressions des corps extérieurs, un centre cérébral, que Buffon nomme le sens interne matériel, où ces sensations prennent une forme, se convertissent en perceptions, amènent des déterminations, etc.

Mais de cette concession que la Providence a faite aux animaux, s'ensuit-il que l'instinct soit une âme imparfaite, incomplète? N'y a-t-il entre l'homme et les animaux que des degrés d'aptitude, de perfection dans une faculté qui serait identique dans son essence, dans une lumière qui ne différerait que par son éclat?

L'instinct des animaux, cette image de raisonnement, pour employer les expressions de Bossuet, a des caractères qui ne permettent pas de la confondre avec l'intelligence que le souffle divin a donnée à l'homme. L'instinct des animaux n'est point la faculté de penser, de concevoir des idées qui se combinent, qui se fécondent, qui conduisent à un travail d'imagination; l'instinct des animaux ne produit aucune invention, rien qui ait exigé de la réflexion. Les animaux sont, pour les opérations de leur instinct, dans une dépendance absolue de leur organisation. Ils se servent de leurs dents, de leurs pattes, de leur queue, de leur bec, etc. Jamais ils n'ont eu la pensée de s'aider d'un levier, d'un instrument. La chenille, qui tisse des toiles, des enveloppes, dont elle s'abrite, des cocons dans lesquels elle passe sa vie de chrysalide, trouve dans son corps la matière propre à fabriquer ces tissus : elle y trouve également les instruments qui lui servent à mettre cette matière en œuvre.

Les animaux ne lèguent point aux générations qui les suivent des connaissances qui soient le fruit de l'expérience. Ils ne font rien qui atteste une perfectibilité progressive dans les habitudes de chaque espèce. Chaque génération répète fidèlement ce qu'ont fait les générations qui l'ont précédée. L'organisation est restée la même; l'instinct n'a pas varié.

L'instinct des animaux ne se rapporte, au fond, qu'à deux choses : 1° la conservation de l'individu; 2° la perpétuation de l'espèce. Il n'a rien été donné à l'instinct qui aille au delà de ces deux devoirs de la vie. Ici la volonté du Créateur est manifeste; elle a attaché un plaisir à satisfaire la faim et la soif, un sentiment pénible au retard que l'on apporte à contenter ces appétits. Il en est de même pour l'acte de la génération. Est-il étonnant que la même volonté qui a donné l'instinct aux animaux s'en soit ensuite servi pour assurer l'accomplissement des actes qui les conservent et qui les perpétuent?

---

d'hui? qui jamais a entendu prononcer son nom et s'est occupé de lui? Peut-être quelque insatiable curieux, comme l'auteur de cet article, cherchant dans ses moments de loisir à connaître les hommes et les choses du temps passé. J'ai sous les yeux un manuscrit de ce Mariot, non pas scientifique, les hommes à grande clientèle ont bien autre chose à faire, vraiment, mais une note ou demande d'honoraires adressée au marquis de La Châtre. Cette note porte en tête, *Mémoire en chirurgie*, ni plus ni moins; titre ambitieux s'il en fut jamais, car il ne s'agit que de réclamations pécuniaires. J'en transcris un fragment pour spécimen :

Le 31 de janvier 1753, saigner Baptiste.	»	12 s.
Le 1er de fevrier, saigner le même	»	12
Plus, lui avoir rendu dix huit visittes (*sic*)	9 l.	»
Le 5, saigner le même.	»	12
Le 5, saigner le même du pied	1	»
Plus, lui avoir rendu douze visittes	6	»
Le 1er mars, saigner le suisse du pied	1	»
Plus, lui avoir rendu cinq visittes	2	10
Le 25 avril, saigner M. le jeune marquis.	6	»
Le 27, réiterer la saignée.	6	»
Plus, avoir rendu sept visittes	7	»

Tout le reste est à l'avenant. Ce document singulier inspire quelques réflexions. La première, qu'il ressemble à une facture d'épicier ou de quelque autre marchand. A cette époque, en effet, les chirurgiens n'avaient pas conquis le rang qu'ils ont obtenu depuis. Plusieurs même étaient en état de servilité domestique dans les grandes maisons. On doit remarquer ensuite le prix des saignées et des visites, les premières à 12 sous et les secondes à 10 sous. La saignée du pied fait exception. Mais quant à celle du jeune marquis de La Châtre, elle est tarifée à 6 livres : on n'exigerait pas davantage aujourd'hui, c'est-à-dire près d'un siècle après l'époque dont il s'agit ici. Remarquons cependant que tout étant moins cher que de nos jours, les chirurgiens un peu connus faisaient encore de bonnes affaires, sans les confondre avec les frater, les barbiers comme Nicolas Bleny, qui faisait un *cours sur les perruques*, cours très-suivi et très-lucratif. Aussi Mariot mourut-il riche; il eut la réputation temporaire, qu'il ne faut pas confondre avec la réputation historique, qui s'acquiert tout autrement.

— On a fait cette question et l'on peut encore la poser : *Néron pouvait-il régner comme Titus?* Certes, il est aisé de faire une pareille question, mais il n'en est pas de même de la réponse. Celle-ci est très-difficile, très-compliquée, j'ajoute même dangereuse sous certains rapports. Cette réponse, en effet, tient à la morale, à l'éducation, à la philosophie, au gouvernement des États, et par-dessus tout à la médecine, c'est-à-dire à la physiologie, autrement dit à l'étude de l'homme. Saint Augustin dit : *Anima enim pessima, melior in optimo corpore.* (DE CIVIT. DEI, lib. IV.) Cependant, qu'entend-il par ces mots : *optimo corpore?* Sans doute une excellente conformation organique. Mais celui qui ne l'a point est-il coupable? Toute mauvaise action lui est-elle imputable? Les fatalités organiques sont-elles les prémisses des fatalités logiques? Tel est le

C'est toujours une impulsion organique qui met l'instinct en action. Le développement de l'utérus est à sa fin, quand les mères *des mammifères* s'occupent des soins de leur progéniture, de ce qui doit protéger la faiblesse de leurs petits, les garantir du froid, de l'humidité. Les organes de l'allaitement sont gonflés pour la sécrétion du lait, quand ces mères montrent un courage, un dévouement audacieux. Les pères ont les organes génitaux dans un état d'orgasme, quand ils partagent la sollicitude de leurs femelles, etc.

L'industrie des oiseaux dans la construction de leurs nids est un talent de circonstance qui n'existe plus hors de la saison des amours. Ces architectes si habiles ne possèdent ce talent que quand l'appareil de la génération le leur inspire.

Je crois volontiers que l'incubation, que les migrations des oiseaux, que l'habitude de quelques animaux d'amasser de la nourriture, de faire des provisions, etc., sont, comme l'allaitement, des besoins organiques auxquels cède l'instinct, mais qu'il ne raisonne pas. L'insecte est attiré par quelque chose d'agréable, quand il dépose ses œufs sur l'arbre même dont le feuillage convient à la nourriture des chenilles qui en sortiront, etc.

Tous les actes de l'instinct des animaux nous ramènent toujours à la loi biogénique. Ces actes ont été prévus; ils sont le résultat obligé de l'organisation qui règle, domine les mœurs, les habitudes des animaux. Ceux qui vivent de sang et de chair obéissent aux inspirations de leurs organes. Ils ont des dents façonnées pour déchirer leurs victimes. un appareil digestif accommodé à ce genre de nourriture; le besoin de s'en procurer les rend adroits, industrieux. C'est encore l'organisation qui pousse les animaux herbivores vers les productions végétales. Ils ont des dents disposées pour les broyer, plusieurs estomacs, des intestins très-longs, pour assurer la digestion plus lente de ces aliments. La conformation du bec dans les oiseaux s'accorde toujours avec le genre de nourriture qu'ils doivent prendre; le bec des oiseaux carnivores, granivores, insectivores, etc., varie de forme et de solidité, etc.

L'animal dont nous admirons l'industrie ne fait toujours que ce que son organisation lui donne le moyen de faire. Toutes les manœuvres de son instinct ne sont que la mise en jeu d'instruments qu'il trouve dans son corps.

Le chasseur, conduit par son chien à l'endroit où se trouve le gibier, se sert du sens si parfait de l'odorat de cet animal. Il profite d'une faculté que ce dernier a reçue pour se procurer sa nourriture. C'est toujours le maître qui le nourrit que le chien prend en affection. C'est le sentiment douloureux de la faim qui fait taire la férocité du lion, du tigre, etc., pour le gardien qui en prend soin. Toujours l'organisation se montre la directrice des actes de l'instinct.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'IPÉCA (lu à l'Académie nationale de médecine le 3 juin 1851); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales.

Ce mémoire est divisé en trois parties;

Dans la première, je cherche à établir par des expériences sur l'homme et sur les animaux les caractères positifs de l'action topique de l'ipéca.

Dans la seconde et la troisième partie, j'étudie cliniquement son action *dynamique* en l'appliquant particulièrement au traitement de la dyssenterie et de la pleuro-pneumonie.

PREMIÈRE PARTIE.

ACTION TOPIQUE DE L'IPÉCA.

I.

On est généralement encore assez disposé à accorder une importance majeure à l'action topique d'un grand nombre de médicaments, et à s'en tenir à elle pour expliquer des effets thérapeutiques à la production desquels l'absorption médicamenteuse semblerait indifférente. Les émétiques, par exemple, dans l'opinion de plusieurs pharmacologistes, sont nécessairement des irritants, et ce serait l'irritation qu'ils déterminent sur la membrane muqueuse de l'estomac qui suffirait seule à exciter la contraction des plans musculeux sous-jacents de ce viscère, à produire, en un mot, le vomissement.

Deux objections, difficilement réfutables, ébranlent fortement celle opinion: 1° l'irritation de la muqueuse stomacale est si peu nécessaire pour que l'acte du vomissement s'accomplisse, que si l'on injecte dans une veine un émétique, au bout de peu de temps l'estomac se soulève et projette au dehors les matières accumulées dans sa cavité. On a dit, il est vrai, que dans ce cas le sang laissait transsuder à la surface de l'estomac la substance injectée, soit en nature, soit modifiée par les éléments réactionnels des humeurs vitales, mais toujours à l'état de substance irritante dont le stimulus local était l'agent indispensable et direct de la contraction spasmodique du ventricule; mais on oubliait trop vite en édifiant de pareilles hypothèses, car le fait n'a jamais été expérimentalement démontré, que M. Magendie, dans ses belles expériences, substituant d'abord à l'estomac une vessie remplie de liquide, puis injectant dans la jugulaire du tartre stibié, et qu'alors, sous l'influence exclusive des convulsions synergiques des muscles abdominaux, le liquide contenu dans la vessie était violemment expulsé par l'œsophage. Ainsi donc l'irritation de l'estomac n'est pas une condition antérieure *sine quâ non* au phénomène du vomissement.

2° S'il est constant que toute irritation aiguë et d'une certaine intensité de la muqueuse gastrique sollicite le vomissement, il n'est pas moins avéré que beaucoup de substances végétales non irritantes, à dose de médicament et surtout à dose de poison, provoquent l'apparition du même phé-

---

nœud serré de la question. D'ailleurs, en se prononçant pour la négative ou pour l'affirmative, comment reconnaître l'imperfection ou l'accord complet de la force matérielle et du dynamisme intellectuel, distinguer les lois de leur co-existence, de leur incompatibilité et de leur coopération? Le corps humain, ses phénomènes sans fin, ses mystères sans fond, son étonnante unité et son incompréhensible variété, en un mot, la science de la vie et la science de la mort, sont autant de problèmes dont la solution est fort loin d'être donnée; alors est-il possible de répondre à la grande question dont il s'agit? Sans l'excuser envers la société et l'humanité, car le sang des hommes versé sans un juste motif veut une expiation, on peut encore dire: Néron est-il coupable par sa volonté, est-il coupable de son organisation? Je m'arrête, c'est marcher ici sur des charbons ardents. ...

— On trouve parmi les œuvres d'un poëte du dernier siècle, M. de Pezay, un conte où il suppose deux malades. L'un est un riche financier qui dit aux médecins: Guérissez-moi, voilà de l'or. L'autre est un poëte sans fortune disant aux enfants d'Esculape: Messieurs, en cas que j'en réchappe, je vous promets au Pinde une récompense magnifique; mais

La Faculté vers ce lieu ne galope,
En l'autre part, elle aime à giboyer.
Si que bientôt de Vernage à Procope,
Ce dit l'histoire, et d'Astruc à Boyer,
Depuis le cèdre enfin jusqu'à l'hysope,
Auprès de lui notre veau d'or eut tout.
Au pauvre diable il resta la nature.
Conclusion: le pauvret est debout,
Et le richard est dans la sépulture.

Voilà ce qui se disait et se croyait à la fin du dix-huitième siècle, et l'on connaît ses engouements puérils, ses manies imitatrices, son enthousiasme pour les mœurs, les vertus villageoises, pour les modes anglaises et *la nature*. Aujourd'hui nous connaissons mieux la réalité, nous savons combien l'aisance aide à la santé, soit pour la maintenir, soit pour la rétablir. La nature n'est ni bienfaisante, ni malfaisante; que l'on soit riche ou pauvre, elle agit toujours de même, seulement c'est une inflexible, une inexorable Némésis; la nature n'a jamais pardonné à personne l'infraction de ses lois.

— Ce qu'on dit des poëtes peut aussi s'appliquer à certains écrivains, même les plus grands, qui ont lancé l'anathème, l'injustice ou la moquerie à la médecine et aux médecins sans les comprendre; écoutez Montaigne: « Ainsy font nos médecins qui mangent le melon et boivent le vin frez pendant qu'ils tiennent le patient obligé au syrop et à la panade. » (Liv. III, chap. 9.) Et pourquoi pas, spirituel philosophe périgourdin, si ces médecins se portent bien. Vous aviez la gravelle. *la mort vous pinçait de temps en temps au bas des reins*, selon vos paroles, on vous mettait au régime de l'eau, tandis que votre médecin se régalait de bon vin. Eh bien! tout était dans l'ordre.

Voici ce qu'on lit dans l'ÉMILE (liv. V, p. 74, note): « Soigner un paysan malade, ce n'est pas le purger, lui donner des drogues, lui envoyer un chirurgien,

nomène; de plus, les substances habituellement administrées comme vomitives, le sont, ou du moins doivent l'être, dans de telles proportions, ou bien elles sont dissoutes, délayées dans de telles quantités de véhicules aqueux ou sucrés, qu'elles ne peuvent pas irriter l'estomac assez vivement pour que l'on puisse imputer à leur action topique le point de départ d'un acte complexe qui commence incontestablement à une modification primordiale du système nerveux, et qui se résout en une convulsion extrême des puissances musculaires aussi bien de la vie organique que de la vie animale.

Ainsi, sans irritation préalable de l'estomac et même sans estomac, on peut vomir. Pour fournir une explication théorique de l'action vomitive d'un médicament donné, il n'y a donc pas urgence à s'appuyer sur les propriétés irritantes, réelles ou supposées, de ce médicament, l'action spécifique d'un émétique est aussi mystérieuse dans sa cause, dans son essence, que l'action soporifique de l'opium.

En conséquence, j'espère prouver que l'ipéca, par exemple, tout agent irritant qu'il soit, ne suscite dans la majorité des circonstances, les effets physiologiques et thérapeutiques les plus prononcés, qu'indépendamment et en dehors des résultats contingents de son action topique.

Des expériences faites avec tout le soin possible et répétées un grand nombre de fois vont démontrer les caractères réels de cette action topique, et les moyens de l'annuler en majeure partie dans l'administration interne du médicament.

II.

Pour faire valoir les propriétés irritantes de l'ipéca, on a invoqué deux séries de faits :

1° L'irritation développée aux surfaces sur lesquelles la poudre d'ipéca a été appliquée. Les expériences citées comme les plus convaincantes à cet égard ont été faites par M. Bretonneau. Suivant MM. Trousseau et Pidoux (MATIÈRE MÉD. ET THÉRAP., 2e éd., t. I, p. 655), le savant médecin de Tours aurait constaté que « la poudre d'ipécacuanha mise en contact avec la peau dépouillée de son épiderme, suscitait une inflammation locale des plus énergiques, qu'une petite pincée de cette poudre insufflée dans l'œil d'un chien donnait lieu à une phlegmasie oculaire tellement intense que la cornée était quelquefois perforée; qu'ainsi l'ipécacuanha était un agent d'irritation locale, et que ses propriétés vomitives et purgatives devaient être attribuées à l'inflammation qu'il déterminait sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. »

MM. Trousseau et Pidoux ajoutent que « ce médicament *donné à l'intérieur* et mis en contact soit avec l'estomac, soit avec le rectum, cause une inflammation locale que l'autopsie démontre, inflammation beaucoup plus intense qu'on ne pourrait le supposer, en ayant égard à l'apparente innocuité du remède. »

Les expériences faites sur les animaux et sur l'homme qui vont être relatées tout à l'heure et les observations cliniques qui le seront plus tard ne concordent pas en tous points avec les opinions qui viennent d'être rapportées.

2° L'irritation que la poussière ou les effluves de l'ipéca déterminent sur les muqueuses nasales et broncho-pulmonaires. Il est vrai que l'odoration de la poudre d'ipéca excite fréquemment la pituitaire et provoque l'éternuement; on ne peut récuser non plus quelques faits extraordinaires, signalés pour la première fois par M. Eugène Vigaroux (1), relatifs à des accès d'asthme, à des accidents spasmodiques d'apparence grave qu'ont éprouvés certains individus soumis, même à des distances assez considérables, aux émanations de l'ipéca. Mais si dans ces faits on peut accorder une certaine part à une action locale, il faut en faire une bien plus grande à l'action dynamique, les perturbations du système nerveux, celles de l'innervation de l'appareil respiratoire en particulier, devant, de toute évidence, être rapportées plutôt aux conséquences de l'absorption des effluves de l'ipéca ou des particules solubles de sa poussière.

Pour porter un jugement définitif sur ces deux séries de faits, je me suis livré à quelques recherches expérimentales qui, si elles ne vident pas complètement la question physiologique et thérapeutique, me paraissent du moins de nature à l'élucider.

III.

EXPÉRIENCES.

PREMIÈRE SÉRIE.

La poudre d'ipéca mise en contact avec la peau dépouillée de son épiderme y détermine-t-elle une violente inflammation?

Les résultats des expériences suivantes répondent à cette question :

1° Au moment d'appliquer pour la première fois de la poudre d'ipéca sur des vésicatoires et sur des plaies, j'étais tellement préoccupé de ses propriétés irritantes, tellement convaincu que j'allais allumer une inflammation douloureuse, que je n'entrepris qu'avec crainte des expériences à cet égard ; je prévins donc les malades qui consentirent à s'y prêter, des accidents locaux qui pourraient survenir et dont je me disposais, d'ailleurs, à arrêter promptement le développement.

Un vésicatoire cantharidé ayant été préalablement appliqué, la phlyctène fut percée, et le derme fut mis complétement à nu par l'enlèvement de l'épiderme. Ensuite je saupoudrai la moitié du disque de la plaie avec de l'ipéca, l'autre moitié fut recouverte d'un linge enduit de cérat. Le sujet n'éprouva d'autre douleur que celle qui accompagne ordinairement le premier pansement d'un vésicatoire; observé attentivement pendant plusieurs heures, il n'accusa plus au bout de peu de temps aucune douleur; dix heures après le pansement fut levé, la moitié du disque en rapport avec le cérat était rouge et humide d'une suppuration qui commençait à s'établir; l'autre moitié, saupoudrée d'ipéca, était complétement sèche. Ce résultat, si différent de celui que j'avais attendu et redouté, me causa un grand étonnement.

La même expérience fut refaite alors un grand nombre de fois, et constamment les sujets n'éprouvèrent aucune sensation douloureuse, et la plaie récente du vésicatoire se dessécha sans présenter le moindre trace d'irritation partout où l'ipéca avait été appliqué.

Ultérieurement, je déposai ce topique à la surface de vésicatoires anciens et en pleine suppuration. Des résultats analogues se produisirent, le vésicatoire se dessécha partiellement ou en totalité, sans trace d'inflammation partout où la poudre d'ipéca avait été déposée, et les sujets n'accusèrent aucune douleur.

(1) DES ÉMANATIONS DES CORPS EN GÉNÉRAL ET DE CELLES DE L'IPÉCACUANHA EN PARTICULIER, par Eugène Vigaroux (THÈSES DE MONTPELLIER, 1826).

Ce n'est pas de tout cela qu'ont besoin ces pauvres gens dans leurs maladies; c'est de nourriture meilleure et plus abondante. Jeunez, vous autres, quand vous avez la fièvre, mais quand vos paysans l'ont, donnez leur de la viande et du vin; presque toutes leurs maladies viennent de misère et d'épuisement. Leur meilleure tisane est dans votre cave; leur seul apothicaire est votre boucher. » Il y a, dans ces paroles, un inconcevable mélange d'inconséquences, de vérités et d'erreurs, mais celles-ci dominent de beaucoup et elles sautent aux yeux. Ainsi, il faut donner de la viande et du vin à un paysan qui a la fièvre; le seul apothicaire, dans ce cas, est le boucher, etc. Inconcevable folie d'un homme qui déclame contre notre art sans le connaître et s'en est servi toute sa vie, qui n'invoque le secours des médecins que pour les gens riches, qui veut que la médecine vienne sans le médecin, etc., philosophe chagrin, bizarre, qui n'a pour lui que l'art puissant de couvrir ses paradoxes d'un beau langage. Otez, en effet, à Rousseau, ce citoyen austère qui eut de l'orgueil à défrayer toute une aristocratie, le prestige de son style, on ne trouve qu'assertions étranges, exagérations et inconséquences. C'est toujours l'homme qui écrivit un traité d'éducation et mit ses cinq enfants à l'hôpital.

— O paix de l'âme, doux accord des opinions, des sentiments avec les actions, c'est vous qui constituez le bonheur, car c'est par vous qu'on obtient cette sérénité de l'esprit qui maintient dans l'économie l'équilibre des forces, qui modère le cours du sang, le calme et le rafraîchit, qui apaise l'irritation nerveuse, conserve le mouvement égal et salutaire des ressorts de notre existence. C'est encore la puissance de votre inspiration qui soutient et purifie la conscience, qui rend ferme et patient sous la violence et la mobilité des courants politiques, qui détache si profondément des vaines fumées de l'opinion, de l'orgueil, et fait qu'on vit en paix avec soi-même et avec ses semblables. Dans cette heureuse situation de l'âme, c'est alors qu'il devient évident que la vie, qui commence ici-bas sous la loi de l'épreuve, doit, sous celle de la justice et d'une réparation finale, se poursuivre et comme se délier dans un monde meilleur. Tout médecin qui reste indifférent à ces vérités ne comprendra jamais ni la grandeur ni la dignité de sa profession.

RÉVEILLÉ-PARISE.

— Le JOURNAL DE CHARLEROY annonce que le typhus fait depuis quelque temps beaucoup de victimes dans cette ville et dans les communes environnantes.

— La petite vérole sévit dans le département de la Dordogne avec une intensité déplorable. Apparue d'abord avec un caractère bénin, elle a sévi à Périgueux pendant quelque temps et s'est répandue dans les campagnes voisines, où elle fait des victimes. Dans le canton de Thiviers, plusieurs membres d'une même famille sont morts atteints de cette épidémie, même des personnes vaccinées.

M. le docteur Boissat, directeur de la vaccination, s'est rendu à Périgueux, où il a été admis à examiner le vaccin déposé à la préfecture, qu'il a trouvé dans le meilleur état de fraîcheur.

2° La poudre d'ipéca a été également déposée sur des plaies récentes ou anciennes; dans la plupart des cas, il n'est survenu ni inflammation ni douleur; le plus souvent la suppuration a été diminuée, et il a semblé parfois que la tendance à la cicatrisation avait été un peu hâtée. Dans le plus petit nombre des cas, la plaie a été légèrement irritée, et alors la suppuration a été augmentée, ou bien il s'est formé à sa surface comme un léger nuage, une pseudo-membrane blanchâtre et pellucide; mais la douleur n'a point été la compagne nécessaire de cette minime inflammation, et lorsque la sensibilité locale a été atteinte, les sujets n'ont accusé qu'un picotement ou une petite cuisson qui n'atteignirent jamais les proportions de la souffrance.

La poudre d'ipéca, mise en contact avec les muqueuses ou avec la peau intactes, cause-t-elle des phénomènes inflammatoires?

On a répondu affirmativement pour les muqueuses, négativement pour la peau.

Les expériences suivantes vont montrer que l'on a fait erreur quant à la peau, et que l'on a tiré des conclusions trop absolues de l'irritation provoquée sur certaines muqueuses.

DEUXIÈME SÉRIE.

3° Il importait d'attaquer d'abord la muqueuse sur laquelle M. Bretonneau avait vu se produire une inflammation intense.

J'ai expérimenté sur des lapins; une pincée de poudre d'ipéca a été projetée sur leur surface oculaire et maintenue emprisonnée pendant quelques instants par l'occlusion des paupières. Les animaux ont témoigné par leur agitation d'une vive douleur; ils sont devenus tristes et ont refusé plus ou moins leur nourriture pendant les premiers jours d'une inflammation très-énergique qui n'a pas tardé à se développer. Cette inflammation s'est caractérisée par une forte injection sanguine des vaisseaux conjonctivaux et palpébraux, avec boursouflement des muqueuses, photophobie, paupières contractées, difficiles à séparer, agglutinées au bout de quelques jours par une sanie purulente; la cornée est toujours devenue opaque, mais ne s'est jamais ulcérée; la blépharo-conjonctivite est l'affection qui a cédé la première, mais l'opacité de la cornée a été très-persistante, et ce n'est qu'après un ou deux mois que cette membrane a repris sa transparence.

4° Les mêmes expériences ont été faites sur les yeux des lapins avec de l'émétine pure; cet alcaloïde a fait naître une inflammation aussi aiguë que la poudre d'ipéca, inflammation qui a présenté les mêmes caractères, et qui a suivi une marche identique.

5° J'ai voulu voir si l'eau chargée des principes solubles de l'ipéca jouirait des mêmes propriétés topiques que la poudre. Ayant préparé une décoction concentrée, 1 gramme d'ipéca pour 20 grammes d'eau j'ai touché à plusieurs reprises les yeux des lapins avec un pinceau trempé dans cette décoction, j'en ai instillé quelques gouttes entre leurs paupières, en en maintenant la plus grande partie pendant quelques minutes en rapport avec la surface oculaire par l'occlusion forcée de leurs paupières. Quelquefois il est survenu une légère rougeur très-fugace, et la plupart du temps il a été impossible d'apercevoir aucune trace d'inflammation à la suite de cette expérience.

J'ai arrosé ou maintenu en contact pendant plusieurs heures des vésicatoires et des plaies avec la décoction précitée, et dans aucun cas il n'est survenu de douleur ni d'irritation appréciable.

6° Pour savoir si l'ipéca ne doit ses propriétés irritantes qu'à ses principes solubles, j'ai épuisé par l'eau une certaine quantité de poudre de cette substance, jusqu'à ce que la décoction essayée par une solution de tannin, ne fournit plus de précipité d'émétine. Le marc ou résidu a été desséché, puis pulvérisé, et j'en ai déposé une pincée sur la conjonctive d'un lapin. Il n'a pas tardé à survenir une inflammation seulement un peu moins violente que lorsque j'avais expérimenté avec la poudre d'ipéca.

L'émétine ne serait donc pas le seul principe irritant contenu dans la poudre d'ipéca; y préexisterait-il une résine que l'eau ne pourrait dissoudre et enlever, et qui, comme la plupart des principes de cette nature, jouirait des propriétés irritantes? L'analyse chimique n'a peut-être pas dit son dernier mot à ce sujet, comme nous le verrons tout à l'heure.

Il faut ici prévenir une objection: on pourrait arguer que la poudre d'ipéca privée de son alcaloïde agit encore comme corps étranger, susceptible par cela seul d'irriter une surface aussi délicate que la conjonctive; je crois effectivement qu'elle agit ainsi en partie; mais j'ai expérimenté comparativement sur les yeux des lapins la poudre d'ipéca privée ou non d'émétine, et des poudres inertes, telles que la sciure de bois, le sable, et l'action de la première a constamment été infiniment plus vive que celle des secondes.

TROISIÈME SÉRIE.

7° Enfin, la poudre d'ipéca mise en contact avec la peau recouverte de son épiderme, est-elle susceptible de l'attaquer et d'y développer des phénomènes inflammatoires?

J'apporte à cette question qui, je crois, a très-peu préoccupé les esprits jusqu'à ce jour, une réponse affirmative.

En effet, si l'on incorpore cette poudre avec un corps gras, et qu'avec le mélange on frictionne la peau pendant quelques minutes, on ne tarde pas à voir apparaître une inflammation tout à fait caractéristique. Ce sont d'abord de petites élevures papuleuses, d'un rose vif, très-nombreuses, souvent confluentes; puis bientôt de véritables pustules, toujours de petite dimension, déprimées au centre, ombiliquées, suppurant peu et se desséchant avec rapidité, sans laisser de cicatrices; la douleur qu'a causée cette éruption est très-légère; malgré une ressemblance assez frappante, quant à la forme des pustules, avec l'inflammation déterminée par l'action locale du tartrate de potasse et d'antimoine, elle en diffère donc notablement sous d'autres rapports.

Je me suis servi particulièrement, pour mes expériences à ce sujet, de la formule indiquée dans le traité de pharmacie de M. Soubeiran (3e édition), sous le nom de **liniment de Hannay**, et ainsi conçue:

Poudre d'ipécacuanha	1
Huile d'olives	1
Axonge	2

La pommade d'ipéca me paraît appelée à rendre à la thérapeutique des services analogues à ceux que l'on obtient de la pommade d'Autenrieth; ainsi je l'ai employée avec les résultats les plus satisfaisants, comme agent révulsif, dans le traitement de laryngites et de bronchites chroniques, et je la crois digne d'être essayée au même titre dans un grand nombre d'autres affections où il y a intérêt à appeler à la peau un travail morbide artificiel.

Elle a l'avantage, qui n'est pas sans importance, surtout lorsque l'on agit sur des parties habituellement découvertes, de ne point laisser après elle des stigmates indélébiles comme ceux de la pustulation stibiée.

Mais ce n'est pas seulement à l'aide de la friction que l'on peut produire l'exanthème spécifique de l'ipéca; on le produit également quoique à un degré plus faible, avec moins de confluence par exemple, en maintenant cette substance appliquée pendant un certain temps à la surface de la peau. Ainsi, en saupoudrant un emplâtre de poix de Bourgogne, ou tout simplement de diachylum, avec quelques pincées de poudre d'ipéca, on provoque une éruption identiquement conforme à celle dont j'ai tout à l'heure fait connaître les caractères.

Loin donc de se comporter à l'égard de la peau comme une substance inerte, l'ipéca est susceptible d'y développer une inflammation toute spéciale, et ce mode, ignoré ou méconnu, de l'action si large de ce grand médicament, se recommande à l'attention des praticiens. De deux choses l'une: employée à l'extérieur, ou l'ipéca ne sera qu'un agent de la médication révulsive, ou il suscitera, en même temps que des effets révulsifs, des effets dynamiques liés à l'absorption de quelques-uns de ses principes. Dans le premier cas, le praticien se rappellera que tous les révulsifs ne révulsent pas de la même manière, qu'il a maintes fois à s'applaudir de faire un choix intelligent dans leur nombre, et peut-être alors arrivera-t-on à préciser quelques indications relatives à l'opportunité supérieure de l'ipéca; dans le second cas, on pourrait tenter la chance de modifier certains états organo-pathologiques voisins de la peau en sollicitant l'absorption cutanée de cet énergique contro-stimulant.

IV.

A un observateur aussi habile, aussi probe, aussi ingénieux que M. Bretonneau, on ne pouvait imputer des expériences fautives; il avait donc parfaitement vu que la poudre d'ipéca, mise en contact avec les muqueuses oculaires, suscite une phlegmasie suraiguë. Ce qu'il y a eu de défectueux, c'est d'en induire que, sur les muqueuses digestives, un pareil effet doit se produire. En effet, on ne peut comparer entre elles les muqueuses sous le double rapport de l'irritabilité et de la sensibilité, que pour faire saillir la différence de leurs aptitudes à ressentir l'impression des corps. Hors la muqueuse du tube digestif, toutes celles que nous pouvons atteindre par des moyens mécaniques d'exploration, sont la plupart du temps irritables et sensibles au degré le plus exquis, sous l'influence des agents les plus inertes physiquement et chimiquement; si bien, par exemple que si, pour l'œil, vous exceptez la lumière et les humeurs normales qui le baignent, tout ce qui pénètre entre ses voiles protecteurs devient stimulus pathogénique; quelques grains de sable introduits entre les paupières suffisent pour congestionner rapidement la conjonctive oculo-palpébrale; en conclurait-on qu'ils produiraient, par un effet analogue sur la muqueuse digestive, une gastro-entérite? Tout ce que l'on peut induire d'expériences tentées sur une surface douée d'une sensibilité aussi vive que la muqueuse oculaire, c'est que lorsque l'irritation y sera portée à un degré aussi élevé que nous venons de le voir sous l'influence de la poudre d'ipéca, la mu-

queuse digestive, sous l'influence du même agent, pourra être fortement impressionnée sans doute, mais non de la même manière et au même degré; que si, au contraire, on préjugeait de l'action de la poudre d'ipéca sur l'œil son action sur l'estomac, on devrait s'attendre à provoquer par son administration interne d'effroyables gastrites, et certes c'est ce qui n'a jamais eu lieu.

Mais si, du domaine des inductions et des préconceptions théoriques, nous passons à celui de l'expérience clinique, nous verrons que jamais une gastrite ou une entérite n'a pu être imputée à l'action de l'ipéca, et que c'est précisément dans une des affections où l'état inflammatoire de l'intestin est le plus prononcé, dans la dyssenterie, que ce médicament a le mieux manifesté sa puissance curative. On en a fait honneur, il est vrai, à l'irritation substitutive, et l'on a dit que l'ipéca, ainsi que d'autres médicaments émétiques et purgatifs, promenait sur toute la surface gastro-intestinale une action irritante d'où résultait une phlogose thérapeutique qui, remplaçant la phlegmasie morbide, marchait promptement vers la guérison. Mais la voie digestive n'est pas un tube inerte que traversent de haut en bas les substances ingérées par la bouche, et lorsque celles-ci sont liquides, ou lorsque solides elles contiennent des parties solubles, l'absorption veineuse s'est évidemment emparée, dès l'estomac, des principes dissous ou susceptibles de l'être dans les sucs gastriques; et à partir au moins des premières anses de l'intestin grêle, où l'absorption est également active, l'action topique de l'ipéca épuisé de ses principes actifs et solubles ne peut plus entrer en ligne de compte dans la caractérisation des effets physiologiques et thérapeutiques; car, si la poudre d'ipéca, dépouillée de ses principes solubles, m'a paru susceptible d'irriter encore la surface oculaire, il est fort douteux que sur la surface beaucoup moins sensible de l'intestin, surtout quand elle y arrive mélangée avec les matières contenues dans le tube digestif, elle puisse déterminer une irritation assez forte pour dominer, au point de vue même de la théorie de la substitution, l'irritation pathologique antérieure. La cæco-colite, qui constitue la lésion anatomique de la dyssenterie, ne peut donc pas être modifiée directement par l'action locale de l'ipéca, et il ne reste à supputer, en faveur de sa guérison, que les chances ouvertes par une action dynamique consécutive à l'absorption des molécules actives du médicament.

Ainsi l'action topique de l'ipéca ne peut point être invoquée pour expliquer et faire admettre la substitution homœopathique des phlegmasies intestinales; le sera-t-elle pour expliquer la modification imprimée par l'ipéca, soit dans l'embarras gastrique ou gastro intestinal, soit dans d'autres maladies ayant leur siége en dehors du canal digestif? Dans le premier cas, voudra-t-on supposer que l'ipéca substitue idiopathiquement l'irritation thérapeutique à l'irritation pathologique? Mais il faudrait prouver d'abord que, dans l'espèce, il y a irritation préalable; or, dans l'embarras, dans l'état saburral des premières voies, il n'y a réellement ni gastrite ni entérite, mais simplement lésion de sécrétion. L'indication pure et simple est d'évacuer, et l'ipéca la remplira en évacuant et en modifiant à la fois dynamiquement la condition géoératrice de la lésion sécrétoire. — Dans le second cas, la théorie de la révulsion serait appelée à rendre compte des phénomènes médicateurs; mais ce serait encore s'abuser qu'en chercher l'explication dans une transposition du travail inflammatoire sur la membrane gastro-intestinale, car ou nul symptôme n'apparaît qui révèle une irritation révulsive, ou bien des vomissements et des évacuations alvines survenant, rien n'autorise rigoureusement à les attribuer à l'action topique de l'ipéca, puisqu'ils peuvent se manifester uniquement sous l'influence de son action dynamique, puisqu'ils peuvent survenir aussi bien quand on a administré l'infusion ou la décoction d'ipéca que lorsqu'on a administré la poudre de ce médicament.

V.

Loin de nier l'action irritante topique de l'ipéca, je viens de la prouver par mes expériences; mais j'ai prouvé aussi qu'elle ne peut pas être affirmée d'une manière absolue, qu'elle ne s'exerce que dans certaines limites, et quelque difficile qu'il soit de l'expliquer, on a vu que *la poudre* d'ipéca était loin d'agir de la même manière sur les différentes surfaces où je l'ai appliquée. Ainsi, sur la muqueuse oculaire, l'inflammation est excessive; sur les plaies, elle est nulle ou à peu près nulle; sur la peau, au contraire, infiniment moins irritable que les plaies, l'irritation a été constante. Sur la muqueuse gastrique, la poudre d'ipéca se comporte-t-elle comme sur l'œil? Non, sans aucun doute, car elle serait alors une substance incendiaire que nul praticien prudent n'oserait employer, comme sur les plaies ou comme sur la peau. Tout ce que je puis assurer, c'est qu'à quelque dose que j'aie prescrit la poudre d'ipéca, les malades n'ont jamais éprouvé la moindre sensation douloureuse dans la région épigastrique; c'est que, toutes les fois que j'ai pu observer l'estomac sur les cadavres d'individus médicamentés par l'ipéca, je n'ai rencontré aucune trace d'inflammation.

Tout ce que je concède enfin, c'est que la poudre d'ipéca puisse, dans la minorité des cas, irriter la muqueuse gastrique, mais non comme elle irrite la muqueuse oculaire; c'est qu'il soit possible même que cette poudre, épuisée, dans l'estomac et dans la portion supérieure de l'intestin, de ses principes solubles, conserve encore, ainsi que je l'ai constaté dans mes expériences, quelques propriétés irritantes et les exerce sur la portion inférieure du canal intestinal, mais, encore une fois, à un moindre degré que sur l'œil. Or cette irritation étant non-seulement inutile, mais dommageable à la réalisation des effets thérapeutiques que l'on recherche en administrant l'ipéca, le médecin a tout intérêt à l'éviter. Le moyen d'arriver à ce but et de trancher tout ce qu'il peut y avoir de litigieux dans la question de savoir quelle sera au juste l'action topique de l'ipéca en nature sur la muqueuse digestive, c'est d'administrer ce médicament délayé dans une assez forte proportion d'eau, et, bien mieux encore, de n'en prescrire que l'infusion ou la décoction, qui jouissent, comme je vais le montrer tout à l'heure, de la plénitude des propriétés les plus actives de l'ipéca, sans faire encourir le moindre danger d'irritation topique, comme mes expériences à cet égard autorisent à l'espérer.

VI.

Je crois que les principes solubles de l'ipéca sont seuls virtuellement capables d'agir sur l'économie. Si l'analyse chimique les a suffisamment étudiés, trois d'entre eux seulement possèdent des propriétés actives :

Une matière extractive non vomitive;
Une matière alcaloïde vomitive, l'émétine;
Une matière grasse huileuse.

(*Analyse de MM. Pelletier et Magendie*) (1).

La matière extractive non vomitive est peu connue, et l'on ignore si elle concourt réellement à l'action de l'ipéca.

L'émétine jouit, à de très-petites doses, de la propriété vomitive, et possède concurremment des propriétés hyposthénisantes extrêmement énergiques; les expériences de M. Magendie à cet égard ne laissent aucun doute.

La matière grasse huileuse paraît formée de deux principes : une huile fixe et une huile essentielle, à laquelle l'ipéca doit son odeur. Suivant MM. Pelletier et Magendie, cette matière, malgré sa saveur âcre et son odeur pénétrante, n'aurait aucune propriété sur l'économie animale. Cependant, en songeant aux effets puissants exercés sur l'innervation respiratoire par les effluves de l'ipéca, à ces effets signalés par M. Vigarous et mentionnés depuis par d'autres observateurs, en considérant, d'un autre côté, que l'émétine est fixe, et que, d'ailleurs, loin de causer des spasmes respiratoires, elle les calme habituellement, au contraire, je serais disposé à croire que les accidents auxquels je faisais allusion tout à l'heure sont dus aux particules d'une huile essentielle, d'autant que rien n'est plus commun que l'action toxique des composés de cette nature, et si ce n'était pas à la partie volatile de la matière grasse huileuse que ces accidents seraient imputables, ce pourrait être au moins à une substance analogue, incessamment produite par érémacausie insaisissable à l'analyse, comme l'arome du musc, par exemple, que Geiger attribue à ce phénomène de combustion lente.

Peut-être aussi retrouvera-t-on dans l'ipéca une matière résineuse dont MM. Pelletier et Magendie ont contesté l'existence, et que d'autres chimistes, avant eux, prétendaient avoir obtenue.

Il n'y a donc de bien connue sous tous les rapports, parmi les principes actifs de l'ipéca, que l'émétine; peut être même cet alcaloïde en est-il le seul principe doué de propriétés pharmaco-dynamiques. Alors il faudrait le substituer aux préparations galéniques de la substance, d'où l'on peut l'extraire avec facilité; mais il faudra auparavant étudier comparativement, dans les mêmes circonstances, la propriété de l'alcaloïde isolé et de l'ipéca en masse, ce qui fera probablement de notre part l'objet d'un autre travail.

En attendant, je suis arrivé, par de nombreuses expériences cliniques, à me convaincre que les solutions aqueuses présentent pour l'emploi interne, sur la poudre d'ipéca, des avantages incontestables :

Elles dissolvent l'émétine, dont l'activité thérapeutique prime tous les autres principes;

Elles dissolvent la matière extractive, qui unit peut-être son action à celle de l'émétine;

Elles dissolvent, surtout après décoction, la fécule amilacée, dont les propriétés émollientes concourent à tempérer l'action irritante de l'émétine;

(1) RECHERCHES CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR L'IPÉCACUANHA; par MM. Pelletier et Magendie, mémoire lu à l'Académie des sciences, le 25 février 1817, inséré dans le JOURNAL DE PHARMACIE, t. III, 1817.

préparées par infusion et surtout par décoction, elles laissent échapper la plus grande partie de l'huile essentielle;

Elles ne dissoudraient pas les matières résinoïdes, en supposant que la racine en contînt.

Or l'huile essentielle possède des propriétés irritantes; il en est de même, à un degré fort ou faible, des particules résineuses. Privée de ces deux éléments, la solution d'ipéca aura nécessairement une action topique plus douce.

Reste l'éméline, dont j'ai éprouvé les propriétés excessivement irritantes; mais étendue dans une grande quantité d'eau, elle les perd presque complétement, comme je l'ai également démontré.

Donc, en prescrivant, de préférence à la poudre, l'infusion ou la décoction d'ipéca, le médecin sera assuré de ne point attaquer l'intégrité de la muqueuse gastrique, et les observations qui vont suivre établiront d'une façon péremptoire que, par cette méthode, le médicament développe tout aussi bien, sinon mieux, son action dynamique avec toutes ses conséquences médicatrices.

(*La suite au numéro prochain.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE CHLOROFORME EMPLOYÉ COMME ANESTHÉSIQUE; par M. GIBERT.

Mon très-cher et très-honoré collègue,

Puisque vous m'avez fait l'honneur de me citer (et, croyez-le bien, c'est un honneur auquel je suis sensible), permettez-moi un petit mot d'explication.

Quant à la question générale du chloroforme employé comme anesthésique, j'avoue que je reste dans la conviction que les faits exceptionnels présentés comme exemples de son action toxique ne sont point du tout probants, et que généralement ils me paraissent rentrer dans la catégorie des cas assez nombreux de mort subite qu'on attribue à la *syncope*, et que la science n'est pas toujours en mesure d'expliquer.

Quant au fait médico-légal, à l'occasion duquel vous vous élevez contre les assertions de M. Sédillot, je pense que, tout en ayant cent fois raison contre cet habile et savant chirurgien, ni vous ni les experts qui sont intervenus dans le procès n'avez pu prouver que le cas actuel ne rentre pas pleinement dans la catégorie indiquée ci-dessus. J'espère du moins que la présence du chloroforme dans le sang ne vous a pas paru démontrer que ce soit l'action *toxique* de celui-ci qui ait causé la mort. Enfin, quant à ce que vous dites de la dose qui, selon vous, suffisamment élevée, est toujours et nécessairement mortelle, cela ne prouve point encore l'action décidément toxique; car, d'une part, l'*asphyxie* par privation d'air respirable ne prouve assurément pas l'action *toxique* du corps étranger qui le remplace, et la mort par pénétration et mélange de l'air au sang n'autoriserait pas non plus à admettre une action toxique de l'air atmosphérique lui-même.

J'ajoute que, dans le cas si malheureux de Strasbourg, toute opération quelconque, toute action propre à augmenter la perturbation nerveuse..., et peut-être même cette perturbation toute seule et sans qu'aucune autre influence vint s'ajouter à ce résultat si dangereux d'une émotion morale, aurait pu devenir aussi rapidement mortelle sans l'intervention du chloroforme.

Agréez, etc.

— La démonstration d'une vérité n'est jamais complète si elle trouve des contradicteurs. Nous connaissions le scepticisme de notre honorable collègue à l'endroit des qualités toxiques du chloroforme, sa lettre n'a donc rien qui nous surprenne. Elle a néanmoins le mérite de poser la question dans ce qu'elle offre encore d'obscurités à résoudre. Nous en prenons acte aujourd'hui comme d'un point de départ à des expériences et à des considérations qui, nous l'espérons, achèveront de lever tous les doutes, même ceux de M. Gibert.

J. GUÉRIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

III. GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE.

Ce journal (continuation d'IL GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI..... et d'IL MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA) renferme, dans ses quatre premiers numéros de 1851, les travaux originaux suivants : 1° *Empoisonnement par le tartre stibié; guérison*; par M. Borsani. 2° *Observations sur l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la médecine pratique*; par M. Namias. 3° *Hystérotomie vaginale*; par M. da Camino 4° *Études et procédé pour la préparation du valérianate neutre de bismuth*; par M. Galvani 5° *Nouvelles réflexions sur les fièvres intermittentes*; par M. Navarini. 6° *Exposé historico-critique des époques principales de la chirurgie et de ses progrès*; par M. Chiminelli. 7° *Considérations médico-philosophiques*; par M. Bottaui. 8° *Cas clinique*; par M. Callegari. 9° *De la colelithiase*; par M. Penolazzi.

HYSTÉROTOMIE VAGINALE; par M. DA CAMINO.

L'inspiration qui a conduit M. da Camino à la pratique dont il parle ici mérite d'être connue des praticiens. Elle pourra leur devenir utile dans quelques circonstances. Ayant affaire à une dame, devenue enceinte à un âge déjà un peu avancé, et qui, antérieurement à la présente grossesse, était atteinte des symptômes d'une affection utérine, il trouva le col dur, épaissi, comme calleux. Après un commencement de travail, les douleurs s'étaient suspendues, et la dilatation du col ne faisait plus aucun progrès. M. da Camino voulut essayer de forcer le passage; mais en portant le doigt dans l'orifice, et quoiqu'il procédât avec beaucoup de ménagement, il sentit qu'une déchirure assez profonde venait de s'opérer dans ce tissu comme friable du col; sa main fut à l'instant même inondée de sang. Craignant que le passage du fœtus n'agrandît cette solution de continuité jusqu'au corps du viscère, il fit, sans retirer la main, avec l'ongle du doigt resté en place, plus de vingt petites incisions sur toute la circonférence du col. Il fut alors facile d'appliquer le forceps, et l'accouchement s'accomplit sans autre difficulté.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Les nourrices et l'allaitement*; par M. P. Gamberini. (Exposé plus méthodique qu'original des règles à suivre pour le choix d'une nourrice, et sur sa conduite relativement à l'enfant qui lui est confié.) 2° *Nouvelle doctrine des fièvres, selon les principes de la restauration hippocratique en Italie*; par M. Fr. Giovanni. 3° *Sur une sécrétion extraordinaire de calculs biliaires*; par M. Zangolini. 4° *Sur un cas très-grave de* delirium tremens; par M. Dazin. 5° *Sur une monstruosité congénitale porticulière*; par M. Malaguti. 6° *Observations et réflexions sur les fièvres intermittentes de l'hôpital de Tolentino*; par M. Sorgoni. 7° *Sur l'utilité de la cautérisation de l'oreille dans l'ischialgie*; par M. Santopadre. 8° *Réflexions sur les maladies qui peuvent être produites par la gale répercutée*; par M. Gamberini. 9° *Moyen facile et économique d'administrer l'huile de foie de morue*; par M. Benedetti.

SUR UNE SÉCRÉTION EXTRAORDINAIRE DE CALCULS BILIAIRES; par M. ZANGOLINI.

Ce fait mérite vraiment l'épithète dont il est décoré, tant à cause de l'étonnante abondance des concrétions biliaires évacuées que de la constatation positive que le médecin a pu en faire lui-même.

OBS. — Un nommé Guardabassi, âgé de 50 ans, sanguin-bilieux, maigre, mais bien muscle, sensible et très-irascible, avait eu en 1825, après une violente fatigue suivie de refroidissement, une douleur très-vive à l'hypocondre gauche, avec fièvre, soif, toux, dyspnée, maladie qui fut caractérisée de *splénite aiguë*, et traitée par les sangsues, les émollients et les purgatifs.

Trois ans après, sans cause bien appréciable, il redevint malade comme la première fois, si ce n'est que la région du foie fut alors le siége de douleurs, qui s'étendirent à la clavicule et à l'épaule droite. De larges doses d'huile d'olive lui firent rendre une grande quantité de calculs biliaires, du volume d'un petit pois, les uns ovales, les autres anguleux, verdâtres et très-durs.

Depuis lors ce malade, malgré les divers traitements employés, ne parvint jamais à se débarrasser de ces symptômes. Tous les douze, quinze ou trente jours au plus, les mêmes phénomènes reparaissaient, accompagnés de violentes douleurs qui s'étendaient sympathiquement à l'estomac et aux intestins.

Enfin, en septembre 1850, Guardabassi retomba plus gravement malade. Visité par M. Zangolini, il accusait une vive douleur dans la partie moyenne et profonde de l'hypocondre droit, endolorissement général du bas-ventre, soif ardente, ptyalisme, perte d'appétit, vomissements de matières verdâtres, chaleur, pouls fréquent et serré, constipation, urines troubles et rouges; de plus, une dureté particulière au côté droit, très-sensible au toucher sous le rebord inférieur des fausses côtes.

Soupçonnant une accumulation de calculs biliaires, l'auteur ordonna un demi-bain, à la suite duquel on administra une forte dose d'électuaire lénitif. Dans la nuit même, le malade rendit un nombre de calculs dont le poids total égalait *deux livres*, sans compter ceux qui s'étaient perdus dans les selles. Quelques-uns étaient plus gros qu'un œuf de pigeon. Colorés en vert jaune, ils étaient recouverts d'une couche de mucus. Leur densité spécifique était moindre que celle de l'eau.

Malgré cette abondante évacuation, les symptômes décrits ci-dessus ne disparurent pas; ils allaient même en augmentant peu à peu, lorsqu'au bout de deux

jours, ayant pris quelques onces d'huile d'olive, il rendit une quantité égale de calculs, ce qui amena subitement un calme notable.

Le lendemain encore une nouvelle évacuation eut lieu, mais moins abondante. Ces derniers corps, presque tous pisiformes et lisses, détonaient lorsqu'on les cassait, et l'on trouvait à leur intérieur un noyau dur, blanchâtre, calcaire.

M. Angelo Fabbri, qui les analysa, les trouva composés de phosphate de chaux, de carbonate de chaux et d'acide urique.

Aujourd'hui le malade a quitté le lit, mais il conserve un certain malaise et une faiblesse générale qui l'abat et le rend inactif. On lui donne pour traitement les pilules de calomel et de savon médicinal.

RÉFLEXIONS SUR LES MALADIES QUI PEUVENT ÊTRE PRODUITES PAR LA GALE RÉPERCUTÉE ; par M. GAMBERINI.

La partie pratique de ce travail n'a rapport qu'à un seul point, que l'auteur expose ainsi :

Un homme affecté de la gale cherche à s'en débarrasser au plus vite; il emploie, dans ce but, une pommade, une lotion ou autres topiques semblables, qui détruisent en peu de temps l'éruption. Mais, dans quelques cas, la maladie cutanée ayant disparu, il se développe une autre affection, telle qu'une toux opiniâtre, suivie d'amaigrissement, des symptômes de consomption commençante, etc. On peut donc se demander : Le malade peut-il user sans danger des topiques qui procurent une prompte guérison? M. Gamberini pense qu'il est permis de répondre affirmativement à cette question, lorsque le malade se trouve dans les circonstances suivantes :

1° S'il s'agissait réellement de la gale, prouvée par la présence de l'acarus ;

2° Si la gale était circonscrite et seulement vésiculaire, parce que, lorsqu'elle est diffuse et compliquée de pustules et de croûtes, la répercussion de l'humeur qui y est contenue devient la cause des maladies dont nous avons parlé ;

3° Si la gale n'était pas associée à une autre affection cutanée ; car sa répercussion pourrait alors occasionner les désordres intérieurs qu'on impute à tort à la gale ;

4° Quand on veut user des topiques susmentionnés, il faut s'abstenir de ceux qui se composent de substances dangereuses, très-irritantes et d'une absorption facile.

MOYEN AISÉ ET ÉCONOMIQUE D'ADMINISTRER L'HUILE DE FOIE DE MORUE ; par M. BENEDETTI.

Malgré les divers véhicules qu'on a imaginés pour dissimuler la saveur nauséeuse de ce médicament, l'administration en est toujours tellement répugnante que l'on est privé par là d'un remède très-énergique ; car alors même que le malade parvient à surmonter son premier dégoût, il arrive bien rarement qu'il puisse continuer pendant un temps assez long et à des doses assez élevées.

Un progrès réel consiste dans l'emploi des capsules. Mais il n'y en a ni partout, ni surtout à la portée de toutes les fortunes, car pour avaler 30 grammes d'huile, le malade est forcé de consommer 48 capsules.

Pour parer à cet inconvénient, M. Benedetti a eu l'idée de faire avec l'huile de foie de morue une pâte en y ajoutant de la poudre d'amidon, ou mieux de la fécule d'arrow-root pulvérisé. On prépare de cette manière un opiat qu'on avale, enveloppé dans un morceau d'hostie mouillée. Seize de ces bols le matin et autant le soir suffisent au commencement. Plus tard, on a la ressource d'en augmenter le nombre, ou de les faire plus volumineux, car la déglutition en devient plus facile par l'habitude.

L'auteur a obtenu du remède ainsi préparé non-seulement une administration plus facile, mais encore des effets thérapeutiques remarquablement avantageux. S'il est vrai, dit-il pour l'expliquer, que l'efficacité de l'huile de foie de morue doive s'attribuer non-seulement à l'action de l'iode qu'elle contient, mais plutôt à sa propriété éminemment nutritive, il est positif que l'adjonction d'une fécule amylacée peut sensiblement augmenter cette dernière qualité.

— La forme d'opiat nous paraît, comme à M. Benedetti, d'un emploi effectivement beaucoup plus facile que les capsules. La seule objection qu'on lui puisse adresser est de nécessiter chaque fois une manutention assez délicate et un peu longue, à laquelle les occupations des malades ne leur permettent pas toujours de se livrer commodément. Mais on lève cette difficulté en préparant le matin le nombre de bols qu'on devra prendre dans la journée, et les enveloppant d'hostie. On les porte sur soi dans une boîte; et quelque part qu'on se trouve on n'a qu'à les faire détremper quelques instants dans de l'eau pour les ramollir et les rendre faciles à avaler.

V. GAZZETTA MEDICA LOMBARDA.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mort subite causée par une vive frayeur*; par M. Ferrarin. 2° *Bronchite aiguë générale*; par M. Casorati. 3° *Compte rendu sommaire de six extractions de calculs vésicaux*, pratiquées par M. Tenderini. (Cinq lithotomies et une lithotritie. Tous les opérés guérirent. Il faut noter que des cinq sujets taillés aucun n'était âgé de plus de 9 ans.) 4° *Du démembrement du fœtus dans l'intérieur de la matrice*; par M. Barbieri. (Deux faits, l'un de guérison, l'autre de mort, que l'auteur attribue à ce que l'on tarda trop avant de recourir à l'embryotomie.) 5° *Méningite rachidienne aiguë*; par M. Facen. 6° *Trois cas de tétanos traumatique guéri par le traitement antiphlogistique*; par M. Zuffi. (L'auteur ne fait pas moins de neuf saignées, chacune d'une livre, aidées de l'application de soixante sangsues.) 7° *De l'emploi du vésicatoire à la région épigastrique dans les fièvres périodiques*; par M. Brutti. 8° *De l'origine et des progrès de la médecine légale*; par M. Gandolfi. 9° *Mort subite par large rupture du cœur survenue à la suite d'une grande frayeur*; par M. Maffei. 10° *De quelques usages pharmaceutiques de l'acide tartarique*; par M. Casorati. 11° *Laryngo-trachéotomie pratiquée pour un corps étranger entré dans les voies aériennes; guérison*; par M. Corneo. (Le corps étranger était un petit caillou qui sortit de lui même dès que l'incision de la trachée fut terminée.) 12° *Faits pratiques de chirurgie*; par M. Petrali. 13° *Mélancolie religieuse avec accès de manie, fièvres intermittentes répétées, mort, désordres graves et imprévus du cœur et de l'encéphale*; par M. Verga. 14° *Névrose protéiforme cérébrale, à fond épileptique, persistant depuis six ans et rebelle à tout traitement*; par M. Quaglino. 15° *Hypérémie de la protubérance cérébrale, cause de frénésie, submersion et mort*; par M. Ferrario. 16° *Compte rendu du service clinique de M. Gherini en 1849-50*; par M. Fumagalli. 17° *Cas de luette bifide chez une femme enceinte*; par M. Ferrario. 18° *Sur l'usage et les effets médicinaux des eaux minérales de San Pellegrino*; par M. Lussana. 19° *Analyse chimique de l'eau saline ferrugineuse de Bellano*, exécutée par M. Ferrario. 20° *Mémoire pour l'histoire du choléra-morbus dans le royaume lombardo-vénitien pendant l'année 1849*; par M. G. Stramhio. 21° *Compte rendu des malades reçus dans la clinique médicale pendant les années 1849-50*; par M. Valsuani. 22° *Hernie crurale étranglée, herniotomie, fistule stercorale, guérison*; par M. Ferrario. 23° *Épilepsie guérie ou moyen de l'atropine, et caractère des phénomènes d'empoisonnement qui résultent de cet alcaloïde*; par M. Volonterio. 24° *Mort par une morsure de vipère*; par M. Agazzi. (Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui resta sans aucun secours après l'accident.)

DE L'EMPLOI DU VÉSICATOIRE A LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE CONTRE LA FIÈVRE INTERMITTENTE ; par M. BRUTTI.

Mû par un motif d'économie, le directeur de l'hôpital civil de Crémone engagea tous les médecins à essayer de substituer aux préparations de quinine contre la fièvre intermittente l'emploi d'un vésicatoire à l'épigastre. M. Brutti l'a appliqué chez un certain nombre de malades ; et jamais il n'a observé, à la suite, un amendement qu'on pût justement rapporter à l'effet de cette médication. Il a même remarqué que chez les individus nerveux, chez les femmes, le vésicatoire devenait une cause réelle de souffrance et les obligeait de rester au lit.

Donc, au point de vue médical, si l'on excepte les affections intermittentes qui auraient guéri par le repos, la diète et les autres conditions hygiéniques que réalise un séjour à l'hôpital, on doit conclure que le vésicatoire n'a pas une action qui lui permette de lutter contre le quinquina.

Même sous le rapport exclusivement économique, on n'hésitera pas à juger qu'il manque également son but, si l'on veut tenir compte des lenteurs qu'une médication aussi impuissante impose nécessairement à la cure.

CAS DE LUETTE BIFIDE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE ; par M. FERRARIO.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas est moins le vice singulier de conformation dont il offre l'exemple que la sympathie qu'il révèle par une nouvelle preuve entre la vitalité de l'utérus et celle des organes essentiels ou annexes de la phonation.

OBS. — Une dame qui avait déjà eu six grossesses, quatre simples et deux gémellaires, alternées les unes avec les autres, avait remarqué que, lors des premières, elle n'éprouvait aucun symptôme du côté de la bouche, à part une tumeur sanguine qu'elle eut une seule fois sous la membrane muqueuse de la voûte palatine. Au contraire, dans les deux gestations doubles, il survint, à partir du troisième mois, des signes d'une véritable angine, c'est-à-dire rougeur et tuméfaction des tonsilles et du voile du palais, avec un tel développement de la luette que la déglutition était gênée et la respiration menacée. Le médecin qui la traitait employa dans ces deux circonstances la méthode antiphlogistique largement appliquée (dix saignées et un nombre considérable de sangsues, des fric-

tions stibiées au cou, les gargarismes astringents). Mais nonobstant cette médication énergique, la maladie persista presque avec la même intensité jusqu'au moment de l'avortement, qui eut lieu du cinquième au sixième mois. Aussitôt après ces graves désordres se dissipèrent comme par enchantement.

En juin 1850, cette dame devint enceinte de nouveau, et elle demeura bien portante jusqu'au 27 septembre. Ce jour, elle fut, vers le soir, prise presqu'à l'improviste des symptômes accoutumés ; elle passa la nuit assise et appuyée sur des coussins, avec des vomissements et des étouffements continuels. Le matin, M. Ferrario appelé la trouva la face rouge, presque livide, yeux saillants et injectés, les amygdales et le voile palatin rouges et gonflés. La luette, longue de 20 lignes, large de 7 à 8, grosse de 2 à 3, divisée en deux, à sa partie inférieure, dans l'étendue de 4 à 5 lignes, était rouge, tuméfiée, et paraissait œdémateuse. Elle tombait dans le gosier et causait de forts accès de toux, ainsi que de vomissements. Quand la toux la chassait sur la langue, dont elle dépassait la moitié, alors la respiration devenait momentanément un peu plus libre ; mais bientôt elle fuyait derechef vers le gosier, et la dyspnée, la toux et les nausées reparaissaient aussitôt. Anxiété, déglutition et prononciation extrêmement embarrassées.

En présence de cet état si grave, M. Ferrario pratiqua une large saignée. Peu d'heures après, il se décida à faire l'excision de la luette. Immédiatement après cette opération, qui fut d'une exécution facile, la dyspnée, la toux et les nausées cessèrent, et la malade, grâce à l'emploi des gargarismes astringents et à une application de huit sangsues qui fut faite le lendemain, revint à la santé et put terminer sa grossesse sans nouveaux troubles.

Avertis par la ressemblance de ces symptômes avec ceux qui jusque-là avaient marqué les grossesses doubles, la malade et ses parents s'attendaient à recevoir deux jumeaux ; ils furent donc au comble de l'étonnement lorsque, le 10 mars 1851, elle mit au monde un seul enfant.

— L'auteur donne de la bizarrerie de ce phénomène, tantôt manquant, tantôt apparaissant malgré toutes les prévisions, la seule explication possible, en faisant remarquer que la grossesse ne suscite jamais les mêmes désordres chez la même femme, et ne doit par conséquent point éveiller nécessairement et toujours les mêmes sympathies. Qu'une gestation double provoque plus d'irritabilité utérine, c'est ce qu'il ne semblera à personne difficile d'admettre ; mais on comprendra également que mille circonstances diverses, imprévues, ne se révélant même par aucun autre effet appréciable, peuvent développer le même degré de susceptibilité de la matrice, et par suite les mêmes perturbations sympathiques, dans la région où elles se montrent de préférence, et notamment ici dans la luette.

MORT SUBITE PAR LARGE RUPTURE DU COEUR, SURVENUE A LA SUITE D'UNE GRANDE FRAYEUR ; par M. MAFFEI.

OBS. — Un jeune homme de 20 ans, sain et robuste, s'occupait, le 15 novembre 1850, avec d'autres personnes, à précipiter des troncs d'arbre du haut d'une montagne dans un ravin profond. Surpris par un arbre qu'il n'eut pas le temps d'éviter, il fut renversé et alla rouler dans le précipice. Il respira encore quelques minutes, privé de sentiment, et mourut.

La cause de la mort étant importante à vérifier, on fit l'autopsie au bout de quarante heures. Il n'y avait pas de fracture au tronc ni aux membres. On ne trouva rien à l'extérieur, si ce n'est une excoriation, n'intéressant que l'épiderme, sur la pommette gauche, une autre semblable au bras gauche, sous l'insertion deltoïde, et une autre à la région lombaire gauche. Quelques excoriations plus petites étaient éparses çà et là, surtout à la partie postérieure du tronc.

Le crâne et les parties qu'il contient n'offrent aucune altération.

Ayant enlevé la paroi antérieure thoracique, on trouva tous les viscères qu'elle renferme comme pétris d'un sang dense et noir, et un épanchement abondant de ce même liquide dans la partie droite de cette cavité. Le péricarde, à droite, était déchiré dans l'étendue de 2 pouces. Le cœur offrait aussi une rupture transversale ; il était, du reste, bien conformé, d'un volume ordinaire et sans altération de texture. Ses fibres avaient leur consistance ordinaire. Les valvules étaient également exemptes de ramollissement, ossifications, ulcérations, dilatation.

La rupture intéressait toute la substance du viscère, y comprise la cloison, ainsi que les diverses cordes tendineuses du ventricule gauche ; elle commençait au devant de l'appendice auriculaire droit, et se dirigeait en avant et en bas, de manière à atteindre le bord postérieur 1 pouce plus bas que le lieu de son commencement, de là en arrière et en haut, et finissait sur l'appendice sur le même niveau que celui d'où elle était partie. La rupture était nette et régulière, offrant tout au plus les inégalités qu'on trouve sur un morceau de pain rompu avec la main.

Au bord droit et antérieur, on trouva une autre fente longitudinale, d'un pouce de dimension, et pénétrant dans l'intérieur de la cavité.

Poumons très-sains. Les pièces osseuses de la poitrine sont intactes. L'abdomen est aussi à l'état normal, à part un épanchement de sang provenant de celui du thorax, qui s'est fait jour dans cette cavité par les trous du diaphragme.

Considérant que nulle lésion importante des parois thoraciques n'a été trouvée chez cet individu, l'auteur en conclut que la rupture du cœur n'a pas été due à une cause traumatique : il l'attribue à l'accumulation brusque du sang dans les cavités droites. Chassé de la périphérie du corps par l'effet de la frayeur, ce liquide se sera d'autant plus aisément amassé en excès dans le cœur que ce viscère avait aussi simultanément suspendu ses contractions sous l'effet de la même impression morale.

— Une circonstance du fait précédent nous paraît peu susceptible de s'expliquer par cette version : c'est la déchirure du péricarde. Certes, une fois les parois cardiaques rompues, la circulation de retour a dû être instantanément suspendue, et l'on ne comprend guère comment une nouvelle quantité de sang aurait pu s'accumuler encore en assez grande abondance pour détruire la continuité de l'enveloppe fibreuse.

P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

INFLUENCE DU NERF SYMPATHIQUE SUR LA PUPILLE.

M. WALLER (de Bonn) soumet à l'Académie la troisième partie des recherches qui lui sont communes avec M. Budge sur la pupille.

L'irritation locale de l'œil leur a fourni quelques résultats intéressants comme démontrant la grande influence de l'état de sensibilité commune plus ou moins parfaite de cet organe à l'exclusion de la sensibilité spécifique.

Sur un animal vivant, l'effet constant de l'irritation galvanique de l'œil est la contraction qui dure plus ou moins longtemps, suivant les différents animaux. Sur des lapins, la contraction de la pupille se produit après une irritation très-courte, telle que celle produite par quelques tours d'une machine à rotation de force médiocre. La contraction, dans ce cas, ne se produit pas immédiatement, mais seulement quelques minutes après que l'irritation est enlevée et dure ensuite souvent plus d'un quart d'heure.

Sur les grenouilles, l'intervalle entre la galvanisation et la contraction est encore plus longue et s'élève souvent à un quart d'heure. La contraction qui se produit est aussi d'une nature plus permanente, restant une heure ou deux et souvent plusieurs heures.

L'effet de l'éthérisation sur la pupille du lapin comme sur l'homme est variable, mais en général il se produit une dilatation. Si l'on y applique en même temps le galvanisme, on observe, si l'animal est encore susceptible de sentir de la douleur, que la pupille se contracte par son influence, mais s'il est complétement insensible que l'irritation ne produit aucun changement de la pupille.

Sur un animal récemment tué, en galvanisant l'œil, on produit une dilatation considérable de la pupille, comme il a été démontré par M. Weber. Cet effet se produit aussi longtemps que l'irritabilité musculaire est très-grande. Plus tard, la dilatation ne se fait plus d'une manière générale, mais se produit seulement sur les parties de l'iris les plus irritées. Ainsi, lorsque les deux pôles sont placés à deux points diamétralement opposés de la cornée, la pupille devient un ellipse régulier avec son grand diamètre sur la ligne des deux pôles. En variant la position des pôles, on peut à volonté produire ainsi un ellipse dont le grand diamètre est vertical, horizontal ou oblique. Lorsqu'un des deux pôles est placé beaucoup plus loin du bord de l'iris que l'autre, la plus grande contraction se fait près du plus prochain pôle, et la pupille devient d'une figure irrégulière. La dilatation de l'iris, dans ces cas, paraît dépendre de l'irritation musculaire, car elle se produit de la même manière lorsque l'œil a été enlevé ; celui-ci peut même être vide de ses humeurs, le cristallin retranché aussi bien que la sclérotique et la cornée, et cependant le galvanisme produira le même effet sur l'iris.

Au moyen des expériences précédentes, nous pouvons distinguer plusieurs degrés dans la contraction des muscles de l'iris. Le premier, qui est celui de la contraction ; le deuxième, celui de la neutralité ou de l'immobilité ; le troisième, où il y a dilatation ; et le quatrième, où il n'y a que dilatation partielle.

Sur les mammifères, on ne peut jamais produire que les deux premiers pendant la vie, mais sur la grenouille, même pendant la vie, on peut en obtenir trois, celui de contraction, celui d'immobilité et enfin celui de dilatation. Pour produire ce dernier, il faut porter l'action de l'éther jusqu'à l'insensibilité complète. Les seuls phénomènes vitaux visibles sont de légers battements de cœur très-lents et irréguliers. L'animal ne se rétablit de cet état qu'après une heure ou deux. Après la destruction complète du cerveau et de la moelle épinière sur la grenouille, le galvanisme produit encore la dilatation de la pupille.

Sur les lapins comme sur les autres mammifères, la cessation de la respiration pendant quelques instants est mortelle. La transition rapide de la vie à la mort est immédiatement accusée au moyen des pupilles, qui restent immobiles pendant que l'insensibilité est complète, mais qui se dilatent au moyen de l'irritation galvanique aussitôt que la mort a lieu ; quelques secondes suffisent pour la transition d'un degré à l'autre.

Dans les oiseaux où les muscles de l'iris sont striés, le galvanisme produit toujours la contraction de la pupille après la mort. Cette contraction se produit également si l'œil est enlevé, s'il est vide de ses humeurs, et même lorsque l'iris est complétement séparé des autres parties de l'œil.

Après la section et la désorganisation du sympathique cervical, l'action dilatante de la belladone est la même, prouvant que l'augmentation de la pupille ne dépend pas, dans ce cas, d'une influence du narcotique sur le sympathique, comme on l'a supposé.

Après la section et la désorganisation du sympathique, l'action galvanique sur

l'œil reste la même, mais après la section de la cinquième paire, soit au-dessus, soit au-dessous du ganglion, l'irritation galvanique de l'œil produit la dilatation au lieu de la contraction, comme auparavant. Au moyen de cette expérience, on peut obtenir sur un œil les mêmes phénomènes qu'après la mort, tandis que l'autre produit son effet ordinaire.

Après la section d'une des moitiés latérales de la moelle allongée, on produit sur l'œil du même côté les mêmes phénomènes qu'après la division du tronc de la cinquième paire. Après cette demi-division, on obtient aussi la dilatation de la pupille par le galvanisme.

Récemment, ajoute l'auteur, M. Budge et moi avons eu l'occasion de vérifier sur l'homme la plupart des observations que nous avons faites sur le sympathique des animaux.

Sur un homme qui fut guillotiné le 12 décembre, nous avons, immédiatement après la décapitation, découvert le cordon du sympathique qui restait, et le galvanisme a produit immédiatement sur la pupille qui était contractée, une dilatation au plus grand degré. Après que la cause irritante au cou fut enlevée, la pupille revint graduellement à son état premier. Après avoir répété cette expérience maintes fois, toujours avec le même effet, nous avons exposé le nerf moteur oculaire commun. Sur celui-ci, la contraction n'a pas été moins manifeste que la dilatation au moyen du sympathique. Avec la contraction, il se produit en même temps l'adduction du globe oculaire, mais nous n'avons point observé cette rétraction vers le fond de l'orbite, comme cela se voit sur le chien et le chat.

La galvanisation du trijumeau ne nous a donné aucun résultat sur le ganglion de Gasser, et en arrière de lui, mais antérieurement au ganglion, lorsque l'action du cordon du sympathique et du premier ganglion cervical avait cessé, il s'est produit une dilatation de la pupille. Nous avons observé cet effet environ une demi-heure après la mort; à cette époque, le nerf oculo-moteur avait cessé de produire aucun effet sur la pupille. En même temps qu'il se produisit une dilatation de la pupille, il se fit à chaque application des pôles sur le tronc du trijumeau une forte action de la mâchoire inférieure avec claquement des dents.

L'irritation locale de l'œil, à cette époque, causait d'abord une contraction de la pupille qui fut immédiatement suivie de sa dilatation, suivant la direction du courant, de manière à former un ellipse allongé.

Ces derniers effets se produisaient encore lorsque nous avons cessé nos expériences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend cinq lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un rapport de M. Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château Chinon sur l'épidémie de scarlatine angineuse qui a régné dans la commune de Fretey (Nièvre). (Comm. des épidémies.);

2° Un certificat de puisement et diverses pièces explicatives et une caisse contenant des échantillons d'eau minérale provenant d'une source sise au Roucas-Blanc, commune de Marseille (Comm. des eaux minérales.)

3° Un échantillon de remède pour les cors aux pieds. (Comm. des remèdes secrets.)

4° Une formule de remède secret. (Même comm.)

— M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de décembre dernier.

— M. Dezanneau (de Montevrault) adresse quelques réflexions au sujet du rapport de M. Renault sur la rage. (Renvoyé à M. Renault.)

— M. Picard (de Louviers, adresse un rapport sur le choléra épidémique qui a régné à Louviers en 1849. (Comm. du choléra.)

— M. Carron du Villards, à la Havane, adresse une histoire remarquable de tumeur éléphantiasique de la paupière supérieure enlevée sur un indien de Cuba. (Comm. : MM. Velpeau et Gerbert.)

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Girard, l'un de ses membres fondateurs. Une députation de l'Académie a assisté à ses funérailles. Aucun discours n'a été prononcé pour obéir à la volonté qui en avait été exprimée dans le testament de M. Itard.

— La parole est à M. Chailly sur la question de l'application du forceps au détroit supérieur.

MÉTHODE NOUVELLE D'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

M. Chailly. Je demande la permission à l'Académie de revenir sur l'argumentation de M. Dubois, que je ne puis laisser sans réponse. Le procédé de M. Hatin se compose de deux temps : le premier consiste à introduire la main dans l'utérus afin de guider plus facilement l'application du forceps. Ce conseil n'a pu être donné que pour les personnes peu exercées, et ce sont, sans contredit, les plus nombreuses; tel est le but que M. Hatin s'est efforcé d'atteindre. M. Dubois a dit que ce procédé n'était pas nouveau, qu'il était connu de tout le monde. Il n'est inscrit nulle part, partout c'est le même précepte que l'on voit formulé, soit qu'il s'agisse d'appliquer le forceps au détroit inférieur ou au détroit supérieur.

Le second temps de l'opération de M. Hatin consiste à imprimer à la main un mouvement de rotation pour la porter du point de l'utérus où elle a été introduite sur le point opposé. M. Dubois trouve cette manœuvre difficile et dangereuse. On évite au contraire par là la difficulté et les douleurs d'une réintroduction de la main. Si M. Dubois avait expérimenté ce procédé, je suis persuadé qu'il ne l'aurait pas trouvé difficile. Du reste, pour répondre à ces objections, je soumettrai à l'Académie quatorze observations d'application de forceps faites par ce procédé.

M. Malgaigne. Il paraît que ce j'ai dit, lors de la discussion du rapport de M. Chailly, a été mal compris par M. Dubois; j'ai besoin d'expliquer aujourd'hui ma pensée. J'ai dit que dans les grands établissements destinés aux accouchements, les femmes ne recevaient pas les mêmes soins que dans la pratique civile. M. Dubois a cru comprendre par là que je voulais jeter une pierre dans son jardin. Il s'est trompé. Si j'avais eu le temps de développer ma pensée, il aurait vu que c'était de ma propre pratique que je voulais parler. J'ai été chargé, pendant quatre années, à l'hôpital Saint-Louis du service de maternité. Il est évidemment impossible au chef de service de faire lui-même les accouchements. Il y a au-dessous de lui des internes qui sont spécialement chargés de ce soin. Ces internes, généralement très-peu expérimentés en matière d'accouchement, négligent trop souvent d'appliquer le forceps, laissent se prolonger le travail au delà du temps convenable; de là des accidents et l'accroissement de la mortalité. A la Maternité, sans doute, il y a à la tête du service des personnes très-expertes, mais il s'y fait en moyenne deux accouchements par jour; il est impossible que les chefs de service y suffisent : ce sont des subalternes qui en sont chargés. Il en est de même, si j'en suis bien informé, à la Clinique. Il y a là aussi une maîtresse sage-femme fort habile; mais si j'en crois ce que m'a rapporté M. Cazeaux, elle ne se dérange pas la nuit, et s'il devient nécessaire de faire une application de forceps, c'est encore à des personnes inexpérimentées que revient ce soin. De là les mêmes inconvénients qu'à l'hôpital Saint-Louis et dans tous les établissements d'accouchements. J'insiste donc sur ce point, que la plus grande mortalité que l'on observe dans tous ces établissements tient à ce qu'on laisse le travail se prolonger trop longtemps, et qu'on n'applique pas assez souvent le forceps. Du reste, M. Dubois l'a dit lui-même dans son article sur la fièvre puerpérale; et dans une conversation particulière que nous avons eue à la Faculté, il est convenu avec moi qu'il appliquait plus souvent le forceps en ville qu'il ne le fait à la clinique. Il résulterait donc de cet aveu que le professeur d'accouchement n'ose pas donner à ses élèves le précepte qu'il suit lui-même dans sa pratique particulière. Ce n'est pas ainsi que je comprends les devoirs du professeur.... Moi, professeur de médecine opératoire, lorsqu'il s'agit d'opérations beaucoup plus graves qu'une application de forceps, je pose les indications, et je dis hardiment à mes élèves : Quand vous rencontrerez ces indications, agissez.

L'une des causes qui contribuent le plus au développement de la fièvre puerpérale, c'est le refroidissement. Il y a à cet égard une grande parenté entre l'origine de la fièvre puerpérale et celle de la fièvre traumatique. Les accouchées, chaudement couvertes, n'ayant personne pour les assister dans leurs besoins, se découvrent, prennent froid; de là la fièvre. Il en est de même pour les blessés. S'il en est ainsi, il faut empêcher les femmes de se refroidir, et lorsqu'elles ont déjà subi l'impression du froid, chercher à rétablir la transpiration supprimée. En agissant de cette manière, j'ai obtenu de très-beaux résultats.

M. Malgaigne cite à l'appui de son assertion une statistique de laquelle il résulte que tandis que la mortalité était de 1 sur 15 l'année qui avait précédé son entrée dans le service, elle n'était plus que de 1 sur 93 lorsqu'il l'a quitté.

M. P. Dubois. Je n'ai pas l'intention de répondre à l'argumentation de M. Malgaigne, par la raison que la question qu'il vient de soulever est très-grave, très-difficile, et qu'elle exigerait des renseignements et un temps que je n'ai pas à ma disposition. Au fond, son argumentation se réduit à deux points principaux. La plus grande mortalité des établissements consacrés aux accouchements est-elle le résultat de causes épidémiques, ou bien provient-elle de ce qu'on n'y fait pas assez souvent usage du forceps? Tel est, à ce qu'il me paraît, les termes de la question. M. Malgaigne fait jouer un très-grand rôle à la prolongation du travail. Cette opinion est en contradiction flagrante avec ce qu'ont dit tous les auteurs qui font autorité en matière d'accouchement. Tous ont reconnu que c'est à l'encombrement des femmes dans les salles d'accouchement qu'il fallait attribuer cet excès de mortalité; mais ils ont admis à côté de cette circonstance le concours d'une cause extérieure, plus générale, qui n'est pas exclusive aux maisons d'accouchements; car elle se fait voir tous sentir aussi aux mêmes époques au dehors : je veux parler de l'influence épidémique. C'est à cette cause qu'il faut attribuer cette grande mortalité.

Quant à la prolongation du travail, c'est, passez-moi la vulgarité du mot, pour un homme du métier une expression trop vague. Que faut-il appeler prolongation du travail? Il aurait fallu distinguer la prolongation, qui n'est que le résultat du ralentissement des contractions utérines, et qui ne demande que du temps, de celle qui reconnaît pour cause des vices de conformation du bassin. Celles-ci seules peuvent entraîner des conséquences graves et nécessitent l'intervention active de l'art. Donner le nom de prolongation à la durée plus ou moins longue des douleurs, c'est dire une chose vague.

Quant à la statistique qu'invoque M. Malgaigne en faveur de la méthode qu'il a appliquée à l'hôpital Saint-Louis, je ne vois pas en quoi elle est plus favorable que celle des autres établissements, et le serait-elle en effet, il ne faudrait pas que M. Malgaigne s'en attribuât le mérite; il faudrait pour cela que la diminution de la mortalité eût été constatée pendant plusieurs années consécutives; car les épidémies de fièvre puerpérale ne se produisent pas tous les ans, et il pourrait bien se faire que, pendant l'année où il a obtenu un chiffre favorable, ce résultat n'eût d'autre cause réelle que l'absence d'épidémie.

Que M. Malgaigne me permette encore de lui dire qu'il a un peu abusé d'une conversation confidentielle. L'Académie comprendra très-bien que si j'ai dit à

M. Malgaigne que j'appliquais le forceps un peu plus souvent en ville que je ne le fais à l'hôpital, il peut y avoir une raison pour que j'agisse ainsi. En effet, dans la pratique civile, on rencontre beaucoup plus souvent des femmes qui expriment les douleurs avec une extrême vivacité, et indépendamment de la nécessité où l'on se trouve quelquefois de mettre un terme à des douleurs intolérables, le spectacle pénible qui en résulte pour la famille, est souvent aussi une raison déterminante à laquelle il n'est pas toujours possible à l'accoucheur de se soustraire. Mais si, dans ma pratique particulière, j'ai cru devoir quelquefois céder à ces considérations, j'ai toujours pensé que, dans la pratique des hôpitaux, ce serait donner un mauvais exemple aux élèves que d'appliquer le forceps hors les cas où son emploi est formellement indiqué.

M. Gerdy, tout en admettant l'influence épidémique qui résulte, d'ailleurs, pour lui de causes complexes, ne doute pas que les efforts d'un travail très-prolongé ne soient une des causes les plus communes de la mortalité des femmes en couches. M. Gerdy saisit cette occasion pour montrer à l'Académie le forceps à cuillers raccourcies qu'il a fait faire pour en faciliter l'application dans les cas de raccourcissement et de vice de conformation du bassin.

M. Moreau. La statistique de M. Malgaigne ne me paraît nullement concluante; elle repose sur des unités trop dissemblables pour que l'on puisse en rien déduire. M. Malgaigne a beaucoup insisté, ainsi que M. Gerdy, sur l'influence de la prolongation du travail sur le développement de la fièvre puerpérale. Ce n'est pas là la cause de cette fièvre; la vraie cause de la fièvre puerpérale, c'est l'influence épidémique ainsi que vient de le dire M. Dubois. Il suffit quelquefois, pour faire naître ces épidémies, d'un passage brusque du chaud au froid ou du froid au chaud. J'en ai vu un exemple remarquable pendant un été très-chaud, où la température s'étant brusquement abaissée à la suite d'un violent orage, il se manifesta immédiatement après une épidémie de fièvre puerpérale. Quant à l'influence de la prolongation du travail sur le développement de cette affection, rien n'est moins démontré. J'ai vu, pendant la durée de ces épidémies, des femmes en être frappées mortellement après un accouchement des plus faciles et des plus prompts, tandis que d'autres, au contraire, qui avaient eu des accouchements très-laborieux, et auxquelles on avait été obligé d'appliquer le forceps, échappaient à son influence. Je n'accepte pas non plus les principes de MM. Gerdy et Malgaigne touchant l'usage du forceps. J'ai la conviction, contrairement à leur opinion, que les praticiens sont généralement beaucoup trop enclin en ville à se servir du forceps.

Quant au précepte relatif à l'introduction de la main dans l'utérus pour appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur, que M. Chailly dit être inscrit ou le part, il est formulé dans un passage de Baudelocque, mais avec cette différence que Baudelocque conseille d'introduire les doigts seulement et non la main toute entière entre le col de l'utérus et la tête de l'enfant.

M. Piorry dit quelques mots sur l'absorption des matières putrides qui sont, suivant lui, la cause unique de la fièvre puerpérale et sur la nécessité d'en prévenir les effets au moyen d'injections et de lotions abondantes.

M. Gibert s'élève avec force contre la conclusion que M. Malgaigne a prétendu déduire de la statistique. C'est là, suivant lui, une hérésie qu'on ne peut laisser passer devant une académie.

M. Bérard : Je ne saurais non plus laisser passer une proposition de M. Malgaigne, que je considère comme très-dangereuse, savoir que la fièvre puerpérale reconnaît pour cause un refroidissement et que c'est au frisson qu'éprouvent les femmes lorsqu'elles viennent à se découvrir qu'il faut attribuer le développement de la maladie. Mais ce frisson qu'elles éprouvent est le début même de la maladie et non sa cause. Loin de redouter l'action de l'air dans ce cas, on ne saurait trop au contraire chercher à le renouveler autour des accouchées. J'ai toujours été péniblement affecté en entrant dans les salles d'accouchement de la haute température qui y règne, et j'ai souvent dit à M. Dubois : Ayez le courage de faire ouvrir les croisées et vous verrez cesser l'épidémie. Je me rappelle avoir vu dans l'établissement dirigé autrefois par M. Chevreul, le père de l'illustre académicien, une épidémie de fièvre puerpérale cesser sous la seule influence de la translation des femmes dans un étage supérieur mieux aéré que celui qu'elles occupaient auparavant.

M. Gerdy revient sur le procédé de M. Hatin dont il s'efforce de faire ressortir les avantages, et il demande à M. Dubois pourquoi il ne l'a point expérimenté.

M. Dubois : Le procédé en question n'a pas été expérimenté par moi ; en voici la raison : si l'on disait à M. Gerdy : vous faites habituellement l'opération de la cataracte avec la main droite pour l'œil gauche et avec la main gauche pour l'œil droit. Changez de méthode et opérez de la même main sur les deux yeux. M. Gerdy se tiendrait-il comme obligé de changer sa méthode?... (M. Gerdy : Mais ce que dit là M. Dubois n'est pas possible.) Le cas ici est le même. Le procédé dont il s'agit est destiné aux cas difficiles où avec l'habitude que j'ai du forceps j'éprouve déjà des difficultés pour l'introduire. Or quand on vient me proposer un procédé plus difficile encore, je ne me crois pas obligé de l'employer. L'introduction de la main entière est en effet difficile, et j'ajoute inutile. L'introduction de quelques doigts pour soulever l'orifice utérin, et faciliter l'introduction du forceps est suffisante, la main entière est inutile. S'il s'agissait d'un bassin bien conformé, je comprendrais à la rigueur, vu la hauteur où se trouve placé l'orifice, qu'on introduisît la main ; mais remarquez qu'il s'agit ici de cas où le bassin est vicié, rachitique, et presque toujours plus court qu'à l'ordinaire. La principale raison en un mot qui me fait repousser cette pratique, c'est qu'elle est inutile.

M. Danyau : J'ai eu recours trois fois au procédé de M. Hatin, mais dans l'unique but de faire une application plus régulière du forceps qu'il n'est possible de le faire ordinairement au détroit supérieur. Je dois dire que je n'ai pas rencontré de grande difficulté à introduire les branches du forceps, mais le but que je me proposais n'a pas été atteint ; je n'ai pas pu parvenir à appliquer comme je le voulais les branches régulièrement sur les parties latérales de la tête de l'enfant. De sorte que si le procédé ne m'a pas paru difficile dans son application, je dois avouer qu'il ne m'a pas non plus paru utile.

M. Chailly : Je comprends que M. Danyau ait été déçu s'il a cru pouvoir appliquer régulièrement le forceps au détroit supérieur. Cette application n'est pas possible régulièrement.

La discussion est close.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Henry pour des rapports officiels.

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales un rapport et analyse au sujet de l'eau minérale du lac Villers, commune de Besançon (Doubs).

L'eau du lac Villers, d'après l'analyse, appartient au groupe des eaux dites ferrugineuses, crénatées, et vient se ranger à côté de celles de Forges en Normandie. En raison de cette ressemblance de composition chimique, la commission croit qu'on peut leur attribuer des propriétés médicales analogues, et elle propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder au propriétaire l'autorisation de l'exploiter. (Adopté.)

— M. Henry lit un second rapport sur l'eau de Coise (Savoie), dont on demande l'introduction en France en franchise des droits de douane.

L'eau de Coise est principalement minéralisée par le bicarbonate de soude accompagné de bicarbonate calcaire, magnésien, ammoniacal, puis par des silicates, des chlorures, des iodures et même des bromures; c'est donc une eau alcaline sensiblement gazeuse iodurée et non bromurée.

Quoique l'eau de Coise soit très-bonne par sa nature, son introduction en France ne saurait, de l'avis de la commission, apporter aucun avantage à la thérapeutique, et elle viendrait en outre faire concurrence à nos produits nationaux.

La commission propose, en conséquence, de répondre au ministre qu'il n'y a pas opportunité à accorder l'autorisation d'introduire en France l'eau de Coise en franchise des droits de douane, ainsi que la demande en est faite. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAVAUX D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUES EXÉCUTÉS EN BELGIQUE. Rapports adressés à M. le ministre de l'intérieur par M. le docteur Sauveur. — 1851.

COMPTE RENDU DU CONGRÈS D'HYGIÈNE PUBLIQUE TENU A BRUXELLES EN SEPTEMBRE 1851.

Le mouvement naturel de la société moderne la porte chaque jour davantage vers le perfectionnement de l'hygiène publique. Il a été accompli en ce genre depuis un demi-siècle, principalement dans l'Europe occidentale, des progrès considérables, et l'on peut dire, même en présence de besoins encore nombreux, que la santé publique a bénéficié sérieusement du travail de rénovation qui a modifié, sous tant de rapports, les conditions de l'humanité. On se tromperait beaucoup si l'on croyait pouvoir rapporter ce bienfait au seul avancement des sciences naturelles. L'hygiène a sans doute acquis avec le temps des principes plus certains, des procédés plus nombreux, mieux entendus, plus efficaces; elle est aujourd'hui en mesure de mieux répondre aux exigences de la salubrité. Mais ce n'est pas de son état d'imperfection qu'est jamais venu le plus grand obstacle aux améliorations; elle a toujours pu plus qu'elle n'a voulu. Le véritable mobile des progrès de l'hygiène pratique a été le progrès de la civilisation, et simultanément la notion plus parfaite de l'égalité civile, le sentiment croissant de la dignité humaine. On ne s'est réellement préoccupé du bien-être du peuple, de sa santé, de l'éducation de sa nature physique et morale, que du moment où l'on a compris tout ce que vaut la vie à tous les degrés de l'échelle sociale. Aussi les améliorations de cet ordre ont-elles paru, le plus souvent, moins un bienfait de la science qu'une conquête populaire, et sont-elles d'ordinaire le premier don des victoires politiques.

L'hygiène publique, chez nos voisins, a eu ce singulier bonheur de pouvoir travailler d'une manière continue, au milieu d'une sécurité profonde, au développement de ses institutions et à l'extension de ses applications pratiques. Comités locaux de salubrité et conseil supérieur d'hygiène siégeant au ministère de l'intérieur; attribution aux commissaires-voyers de la direction et de la surveillance des travaux d'assainissement effectués dans les communes; inspection générale du service de santé civile; envoi de circulaires, d'instructions, de projets de règlement concernant la santé publique et servant de base à de nombreux règlements locaux; conditions mises par le gouvernement à l'obtention de subsides demandés par les administrations locales; tel est le mécanisme dont la Belgique est en posses-

sion depuis longtemps: mécanisme dont toutes les parties s'harmonisent et se fortifient mutuellement, et qui surtout a eu, depuis son institution, le mérite peu commun de fonctionner activement.

C'est à l'une de ces dispositions que l'on doit le rapport de M. Sauveur, et c'est ce rapport qui a été l'une des occasions du congrès. M. Sauveur, en sa qualité d'*inspecteur général du service de santé civile*, a rendu compte à l'administration supérieure des travaux d'hygiène exécutés en Belgique depuis deux ans et des résultats obtenus. De ce travail, joint aux rapports des comités locaux, à ceux des agents-voyers et à une brochure officielle contenant un aperçu général des mesures administratives adoptées ou proposées depuis quelques années dans l'intérêt de la santé publique, il ressortait la nécessité d'améliorer encore sur beaucoup de points la situation hygiénique des communes. Afin d'arriver vite et sûrement à ce résultat, M. le ministre de l'intérieur conçut l'idée d'un congrès d'hygiène publique, dont il confia l'organisation au conseil supérieur. Ce congrès, auquel avaient été appelés des délégués des comités des communes de 5,000 âmes et au-dessus, des délégués des commissaires-voyers, des médecins réputés pour leurs connaissances spéciales, a eu lieu en effet les 22 et 23 septembre 1851, sous la présidence de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé des armées.

Nous ne pouvons analyser le rapport de M. Sauveur, ni le compte rendu du congrès. Comment suivre le rapport dans ses détails sur les travaux d'assainissement exécutés ou réclamés à Anvers, à Berchem, à Lillo, à Louvain, à Tirlemont, à Bruges, à Courtrai, à Ostende, à Ypres, à Zwyndrecht, sous le rapport multiple du régime des eaux, des égouts, des voiries, du pavage, des habitations publiques et privées, etc.? Comment donner idée des développements et intervenir dans des discussions dont les éléments sont purement locaux, et concernent, par exemple, les ressources des communes, la disposition d'une rue, d'un impasse, d'une maison? Pour ce qui est du congrès, nous pouvons au moins en définir le but et en apprécier la portée.

La mission expresse des délégués était, aux termes du programme arrêté en conseil supérieur, « de se concerter sur les mesures qu'il conviendrait de prendre pour assurer l'exécution successive de tous les travaux d'assainissement dont la nécessité serait constatée, et pour garantir l'utile emploi des ressources locales et des subsides affectés à ces travaux. » Cette indication générale se résolvait en cinq questions :

1° Quels sont les travaux d'assainissement qu'il importe d'exécuter successivement et par ordre d'urgence, dans les villes et dans les campagnes? — Quels sont les obstacles qui peuvent s'opposer à ces travaux? — Quels seraient les moyens de surmonter ces obstacles et de favoriser l'exécution des mesures hygiéniques reconnues nécessaires?

2° Quels seraient les mesures à prendre pour déterminer et, au besoin, pour contraindre les administrations communales à exécuter les travaux d'assainissement dont la nécessité serait reconnue?

3° Quelle serait l'utilité d'une loi d'hygiène publique qui tracerait à cet égard les devoirs de l'administration et les obligations des propriétaires et des locataires?

4° A l'aide de quel mode d'intervention, de quelles règles et de quels encouragements, le gouvernement, les administrations provinciales, communales et charitables au besoin, pourraient-ils provoquer et assurer le plus utilement, le plus complétement et le plus promptement possible, l'assainissement des quartiers et l'amélioration des habitations affectés à la classe ouvrière?

5° Quelles seraient les mesures à prendre pour régulariser, étendre et féconder l'action des commissaires-voyers en ce qui concerne le service de la salubrité publique?

On voit que le congrès avait pour ainsi dire deux caractères : un caractère scientifique et un caractère administratif. Il était chargé, à la fois, de poser les principes en matière d'hygiène spéculative et les principes en matière d'exécution. Dans un autre congrès annoncé pour septembre 1852, on étudiera les applications détaillées de ces deux ordres de principes. Nous signalons d'abord cette large conception du sujet, cette alliance de la pratique et de la théorie, cette réunion de toutes les lumières dont une question a besoin d'être éclairée, depuis la simple conception scientifique jusqu'à la réalisation matérielle; par exemple, depuis la notion théorique du danger des miasmes végétaux et animaux jusqu'à la construction d'un quai ou d'un égoût. Le grand inconvénient des commissions multiples et isolées, c'est que l'une defait ce qu'a fait l'autre; c'est que celle-ci propose ce que celle-là ne veut ou ne peut exécuter; c'est qu'un principe posé ici de la manière la plus formelle est violé par une application inintelligente. Le système d'institutions hygiéniques dont la Belgique est en possession rendent déjà très-difficiles de pareils mécomptes. Les rapports des comités de salubrité communaux et ceux des agents-voyers, rédigés dans un même but, pour un même objet, quoiqu'à un point de vue différent, se contrôlent mutuellement; puis l'inspecteur général du service médical civil, familiarisé par des études spéciales avec toutes les parties du sujet, veille à maintenir cette harmonie nécessaire entre le moyen et le but, entre l'exécution des travaux et leur objet spécial. Cette double intervention se traduit pour ainsi dire à chaque page dans le rapport de M. Sauveur, où l'on trouve, à côté de solides principes d'hygiène, des détails techniques sur l'économie municipale et sur les travaux d'art et d'utilité. Mais le congrès et ceux qui doivent le suivre contribueront certainement à fortifier encore davantage cette heureuse tendance. Les réponses aux questions rappelées tout à l'heure fixent d'abord le but des travaux d'assainissement : ce sont « : la propreté et l'éloignement des causes qui peuvent occasionner des miasmes ou entraîner des inconvénients ou des dangers pour la santé; le libre accès de l'air et des rayons solaires; l'asséchement (*drainage*, et l'écoulement des eaux pluviales et ménagères; l'abondance et la bonne qualité des eaux potables. » Vient ensuite le dénombrement de tous les travaux susceptibles de satisfaire à ces diverses indications, tels que suppression des mares et des cloaques, suppression des puisards, ventilation des édifices publics, etc. Enfin on s'étend sur tous les moyens, administratifs ou autres, d'assurer l'exécution prompte et exacte, par les communes, des travaux reconnus nécessaires. Il est remarquable que, sur tous les points, le congrès n'a presque modifié en rien les projets de réponse proposés par le conseil supérieur. Relativement aux indications à remplir, il ne pouvait s'élever de grandes difficultés, le congrès s'étant renfermé dans les principes généraux, et les principes généraux n'étant pas, comme nous l'avons dit, ce qu'il y a de plus difficile à établir en matière d'hygiène publique. Mais l'accord entre le conseil supérieur et le congrès, sur presque tout ce qui concerne les *voies* et *moyens*, est plus remarquable et sera considéré par le gouvernement comme une précieuse garantie. On jugera du caractère pratique des résolutions du congrès, et de sa préoccupation constante de fortifier encore l'élément qu'on pourrait appeler *exécutif* des institutions d'hygiène publique, quand nous dirons qu'il propose d'étendre les attributions des commissaires-voyers en ce qui concerne le service de la salubrité, d'en augmenter le nombre, de les réunir en conférences, d'exiger de chacun d'eux un rapport annuel; de n'accorder *aucune faveur*, *aucun subside* aux communes qui se montreraient peu soucieuses de veiller aux intérêts et aux besoins physiques de leurs habitants, qui négligeraient l'amélioration de leur situation hygiénique; de retirer même des faveurs accordées, en cas d'incurie trop prononcée. L'ensemble des moyens proposés par le congrès, trop nombreux pour pouvoir seulement être indiqués ici et mettant en jeu simultanément l'action financière, l'action morale, l'action législative, certains privilèges communaux, la vulgarisation des principes élémentaires d'hygiène, la pénalité correctionnelle, l'association libre, etc., est de nature à communiquer aux progrès de l'hygiène publique une impulsion considérable. C'est le plus grand effort, croyons-nous, qu'on puisse faire en ce temps-ci dans un des intérêts les plus précieux de l'humanité.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— M. le professeur Magendie, membre de l'Institut, vient de recevoir de S. M. la reine d'Espagne les insignes de chevalier de l'ordre royal de Charles III, en témoignage de la valeur et du caractère d'utilité générale de ses travaux scientifiques.

— Par décrets individuels et motivés en date du 24 janvier dernier, rendus par M. le président de la République, sur la proposition de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Officier : M. Jules Cloquet, professeur à l'École de médecine de Paris, pour les éminents services qu'il a rendus à la science.

Chevaliers : M. Antonin Désormeaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour les services rendus en qualité de secrétaire, nommé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, près la conférence sanitaire internationale;

M. Revelle, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf, pour ses services militaires en 1813 et 1814, qui lui valurent d'être proposé, à cette époque, pour la décoration, ainsi que pour ceux qu'il a rendus depuis comme docteur en médecine depuis 1818, ayant obtenu deux prix et une médaille d'honneur pour la vaccine, comme médecin du bureau de bienfaisance, médecin adjoint de l'hospice d'Elbeuf et médecin en chef du même établissement;

M. J.-B. Baillière, libraire-éditeur à Paris, pour les services qu'il a rendus, non-seulement par la publication et l'introduction à l'étranger des ouvrages scientifiques et médicaux des savants français, mais encore par la traduction et la publication en France des ouvrages d'anatomie et de physiologie des savants éminents de l'Allemagne;

M. Bonnet de Malherbe, médecin du ministère de l'agriculture et du commerce, pour les services qu'il a rendus depuis vingt ans, tant comme chirurgien militaire que comme inspecteur des eaux minérales de Paris.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Piorry est un des rares académiciens qui ont le privilége de donner de l'animation aux séances de la docte compagnie. Nous le disons à titre de compliment. Les vives oppositions ont toujours été le lot des esprits originaux et convaincus. Et quel esprit plus convaincu et plus original que M. Piorry? Il y a bien une quinzaine d'années qu'il travaille en vain à faire pénétrer ses doctrines, ses opinions, son langage dans l'Académie, et il n'y met pas moins de ténacité aujourd'hui que le premier jour. Ne priait-il pas, dans l'avant-dernière séance, ses adversaires de ne plus lui opposer à l'avenir des objections qui, ayant déjà reçu les assauts de sa logique, étaient nécessairement hors de service et ne pouvaient plus décemment rentrer en ligne? On a ici la mesure de la confiance de l'honorable professeur. Encore un coup, ce n'est pas de cela que nous le blâmons. Cette foi opiniâtre en soi-même, cette poursuite infatigable de sa propre idée l'a conduit plus d'une fois à des vérités pratiques d'une réelle importance. Mais nous croyons fermement qu'il a été moins heureux dans ses conceptions plus spécialement doctrinales, notamment dans sa théorie de la fièvre intermittente, rappelée, sans motifs bien plausibles, dans son récent rapport sur les propriétés antipériodiques du sel marin.

La discussion est commencée sur ce rapport. Elle a été engagée mardi dernier par un discours extrêmement vif de M. Grisolle. M. Piorry, visiblement affecté et s'exagérant encore la portée de certaines expressions péchant plutôt, croyons-nous, par le goût littéraire que par l'intention, a commencé sa réplique sur un ton violent et par des allusions extra-académiques qui ont amené une explosion de murmures et une sorte de rappel à l'ordre. Dans cette rencontre, les idées doctrinales du rapport n'ont pas été mises en cause, M. Grisolle ayant fait entendre fort clairement qu'elles étaient définitivement mortes et enterrées depuis la discussion de 1848 et 1850. Si d'autres membres leur font plus d'honneur, nous les imiterons et nous essayerons encore une fois de motiver l'opposition dont elles ont été constamment l'objet de notre part. Mais sur ce point, nous ne sentons aucunement le besoin de devancer le débat. Les quelques mots qui vont suivre seront uniquement relatifs à l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

M. Grisolle a très-habilement et très-judicieusement choisi son terrain. Il ne conteste pas que le chlorure de sodium ni une foule d'autres médicaments ne puissent quelquefois couper des accès de fièvre intermittente; il ne l'accorde pas non plus, n'ayant pas à arguer d'observations personnelles. Ce qu'il y a de certain, c'est que pas un de ces agents n'a pu, comme le quinquina, obtenir l'aveu de tous les expérimentateurs; c'est que, vantés par les uns, ils sont dépréciés par les autres; c'est que la plupart des expériences manquent de rigueur. Il en est ainsi particulièrement dans l'espèce. M. Grisolle se place donc tout simplement en présence du rapport de M. Piorry, et il se demande si ce rapport, où le chlorure de sodium est appelé *un remarquable succédané du quinquina*, contient seulement la preuve que ce sel jouisse à quelque degré de vertus antipériodiques; si le rapporteur a rempli les conditions essentielles d'une bonne expérience; s'il a toujours adressé le médicament à de vraies fièvres intermittentes; si l'effet propre du médicament a toujours été discerné des effets d'autres moyens concurremment employés; si enfin on a tenu compte de la marche naturelle de la maladie. A toutes ces questions, il répond par une négation formelle. M. Piorry de se récrier, comme on le pense bien. Mais, nous sommes forcé de le déclarer, sa réponse a laissé beaucoup à désirer aux yeux de ceux qui, comme nous, assistaient au débat avec un entier dégagement d'esprit. M. Grisolle emprunte aux rapports trois faits où rien n'atteste la présence d'une fièvre intermittente. — Quand cela serait? répond M. Piorry, le rapport contient trente-six observations.—Dans 10 cas, le sel marin et le sulfate de quinine ont été administrés alternativement. — C'était pour étudier l'action comparée des deux substances sur la rate.Qu'est-ce d'ailleurs que dix observations? Il y en a trente-six!—Dans un autre cas, le sujet n'avait plus de fièvre depuis cinq jours quand il a pris du sel. — C'est vrai, mais ce n'est qu'un fait sur trente-six! Trente-six, soit. Mais comptons: 3 et 10 font 13, et 1 fout 14. A supposer donc qu'il n'y ait que ces cas où l'expérimentation ait été irrégulière (et M. Grisolle déclare qu'il y en a beaucoup d'autres), voilà toujours une moitié environ des observations qui n'ont rien à faire dans la question en litige qui est celle-ci, nous le répétons à dessein: « le sel marin jouit-il de quelque vertu fébrifuge? » Si encore on pouvait faire fonds sur les vingt-deux autres observations! Mais il ne paraît pas qu'on ait pris pour celles-là plus que pour les autres les précautions sans lesquelles on s'expose à prendre des mouvements naturels de l'économie pour des effets thérapeutiques. Le travail de M. Chomel où ces précautions sont indiquées *contient peu de chose*, à ce qu'assure M. Piorry; mais il contient cela au moins, et mérite sous ce rapport d'être imité. M. Chomel expérimentait la poudre de houx juste sur le même nombre de malades que M. Piorry le sel marin, c'est-à-dire sur 22. Après quelques jours de repos et de soins purement hygiéniques, combien en resta-t-il qui présentaient encore des symptômes évidents de fièvre intermittente? Trois, pas davantage. Que fût-il advenu des fébricitants de M. Piorry, s'ils eussent été placés dans les mêmes conditions? L'honorable professeur se révolte, il est vrai, à l'idée de laisser ainsi des malades sans médicaments. Mais ce sentiment d'humanité, s'il part d'une conscience bien intentionnée, n'est pas très réfléchi. Que fait donc celui qui expérimente un médicament, le sel marin, ou tout autre? Croit-il, par hasard, que le malade doit lui savoir plus de gré de lui administrer une drogue dont les vertus sont encore douteuses ou tout à fait ignorées, que de le laisser tranquillement aux chances d'un effort salutaire de l'organisme? Si l'on croit que l'humanité est en jeu dans de telles affaires, le devoir est tout tracé; ce n'est ni de ne pas traiter, ni d'administrer un médicament incertain; c'est de donner au plus vite de bon sulfate de quinine.

A. DECHAMBRE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA PSYCHOLOGIE; par J.-B.-G. BARBIER.

(Suite. — Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5, 26 avril, 6, 20, 27 septembre 1851, 1er et 7 février 1852.)

IV. — DES PASSIONS.

ORIGINE DES PASSIONS. — Disons tout de suite que, sous le nom de

Feuilleton.

EXAMEN DES CARACTÈRES RECONNUS SUR LES CRANES DES ANCIENS ÉGYPTIENS.

C'est une question encore fort débattue que celle de déterminer les véritables origines de l'ancienne population de l'Égypte. On comprend comment en présence des monuments d'une haute civilisation l'intérêt des observateurs a été vivement excité, il existe un contraste si frappant entre ces débris, annales d'une nation éminemment intelligente, et le spectacle donné par les peuples qui vivent sous la même latitude, exposés aux mêmes influences de la zone torride, qu'à défaut de la valeur historique du problème, sa solution tiendrait une place assez importante dans l'étude de notre espèce.

Laissant de côté les données étrangères et très-précieuses d'ailleurs, je me placerai ici au point de vue des caractères biologiques, et parmi eux c'est à la forme générale et aux particularités de la charpente osseuse du crâne que je limiterai cet examen exclusif.

Blumembach le premier a dégagé la vérité au milieu des idées fausses ou imparfaites qui régnaient avant lui sur la conformation des premiers Égyptiens (1). Un petit nombre de momies lui furent soumises à Londres, et lui-même fit graver dans ses décades trois crânes provenant de source certaine et dont les deux premiers offrent bien les formes essentielles du type en question. Blâmant Winkelman qui avait donné la représentation d'un Chinois comme le modèle de la beauté égyptienne, il compara avec ses observations cranioscopiques les figures peintes ou sculptées sur les sarcophages et sur les monuments de l'Égypte connus alors, et de cette analyse résulta pour lui la distinction de trois variétés dans la physionomie nationale des anciens Égyptiens. La première qu'il nomma éthiopienne porte l'empreinte de la trace nègre. Ce sont des mâchoires avancées, des lèvres épaisses, un nez aplati, des yeux saillants; ces caractères avaient déjà été assignés aux Coptes modernes que quelques voyageurs de notre temps regardent comme les descendants de la nation originaire; mais, suivant ce qui sera démontré par l'analyse des recherches ultérieures, on peut y voir, ou bien, avec le docteur Wisemann, une représentation grossière de la forme égyptienne, ou plutôt un exemple de mélange analogue à celui des mulâtres. Les deux autres types établis par Blumembach sont beaucoup plus réels; celui qu'il appelle *hindou* est caractérisé par un nez long et mince, des paupières allongées et s'écartant de la racine du nez, des oreilles situées, dit-il, à une grande hauteur. L'habitude du corps présente une certaine délicatesse dans les formes unie à la

(1) Blumembach, DÉCADES, CRANIORUM, TRANSACT. PHILOS., 1796.

passions, nous désignons un désir, un appétit, un besoin, un entraînement, qui a sa source dans l'organisation. Une passion est pour nous un sentiment bien distinct des opérations de l'intelligence. La faim, la soif, l'usage immodéré des liqueurs alcooliques, sont des passions que suscite un état particulier du pharynx et de l'estomac. Les désirs vénériens procèdent de l'orgasme des organes de la génération. Les autres passions, l'envie, la jalousie, la haine, la vengeance, l'ambition, la peur, la colère, la joie, qui se traduisent par des désirs, des projets, des soupirs, des besoins, sont aussi liées à des mouvements, à des mutations qui se produisent dans l'organisation.

Les passions nous paraissent, comme à plusieurs physiologistes, sortir des plexus des nerfs ganglionnaires. Ces nerfs forment, dans les organisations dont ils font partie, un système d'une grande importance. Ce système se compose d'un ensemble de radiations nerveuses, qui communiquent entre elles, et qui sont en relation directe avec le cerveau et avec la moelle épinière. Au centre de ces radiations se remarquent des ganglions médullaires que l'on a nommés des petits cerveaux. Les cordons nerveux de ces plexus contiennent plus de fibres grises que les nerfs cérébro-spinaux. Cet ensemble de plexus ganglionnaires donne pour l'organe cérébral un prolongement antérieur, comme la moelle épinière offre un prolongement postérieur. Les radiations plexiformes enveloppent les viscères de la cavité abdominale et ceux de la cavité pectorale; elles entourent d'un réseau les divisions artérielles, elles s'enfoncent avec ces canaux dans la substance des organes.

Quand une passion nous agite, il s'est toujours opéré un changement d'état dans quelques-uns des plexus nerveux. Ces derniers acquierent alors une puissance nouvelle, accidentelle, qui se manifeste à la fois dans les opérations de l'intelligence et dans l'exercice des fonctions de la vie intérieure.

Mais l'observation ne peut nous montrer la réalité de ce travail organique; nous ne pouvons constater en quoi consiste le changement d'état que les plexus nerveux subissent alors. Y a-t-il gonflement, rougeur, orgasme des ganglions médullaires et des filaments nerveux qui rayonnent autour d'eux? Ce changement d'état prend-il un caractère différent dans chacune de nos passions?

L'ensemble des plexus nerveux paraît avoir son centre d'action dans la région épigastrique. Toujours une passion qui se développe fait éprouver, dans ce point du corps, un sentiment pénible, qui devient même une constriction douloureuse, une anxiété, etc., si la passion est violente, si elle dure longtemps. Il est des personnes qui prétendent sentir alors des mouvements dans ces plexus, comme des ondulations qui s'élèvent vers la tête.

C'est le sentiment intime de ce qui se passe dans les plexus nerveux qui communiquent avec l'épigastre, qui fait que nous portons toujours la main sur cette région, quand nous voulons exprimer l'attachement, le dévouement ou bien l'indignation, la haine, etc. Au contraire, c'est le front que nous touchons du doigt, quand nous parlons d'une affaire que nous étudierons, d'une découverte que nous croyons certaine, d'un problème que nous sommes en train de résoudre. Dans l'ILIADE, Homère place le courage, la bravoure, la fureur de ses guerriers, *in pectoribus, in præcordiis*. C'est l'épigastre que le catholique frappe avec la main quand il récite le *confiteor* et qu'il arrive à *meâ culpâ*.

EFFETS DES PASSIONS. — Les phénomènes qui manifestent l'existence des passions sont de deux sortes. On observe à la fois des phénomènes moraux et des phénomènes physiologiques. Les premiers sont les désirs, les appétits, les entraînements qui accompagnent les passions, la direction qu'elles impriment aux idées, aux pensées; les desseins, les plans qu'elles font concevoir, les actes auxquels elles condoisent, elles poussent, etc. Les phénomènes physiologiques sont les mouvements désordonnés, déréglés qui surviennent dans l'organisation, le trouble que l'on remarque alors dans l'exercice de la digestion, de la circulation, de la respiration, des sécrétions, de la nutrition. Les agitations insolites, les efforts violents auxquels les passions soumettent les organes déterminent souvent des altérations morbides dans leur forme, dans leur texture, dans leur composition moléculaire. On rencontre des maladies du cœur, de l'estomac, du foie, etc., qui sont évidemment les produits de passions fortes, répétées. L'action des passions sur les organes essentiels à la vie peut même aller jusqu'à suspendre brusquement l'exercice de leurs fonctions, une joie immodérée, un saisissement profond, un accès de colère, etc., ont occasionné des morts subites.

Les effets moraux et physiologiques que nous venons de signaler constituent un état accidentel, anormal. Si l'on cherche dans l'organisation quel est l'appareil organique d'où procèdent ces effets, on arrive à reconnaître que les nerfs ganglionnaires en sont le principal mobile. Les plexus nerveux, en prenant une autre condition, deviennent pour le cerveau une source de perceptions nouvelles, donnent la raison de ce qui se passe alors dans l'intelligence. Ces plexus, dont l'innervation est devenue perturbatrice, causent en même temps le trouble que l'on remarque dans les mouvements, dans les fonctions des organes de la vie nutritive.

Les passions sont pour nous des affections auxquelles prennent toujours une part nécessaire les plexus des nerfs ganglionnaires. Qu'une cause physique ou morale provoque le développement d'une passion, il y aura toujours dans ces plexus un travail organique, qui se proportionnera même à l'intensité de cette passion et qui s'éteindra avec elle.

Une maladie des organes de la cavité pectorale ou abdominale fait souvent prendre aux plexus de ces organes la disposition organique qui produit une passion. Alors celle-ci naît indépendante de la volonté; elle est comme forcée. Des malades sont silencieux, tristes; ils soupirent toujours, et ne peuvent trouver de motif au chagrin qui les tourmente. On sait que les affections des organes digestifs rendent morose, irascible, d'un caractère difficile. Dans l'hypocondrie, il y a toujours une disposition morbide des plexus nerveux des organes abdominaux. C'est elle qui entretient la tristesse, les angoisses morales, les terreurs qui poursuivent les malades. L'action morbide des plexus nerveux peut même conduire à un ennui de la vie, à un acte de désespoir.

Si dans la convalescence des maladies aiguës on voit souvent des hommes d'un caractère doux se montrer difficiles, emportés, querelleurs, c'est que leurs plexus nerveux ont conservé une susceptibilité morbide.

Les impressions transmises à l'âme par la vue, par l'ouïe, peuvent être la cause déterminante des passions. Il s'opère alors comme un retentissement de la perception dans les plexus nerveux; ceux-ci prennent une disposition nouvelle, un état anormal, et la passion s'allume; comme nous voyons la vue, l'odeur d'un aliment agréable mettre en action les plexus de l'estomac, éveiller l'appétit, donner le besoin de manger, comme nous voyons la vue d'une jolie femme provoquer l'orgasme des organes génitaux, faire naître d'autres désirs.

---

longueur inaccoutumée du membre inférieur. A quelques remarques de détails près, nous verrons se confirmer cet exemple de provenance étrangère si remarquable dans les premiers habitants de la vallée du Nil. Le dernier type ou *berbère* est qualifié de mixte; en effet, une certaine bouffissure dans l'ensemble de l'individu, un menton court, des yeux larges et saillants, des joues pendantes, se rapportent assez bien au type de la masse indigène du peuple égyptien.

Sœmmering (1) donne également la description de quatre têtes de momies examinées par lui. Deux d'entre elles ne différaient sous aucun rapport des têtes d'Européens; à la troisième il reconnut la forme africaine, distincte surtout par l'insertion du muscle crotaphyte sur une grande surface de la région temporale.

Depuis, le docteur Leach, au British Musæum, le docteur Hodgskin, au Guy'sHospital, ont recueilli des momies avec soin, et pour les observateurs comme pour les savants auteurs de ces collections, rien n'est plus évident que le caractère caucasien des têtes qu'elles présentent. Le témoignage de Lawrence, dans ses leçons sur l'histoire naturelle de l'homme, confirme cette assertion, et nous trouvons même dans le MUSÉE DES ANTIQUITÉS ÉGYPTIENNES, réunion de tableaux, publiés chez nous, par M. Ch. Lenormant, les portraits de deux momies données pour types (Pl. X, fig. 10 et 12). « La tête représentée sous le n° 10 » a été rapportée en France dans un état complet de conservation. L'angle facial, » ajoute-t-on, se rapproche beaucoup de l'angle droit, et les dents incisives sont » plantées verticalement et non inclinées, ni avancées, comme elles le seraient » dans une tête de nègre; ces profils rapprochés de ceux du n° 12, dont la coupe » a été dessinée avec le plus grand soin, peuvent donner une idée précise de la » forme de la tête des anciens Egyptiens. » Cuvier avait tiré du même examen ostéologique l'induction qu'il est aisé de s'assurer que les Egyptiens appartenaient à la même race que nous, et qu'ils avaient le crâne et le cerveau aussi volumineux.

Le docteur Prichard, auquel (1) la science est redevable de recherches consciencieuses sur l'anthropologie, ne peut se refuser à l'évidence. Il reconnaît que le crâne, chez les anciens Egyptiens, présentait la forme ovale et complètement développée, commune, dit-il, à tous les peuples avancés en civilisation; il donne même une figure faite d'après une tête qui appartient au musée du collége des chirurgiens de Londres, et dont le type caucasien ne saurait être mis en doute. Mais les traits physiques qu'il a rassemblés tant d'après les monuments et les peintures antiques que suivant le récit des voyageurs, la pesanteur de certains crânes égyptiens, la proéminence de l'arcade alvéolaire, la forme particulière des jambes, et l'aplatissement des pieds, trouvés chez divers modèles, le font pencher vers l'opinion d'une souche africaine commune aux Egyptiens et aux peuples voisins.

Blumenbach divisant le genre humain en cinq variétés principales, avait déjà placé la famille égyptienne entre la race caucasienne et la race éthiopienne. Pri-

(1) Sœmmering, DE CORPORIS HUMANI FABRICA, 1793.

(1) Prichard, RESEARCHES INTO THE PHYSIC. HIST. OF MANK., t. II.

Un homme reçoit une injure ou il entend un propos qui blesse son honneur : cette perception de l'intelligence se communique aux plexus nerveux; ces derniers en reçoivent une impulsion, leur état change, ils prennent une puissance organique nouvelle. Un accès de colère, souvent involontaire, saisit l'individu.

Mettons à part les phénomènes moraux de la colère pour ne nous occuper que des effets de cette passion sur l'organisation. D'abord les contractions du cœur deviennent plus profondes, moins développées, les pulsations artérielles petites, serrées, tendues. Les vaisseaux capillaires contractés rendent la peau pâle, décolorée; tout le corps tremble. A ces premiers accidents qui décèlent un mode particulier d'innervation des plexus ganglionnaires sur les organes de la circulation, succède un ordre de symptômes qui annoncent que cette innervation vient de prendre un autre caractère. Les mouvements du cœur sont forts, fréquents, le pouls est accéléré, vif, plein; les vaisseaux capillaires s'épanouissent, la figure est rouge, animée, les yeux sont ardents, la respiration est gênée, le sang se porte à la tête avec violence, etc.

Des phénomènes physiologiques bien prononcés attestent le changement d'action que les plexus nerveux éprouvent, quand on est sous l'empire d'inquiétudes graves, de la crainte, de la peur, de la terreur, comme palpitations de cœur, constriction des vaisseaux sanguins, petitesse du pouls, altération des traits de la figure, abaissement de la température, gène de la respiration, etc.

Ce sont les mouvements anormaux que les affections tristes, les peines, le chagrin, le malheur, suscitent dans les plexus nerveux de l'épigastre, qui prononcent le sentiment douloureux que l'on ressent alors dans cette région, et qui se lie souvent à une autre douleur dans la partie correspondante de la colonne vertébrale. Le pouls inégal, irrégulier, la respiration difficile, les digestions imparfaites, la langueur de la nutrition, l'amaigrissement progressif du corps, etc., attestent le dérèglement de l'innervation des plexus ganglionnaires.

Une ambition qui n'est pas satisfaite, une jalousie que les circonstances alimentent, une envie que les événements contrarient, amènent toujours une détérioration plus ou moins rapide de l'organisation. C'est l'état où ces passions tiennent les plexus nerveux qui donne la raison de ses effets.

Relations des passions avec l'âme. — L'étude des rapports des passions avec l'âme forme une partie très importante de la psychologie. Il nous paraît impossible de bien comprendre l'homme moral, si l'on ne distingue avec soin les opérations de l'intelligence, de ces désirs, de ces besoins que nous nommons des passions.

Qu'une passion soit la suite d'une perception de l'âme qui aura provoqué un changement d'état dans les plexus nerveux, ou d'une affection pathologique qui déterminera une mutation analogue dans ces plexus, la passion naît toujours indépendante de l'âme; son développement est involontaire, irréfléchi; souvent même l'âme lui est opposée, elle voudrait la retenir.

Le pouvoir de l'âme sur les passions ne comprend que leurs phénomènes moraux, les pensées qu'elles suscitent, les désirs qu'elles inspirent, les projets qu'elles suggèrent. L'âme ne peut rien sur les effets physiologiques des passions. La peur est un sentiment que la raison parvient souvent à faire cesser, en montrant que cette passion a eu une erreur pour cause. Mais la raison n'a pas pu retenir l'innervation des plexus nerveux qui a pris un caractère désordonné; elle n'a pu empêcher la pâleur, le tremblement du corps, les contractions désordonnées du cœur, etc.

Une passion peut se dissimuler, tant qu'elle ne donne pas de signes extérieurs, de phénomènes physiologiques, tant qu'elle ne s'exprime pas par les yeux, par la figure, par le pouls, etc.; elle reste alors une affaire de conscience que l'âme dirige, qu'elle conduit. Mais si la passion plus forte, si la modification des plexus nerveux plus prononcée, trouble les mouvements des organes de la circulation, de la respiration; si la figure, les yeux prennent une expression qui trahit la pensée intérieure, l'homme moral est à découvert, l'âme ne retient plus, ne maîtrise plus la passion.

Une condition est indispensable pour que l'âme puisse maintenir les passions dans sa dépendance, puisse toujours régler, contenir leurs phénomènes moraux, leur tendance, leurs besoins, leur direction : c'est que le cerveau, qui est l'intermédiaire obligé de la puissance de l'âme, ne perdra pas son état normal au milieu des effets physiologiques que produit la passion, c'est que cet organe ne recevra pas, par suite du trouble de la circulation du sang, une disposition nouvelle qui le rendrait pour l'âme un instrument défectueux.

Dans un accès de colère, le sang se porte à la tête; le cerveau éprouve un changement d'état qui enlève à l'âme son autorité; la passion n'est plus retenue, l'homme en colère ne se connaît plus; la raison ne dirige plus ses actions; une seule pensée l'occupe, le désir de se venger. On voit les passions tristes, les peines, la jalousie, l'ambition, etc., s'accroître à mesure que le corps maigrit, que le cerveau perd de son volume, de sa densité, de ses qualités moléculaires.

On remarque que les personnes qui sont douées d'une grande capacité intellectuelle, qui par conséquent ont un cerveau bien constitué, sont celles qui résistent le mieux à l'empire des passions. Les individus qui ont peu d'intelligence, qui portent un cerveau petit, mal conformé, ont des passions qui se montrent toujours impérieuses, emportées. Sur les idiots, on n'aperçoit pas la puissance qui doit régler, réprimer les passions.

Il s'établit donc dans l'homme moral une sorte de lutte entre les passions et l'intelligence : d'une part, des désirs, des penchants, qui pressent, entraînent, veulent être satisfaites; d'autre part, l'âme qui raisonne ces sentiments, qui tend à les dominer.

Les psychologistes ont signalé cette dualité morale. Saint Paul avait dit dans une épître aux Romains : *Video aliam legem in membris meis repugnantem legi mentis meæ*. On raconte que Louis XIV, après avoir entendu la lecture du cantique que Racine a composé sur cette épître, s'écria : Voilà deux hommes que je connais bien. C'est ce combat intérieur entre deux volontés que désigne l'*homo duplex* de Buffon.

Ici arrive la question du libre arbitre. Tant que l'âme possède sa souveraineté sur le cours des passions, qu'elle les dirige, qu'elle les règle, le libre arbitre existe. Mais si la passion a produit un changement d'état du cerveau, l'âme perd de son autorité à mesure que cet organe s'éloigne de sa condition normale. Les passions deviennent alors une puissance morale contre laquelle la raison n'est plus qu'un adversaire désarmé. Le libre arbitre n'est plus entier.

---

chard loin d'être aussi affirmatif, se retranche derrière une conjecture, à savoir que les traits dans lesquels consiste la prétendue ressemblance africaine des Egyptiens, se sont développés chez eux sous l'influence de certaines circonstances extérieures auxquelles la race a été soumise pendant des milliers d'années.

Jusque-là les caractères physiques des premiers Egyptiens n'avaient été établis que sur un petit nombre de faits, et bien plutôt au moyen de comparaisons archéologiques. Aussi rapportait-on tour à tour cette origine aux Juifs, aux Arabes, aux Hindous, aux Nubiens et aux Nègres. Un ethnographe très-distingué, M. le docteur Morton, de Philadelphie, a eu l'heureuse occasion de recevoir cent trente-sept crânes égyptiens dont une centaine appartient aux anciens habitants de l'Egypte, et possesseur déjà d'une collection de six cents crânes humains, il a pu établir son analyse sur des bases toutes nouvelles. Déjà l'ethnologie avait été enrichie par ce savant d'un travail fort complet sur les formes cranioscopiques de la race Americaine. L'étude qu'il a publiée en 1843 sous le titre de Crania egyptiaca ou Observations sur l'ethnographie égyptienne tirées de l'Anatomie, de l'histoire et des monuments, jette une grande lumière sur les incertitudes de la question et mérite une attention sérieuse.

Le docteur Morton était en relation avec M. Gliddon, consul des Etats-Unis au Caire et auteur lui-même de recherches importantes sur les antiquités égyptiennes; c'est par les soins de ce dernier que les crânes ont été recueillis. Nous devons à cette circonstance un degré d'authenticité qui manquait souvent dans les observations du même genre. Tant de nations diverses, au milieu des vicissitudes les plus contraires, ont occupé le sol de l'Egypte à travers une longue série de siècles qu'il n'est pas indifférent de rechercher la date des individus momifiés dont on étudie les restes. Blumembach avait tellement senti cette difficulté qu'il cherchait les preuves d'ancienneté jusque dans la conformation des dents incisives particulière à ses yeux, mais évidemment exagérée. Aujourd'hui, l'étude des textes hiéroglyphiques a confirmé ce que la commission de l'Institut d'Égypte avait déjà entrevu au sujet de l'âge relativement moderne des monuments de la haute Égypte. On sait que ceux de Thèbes, par exemple, ne remontent pas beaucoup au delà de trois mille ans avant l'ère chrétienne et qu'il faut descendre jusqu'à Memphis pour retrouver les traces de la civilisation primitive de l'Égypte. La première des sept séries établies par M. Morton, dont la collection comprend vingt-six crânes découverts dans la nécropole de Memphis, est aussi la plus importante. Le lieu de sépulture forme là un vaste labyrinthe souterrain de tombeaux creusés dans le roc, et il est à croire que ces simples catacombes ont précédé la construction des pyramides qui supposent un plus grand développement de civilisation. D'ailleurs le mode d'embaumement des momies exhumées de cet endroit proclame leur ancienneté; elles semblent avoir subi une simple immersion dans le bitume suivie de l'exposition au four, et l'on remarque que, dans plusieurs têtes le cerveau n'a pas été détruit à travers les narines suivant une coutume postérieure; car l'ethmoïde est intact, et la matière cérébrale a été extraite du grand trou occipital. Ces preuves auraient un grand poids quand même il ne serait pas établi que les Egyptiens fussent eux-mêmes maîtres de Memphis et enfermèrent leurs morts dans ces nécropoles, plus de deux mille ans avant que les Perses ou les Grecs n'eussent fait la conquête de ce pays.

Dans les localités d'où proviennent les soixante-quatorze têtes qui complètent les autres séries, nous noterons que si, comme à Abydos, les ornements funé-

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'IPÉCA (lu à l'Académie nationale de médecine le 3 juin 1851); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales.

(Suite. — Voir le numero precedent.)

DEUXIÈME PARTIE.

ACTION DYNAMIQUE DE L'IPÉCA; DE SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE.

VII.

Je n'ai point eu l'intention d'écrire une histoire thérapeutique complète de l'ipéca; je viens seulement exposer comment, en conformité des expériences précitées et des principes que j'en ai déduits, j'ai institué des méthodes de traitement dans lesquelles l'ipéca joue un rôle important contre deux des maladies les plus graves du cadre nosologique, la dyssenterie et la pneumonie.

La valeur de l'ipéca dans le traitement de la première de ces maladies n'a pas besoin d'être discutée. Sa réputation est faite à cet égard, et introduit dans la matière médicale comme remède *antidyssentérique*, il n'a pas cessé de justifier ce titre. J'ai à peine besoin de dire qu'il n'est pas un spécifique et que, comme une infinité d'autres médicaments utiles pourtant dans l'espèce, il laisse encore après lui bien des mécomptes quand on a affaire aux endémies ou aux épidémies graves de dyssenterie. Mais il reste certainement au nombre des agents les plus efficaces contre le flux de l'intestin. C'est ce que savent parfaitement tous les médecins de la marine qui ont observé la dyssenterie dans les régions intertropicales, et je ne serai point démenti par l'immense majorité d'entre eux dans le témoignage que je dépose ici en faveur de l'ipéca.

Tous les modes d'administration de ce médicament dans la dyssenterie sont bons, mais il en est quelques-uns qui me semblent meilleurs que les autres. Ainsi, je me suis persuadé, après expérience comparative des faits, que les infusions ou les décoctions aqueuses sont très-préférables à la poudre et aux pilules.

La *méthode des infusions* paraît être d'ailleurs la plus ancienne; c'est celle que Maregrave et Pison, dans leur histoire naturelle du Brésil, signalèrent comme la plus habituellement employée; suivant ces auteurs, qui les premiers firent connaître à l'Europe les vertus antidyssentériques de la racine d'ipécacuanha, on faisait macérer pendant plusieurs heures la poudre de cette racine dans une certaine quantité d'eau; le produit de cette macération était administré aux malades; on réservait le marc pour le traiter de la même manière par l'eau; la première solution purgeait ou faisait vomir; la seconde agissait plutôt comme astringent (1). On sait que Maregrave et Pison ne parvinrent point à vulgariser l'ipéca, et que ce fut seulement Adrien Helvétius, associé peu scrupuleux d'un marchand français du nom de Grenier, qui établit, à la fin du dix-septième siècle, la réputation de ce remède par des cures éclatantes. Or Helvétius, en recueillant de la bouche de Grenier et probablement aussi en puisant dans l'ouvrage de Maregrave et Pison les traditions américaines, employa précisément le mode d'administration qui vient d'être indiqué.

La méthode brésilienne finit toutefois par tomber dans un oubli presque complet; on peut voir, en effet, que les ouvrages modernes de pharmacologie la passent sous silence, sauf le plus récemment publié, le TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN du docteur Fabre; je m'empresse d'ajouter aussi que M. Bouchardat, dans un judicieux et savant formulaire, l'a mentionnée sous le titre de *potion d'Helvétius contre la dyssenterie* (1). Si un grand nombre de médecins sur le continent ignorent cette méthode ou négligent de s'en servir, il n'est peut-être pas un seul des médecins de l'armée navale qui ont observé et traité dans les colonies intertropicales la dyssenterie, qui ne la connaisse, qui ne l'ait vu appliquer ou qui ne l'ait appliquée lui-même. Le docteur Segond, médecin en chef à Cayenne, a le premier rappelé l'attention d'une manière sérieuse sur la méthode brésilienne; le docteur Souty (de Rochefort) l'a depuis indiquée dans sa Thèse inaugurale comme l'un des moyens dont il a retiré de bons effets dans les dyssenteries coloniales. Qu'il me soit permis d'en parler à mon tour comme d'une méthode qui possède d'incontestables avantages, et dont une longue expérience m'a mis à même d'apprécier toute la valeur.

VIII.

L'ipéca suivant la méthode brésilienne, ou comme nous le disons ordi-

(1) « Malunt tamen dilutum, quod vel unius noctis sub dio maceratione aut actione in aquâ, medicam suam virtutem abundè liquoribus communicet. Postea caput mortuum reservatum, denuòque eodem modo præparatum, in eumdem usum exhibetur; minus quidem efficax ad purgandum, vel vomendum, sed magis astringens. Ità ut radix hæc non solum materiam morbificam, licet tenacissimam, à parte affectâ revellat, eamque per superiore expellat, sed et astringendo viscerum tonum restituat. Præterquam enim quod fluxibus ventris, aliisque morbis medeatur, venenis adversatur, virusque, tum occultâ qualitate, tum manifestâ, per vomitum statim expellit. Quamobrem religiose à Brasilliensibus reservatur, qui illius virtutes primi nobis revellarunt. » (HIST. NATUR. BRASILIS, Amstelodam, 1848, p. 102.)

(1) Il ne paraît pas cependant que ce mode d'administration ait été le plus habituellement adopté par Helvétius, car voici les préceptes qu'il a donnés dans les mémoires ou instructions destinées à populariser ces remèdes : « La manière de prendre de la poudre spécifique (ipécacuanha) est de l'avaler le matin à jeun, délayée dans un petit verre de vin rosé, ou d'en faire un opiat avec un peu de miel, et de l'avaler enveloppée dans du pain à chanter, buvant le vin immédiatement par-dessus. » Il recommandait au malade de ne point vomir autant que possible, et s'il vomissait, il administrait une nouvelle prise d'ipéca (je donnerai bientôt le même conseil. Ordinairement le troisième ou le quatrième jour le malade était guéri, mais on insistait quelques jours encore sur le remède. (Recueil des memoires instructifs sur l'usage des différents remèdes du sieur Helvétius, qui se distribuent dans les provinces par ordre du roi, en faveur des pauvres malades de la campagne, et instruction abrégée sur l'usage de la poudre spécifique d'hypécacuanha préparée contre les cours de ventre, flux de sang et dyssenterie. Paris, 1706.)

---

raires témoignent de la caste élevée des momies, ailleurs M. Gliddon en découvrit un grand nombre embrassant toutes les classes d'individus, à en juger par la variété du mode d'embaumement; telles nous les montrent les grottes de Maabdeh, les catacombes de Thèbes et aussi les temples de Philœ et de Débod, situés sur les frontières de l'Egypte et de la Nubie et où se rendaient un grand concours de pèlerins. Le parallèle établi entre ces crânes et ceux de Memphis, d'une date plus reculée, comporte donc une valeur toute particulière sur laquelle on ne saurait trop insister.

M. Morton admet trois divisions dans les types de la race caucasique, à savoir : 1° Un type qu'il nomme pélasgique, et présentant la plus belle conformation de tête telle qu'on l'observe chez les nations caucasienne, de l'Asie occidentale, de l'Europe moyenne et septentrionale; 2° le type sémitique, marqué dans les familles juives, au front fuyant, au nez proéminent, aux yeux assez éloignés l'un de l'autre, au développement presque massif de la face; 3° un type égyptien, proprement dit, qui différerait du type pélasgique par un front plus étroit et plus incliné, une ouverture un peu moindre de l'angle facial, le nez droit ou aquilin et les traits comme anguleux. Autant les deux premières distinctions se caractérisent d'elles mêmes, autant cette dernière me semble échapper à la certitude de méthode familière à M. Morton. Il suffit de jeter un regard sur les tables où il a consigné les mensurations diverses appliquées à ces crânes, pour rapporter à des conditions individuelles les différences bien légères dont il a constitué un type dit égyptien. Lui-même, dans ses préliminaires, reconnaît que beaucoup de têtes de sa collection réunissent les caractères à la fois égyptien et pélasgique, et que, pour éviter cette subdivision, il les a rangées toutes dans le groupe égyptien. Suivant les préceptes de Blumembach (1), on ne saurait refuser aux formes du crâne une certaine constance ni nier qu'elles sont un des principaux caracteres qui déterminent la manière d'être nationale et qu'elles répondent parfaitement à la physionomie des peuples, mais il faut bien se préserver de cet excès d'analyse qui fait perdre de vue les caractères généraux et importants. La même critique s'appliquera aussi aux minutieuses mesures dont M. Morton a tracé la statistique dans son mémoire.

De ce que l'angle facial sur vingt crânes égyptiens a représenté 83° pour la plus grande mesure, et 76° pour la plus petite, il prend une moyenne significative de 78°, inférieure de 2 degrés seulement à la moyenne de 80° attribuée à la forme pelasgique; on n'ignore pas que la direction de la ligne faciale se trouve souvent la même chez des nations différentes dont les crânes n'offrent entre eux aucune analogie, tandis qu'elle varie beaucoup sur des têtes parfaitement semblables quant aux autres signes et qui appartiennent au même peuple. J'en dirai autant de la capacite inférieure du crâne mesuré soigneusement par M. Morton, sur tous ses exemplaires, et à l'aide de laquelle il cherche à établir l'évaluation du volume du cerveau sans tenir compte de l'absence des membranes et de leurs sinus, et des variétés de proportions possibles entre les parties cérébrales. Toutefois M. Morton a pu avec raison, ériger en fait général, la petitesse de la tête chez les Égyptiens, du moins dans les crânes recueillis aux catacombes de la partie sud de Memphis.

(1) Blumembach, DE UNITATE GENER. HUMANI.

nairement *à la brésilienne*, se prépare et s'administre de la manière suivante :

On prend une quantité donnée de la poudre de cette racine, 2 à 8 gr., suivant l'énergie de la médication que l'on prétend instituer, on la dépose au fond d'un vase de la contenance de 200 à 300 grammes d'eau, et autant que possible on doit se servir d'un vase de verre afin de mieux suivre l'opération et de faire bientôt plus nettement une décantation ; on jette sur cette poudre 200 à 250 grammes d'eau bouillante, et on laisse l'eau et la poudre en contact pendant dix à douze heures; au bout de ce temps, on décante avec précaution de manière à n'entraîner aucune particule de poudre d'ipéca, et l'on jette sur le marc une nouvelle quantité d'eau bouillante; on laisse encore en contact pendant dix à douze heures, et l'on opère la décantation, toujours en réservant le marc. Enfin on fait, suivant le même procédé, une troisième et rarement une quatrième infusion.

Habituellement l'infusion est commencée le soir, la décantation est opérée le matin, au moment d'administrer le remède au malade, de sorte que la même dose d'ipéca sert pendant trois jours; mais on peut aussi, et je l'ai fait souvent, prescrire deux infusions le même jour.

On épuise ainsi successivement l'ipéca de toutes ses parties solubles et notamment de l'émétine; en effet,

La première infusion est légèrement colorée en rougeâtre, et précipite très-abondamment par l'infusion de noix de galle;

La seconde, à peine colorée ou même incolore, donne un précipité moins abondant ;

La troisième, incolore, ne fournit plus qu'un précipité très-faible par la noix de galle.

Si l'on rejette de l'eau sur le marc une quatrième et une cinquième fois, on obtient des solutions qui ne sont plus troublées ou qui le sont à peine par la noix de galle.

Ces précipités dénotent approximativement les quantités d'émétine contenue dans les solutions, et c'est probablement à cet alcaloïde que ces solutions, comme toutes les préparations d'ipéca, doivent la majeure partie, sinon la totalité de leurs propriétés thérapeutiques. Il est donc tout à fait inutile de faire servir le marc au delà de la troisième infusion, et je me suis convaincu que la quatrième et la cinquième n'ont plus aucune action physiologique ni thérapeutique.

Voyons maintenant comment on administre ces infusions et quels sont leurs effets.

Elles n'ont pas une saveur aussi nauséabonde que les potions tièdes ou froides, dans lesquelles on suspend ou l'on délaye de la poudre d'ipéca. Cela tient, à mon avis, à ce que la température de l'ébullition qui a été employée au début de chaque opération pharmaceutique, a fait se dégager la plus grande partie de l'huile essentielle. Cependant cette saveur est encore assez désagréable pour qu'il soit bon de la masquer ; on le fait avec du sucre et de l'eau de fleurs d'oranger.

La première infusion, si elle est bue d'un seul coup ou à coups rapprochés, provoque presque constamment le vomissement; on le favorise en faisant boire plusieurs verres d'eau tiède. Il survient aussi très-souvent, mais non pas toujours, des selles nombreuses, souvent aussi les selles sont d'autant plus nombreuses que les vomissements sont moins abondants, ou *vice versâ* ; mais ces réciproques n'ont pas lieu d'une manière absolue.

La seconde infusion amène rarement des vomissements, surtout quand on a employé seulement 1,50 à 2 grammes d'ipéca; mais elle établit ordinairement un état nauséeux plus ou moins prononcé; le nombre des selles n'est pas aussi sensiblement accru que sous l'influence de la première infusion ; il est souvent diminué.

La troisième infusion ne fait presque jamais vomir, et très-souvent même ne produit aucune nausée; le nombre des selles diminue ou reste stationnaire; mais en tout cas leur augmentation ne peut être que le fait de la maladie qui n'a pas rétrocédé, et non celui du remède, qui est devenu trop faible pour susciter des effets violents de quelque nature que ce soit.

Dans les dyssenteries peu graves, comme la plupart de celles de l'Europe, il suffit très-fréquemment des trois infusions d'une dose de 2 à 3 grammes d'ipéca, pour amender d'une manière satisfaisante l'état morbide, surtout si l'on emploie concurremment d'autres remèdes aussi bien indiqués par cet état que l'ipéca lui-même. Dans les cas contraires, on insiste sur de nouvelles doses.

Je dirai ici incidemment que les moyens auxquels j'ai recours concurremment, et dont j'ai eu beaucoup à me louer, sont principalement l'infusion de thé pour boisson, les demi-bains ou les bains de siége acidulés par un ou deux litres de vinaigre, et les lavements albumineux au nitrate d'argent.

IX.

On admet assez généralement que le vomissement et la purgation déterminés par l'ipéca exercent une influence heureuse sur la maladie, et conséquemment qu'il est d'un haut intérêt d'obtenir ces phénomènes thérapeutiques. J'ai partagé cette opinion jusqu'au jour où soumettant à l'expérimentation clinique les modes variés d'administration de ce médicament, je me suis convaincu que ce n'était point en suscitant des évacuations surabondantes et nouvelles qu'il guérissait ou modifiait du moins la dyssenterie, qu'il était inutile de solliciter ces évacuations, et qu'on pouvait, même en les évitant, guérir aussi vite et aussi sûrement qu'en les provoquant.

Cela ne veut pas dire que les vomitifs et les purgatifs ne conviennent pas à la dyssenterie; cette maladie est l'une de celles qui s'accommodent le moins d'un traitement absolu, dont le génie épidémique, par exemple, fait surgir les indications les plus diverses, et nous concevons parfaitement que des méthodes opposées en apparence aient pu être avec succès dirigées contre elle. Mais par cela même que la dyssenterie n'a pas constamment et la même nature et la même physionomie symptomatique, il ne faut pas avancer que l'un des médicaments qui ont la plus longue portée sur elle, agit à la façon d'un vomi-purgatif et soit utile précisément à ce titre. Parlez de ces dyssenteries qu'accompagne, que complique un élément saburral de l'estomac, de ces dyssenteries bilieuses (en tant que liées à l'état bilieux général, et non en tant que caractérisées seulement par des flux bilieux du gros intestin), et alors avec tous les grands observateurs qui ont mis en saillie l'importance de cette complication éventuelle, mais non nécessaire, avec tous les praticiens plus habiles encore qui ont saisi, dans ces conjonctures, l'indication, nous dirons : Évacuez, faites vomir surtout, dirigez l'action de l'ipéca de manière à dépouiller par les voies hautes l'estomac de la bile et des saburres. Mais quand il s'agira de cas bien plus fréquents où l'estomac reste complétement étranger au travail pathologique

---

A la suite du type caucasique prédominant dans cet ensemble se range le type nègre bien reconnaissable et celui que M. Morton qualifie de *Négroïde*, pour indiquer le mélange des types précédents sur l'individu, et qu'il assimile au mulâtre.

Un tableau ethnographique a été dressé résumant la distribution de ces caractères, et, suivant l'expression de l'auteur du travail, cette table parle d'elle-même. Elle montre que plus des huit dixièmes des crânes de la collection appartiennent à la race caucasique, la forme sémitique y comptant pour un huitième ; que le vingtième du tout est composé de crânes sur lesquels existe une empreinte du type ou nègre ou étranger; que la conformation négroïde apparaît dans huit exemples, et enfin qu'il y a un seul nègre pur au milieu de ces séries.

Devant un résultat si positif et pris en lui-même, comment pourrait-on, comme on l'a tenté de nos jours, dans un but très-honorable, reproduire l'opinion de Volney (1) qui rattache à la race nègre la population et la civilisation de l'Égypte. Cette question avait déjà été jugée sans retour par la vue des sépultures et des peintures monumentales, sur lesquelles les Égyptiens à côté des traits de leur propre race distinguaient très particulièrement ceux de leurs esclaves africains. Hérodote (2), comme tous les Grecs, qualifiait de noires les nations plus méridionales au teint basané et chez lesquelles on rencontrait des nègres ; son suffrage est rejeté aujourd'hui. Mais ce n'est pas la seule rectification apportée par le mémoire de M. Morton à quelques opinions régnantes. Il fut accepté, sur la foi d'Hérodote, qu'à la suite d'une bataille livrée entre les Égyptiens et les Perses, les crânes des premiers se reconnaissaient à leur épaisseur, due à l'habitude de tenir la tête nue, et contrastant avec les minces parois osseuses chez les seconds, adversaires plus efféminés. M. Morton assure que les crânes égyptiens ont en général une texture aussi délicate qu'on la trouve chez l'Européen et qu'une tête pesante est rare dans sa collection, à moins que le bitume ne se soit infiltré au milieu du diploé.

Blumenbach, observant en 1779 des fragments et des têtes entières de momies égyptiennes, avait noté une anomalie particulière des dents incisives. Leur couronne n'était pas taillée en biseau, mais épaisse et semblable à un cône tronqué. Cette singularité, retrouvée à plusieurs reprises, lui semblait pouvoir servir à faire reconnaître le siècle et la nation auxquels ont appartenu les différentes momies ; il pensait aussi que les dents avaient pu s'user sur les racines et les tiges de végétaux que Diodore de Sicile assigne comme nourriture aux premiers Égyptiens. M. Morton n'a pas retrouvé cette disposition des incisives sur la plupart de ses exemples, surtout chez les jeunes sujets, et quand elle se présente, il en donne pour cause également la mastication de substances dures, ce qui se voit de même chez quelques Hindous.

Il réfute d'autre part l'assertion de M. Dureau de la Malle (1), suivant laquelle

(1) Volney, Voyage en Syrie.
(2) Hérodote, trad. de Larcher. *Passim.*

(1) Comptes rend. de l'Ac. des sciences, 1837.

qui s'est localisé sur la muqueuse cœco-colique, le vomissement, comme acte et comme moyen de déperdition humorale, n'offre aucun intérêt aux spéculations du thérapeutiste. Et la preuve, la voici.

Au lieu de faire boire les infusions d'ipéca en un seul coup ou à coups rapprochés, de leur laisser, en les édulcorant simplement, leur goût nauséeux, je les ai fait aromatiser avec l'eau de fleurs d'oranger, de menthe, de cannelle, et je les ai administrées par cuillerées, distancées d'intervalles d'autant plus longs que l'estomac était plus disposé à les rejeter; j'ai obtenu ainsi une tolérance qui, loin de nuire à l'effet du remède, le rendait au contraire plus assuré. La raison en est si simple qu'il est à peine besoin d'y insister : ce n'est pas l'ipéca qui fait vomir et qui est vomi, qui modifie le plus la dyssenterie, c'est celui qui est absorbé.

Maintenant est-il vrai que les premières doses d'ipéca augmentent le nombre des selles, et que cette purgation, car c'en serait une, avance et prépare la guérison ?

Il est positif que fort souvent, comme je l'ai reconnu plus haut, l'ipéca augmente le nombre des évacuations alvines. D'abord je nie formellement, et je crois y être autorisé par les expériences relatées dans la première partie de ce travail, que cela soit attribuable à l'action topique des solutions d'ipéca. Mais comme je l'ai dit aussi, les selles n'augmentent pas toujours, leur nombre peut rester le même; enfin, parfois elles commencent immédiatement à diminuer; or loin que ce dernier effet soit défavorable, il signale une amélioration. L'action purgative de l'ipéca dans la dyssenterie n'a donc rien de constant, rien d'où l'on puisse induire un jugement quelconque pour ou contre le résultat de la médication. Ce n'est point sur les changements survenus dans la quantité des déjections, mais sur ceux qui se manifestent quant à leur nature, qu'il faut éveiller l'attention. En effet, le résultat le plus remarquable de l'action thérapeutique de l'ipéca, quand elle se produit, car on ne guérit pas toujours, c'est de changer de la manière la plus frappante le caractère des déjections dyssentériques.

Ainsi étaient-elles, comme on le voit dans les formes les plus graves, composées de mucus sanguinolent, de sang pur, de pus, de détritus sanieux, etc., elles deviendront séro-bilieuses, d'abord plus ou moins liquides, puis pultacées, mieux liées et de plus en plus consistantes à mesure que l'action médicatrice du médicament se prononçant, la maladie confinera au retour des fonctions normales de l'intestin.

Les symptômes morbides ne sont-ils que suspendus, et non définitivement enrayés, si l'on cesse l'administration du médicament, les déjections reparaissent avec leurs premiers caractères, pour les perdre encore si l'on reprend l'ipéca. Quand ces modifications importantes ont été obtenues d'une manière durable, alors le nombre des selles diminue généralement en proportion. Tous ces effets médicamenteux sont en rapport avec l'action dynamique du médicament absorbé, son action topique est hors de compte, elle n'a pas plus été irritante substitutive qu'astringente; elle est nulle.

L'avantage de la méthode brésilienne est de tempérer l'action puissante de l'ipéca en la prolongeant par des infusions de plus en plus affaiblies, et non de combiner des propriétés vomitives, purgatives et astringentes. L'idée de propriétés astringentes attribuées à cette substance a été déduite d'une manière complétement fausse d'envisager les résultats de la médication; si elle épaissit ou supprime les déjections alvines, ce n'est point qu'une action astrictive ait été exercée sur la muqueuse intestinale; il est impossible de le prouver, il serait inconséquent de le soutenir.

X.

J'ai substitué, dans plusieurs circonstances, aux infusions, les décoctions d'ipéca, et après avoir expérimenté comparativement les avantages des deux méthodes, je n'ai pas tardé à reconnaître, qu'à dose égale d'ipéca, les décoctions ont une action plus énergique que les infusions, et qu'elles méritent la préférence dans les cas où il faut agir avec force et promptitude.

La décoction, en effet, épuise l'ipéca de tous ses principes solubles, et notamment de l'émétine; pour la préparer, on fait bouillir pendant dix à quinze minutes 300 à 400 grammes d'eau ordinaire sur la dose d'ipéca que l'on veut employer; on laisse refroidir, on filtre et l'on rejette toutes les particules insolubles; on obtient une liqueur beaucoup plus colorée que la première infusion *à la brésilienne*, et qui précipite plus abondamment encore par la noix de galle ou le tannin; on édulcore et l'on aromatise comme il a été dit précédemment.

Je tiens beaucoup à n'employer l'ipéca que dissous dans une grande quantité d'eau, et les potions que je prescris contiennent toujours de 250 à 300 grammes d'eau, et 30 à 40 grammes de sirop, pour une dose d'ipéca que je porte à 1, 2, 3 ou 4 grammes au plus. Plus l'ipéca est étendu, moins il irrite l'estomac, moins il fait vomir, mieux enfin il est toléré de toute manière. Or, comme la tolérance n'en est point toujours facile à obtenir d'emblée, il m'arrive très-souvent d'ajouter 10, 20, 30 grammes de sirop d'opium. L'adjonction de l'opium favorise notablement la tolérance, et dans la dyssenterie, j'hésite d'autant moins à y recourir, que ce médicament influe par lui-même très-heureusement sur la maladie. Mais comme on ne saurait méconnaître qu'il nuit au développement complet des propriétés des hyposthénisants, je l'emploie à la plus petite dose possible, et seulement tant que la tolérance n'est pas établie, dans les cas tels que ceux de pneumonies aiguës, où il faut laisser à l'ipéca toute l'intensité de son action déprimante.

Je considère aussi comme très-important d'aromatiser les potions d'ipéca; en leur ôtant leur goût nauséeux, on prend contre le vomissement des garanties plus certaines qu'on ne pourrait le croire. J'en pourrais dire autant des potions stibiées; et depuis que je fais aromatiser les unes et les autres, je les vois tolérées avec plus de facilité, et j'ai bien moins souvent besoin de recourir à l'opium pour obtenir ce résultat. Laennec avait donné ce bon conseil, que l'on a trop oublié.

Enfin, je ne crois pas qu'il soit aussi important qu'on l'a prétendu de n'employer que de l'ipéca récemment pulvérisé. Sans doute une poudre très-ancienne, altérée par une longue exposition à l'air, à l'humidité, devrait être rejetée; mais celle qui, quoique préparée depuis longtemps, a été conservée en lieu sec dans un flacon bien fermé, m'a paru aussi efficace que la plus récemment préparée. J'ai vu, cependant, des médecins qui attachaient un si grand intérêt à l'emploi exclusif des préparations récentes de cette substance, qu'ils préféraient à la poudre la plus fraîche, pour l'infusion ou la décoction, la racine concassée au moment du besoin. J'ai essayé comparativement la racine concassée et la poudre, et loin de trouver plus d'activité dans la première, il m'a semblé que la seconde, plus facilement attaquée par l'eau et lui livrant plus intégralement ses principes solubles, jouissait à la même dose d'une activité supérieure. Je ne crois donc point à l'altérabilité prompte et facile de l'ipéca, d'autant moins que l'émé-

---

le trou auditif des momies, et par conséquent des anciens Égyptiens, était placé plus haut que chez l'Européen, de sorte qu'une ligne horizontale, menée de ce trou vers la partie antérieure de la face, atteindrait la région de l'œil sur la tête égyptienne. M. le docteur Clot-Bey et d'autres ont signalé cette disposition sur les Coptes modernes; le voyageur Raw la note chez les Indous, quelques-uns chez les Juifs. « Les antiquaires, dit Blumembach, savent que plusieurs idoles » de l'ancienne Égypte, faites en airain, en terre cuite, en pierre, en bois de » sycomore, ou peintes sur les sarcophages, ont les oreilles très-élevées. » Au jugement du docteur Morton, l'aplatissement artificiel des cartilages des oreilles a trompé tous ces observateurs, et il n'a, de son côté, jamais rencontré une situation anormale du trou auditif externe sur les crânes des momies dépouilles de leurs parties molles. Nous signalerons, chemin faisant, la belle apparence des chevelures conservées sur trente-six têtes égyptiennes, avec une teinte noire légèrement brunie par la matière d'embaumement, et aussi la rareté des momies d'enfants dans les catacombes du Nil, fait qui n'a pas été suffisamment expliqué.

M. Morton, non content d'avoir retrouvé, dans l'inspection des caractères cranioscopiques, les titres des premiers Égyptiens, a poursuivi son étude jusqu'aux documents historiques. Il a cherché de plus si, au milieu du mélange des populations modernes de l'Égypte, on ne pourrait plus découvrir l'empreinte du type original : il a cru saisir sur les Fellahs, paysans et laboureurs du Delta, cette trace que d'autres font dériver des Coptes. Nous n'aborderons pas aujourd'hui ces questions si complexes et obscures, mais il est nécessaire de reprendre le résultat général formulé en ces termes : « La plupart des crânes égyptiens, » dit-il, offrent le type caucasien de la manière la plus frappante et la moins » équivoque, soit par leur forme, soit par leur dimension, soit par la mesure » de leur angle facial. On serait même tenté de se demander si l'on pourrait » trouver une plus grande proportion de têtes aussi admirablement modelées sur » un nombre égal d'individus tiré au hasard d'une nation quelconque de l'Europe. »

En regard, placerons-nous ces figures d'une beauté si remarquable qu'on a données des indigènes de l'Indostan, et ce crâne d'un Indou que Richard emprunte à un voyageur, et qui ne saurait être rapporté, suivant lui, qu'au type caucasien? La première des conclusions de Morton est formelle : « La vallée du » Nil, à la fois en Égypte et en Nubie, fut originairement peuplée par une » branche de la race caucasique. » Toutefois, nous ne saurions admettre avec lui que dans leurs caractères physiques, les Égyptiens soient intermédiaires entre les Indo-Européens et les races sémitiques. Dans l'état actuel de la science, les Sémites ou Syro-Arabes représentent cette race d'hommes au teint basané, nomades ou mercantiles, qui se sont fixés dans l'Arabie, la Syrie, la Phénicie, l'Assyrie et la Chaldée. Depuis l'Indou et le Persan, jusques et y comprises les familles celtes, germaines et slaves, la race indo-germaine ou indo-européenne, race japhétique pour d'autres, se compose de toutes les nations dont la langue dérive du *sanscrit*. Le type caucasique, tel qu'il a été désigné plus haut, domine ce groupe. Après avoir recueilli les preuves de la date et de la condition sociale, et les caractères biologiques de la précieuse collection du docteur Morton, nous n'hésitons pas à regarder la première population de l'Égypte, celle dont les monuments attestent la civilisation, comme absolument asiatique (1).

(1) Comptes rend. de la soc. ethnolog., an. 1846-1847.

tine, que je considère comme le principe dans lequel sont condensées les propriétés capitales de l'ipéca, est elle-même susceptible de se conserver longtemps sans altération.

XI.

Parmi les formules antidyssentériques si variées dans lesquelles on a fait entrer l'ipéca, je dois signaler la masse pilulaire que notre savant et regrettable collègue, le docteur Segond, préconisa à la Guyane française. Il fut le premier à repousser toute prétention de priorité, et en livrant à la publicité la formule qu'il avait souvent employée avec succès contre la dyssenterie, il eut la bonne foi de prévenir qu'il l'avait empruntée aux médecins de la colonie anglaise de Démérary; mais l'ardeur qu'il mit à la proclamer, et la réputation acquise dès ce moment à son mode de traitement de la dyssenterie, firent donner à ses pilules, par les médecins français de Cayenne, le nom de *pilules de Segond*, que M. Bouchardat a consacré dans son formulaire. Ce n'est donc pas sans un certain étonnement que nous avons vu, depuis quelques années, désigner sous le nom de pilules de MM. Monard frères, une formule identiquement pareille à celle que Segond, bien antérieurement à MM. Monard, médecins de l'Algérie, avait popularisée dans nos colonies et dans nos hôpitaux maritimes. On comprend, du reste, que l'idée soit venue, en présence de dyssenteries nombreuses et graves, d'associer trois des modificateurs les plus puissants des lésions de l'intestin, l'ipéca, le calomel et l'opium; aussi, je tiens pour certain que les honorables médecins qui viennent d'être cités n'avaient point connaissance des travaux de Segond sur le même objet. Mais maintenant, que le fait d'antériorité est bien établi, il est de toute justice de conserver à la formule le nom d'un collègue que la mort nous a trop tôt enlevé, et que nul ne voudrait dépouiller sciemment de ses modestes titres scientifiques.

Voici la formule des *pilules de Segond*, qui, d'ailleurs, dans l'esprit de son auteur n'était pas inflexible, car, suivant les indications, il modifiait la proportion relative de ses trois éléments :

Ipécacuanha en poudre. . . . 40 centigrammes.
Calomel à la vapeur . . . . . 20 —
Extrait aqueux d'opium . . . 5 —
Sirop de Nerprun. . . . . q. s.
Pour 6 pilules.

Ces pilules sont loin d'être un spécifique, je les crois même, en thèse générale, inférieures à l'ipéca à la brésilienne, que Segond employait aussi beaucoup; mais on trouvera souvent l'occasion de les placer avec avantage, tant dans la forme aiguë que dans la forme chronique de la dyssenterie.

XII.

Si l'ipéca n'est pas un spécifique de la dyssenterie, il est sans contredit un des médicaments qui ont le plus d'action sur elle. Dans la dyssenterie sporadique, ou dans les petites épidémies de cette maladie que j'ai eu occasion d'observer en France, j'ai eu à m'en louer avec une telle constance, que je le place aujourd'hui au premier rang parmi les agents pharmacologiques que j'emploie contre les flux diarrhéiques ou dyssentériques. J'élargirais outre mesure les dimensions déjà fort étendues de ce travail, en accumulant les observations sur ce sujet; mais parmi celles que j'ai recueillies, j'en choisis une qui donnera une idée de la manière dont je comprends le traitement par l'ipéca et de l'action thérapeutique de ce précieux médicament. Cette observation sera intéressante à un autre titre; au lieu de porter sur un cas de dyssenterie née en France, et de la bénignité, de la curabilité facile de laquelle on pourrait arguer contre la puissance réelle de l'ipéca, elle va nous offrir, ce qui est fort rare, un cas de dyssenterie aiguë venant d'éclater encore à portée de l'influence endémique des Antilles, et arrivant en Europe à peu près vierge de tout traitement sérieux.

Obs. — Lagorne, matelot, 24 ans, constitution antérieurement robuste, mais débilitée par une longue station aux Antilles et une dyssenterie contractée à la Guadeloupe il y a cinq mois, et qui en a duré deux; au départ du bâtiment qui l'a ramené en France, il était complétement rétabli.

Il entre à l'hôpital maritime de Rochefort le 23 avril 1850, atteint d'une dyssenterie aiguë qui s'est déclarée il y a vingt jours, dix après le départ des Antilles. Il accuse actuellement une quinzaine de selles par jour, formées de matières muqueuses et de sang; coliques très-vives, ténesme, pouls fébrile; épigastre indolore, langue nette.

24, matin. 12 selles dans les précédentes vingt-quatre heures; mêmes symptômes que ci-dessus.

Prescription : Eau de riz gommée, 2 quarts de lavement albumineux; bain de siége; ipéca, 2 grammes; première infusion; diète.

3 heures du soir. Les premières cuillerées de l'infusion, édulcorée et aromatisée sans opium, ont déterminé des nausées et deux vomissements; la tolérance s'est ensuite établie. Le pouls est un peu moins fréquent que le matin; quatre selles bilieuses qui ne contiennent point de sang; moins de coliques; moiteur à la peau.

25, matin. Nuit assez bonne; quatre selles bilieuses avec légères traces de sang; peu de coliques et de fièvre.

Prescription : *Ut supra;* deuxième infusion d'ipéca.

3 heures du soir. Pouls normal; deux selles dans la journée, avec les mêmes caractères que le matin; tolérance parfaite de l'ipéca.

26, matin. Dans la nuit, trois selles demi-consistantes, avec quelques stries de sang à la surface; ni fièvre, ni coliques; le malade demande avec instance à manger.

Prescription : Eau de riz; quart de lavement albumineux; troisième infusion d'ipéca; deuxième crème de riz.

3 heures du soir. Deux selles presque moulées, sans trace de sang.

27. Dans la journée, le malade rend deux selles, presque normales; on lui accorde deux potages au gluten et deux crèmes de riz; 5 centigrammes d'opium en deux pilules sont prescrits pour le soir.

28. Quatre selles séro-bilieuses dans la nuit; quelques coliques; on n'accorde au malade, qui demande toujours à manger, que deux potages au gluten; une pinte d'infusion de thé.

On reprend pendant trois jours l'ipéca à la brésilienne, lequel est toléré, modifie les selles et entretient une tendance marquée à la diaphorèse.

Dans les premiers jours de mai, il ne reste qu'un peu de diarrhée, sans trace de sang; un grain d'opium par jour; deux lavements composés de : blanc d'œuf, n° 1, azotate d'argent et chlorure de sodium, de chaque, 0,40 grammes; eau, 300 grammes; quelques bains de siége vinaigrés, amènent une guérison complète vers le 10 mai.

Quelques jours plus tard, Lagorne est atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, promptement arrêtée par le sulfate de quinine, et pendant laquelle la dyssenterie n'a point reparu.

Il sort de l'hôpital le 21 mai. J'ai occasion de le revoir quinze jours plus tard, sa guérison ne s'était point démentie.

Géographiquement parlant, par suite de ses rapports naturels avec la mer Rouge et la mer des Indes, la vallée supérieure du Nil appartient vraiment plutôt à l'Asie qu'à l'Afrique. Si les Pélasges, les Hellènes, les Scythes et les Phéniciens, ont plus tard modifié cette branche du grand tronc indo-européen, il nous reste acquis, en dernière analyse, que les catacombes de Memphis témoignent hautement de la souche première, et c'est le point spécial que cette esquisse devait mettre en évidence. »

LEBRET.

— On lit dans la GAZETTE DES HÔPITAUX :

M. Orfila, qui avait été obligé d'interrompre son cours et de faire faire quelques leçons par M. Wurtz, agrégé, a repris aujourd'hui ce cours devant un nombreux auditoire. A peine le professeur était-il dans l'enceinte de l'amphithéâtre, que les applaudissements les plus nombreux et les *bravos* ont éclaté de tous côtés. Lorsqu'après plusieurs salves le silence a été rétabli, M. Orfila s'est exprimé en ces termes:

« A cet accueil si bienveillant, si sympathique et si flatteur, je répondrai par les » remerciments les plus sincères et par l'assurance de consacrer ce qui me reste » de force à votre instruction, afin d'aplanir, en ce qui me concerne, les obstacles » que vous aurez à surmonter pour conquérir un titre que vous saurez honorer.

» J'ajouterai que, de toutes les positions, sans en excepter les plus élevées, » aucune, à mes yeux, ne vaut celle que vous me faites en ce moment; aussi, » comme chez moi la mémoire du cœur n'a pas encore faibli, je n'oublierai pas » de sitôt la manifestation éclatante dont je viens d'être témoin, et pour laquelle » je vous rends de nouveau mille grâces. »

Cette courte allocution a été couverte d'applaudissements.

— L'Académie impériale de Saint-Pétersbourg vient de nommer membre correspondant M. le docteur Ricord. Notre célèbre confrère a reçu presque en même temps la croix de commandeur de l'ordre Saint-Anne, que l'empereur de Russie lui a envoyée en reconnaissance des services rendus aux médecins russes qui ont suivi son enseignement.

— Par arrêté du 29 janvier, M. Druhen est nommé professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Ordinaire, démissionnaire.

— Le ministre de la marine et des colonies a accepté la démission de MM. Merveilleux et Battandier, chirurgiens de 3e classe, au port de Rochefort.

— Nous apprenons la mort de M. Pellerin, docteur-médecin à Nantes, âgé de soixante-deux ans.

XIII.

Cette observation met parfaitement en relief la succession des traits caractéristiques de l'action de l'ipéca.

Au début de la médication, vomissements, état nauséeux que la tolérance fait bientôt disparaître.

Les douleurs abdominales diminuent d'intensité.

Les selles, loin d'être augmentées à la première dose du médicament, diminuent immédiatement de nombre.

Le caractère des déjections intestinales change; ces déjections, de muco-sanguinolentes, deviennent liées et bilieuses.

Le pouls s'abaisse, de l'agitation fébrile revient promptement au rhythme normal.

La diaphorèse est légère, mais suffisante pour montrer l'influence de l'ipéca sur la transpiration cutanée.

Y a-t-il quelque chose dans ce tableau qui annonce l'action d'un agent topique sur la muqueuse intestinale? Non, cette succession de symptômes thérapeutiques démontre avec évidence une action exercée dans l'intimité des organes, sur le système nerveux et sur le sang, après l'accomplissement préalable d'un travail d'absorption.

Je ne sortirai pas de la voie expérimentale et pratique que je me suis tracée dans ce travail, pour disserter longuement sur la nature de l'action dynamique de l'ipéca; je dois cependant en dire mon opinion.

Pour moi, l'ipéca est un hypostbénisant pur, un sédatif (ce dernier terme est plus intelligible et exclut mieux tout préjugé doctrinal), un sédatif portant particulièrement sur les systèmes nerveux et sanguin; un altérant aussi, peut-être, qui introduit dans nos humeurs l'ou de ces principes qui, à si petites doses, suscitent des effets si intenses dans l'organisme, l'alcaloïde émétine, principes qui, en tant qu'inassimilables dans leur groupement moléculaire actuel, apportent, aussi bien que les altérants minéraux, des perturbations imprévues dans les opérations vitales, soit physiologiques et habituelles, soit éventuelles et pathologiques. Ce n'est point un irritant, car nulle part il n'éveille un point d'irritation appréciable, et il apaise l'éréthisme nerveux; ce n'est point un stimulant, un tonique, car la fièvre tombe, car partout il déprime; ni un astringent, car il n'a aucune action coercitive sur les principes albumineux des tissus ou des humeurs; altérant sédatif, ce double mot rend assez bien ma pensée, il combat l'élément phlegmasique, l'élément névropathique, dénature les opérations pathologiques en rendant leur norme aux fonctions de l'intestin; tout cela, il est vrai, par un mode inconnu, dont le fait seul étant constaté, nous ne cherchons pas à pénétrer l'essence.

Les symptômes inflammatoires qui entourent la dyssenterie à son début, la lésion phlegmasique localisée dans le gros intestin, incitent le médecin à attaquer la maladie par la médication antiphlogistique; et comme dans l'arsenal de cette médication, les armes les plus usuelles sont les émissions sanguines, on en fait d'abord avec plus ou moins de discrétion l'épreuve. Mais ici l'abus a été excessif, et si les saignées générales et locales peuvent être utiles dans la dyssenterie, il ne faut pas franchir les bornes d'indications très-délicates; il faut savoir, par exemple, que tous les dyssentériques, comme tous les individus atteints de phlegmasies abdominales, supportent mal la saignée, ce qui ne veut pas dire qu'on ne doit pas leur en faire, mais bien qu'on ne doit en user à leur égard qu'avec circonspection, tandis que l'on peut tirer d'énormes quantités de sang, dans les phlegmasies thoraciques aiguës, aux individus les plus débiles en apparence, les plus robustes, atteints de phlegmasies abdominales, semblent incessamment sous le coup d'une complication typhoïde que les pertes de sang peuvent faire éclater. Quel parti prendre, cependant, en présence d'un état inflammatoire qui saute aux yeux? Eh bien! c'est précisément pour s'ôter à soi-même l'envie d'insister sur la saignée, ou pour remplacer les émissions sanguines, générales et locales, quand on ne peut plus y avoir recours, que l'on doit songer à certains médicaments hyposthénisants, qui dépriment à leur manière, autrement et moins dangereusement, dans l'espèce, que la saignée, qui en outre semblent attaquer plus profondément qu'elle l'état organo-pathologique actuel; et voilà pourquoi quelques-uns d'entre eux, comme les mercuriaux, comme les purgatifs salins et résineux même, comme l'ipéca enfin, triomphent entre les mains de ceux qui n'ont pas peur de s'en servir et qui savent les manier.

Dans la dyssenterie, l'ipéca répond donc à la double indication de continuer la sédation commencée par les émissions sanguines, mais avec moins d'inconvénients, et de modifier plus intimement la lésion de sécrétion de l'intestin. Le transport de fluides qui s'effectue vers la peau sous l'influence de ce médicament, ne doit pas être non plus sans importance; en effet, il arrive le plus souvent que dans les phlegmasies abdominales les sécrétions cutanées diminuent, et rien n'est plus habituel dans leur état aigu que d'observer la chaleur âcre et sèche de la peau; chez les sujets affectés de dyssenterie chronique, j'ai maintes fois été frappé de la rudesse et de la sécheresse parcheminée du tégument externe. Toute tendance à la diaphorèse se présente alors comme une crise favorable, et sous ce rapport, l'action secondaire de l'ipéca mérite d'être prise en considération.

XIV.

Sans croire aux spécifiques, on ne peut s'empêcher de reconnaître que certains médicaments sont mieux appropriés que d'autres qui paraissent leurs analogues à des états pathologiques donnés. L'antimoine, par exemple, s'adapte parfaitement aux états pathologiques des organes respiratoires. J'ai cru aussi que l'ipéca avait une efficacité spéciale contre les phlegmasies abdominales, qu'il leur convenait mieux que d'autres remèdes hyposthénisants, et en comptant surtout les succès qui ont couronné son emploi dans les dyssenteries et les métro-péritonites ou phlébites puerpérales, je me demandais s'il ne serait pas un hyposthénisant abdominal par excellence.

J'ai attaqué moi-même le côté spéculatif de ces idées en essayant l'ipéca à hautes doses, en dehors du cercle des inflammations de l'abdomen, et je n'ai pas tardé à me convaincre que partout où il sera administré ainsi, il introduira dans l'organisme une hyposthénisation dont on pourra faire bénéficier les états pathologiques si nombreux qui réclament les médications sédatives et altérantes.

Je vais apporter en preuve, dans la troisième partie de ce mémoire, mes essais sur le traitement des inflammations aiguës des organes respiratoires par l'ipéca à hautes doses.

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE PROCÉDÉ DE M. HATIN POUR L'APPLICATION DU FORCEPS, CONSIDÉRÉ COMME AYANT ÉTÉ IMAGINÉ PAR LE PROFESSEUR FLAMANT (de Strasbourg); par M. STOLTZ.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 24 janvier, article REVUE HEBDOMADAIRE, vous prenez la défense d'un nouveau procédé d'application du forceps qui aurait été inventé par M. le docteur F. Hatin. « Ce qui caractérise ce procédé, dites-vous, c'est l'introduction de la main tout entière *jusqu'au fond de l'utérus*, c'est-à-dire jusqu'aux parties avec lesquelles la cuiller du forceps doit être en rapport, et la double manœuvre de l'application des deux cuillers avec la main *restée dans l'utérus*. »

M. F. Hatin a présenté cette manœuvre comme étant de son invention. Or il y a plus de quarante ans que Flamant a conseillé d'agir ainsi, *exceptionnellement*. Dans son mémoire pratique sur le forceps, publié en 1816, il a, dans plusieurs passages, parlé de cette manière d'appliquer l'instrument, et il a érigé en principe l'introduction de la main entière dans l'utérus (non pas *jusqu'au fond* à la vérité) quand la tête est au-dessus du détroit supérieur. Il a dit plus. Quand la tête est engagée dans ce détroit et que l'application du forceps devient nécessaire, il conseille de refouler un peu la tête, de la rendre mobile, afin de pouvoir porter la main jusque sur le côté sur lequel la cuiller doit reposer. Tous ceux qui ont fréquenté ses cours se rappelleront combien il insistait sur ce point.

Ainsi, par exemple, à la page 49 de son mémoire, il dit : « Si au contraire elle (la tête) est libre au-dessus du détroit supérieur, et si on retire la main qui a servi à diriger la première branche pour lui confier la seconde, la tête peut rouler sous l'instrument, et on ne la tient plus par son diamètre transversal. Il est nécessaire, dans ce cas, d'introduire *toute la main entre la tête et l'utérus*, pour donner un point d'appui plus ferme au forceps, porter la tête en devant pour la rendre immobile, et placer plus sûrement la seconde branche. Il est arrivé, lorsqu'un aide peu attentif ou mal exercé laissait glisser la première branche, et qu'on était obligé de réintroduire la main pour la replacer, *que cette même main* a servi à diriger la seconde branche, comme on le prouvera dans la suite par deux observations qui constatent le succès de ce procédé nouveau. »

Dans ces lignes, l'introduction entière de la main dans la matrice est donc positivement conseillée, et déjà Flamant dit que la même main peut servir à diriger la seconde branche. Dans la description du manuel opératoire, quand on veut appliquer le forceps, l'occiput étant dirigé en avant et à gauche (p. 54), il est bien plus explicite encore en ce qui concerne l'introduction de la main entière dans l'utérus.

Quant à la possibilité d'introduire et de guider les deux branches du forceps avec la même main, il l'a démontrée pratiquement sur une fille de 19 ans dont le travail avait été très-long et très-douloureux (v. p. 109 du mémoire cité).

« En introduisant la main droite dans l'utérus (y est-il dit), la tête a remonté facilement au-dessus du détroit abdominal. J'ai conduit la branche mâle du forceps avec la main gauche entre la tête du fœtus et la paume de la main droite qui tenait la cuiller fixée sur le côté gauche de la tête, et j'ai confié le crochet à un aide. J'ai prévenu ensuite les étudiants, au nombre de quarante environ, *que j'allais introduire les deux branches avec la même main; j'ai voulu fixer leur attention sur ce procédé nouveau, que je n'avais vu ni proposé, ni décrit nulle part.* A cet effet, j'ai dépassé en dessous le bord convexe de la cuiller de la branche mâle avec le petit doigt et l'indicateur de la main droite, qui m'ont servi à pousser entre l'angle sacro-vertébral et la face du fœtus la branche femelle que j'ai introduite avec la main gauche, et que j'ai fait passer entre la tête et l'utérus jusqu'à la partie interne de la cavité cotyloïde droite, etc., etc. »

Ce n'était même pas la première fois que Flamant agissait ainsi; l'observation 18 (p. 94) en fournit la preuve. « Après avoir introduit la branche mâle, dit-il dans cette observation, pour réduire à la première position, je la confie à un aide, qui la laisse glisser par-dessus l'occiput, pendant que je préparais la branche femelle. Je réintroduis la main droite pour replacer la branche mâle au-dessous de l'occiput sur le côté gauche de la tête, où je la fixe avec les trois premiers doigts: *Les deux derniers doigts de cette même main me servent à faire passer sur la face la branche femelle conduite de la main gauche*, pour la placer sur le côté droit de la tête. »

Dans les deux cas, l'extraction a été faite avec succès pour les enfants et pour les mères.

Enfin, à la page 115, Flamant revient une dernière fois à la possibilité, et *même la facilité*, ajoute-t-il, d'introduire les deux branches de l'instrument avec la même main, et de les diriger convenablement avec celle qui se trouve entre l'utérus et la tête du fœtus. On peut donc conseiller ce procédé, dit Flamant, afin de rendre l'opération plus prompte, et d'éviter à la femme des douleurs causées par l'introduction d'une autre main.

Ceci met en évidence que M. F. Hatin n'a pas inventé le procédé de l'application du forceps qu'il a soumis à l'appréciation de l'Académie de médecine. Si ce procédé n'était pas connu à Paris, la chaire d'accouchement de Strasbourg en a retenti pendant un grand nombre d'années.

Maintenant permettez-moi de dire quelques mots de ce que je pense de cette prétendue invention.

Je commencerai par examiner la question de savoir jusqu'à quel point il peut être utile d'aller saisir la tête au-dessus du détroit supérieur; car pour pouvoir introduire la main tout entière dans l'utérus, il faut que la tête du fœtus ne soit pas fortement engagée dans le bassin, et qu'on puisse la refouler et la rendre mobile. Il ne peut donc guère être question de ce procédé *dans les cas d'enclavement.*

Flamant se faisait un jeu de porter le forceps au-dessus du détroit supérieur, parce qu'il maniait cet instrument avec une grande habileté. Il pensait que dans tous les cas où il était possible de saisir la tête avec cet instrument, il fallait s'en servir de préférence à la version sur les fesses, suivie de l'extraction par les pieds. Il croyait encore que le forceps était plus particulièrement indiqué quand, par suite d'une mauvaise conformation du bassin, il y avait disproportion entre le volume de la tête et l'ouverture du canal pelvien.

Or le plus grand nombre des accoucheurs est, si je ne me trompe, d'accord à dire que la version par les pieds doit être généralement préférée au forceps, dans les cas où la tête est mobile au détroit supérieur, si, par la raison d'un empêchement quel qu'il soit, ou d'un accident, il devient nécessaire de terminer l'accouchement. La difficulté de l'application du forceps, non pas de son introduction dans les parties génitales et dans la matrice, mais de fixer et de saisir la tête, étant telle que l'opération devient longue, opposé à la contusion des parties molles, au glissement répété des cuillers, et force quelquefois à en venir à la version, après avoir beaucoup tourmenté la femme et exposé le fœtus à périr. Je parle *de visu* et par expérience. Je dois à la vérité de dire que mon excellent maître, Flamant, a eu plusieurs déceptions de ce genre en ma présence.

Il n'est donc pas facile de saisir convenablement la tête quand elle est mobile au-dessus du détroit supérieur. L'opération est si peu avantageuse dans ce cas, que la plupart des praticiens y ont renoncé.

Y a-t-il des exceptions à faire? Flamant enseignait que c'était surtout alors qu'il existait une disproportion entre la tête fœtale et le bassin que l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur était nécessaire; d'abord parce que avec le forceps on diminue le volume du corps à extraire, ensuite parce qu'on fait venir l'enfant dans la présentation la plus normale, la plus avantageuse, l'extraction par les pieds étant trop souvent préjudiciable à son existence.

Ces motifs ont quelque chose de très-plausible. Il est certain que le volume de la tête du fœtus peut être diminué de 1 à 2 centim. par la compression exercée au moyen du forceps et que l'enfant court beaucoup moins de chances de perdre la vie en naissant par la tête qu'en étant extrait par les pieds. Mais pour comprimer la tête sans nuire, il faut l'avoir saisie dans un sens favorable. Or j'ai dit tantôt que la plupart des praticiens reconnaissent l'extrême difficulté de fixer la tête au-dessus du détroit supérieur, et puis de la saisir convenablement. Il n'y a pas de doute que la naissance par la tête ne soit avantageuse, mais à combien de pressions et de contusions, même involontaires, n'est-elle pas exposée jusqu'à ce qu'elle soit attirée dans l'excavation! La difficulté et les dangers de la manœuvre l'ont fait rejeter, et non pas les considérations qui l'ont fait conseiller. Mais par quoi la remplacer? dira-t-on. Par la version qui, dans ces cas, est certainement plus facile que l'application du forceps, et par l'extraction du fœtus par les pieds, qui, d'après des praticiens très-renommés, donnerait plus de chances au fœtus, même dans des cas de rétrécissements modérés du bassin.

En admettant, d'un côté, que la main tout entière ne peut être introduite dans l'utérus que quand la tête est mobile ou qu'après l'avoir rendue mobile; en reconnaissant, d'un autre côté, la difficulté de l'application du forceps dans ces cas, la manœuvre que M. F. Hatin donne comme étant inventée par lui mérite-t-elle encore de grands éloges?

Comme on a voulu démontrer la grande difficulté, ou du moins les inconvénients de transporter la main de gauche à droite ou de droite à gauche, entre la matrice et la tête du fœtus, vous avez cherché à pallier ce reproche en disant que, « après avoir porté la main aussi profondément que possible dans l'un des côtés du bassin, M. F. Hatin l'abaisse au-dessous du rebord du détroit supérieur, dans le cas d'enclavement, de manière à la faire cheminer dans l'excavation pelvienne, en suivant la courbe du sacrum; ce n'est que lorsqu'elle est arrivée au côté opposé du bassin, qu'il la fait pénétrer de nouveau aussi profondément que possible et de manière à guider toujours sûrement la seconde branche du forceps, comme il a guidé la première. »

Je crains que, loin d'avoir amélioré la position de M. Hatin, vous ne l'ayez aggravée; car si, d'après son procédé, la main qui a dirigé la première branche, pour être portée du côté opposé du bassin, doit être retirée de l'utérus (et pour cheminer dans l'excavation, surtout en cas d'enclavement, il faut retirer la main jusque dans le vagin), pour y être réintroduite du côté opposé, autant vaut la retirer tout à fait et la remplacer par l'autre main, qui agira en tout cas plus commodément et plus sûrement. L'introduction de la seconde main dans des cas de ce genre ne complique nullement la manœuvre, ne la rend pas plus douloureuse, mais beaucoup plus sûre. Ensuite la torsion qu'il faut imprimer à la main qui doit ainsi changer de place, le peu d'habitude et la difficulté d'introduire la cuiller gauche (branche mâle) avec la main droite; la droite (branche femelle) avec la main gauche, rendent certainement l'opération plus difficile que quand on y procède alternativement avec l'une et l'autre main.

Encore, sous ce rapport, la manière de procéder de Flamant me paraît de beaucoup préférable à celle de M. F. Hatin. Flamant ne voyait d'abord, dans sa manière de faire, que la possibilité et l'avantage de fixer la cuiller appliquée la première sur le côté de la tête, et cette dernière elle-même contre le bassin, pendant qu'il introduisait la seconde. Ce qui l'a conduit à l'imaginer, c'est le désappointement qu'il a plusieurs fois éprouvé de voir la première cuiller dérangée au moment où il appliquait la seconde, parce que l'aide n'avait pas bien su fixer la tête ou n'avait pas pu résister aux mouvements qui étaient imprimés à cette dernière et à la branche du forceps par la manœuvre que nécessitait l'application de la seconde branche. Mais il se gardait de retirer la main. Pendant que le pouce, l'indicateur et le doigt du milieu servaient à fixer la cuiller de la branche introduite la première, il cherchait à faire cheminer celle de la seconde branche avec l'annulaire et le petit doigt. C'est ainsi qu'il a réussi. Ce procédé, quoique difficile encore, est néanmoins beaucoup plus avantageux, moins douloureux et plus sûr que celui que vous dites appartenir à M. F. Hatin.

Je conclus en disant:

1° Que le procédé de M. F. Hatin consistant à porter la main tout entière dans la matrice pour guider les cuillers du forceps, et à appliquer les deux branches de la même main et à les guider avec l'autre, a été décrit il y a près de quarante ans par Flamant;

2° Que cette manière d'agir ne peut offrir, suivant moi, quelque avantage, que quand la tête est mobile ou rendue mobile au-dessus du détroit supérieur;

3° Que cette manœuvre n'est jamais moins nécessaire et moins facile à exécuter que dans des cas d'enclavement;

4° Que cette pratique ne peut réussir qu'entre les mains d'hommes parfaitement habitués à manier le forceps;

5° Enfin, qu'elle ne mérite nullement les encouragements d'une société d'académiciens, avant qu'elle n'ait été expérimentée et trouvée avantageuse par un certain nombre d'accoucheurs habiles (1).

Agréez, etc.

RÉPONSE. — La lettre de M. Stolz prouve, d'une manière évidente, qu'un autre avant moi a eu l'idée de porter la main dans l'utérus, et a démontré la possibilité de guider avec cette main l'une et l'autre branche du forceps.

Je l'ignorais, car le mémoire de Flamant m'était complétement inconnu, et je remercie M. Stolz de m'avoir révélé, dans celui qu'il appelle son excellent maître, un auxiliaire dont l'autorité protégera ma parole.

Cependant je crois devoir lui faire remarquer que, si notre méthode est la même, nous différons complétement quant au procédé, quant au but, quant à la doctrine.

Flamant maintient la première branche introduite, avec les trois premiers doigts, et se sert des deux autres pour guider la seconde branche.

Il résulte de cette manière de faire, des difficultés et des dangers qu'on évite par mon procédé. Les difficultés tiennent au double rôle qu'on fait jouer simultanément à la main introduite et au trajet *circulaire* de la branche, nécessité par son introduction dans un point éloigné de celui où elle doit s'arrêter. Les dangers, eux, viennent aussi de ce trajet plus ou moins laborieux de la branche, c'est-à-dire d'un instrument aveugle et dur, entre les parois utérines et la tête du fœtus.

Dans mon procédé, au contraire, c'est la main qui chemine et vient se placer au point où la seconde branche devra pénétrer. Cette seconde branche n'a point de contour à parcourir, et d'une autre part ma main n'est chargée que d'un seul rôle à la fois. Mon procédé est donc évidemment plus simple, plus facile et plus sûr que celui de Flamant.

D'une autre part, l'unique but que se propose cet auteur, en exécutant sa manœuvre, c'est de fixer la tête et de ne point déranger ses rapports avec la première branche pendant l'introduction de la seconde.

J'arrive, moi, à ce double résultat, tout simplement en chargeant un aide de presser sur l'utérus, de manière à maintenir la tête en rapport avec le détroit abdominal.

Aussi, en introduisant la main dans l'utérus, n'ai-je point pour but de fixer la tête du fœtus, mais uniquement de fournir au forceps un guide sûr, intelligent, clairvoyant, si je puis m'exprimer ainsi, qui assure son placement aussi régulier que possible, et qui mette la mère et l'enfant à l'abri des formidables accidents attachés à *l'égarement* de ses branches.

Le but de Flamant et le mien sont donc aussi différents que nos procédés.

Enfin, Flamant ne conseille son procédé *qu'exceptionnellement* et dans les cas où la tête est mobile au-dessus du détroit abdominal.

Moi, au contraire, je généralise le précepte et je l'applique, que la tête soit libre au-dessus du détroit supérieur, ou qu'elle soit plus ou moins engagée dans l'excavation pelvienne. C'est dans ce dernier cas que j'y fais subir la modification que M. Stolz critique *à priori* et regarde comme une aggravation, mais à laquelle il se convertira quand il aura bien voulu l'essayer.

Ainsi donc, je n'ai de commun avec Flamant que la méthode, et celle-ci n'étant ni décrite dans les ouvrages classiques, ni usitée dans la pratique ordinaire, j'ai dû m'en croire l'inventeur.

M. Stolz me prouve que je me trompais; je la restitue à qui de droit.... *Suum cuique.*

Je ne lui demande pour moi que l'application de ce simple précepte de justice.

FÉLIX HATIN.

NOTE SUR L'ALTÉRATION DE LA TIGE DES CÉRÉALES OBSERVÉE RÉCEMMENT EN FRANCE, ET DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE MALADIE DU BLÉ; lue à la Société de biologie par MM. C. MONTAGNE, A. GUBLER et E. GERMAIN (de Saint-Pierre.)

Nous avons été chargés par la Société d'étudier la nature de l'altération pathologique de la tige du froment, désignée par les agriculteurs sous le nom de *maladie du blé*, maladie que l'on compare, non sans raison, à celle qui cause l'altération du tubercule chez les pommes de terre, et dont le développement sur une grande échelle donnerait lieu à des pertes incalculables. Pour étudier complétement cette question il serait nécessaire, non-seulement d'examiner la plante malade depuis l'époque de sa germination jusqu'à celle de sa complete destruction, mais il serait nécessaire encore d'étudier attentivement, dans les localités où la plante est atteinte de cette maladie, les causes extérieures qui peuvent avoir une action sur le développement de cette altération. Nos observations n'ont pu être faites que sur des tiges de froment déjà parvenues à un état voisin de la maturité; ces tiges avaient été recueillies dans un même champ où les plantes étaient les unes saines et vigoureuses et les autres atteintes par l'altération avec une plus ou moins grande intensité. Au premier examen elles présentent un aspect qui les rend faciles à reconnaître, leur taille est un peu moins élevée, leur teinte est celle du blé complétement mûr, et si l'on examine les grains contenus dans les épis, il est facile de s'assurer que la plante a été frappée de mort ou d'une altération mortelle avant qu'elle ait eu atteint sa maturité. Il est facile de constater que les entre-nœuds les plus inférieurs sont atteints les premiers et que l'altération s'étend de proche en proche de bas en haut. La plante se trouve complétement frappée de mort dans toute son étendue longtemps avant que l'altération primitive ait eu le temps d'atteindre les parties supérieures; en effet, il suffit qu'un seul des entre-nœuds de la base soit frappé de mort et cesse de transmettre les liquides ascendants puisés dans le sol, pour que la végétation soit arrêtée dans toute la partie supérieure de la plante.

Nous nous sommes assurés d'abord que la partie supérieure de la plante était ainsi morte d'inanition par la cessation de ses rapports avec le sol; les grains contenus dans l'épi étaient flasques et tendaient à se dessécher comme ceux d'une plante récoltée quelques semaines avant l'époque de la maturité, mais ne présentaient pas d'altération pathologique appréciable. Notre attention s'est ensuite portée sur la partie de la plante qui était évidemment le siége d'une altération morbide. Nous avons coupé la partie inférieure tant des plantes saines que des plantes malades afin de les examiner comparativement, puis nous avons fendu longitudinalement ces bases de tiges, afin de juger de l'état de la surface interne et de la comparer à l'état de la surface externe.

Les tiges malades nous ont présenté des altérations de plusieurs sortes: 1° une substance noirâtre située dans l'épaisseur de la gaîne et restant souvent appliquée à la surface de la tige avec l'épiderme interne de la gaîne qui se détache par lambeaux (cette substance noirâtre, déposée sur la tige, s'en détache ensuite sous la forme de poussière par le plus léger frottement). Cette substance est le résultat de l'agglomération des filaments d'une mucédinée dont la ténuité est extrême. Cette mucédinée est constituée par des filaments rameux et fréquemment anastomosés par des branches transversales qui rappellent le mode d'union des différents tubes chez les algues de la division des conjuguées à l'époque de leur conjugaison; ces filaments renferment des granules superposés de volume inégal; chacun de ces granules est séparé de celui qui précède et de celui qui suit, par des cloisons transversales qui divisent le filament en autant d'articles; le dernier article de chacun de ces filaments est renflé et beaucoup plus volumineux que les précédents, et constitue la fructification qui consiste en un sporange membraneux renfermant une seule spore; chaque article devient successivement un sporange semblable à mesure qu'il devient terminal par la chute du sporange précédent. Nous avons reconnu dans cette végétation fongique le *cladosporium herbarum*, espèce (de la section des dématiées) fort commune et qui envahit fréquemment les feuilles tombées et les tiges des herbes. 2° Sur l'une et l'autre face du limbe même des feuilles inférieures du chaume le plus malade, nous avons pu constater la présence d'une espèce de la famille des pyrénomicètes, du *septoria tritici* (Desmazières); en général, une plante est déjà profondément affectée quand elle est envahie par cette hypoxilée. 3° La tige présente à l'intérieur des taches brunes allongées qui commencent par un point restreint, s'étendent surtout en longueur et n'envahissent qu'à la longue toute la circonférence de la tige; ces taches du canal de la tige correspondent à des taches d'une couleur moins foncée visibles à l'extérieur de la tige; elles colorent progressivement le bois de dedans en dehors dans toute son épaisseur. Les taches de cette nature situées le plus haut, c'est-à-dire les dernières développées, ne présentent les traces d'aucune végétation parasite; mais à mesure qu'on les examine à une partie de la tige plus inférieure, on les trouve recouvertes, à leur centre d'abord, puis dans toute leur étendue, d'une mucédinée qui se présente sous l'aspect de flocons cotonneux d'un beau blanc, puis devenant bleuâtres avec l'âge, c'est-à-dire à mesure que la mucédinée se développe plus complétement. Les filaments nombreux et feutrés de cette

(1) Nous avons communiqué à M. Hatin la lettre de notre honorable confrère, M. Stolz, à laquelle il a fait la réponse que nous insérons.

mucédinée occupent non-seulement le tuyau médullaire du chaume, mais pénètrent entre les cellules de la tige, dans les interstices nommés méats intercellulaires (la plupart des médinées, qui sont des parasites extérieurs, sont pourvues d'un *mycelium* radicellaire qui pénètre ainsi et se ramifie dans les méats intercellulaires). Les filaments du mycelium (que nous avons observés et dessinés à un grossissement de 800 diamètres) sont évidemment rameux et anastomosés dans leur portion intercellulaire, puis simples dans le reste de leur étendue; leur diamètre est d'environ 0,00335 millimètres. Ils sont obscurément cloisonnés, mais ils le sont, et renferment dans leurs endochromes ou articles des conidies superposées sur un seul rang, incolores comme eux ou d'un blanc bleuâtre.

Des tranches minces de la tige prises au niveau des taches brunes (avant le développement de la mucédinée) ayant été soumises au microscope comparativement avec des tranches prises dans la partie saine du chaume, nous n'avons trouvé d'autre différence appréciable qu'une nuance d'un jaune de succin remplaçant l'aspect jaunâtre ou incolore.

Enfin dans deux des tiges nous avons rencontré une larve d'insecte qui nous a paru étrangère à la cause de l'affection principale de la plante, puisque cette larve ne s'est trouvée que dans deux cas sur 15 à 20, et que la plante n'était pas altérée moins profondément dans les cas où aucun insecte ne l'avait attaquée, cas dans lesquels on ne rencontrait ni perforation de la tige ni déjections qui indiquassent le passage d'un insecte.

Des plantes altérées à des degrés différents ont été étudiées par nous; les plus profondément atteintes présentaient dans tous leurs points malades, cette double circonstance de taches brunes et de l'existence des mucédinées; dans toute l'étendue de la surface de ces taches, les tiges qui n'avaient subi qu'un commencement d'altération présentaient au contraire un grand nombre de taches au niveau desquelles la mucédinée ne s'était pas encore établie. Si donc on se contentait d'étudier les plantes anciennement envahies et déjà presque frappées de mort, on pourrait penser que le développement de la mucédinée est la cause de tous les désordres; tandis que si l'on étudie la maladie à son origine, on constate que le développement de la mucédinée parasite est consécutif à l'altération des liquides et des tissus de la plante.

De cette série d'observations nous avons conclu : que l'affection primitive se manifeste par des taches brunes qui colorent toute l'épaisseur du bois; que ces taches sont indépendantes de la présence des insectes; qu'elles sont indépendantes aussi de la présence des mucédinées, puisque ces champignons parasites ne s'établissent que tardivement au niveau de ces taches et lorsque le bois est déjà mort;

Que, par conséquent, l'altération a lieu dans les liquides de la plante, et que cette altération qui frappe de mort les points d'abord circonscrits où elle se manifeste, détermine la mort de la plante entière lorsqu'un anneau de la base de la tige se trouve complétement envahi et s'oppose à la marche de la sève ascendante et par conséquent à la nutrition; qu'enfin l'altération paraît ne se manifester par les signes que nous avons observés qu'à une époque déjà avancée de la végétation, et que jusque-là elle ne paraît pas (si tant est qu'elle existe) modifier le développement de la plante d'une manière appréciable.

Quant à la cause première de cette altération, il faut probablement la chercher dans des circonstances extérieures météorologiques ou chimiques, c'est-à-dire, soit dans la nature des matériaux nutritifs, soit (et plus probablement) dans l'influence exercée par les variations de la température. Des renseignements qui nous sont parvenus nous portent à croire que cette maladie qui appelle cette année l'attention des physiologistes, est connue depuis longtemps des agriculteurs et qu'elle règne d'une manière endémique dans nos contrées; on désigne dans certains cantons les blés qui en sont atteints sous le nom de *blés échaudés*, pour rappeler la cause à laquelle on l'attribue : on croit avoir remarqué que cette maladie se manifeste plus particulièrement lorsqu'un soleil ardent succède brusquement à des pluies longtemps prolongées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

VI. GAZETTA MEDICA ITALIANA TOSCANA.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la hernie cérébrale antérieure et postérieure*; par M. Vannoni. 2° *Études chimico-organico-pathologiques sur les urines albumineuses*; par MM. Morelli et Casanti. 3° *Observations pratiques*; par M. Fineschi. 4° *Des anomalies musculaires considérées comme homologies*; par M. Tigri. 5° *Carie scrofuleuse des têtes articulaires du coude, avec désordres graves de l'appareil ligamenteux*; par M. Fallani. (Cure obtenue surtout à l'aide de l'huile de foie de morue.) 6° *Des modifications que la santonine subit dans l'organisme animal*; par M. Casanti. 7° *Cécité subite; mort; grosse tumeur de la glande pituitaire; aplatissement des nerfs optiques*; par M. Tempesti. 8° *De la composition chimique du sang humain dans diverses maladies*; par M. Cozzi. 9° *Sur le charbon*; par M. Consolini. 10° *Extirpation d'un polype volumineux implanté sur la voûte pharyngienne*; par M. Tempesti. 11° *Quelques observations de fièvre quarte guérie par de petites doses de sulfate de quinine uni à l'acide tartarique*; par M. Consolini. 12° *Histoire d'une névrose*; par M. Fioravanti. 13° *Sur les plaies des gaînes synoviales des tendons*; par M. Cozzi. (L'auteur a vérifié que la pression atmosphérique fait pénétrer les liquides à une assez grande profondeur dans les gaînes synoviales ouvertes.) 14° *Traitement des anévrismes par la galvano-puncture*; par M. Squarci. 15° *Analyse chimique de l'eau ferrugineuse de Bellana*; par M. Ferrario. 16° *Sur le moyen d'atténuer, par la voie des procédés chimiques, les molécules de mercure, de manière à les rendre facilement miscibles avec différentes substances, à l'aide de simples opérations mécaniques*; par M. Taddei.

DES ANOMALIES MUSCULAIRES CONSIDÉRÉES COMME HOMOLOGIES; — par M. TIGRI.

Les anomalies du système musculaire n'accusent que bien rarement un défaut de l'action formatrice, ou, en d'autres termes, un arrêt de développement. On peut parfois y retrouver la trace des dispositions analogues que les animaux inférieurs offrent dans leur conformation. Mais un autre point de vue mieux justifié est celui d'après lequel la déviation apparente qui s'observe dans une partie reproduirait les conditions d'une autre région semblable ou homologue. Sous ce rapport, la structure comparative des membres supérieurs et des inférieurs prête à plus d'un rapprochement fondé; et bien souvent une anomalie, qu'au premier abord on croit sans précédent, ni explication possible, n'est que la copie de ce qui existe dans le membre analogue.

Un exemple présenté par M. Tigri va faire mieux comprendre l'application de cette loi. Souvent le coraco-brachial offre un prolongement fibreux très-dense, sous forme de tendon aplati, qui part des dernières insertions de ce muscle sur la ligne raboteuse de l'humérus et se prolonge jusqu'à l'épitrochlée. Cette production tendineuse se termine en haut par un corps charnu qui a des rapports de continuité avec le ventre interne du triceps brachial. L'artère humérale, avec sa veine satellite, rencontre cette expansion fibreuse vers la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du bras; elle leur offre une sorte d'anneau fibreux dans lequel les vaisseaux passent. En en sortant, ils deviennent antérieurs d'internes qu'ils étaient — par rapport à l'axe du membre — et se placent dans le triangle musculaire qui représente, au bras, l'espace poplité.

Eh bien ! cette disposition ne produit-elle pas exactement l'anneau des adducteurs à la cuisse? La signification anatomique du coraco-brachial reçoit une vive lumière de l'étude de cette anomalie. Considéré jusqu'à présent comme un muscle sans valeur distincte, il se trouve désormais l'analogue des adducteurs fémoraux. Et le tendon par lequel il se prolonge exceptionnellement — et qui constitue l'anomalie dont nous nous occupons — imite en tout, par sa position, par sa conformation et par son insertion inférieure, le tendon du grand adducteur. Quant aux insertions supérieures, celle qu'il prend sur l'apophyse coracoïde rappelle exactement celle des adducteurs de l'ischion. Mêmes rapports d'ailleurs des deux muscles, avec le triceps de chacun des deux membres.

EXTIRPATION D'UN POLYPE VOLUMINEUX IMPLANTÉ SUR LA VOUTE PHARYNGIENNE : par M. TEMPESTI.

L'auteur n'a pas opéré, dans ce cas, comme il l'avait prémédité. Un projet d'excision, pour la réalisation duquel il avait fait confectionner un *nouveau polypotome*, a été, sur le moment, remplacé par la ligature. Mais ce dernier procédé ayant pleinement réussi, l'histoire de ces variations ne changera rien à l'intérêt que nous avons trouvé à la relation du fait clinique.

OBS. — Un homme de 45 ans vint consulter M. Tempesti en février 1851. Dès les premières paroles, le son de sa voix fit reconnaître l'existence d'un obstacle au passage de l'air à travers les fosses nasales. En effet, depuis trois ans, à la suite d'un coryza, il avait senti une gêne croissante à respirer par le nez. Lors-

qu'il faisait un effort pour avaler; pour peu que cela durât, il se trouvait presque suffoqué.

M. Tempesti le fit alors souffler par les narines en fermant la bouche; mais il ne passa que très-peu d'air. Une sonde introduite à travers les fosses nasales put parvenir jusque dans le pharynx; mais elle éprouva plus de difficulté à pénétrer par la cavité du côté droit. Pour acquérir la conviction de la présence d'un corps étranger dans le pharynx, il fallut porter le doigt très-profondément, et le recourber par dessous le voile palatin. On constata alors l'existence d'une tumeur dure, lisse et du volume d'une noix, s'implantant à la voûte du pharynx, principalement du côté droit. Elle descendait à peu près à 7 ou 8 millimètres au-dessous de l'orifice postérieur des fosses nasales.

D'accord avec M. Marcani, l'auteur se décida à pratiquer la ligature. Un serre-nœud contenant une anse de fil d'argent recuit fut porté par la narine gauche jusque dans le pharynx; un doigt introduit dans la bouche aida à loger la tumeur dans l'anse métallique; puis on tira sur l'un et sur l'autre chef, de manière à étreindre le corps étranger par une pression qui pût y intercepter la circulation sans être poussée au point de diviser instantanément son pédicule.

Le premier jour, il n'y eut qu'une réaction fébrile légère. Le lendemain, la présence de la canule causait beaucoup de gêne au malade.

Le troisième jour, le fil se rompit sous une légère traction. Mais après avoir retiré la canule, on reconnut que la portion de fil restée en place ne constituait qu'une anse très-petite. Ainsi on pouvait espérer que le polype avait été serré à sa partie la plus rétrécie, et que la portion restée au-dessus de la ligature tomberait probablement, grâce à l'extension du travail de mortification qui avait envahi le corps du polype.

Le cinquième jour, M. Tempesti porta le doigt, par la bouche, dans le pharynx, et sentit un corps fibreux inégal, qu'il ne pouvait emporter qu'en le divisant et le mettant en pièces. A l'aide d'une pince à pansement, il le saisit et lui fit faire un tour et demi de torsion sur lui-même. Il put alors retirer cette masse, qui avait l'odeur et la couleur de la gangrène. Une partie rétrécie, portant évidemment les traces de la ligature, séparait cette portion gangrenée d'une autre, colorée en rouge, longue de 6 à 7 millimètres, qui était manifestement le pédicule déraciné par la torsion.

La liberté de respirer fut immédiatement recouvrée, et depuis lors cet homme conserva sous ce rapport une santé parfaite.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA GALVANO-PUNCTURE ; par M. SQUARCI.

OBS. — Un homme, âgé de 26 ans, de tempérament sanguin-bilieux, entra le 26 janvier 1846 à l'hôpital de Livourne, pour une plaie par arme blanche, reçue à la partie antérieure et supérieure du cou, avec lésion de l'artère linguale gauche. Il portait un bandage serré qui avait été placé pour s'opposer à l'hémorrhagie.

On enleva ce bandage le troisième jour; la plaie n'était pas encore réunie. Vers le quinzième, elle fut trouvée complétement cicatrisée. Le patient retourna chez lui le 11 février, parfaitement guéri en apparence.

Mais au bout de quelques mois, il revint, présentant sous la cicatrice de cette plaie une tumeur pulsatile, du volume d'une noix, qui s'effaçait sous la compression pour reparaître aussitôt qu'on cessait de presser sur elle. Elle était agitée de battements isochrones à ceux du pouls et qu'on apercevait très-bien à fleur de peau.

M. Squarci jugea qu'il s'agissait d'un anévrisme faux circonscrit, ayant succédé à la lésion de la linguale. La galvano-puncture lui semblant sûrement et aisément applicable à ce cas, il résolut de l'essayer. Mais auparavant il voulut s'entourer de l'aide et des conseils du professeur Burni et du docteur Barsanti.

Avec l'assistance de M. Orosi, chimiste, pharmacien de l'hôpital, on pratiqua la méthode selon les règles établies par M. Pétrequin. Deux séances eurent lieu, la première de vingt minutes de durée, la seconde de près d'une demi-heure. On introduisit, la première fois, deux aiguilles, la seconde quatre, avec six et huit couples de la pile de Volta, les plaques ayant environ six pouces carrés de surface.

Après l'application de l'électro-puncture, on n'omit pas de maintenir la glace sur la région malade.

Au bout de quinze jours, la guérison était pleine et entière. L'opéré vit aujourd'hui exempt de toute maladie et jouissant de la plus belle santé.

Après ce succès si prompt et si complet, l'auteur a vu la galvano-puncture échouer non moins entièrement entre ses mains, pour un anévrisme poplité de la grosseur d'un œuf d'oie, sans douleur, disparaissant quand on comprimait, soit sur lui, soit sur la fémorale au-dessus de la tumeur. Il s'accompagnait d'engourdissement avec tuméfaction au pied correspondant.

Dans ce cas, qui ne semblait néanmoins pas rebelle à l'excès, la galvano-puncture appliquée cinq fois consécutives, avec dix couples et quatre aiguilles enfoncées durant une demi-heure, manqua son effet. Sans entrer dans d'autres détails, l'auteur déclare qu'il n'en retira aucun avantage. Finalement, il procéda à la ligature de la crurale, au-dessus de la tumeur, ce qui procura une prompte guérison.

VII. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des injections iodées dans les cavités articulaires*; par M. Borelli. 2° *Sciatique traitée par la cautérisation de l'oreille*; par le même. 3° *Des injections iodées pour la cure des tumeurs enkystées*; par M. Pertasio. 4° *Quelques faits pratiques tirés de la statistique*; par M. Parola. 5° *Strabisme et convulsions intermittentes chez un apoplectique, guéris par le sulfate de quinine*; par M. Favalli. 6° *Des causes du crétinisme et des moyens de le prévenir dans la vallée d'Aoste*; par M. Giusta. 7° *De l'emploi du chlorure de soude contre les ulcères de la cornée*; par M. Olivetti. (Faits confirmatifs de ceux déjà publiés par M. Tavignot.) 8° *Extirpation d'une volumineuse tumeur extra-péritonéale*; par M. Stecchiai. 9° *Cas de ramollissement et de diffluence de la muqueuse de l'estomac, avec des réflexions sur les lésions analogues*; par M. Favalli. 10° *Accouchement non naturel, présentation de l'épaule gauche, impossibilité d'introduire la main pour faire la version, application du crochet mousse pour terminer le travail*; par M. Grassi. 11° *Plaie du poumon*; par M. Stecchiai. 12° *De l'abus de la saignée dans la chlorose*; par M. Rolla. 13° *Doit-on et dans quels cas doit-on substituer la version pelvienne ou podalique à l'emploi du forceps, dans les rétrécissements du bassin?* par MM. Simpson et Radfort, Chailly et Cazeaux, avec des notes par M. Olivetti. 14° *Transmission spontanée de la morve et du farcin du cheval à l'homme, et de celui-ci à celui-là par l'inoculation*; par M. Bertucchi. 15° *Plaie de l'intestin; entéroraphie; guérison*; par M. Stecchiai. 16° *Observations cliniques sur l'huile de foie de morue*; par M. Feaoglio. 17° *Plaie du cerveau avec perte de sa substance*; par M. Stecchiai. 18° *Présence de l'iode dans l'air et de son absorption dans l'acte de la respiration.* 19° *Sur les affections de poitrine qui règnent à Ghemme*; par M. Rolla. 20° *Observation de danse de Saint-Guy*; par M. Borelli. 21° *Histoire d'une asphyxie et d'une hémorrhagie intracrânienne par l'usage intempestif du seigle ergoté dans un cas de dystocie*; par M. Olivetti.

TRANSMISSION SPONTANÉE DE LA MORVE ET DU FARCIN DU CHEVAL A L'HOMME, ET DE CELUI-CI A CELUI-LA PAR L'INOCULATION; par M. BERTACCAI.

L'intérêt de ce fait se borne à la constatation authentique de la nature de l'affection volontairement transmise au cheval; car pour celle de l'homme les détails manquent également sur la manière dont il avait contracté sa maladie, ainsi que sur les caractères mêmes par lesquels elle s'était signalée.

OBS. — Un soldat du régiment de cavalerie d'Aoste, ayant été longtemps employé à l'infirmerie des chevaux morveux de ce corps, était depuis huit mois à l'hôpital de Saluces pour un exanthème et certaines tumeurs anormales que, à raison de ses antécédents, on présumait être le farcin, maladie à laquelle il finit par succomber.

Le 22 mai 1850, MM. Bertini, chirurgien-major, et Gottero, vétérinaire, choisirent un cheval de 6 ans, de race sarde, ayant un tempérament sanguin nerveux et paraissant dans un excellent état de nutrition. Ils prirent du pus des tumeurs du malade ci-dessus, et l'inoculèrent à ce cheval dans quatre endroits séparés, savoir :

Vers la région sous-axillaire, par une incision à la peau et en disséquant le tissu cellulaire sous-cutané, de manière à former une sorte de poche où l'on déposa un morceau de charpie imbibé de la matière purulente de l'homme;

A l'encolure, ou insertion du cou à la poitrine, au moyen d'une aiguille à vacciner;

A la base de la parotide, ou glande salivaire principale, par le même procédé;

Enfin on en déposa de la même façon sous la peau qui couvre les naseaux, en face du tendon du muscle élévateur de la lèvre supérieure; l'insertion fut faite au côté droit et par deux piqûres distinctes.

Ceci fait, on abandonna l'animal sans cesser néanmoins de l'observer.

Dès le lendemain se prononça, au lieu de la première inoculation, un gonflement qui ne tarda pas à prendre la marche d'un phlegmon. Le 25 mai, la tuméfaction étant devenue énorme, on retira la charpie.

Pendant ces trois jours, les autres endroits inoculés n'avaient rien offert de remarquable.

Peu de temps après, l'animal éprouva un léger mouvement fébrile, un peu de tristesse, moins d'appétit. Le poil se hérissa, la peau devint chaude et sèche; quelques frissons, pouls petit et fréquent, de légers spasmes nerveux.

Vers les premiers jours de juin, la tuméfaction sous-axillaire ayant un peu diminué, il se manifesta un gonflement circonscrit au côté droit du cou, immédiatement au niveau de l'entrée de la trachée dans la poitrine. Ce gonflement prit peu à peu la forme, la consistance et l'adhérence des véritables tumeurs

farcineuses, qui, comme l'expérience le prouve, se développent fréquemment dans cette partie du corps.

La plaie sous-axillaire fut traitée et guérie par de simples lotions émollientes. Comme il ne restait plus que la tumeur du cou, on regarda le cheval comme guéri, et il fut renvoyé au régiment le 21 juin.

Mais le 6 juillet l'animal ayant passé à la visite ordinaire, on reconnut sur le point inoculé à la base de l'encolure une petite tumeur à centre fluctuant, de laquelle partaient deux cordons durs et adhérents dont l'un se dirigeait en haut, vers le cou, l'autre allait rejoindre l'engorgement précédemment décrit, vers la trachée. Ces deux cordons présentaient dans leur trajet des nodosités ou boutons; le centre de ces ramifications était au lieu de l'inoculation.

Le 19 juillet, on fit rentrer le cheval à l'infirmerie, aucun doute ne restant plus sur la nature farcineuse de l'affection. On l'abandonna aux seules forces médicatrices de la nature, afin de compléter l'expérience.

Un mois environ après, les boutons s'étaient multipliés de plus en plus, et l'animal avait sensiblement dépéri. Les médecins et les vétérinaires assemblés en consultation résolurent d'inciser profondément, puis de cautériser avec le fer rouge toutes les tumeurs, ce qui fut fait une première fois le 5 août, puis derechef le 14 août. En même temps, on le soumit à un traitement composé des préparations sulfureuses, antimoniales et mercurielles, dont l'emploi méthodiquement combiné fut soutenu par l'administration des toniques, des diaphorétiques et des amers.

Malgré ces moyens locaux et généraux, d'autres cordons et d'autres boutons se développèrent au voisinage des premiers. On les incisa et on les cautérisa encore le 21 août, et le résultat immédiat fut un changement favorable dans l'aspect des plaies succédant à l'opération.

Vers le 20 septembre, le régiment passa en garnison à Turin; là on trouva le cheval dans un état de notable dépérissement, et ses plaies offrirent peu à peu une atonie dont aucun pansement, même les teintures spiritueuses, pas même une quatrième cautérisation encore plusénergique, ne purent les débarrasser. L'iodure de potassium donné à l'intérieur échoua également. Les boutons envahirent toute la surface cutanée, les infiltrations œdémateuses devinrent générales, les plaies se firent de plus en plus sordides et baveuses. Malgré un onguent composé de sublimé, d'acide arsénieux, de sulfure d'arsenic et de poudre d'euphorbe, la dyscrasie fit de rapides progrès, les articulations s'enroidirent, un écoulement nasal de très-mauvaise nature se produisit, ainsi que des ulcérations et des érosions étendues tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des cavités nasales. Enfin vers le 10 décembre l'animal refusa tout à fait de manger. En conséquence, le 13 du même mois, ayant été jugé farcineux et morveux par M. Toggia, vétérinaire délégué du gouvernement, il fut abattu.

L'autopsie ne consista que dans l'examen des cavités nasales, où l'on trouva les ulcérations caractéristiques de la morve. Une grande quantité de matière purulente était contenue dans les sinus frontaux, zygomatiques, ethmoïdaux et sphénoïdaux, dont les parties osseuses laminiformes étaient déjà érodées. Les ulcérations s'étendaient jusqu'au larynx.

PLAIE DE L'INTESTIN; ENTÉRORAPHIE; GUÉRISON; par M. STECCHINI.

Comme le rédacteur en chef de ce journal auquel nous empruntons cette intéressante observation, nous regrettons que l'auteur ne l'ait pas accompagnée de quelques réflexions soit sur les motifs qui dirigèrent son choix parmi les procédés de suture, soit sur le régime qu'il imposa consécutivement à son opéré. Telle qu'elle est cependant, et malgré sa brièveté non moins regrettable, nous l'insérons avec empressement. De tels faits portent en eux-mêmes no enseignement plus instructif que tous les commentaires théoriques.

OBS. — Prieri Bartolomeo, charretier, âgé de 38 ans, de bonne constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin, reçut, étant ivre, un coup de couteau dans le bas-ventre. C'était au mois d'avril 1840. Peu d'heures après, M. Stecchini fut appelé auprès de lui, de concert avec M. le docteur Roatis.

La plaie, un peu oblique de bas en haut, occupait le centre de la région iliaque droite; elle avait 6 centimètres d'étendue, et pénétrait dans la cavité abdominale, en intéressant toute l'épaisseur de la paroi. Une anse d'intestin grêle se présentait offrant une plaie longitudinale de près de 5 lignes, de laquelle sortaient des matières fécales et des lombrics.

La paroi postérieure de l'intestin n'avait pas été touchée.

M. Stecchini commença par lier quelques rameaux artériels des muscles intéressés; puis il agrandit la plaie de 3 centimètres, attira au dehors l'anse lésée, examina attentivement la direction et la profondeur de la blessure, et réunit la solution de continuité au moyen de la suture dite *à anse* ou de Ledran. Les bouts du fil qui avait servi à la faire furent fixés à l'extérieur, entre les lèvres de la plaie de la paroi abdominale, plaie qu'on réunit par trois points de suture, des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié, tout en laissant l'angle inférieur ouvert pour l'écoulement des liquides. — Repos, deux saignées, glace à l'intérieur, applications émollientes froides sur l'abdomen.

Les premiers jours furent marqués par des vomissements continuels, frissons, lipothymie, pouls dur et irrégulier. En huit jours on pratiqua seize saignées du bras. L'acétate de morphine à l'intérieur put seul modérer les vomissements.

Vers le douzième jour, la fièvre et la soif continuant très-intenses, on mit vingt sangsues à l'hypogastre.

Le quinzième jour il sort très-peu de suppuration de la plaie. Pommade belladonnée avec l'onguent napolitain en frictions sur l'abdomen. Huile d'amandes douces à l'intérieur.

Le vingt-cinquième jour, la fièvre persistant encore, on fait une application de vingt sangsues à l'anus. Dès lors les symptômes vont en diminuant; les évacuations alvines ont lieu en abondance.

Le trentième on donne une légère infusion de pruneaux et de tamarins avec la manne. Elle causa quelques douleurs légères de l'abdomen, mais la fièvre devint moindre.

Du quarantième au cinquantième jour, la plaie de la paroi abdominale est cicatrisée; on ôte les aiguilles. Les fils de la suture intestinale tiennent encore. On accorde un peu d'aliments. Le ventre est libre; seulement on sent autour de la plaie une tuméfaction un peu douloureuse, qui ne tarde pas à se dissiper sous l'influence des cataplasmes émollients et d'une application de sangsues.

Vers le quatre-vingtième jour, les fils tombèrent spontanément. Le malade, observant un régime diététique rigoureux, guérit complétement en six mois; mais, pendant un an encore, il ne pouvait marcher sans un bâton, et souffrait de temps en temps de coliques et de névralgies intestinales.

Aujourd'hui il est complétement rétabli et vaque comme auparavant à ses occupations fatigantes.

VIII. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros du premier semestre de 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Pneumonite rhumatismale, récidive et unique pulmonaire;* par M. Mostardini. 2° *De l'incertitude de la nécroscopie pour juger de la nature phlogistique des maladies;* par M. Celle. 3° *Coup d'œil phrénologique sur le baron Carlo Puerio;* par M. Miraglia. 4° *Deux observations médico-chirurgicales;* par M. Mostardini. 5° *Sur l'homœopathie;* par M. Pellegrini. 6° *Sur les causes de la mort subite et sur leur manière d'agir;* par M. Freschi. 7° *De la manière de guérir la migliaire primitive ou essentielle;* par M. Cloch.

P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES.

M. DUVERNOY dépose, au nom de M. GRATIOLET, des observations sur un travail de M. Dareste relatif aux circonvolutions cérébrales.

M. Dareste pose en principe, dans son travail, que le plus ou moins de développement des circonvolutions cérébrales n'est point en rapport avec le développement des facultés intellectuelles, mais qu'il suit uniquement le développement de la taille. Or, suivant lui, le développement de l'intelligence est plus considérable dans les petites espèces que dans les grandes.

M. Gratiolet pense qu'en formulant cette proposition comme une règle d'une application universelle, M. Dareste a été induit en erreur. Il croit être arrivé à le démontrer dans une suite d'observations qu'il communique à l'Académie.

Il établit, par des exemples, que la loi formulée par M. Dareste n'est point absolue, prise dans un sens général; et que, prise dans un sens plus spécial, elle est d'une application habituelle, il est vrai; mais, ainsi que M. Lauret l'avait pressenti, elle n'est point nécessaire et absolue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend: 1° Une lettre du ministre du commerce transmettant un rapport de M. le docteur Savy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lodève, sur l'épidémie de fièvre catarrhale qui a régné dans la commune de Saint-Maurice pendant les mois de septembre et octobre derniers (Comm. des épid.); 2° une lettre du ministre de la guerre transmettant, pour le soumettre à l'examen de l'Académie, un rapport supplémentaire sur les eaux minérales et boues de Viterbe. (Comm. des eaux minérales.)

M. PETITEAU, médecin aux Sables-d'Olonne (Vendée), adresse une lettre sur une épidémie de variole qui a régné dans cette localité en 1849. (Comm. de vaccine.)

M. CHARDON soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les fièvres. Ce mémoire porte sur trois points importants: 1° La distinction des fièvres ty-

phoïdes et non typhoïdes; 2° le rôle que joue la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde; 3° enfin la prétention des méthodes de traitement. (Comm. : MM. Collineau et Bousquet.)

M. Devilliers fils adresse quelques réflexions sur l'application du forceps au détroit supérieur. (Comm. : M. Cazeaux.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. Cazeaux lit, au nom d'une commission, le rapport suivant sur un mémoire de M. Lenoir, relatif à l'accouchement prématuré artificiel.

Messieurs,

Quand on se rappelle les discussions si longues et si animées auxquelles donna lieu la proposition de l'accouchement prématuré artificiel; quand on se souvient de l'espèce d'anathème lancé, dans cette enceinte même, sur ceux qui, les premiers, osèrent importer en France une pratique depuis longtemps admise chez presque tous nos voisins, on ne peut se défendre d'une certaine émotion, en abordant à cette tribune la question beaucoup plus grave de l'avortement provoqué.

Si, en effet, l'intérêt bien entendu de la mère et de l'enfant semblait justifier *à priori* une opération dont le but évident était de les sauver tous deux, si déjà de nombreux faits recueillis à l'étranger démontraient la possibilité d'atteindre ce but dans la plupart des cas, il n'en est pas de même lorsque l'expulsion du fœtus est provoquée dans les six premiers mois de la grossesse : à cette époque, en effet, le nouvel être n'a pas encore puisé dans le sein maternel les éléments nécessaires au développement et à l'entretien de la vie indépendante; et si quelques faits permettent de ne pas considérer comme complétement impossible la viabilité d'un enfant né dans les deux premiers tiers de la gestation, ces faits sont trop rares et trop exceptionnels pour laisser la moindre espérance à celui qui se détermine à provoquer l'avortement.

Il y a donc cette différence immense entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué, que le but de l'accoucheur, en pratiquant la première de ces opérations, est de rendre l'accouchement plus facile en sauvant à la fois et la mère et son fruit, tandis que, par la seconde, il sacrifie sûrement et volontairement la vie du fœtus, pour éviter à la mère une opération presque toujours mortelle.

Cette différence, nous tenons à l'établir en commençant ce rapport : non pas pour rendre notre tâche plus facile, mais pour éviter une confusion qui, seule, peut expliquer la fâcheuse décision prise par la compagnie en 1827. Dans des questions de cette importance, il est toujours utile de limiter nettement le terrain de la discussion.

Ces limites sont, du reste, celles que s'est imposées M. Lenoir, dans l'intéressant mémoire dont l'Académie nous a chargé de lui rendre compte.

Appelé à donner ses soins à une pauvre femme rachitique, dont le bassin offrait à peine 5 centimètres dans son diamètre sacro-pubien, M. Lenoir n'avait qu'à choisir entre l'opération césarienne, qui, seule, eût été proposable au terme de la grossesse, et l'avortement qui, pratiqué en temps opportun, mettait presque sûrement la femme à l'abri de tout danger. C'est à ce dernier parti que s'arrêta M. Lenoir, après avoir pris l'avis de plusieurs collègues des plus honorables. Les tentatives qu'il fit dans ce but furent couronnées d'un plein succès. « Mais songeant alors et depuis, dit-il, aux embarras que pourraient éprouver ceux de mes confrères, qui, ne se trouvant pas dans les conditions heureuses où j'étais, seraient abandonnés à eux-mêmes, j'ai pensé qu'il y aurait peut-être quelque utilité pour la pratique, à provoquer de la part de l'Académie une approbation ou un blâme, qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue. »

Votre commission ne peut que donner son assentiment à la courageuse initiative prise par M. Lenoir, et elle a pensé faire chose utile, nécessaire même dans l'état actuel de l'opinion en France, en soumettant à l'appréciation de la compagnie la conduite de notre confrère. La question qui nous est soumise est, en effet, des plus importantes. Elle intéresse à la fois le théologien, le légiste et le praticien, et il est impossible de chercher à la résoudre sans tenir compte des considérations religieuses, médico-légales et professionnelles qui s'y rattachent. Mais avant de la discuter au fond, nous demandons à l'Académie la permission de lui rappeler sommairement le fait qui sert de base au travail de M. Lenoir.

La nommée Julie Gros, âgée de 35 ans, n'était pas à sa première grossesse, lorsqu'elle vint, dans le courant de novembre 1850, réclamer les soins et les conseils de M. Lenoir. Déjà, en juin 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à l'hôpital des Cliniques, où votre rapporteur, chargé par intérim du service des accouchements, crut devoir provoquer l'avortement à trois mois et demi de grossesse. Huit ou dix mois plus tard environ, elle se présenta de nouveau au même hôpital, où M. le professeur Dubois se décida à pratiquer la même opération : et cette fois encore les suites ne furent pas moins heureuses.

Ces antécédents, racontés par cette malheureuse femme, après quelques hésitations, devaient naturellement faire soupçonner une mauvaise conformation du bassin; et bientôt l'examen minutieux des difformités offertes par la colonne vertébrale, l'incurvation des membres inférieurs, les résultats de la mensuration pratiquée à l'extérieur et à l'intérieur de la cavité pelvienne, ne laissèrent aucun doute dans l'esprit de notre confrère. Il resta convaincu, comme nous l'avions été nous-même, comme l'avait été plus tard le savant professeur de la Clinique, qu'un enfant à terme ne pouvait être extrait par les voies naturelles, à travers un bassin dont le plus petit diamètre offrait 5 centimètres, et qu'en laissant la grossesse se développer jusqu'aux derniers mois, l'opération césarienne deviendrait l'unique ressource.

Effrayé par les conséquences si graves et malheureusement si ordinaires de l'hystérotomie, encouragé par les résultats des deux opérations que la malade avait déjà subies, M. Lenoir se décida pour l'avortement. Et cette troisième fois encore les suites de l'opération furent des plus simples; car, huit jours après, la malade quittait la maison de santé parfaitement guérie.

Telle est, messieurs, l'analyse succincte de l'observation de M. Lenoir. Quant aux détails très-circonstanciés et très-curieux qu'il a donnés sur la santé de cette femme pendant ses quinze premières années, sur l'âge auquel ont commencé à se manifester les difformités du squelette, et sur leur mode de production; quant aux résultats si précis obtenus à l'aide de la plessimétrie, nous croyons pouvoir nous dispenser de les reproduire ici, car ils vous ont déjà été communiqués par notre confrère, et tout le monde pourra les lire dans le mémoire dont nous vous demanderons, en finissant, l'insertion dans nos Bulletins.

D'ailleurs, les considérations qui se rattachent à l'étiologie et au diagnostic des vices de conformation du bassin sont trop nombreuses pour être convenablement traitées dans un rapport; et pour ne pas abuser de la bienveillante attention de l'Académie, nous nous renfermerons dans la question spéciale de l'avortement.

Dans les rétrécissements du bassin, assez prononcés pour rendre absolument impossible l'extraction d'un enfant viable par les voies naturelles, est-il permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne? En le supposant permis, les rétrécissements du bassin en sont-ils les seules indications? Telles sont les deux propositions que nous nous proposons d'examiner.

§ I. — *Dans les cas extrêmes de rétrécissement du bassin, est-il permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter les chances si périlleuses de l'opération césarienne?*

De nos jours, messieurs, poser cette question, c'est évidemment demander s'il est des circonstances qui donnent au médecin droit de vie ou de mort sur l'enfant intra-utérin. Nous ne sommes plus au temps, en effet, où théologiens, philosophes et médecins disputaient à l'envi *de animatione fœtus in utero*. Pour les uns, partisans des idées d'Aristote, l'embryon vivait successivement de la vie des plantes et de la vie des animaux, et ne recevait qu'à une époque plus ou moins éloignée de la conception, le principe divin qui seul pouvait en faire un être humain. L'époque de l'adjonction de l'âme au produit de la génération variait suivant les écoles, et dans chaque école suivant le sexe du germe fécondé; car quelle que soit la date fixée, l'embryon mâle jouissait, sous ce rapport, d'une prérogative sur l'embryon femelle, qui ne recevait le souffle céleste que dix, vingt, parfois même quarante jours plus tard que le mâle.

Pour les autres, au contraire, l'ovule recevait le principe vivant en même temps qu'il subissait l'influence du fluide fécondant; car sans l'âme elle-même, dit Albertus, la conception n'est pas possible, et c'est elle qui, comme un architecte, préside à l'organisation et au développement des diverses parties du corps.

Cette dissidence sur l'époque de l'animation du germe fécondé, entraînait nécessairement de grandes différences dans l'appréciation morale et médico-légale de l'avortement; car, puni de mort lorsqu'il était pratiqué à une époque avancée de la gestation, il n'était passible que d'une peine correctionnelle quand on pouvait supposer le fœtus encore inanimé.

Les progrès de la science ont mis un terme à toutes ces discussions. Le germe reçoit, au moment de la conception, le principe vital, le souffle divin, et il n'est pas possible, sous ce rapport, d'assigner aucune différence entre l'enfant qui vient de naître et celui qui est encore renfermé dans le sein maternel, entre le fœtus de neuf mois et l'œuf fécondé depuis quelques heures.

Aussi la législation actuelle, d'accord sur ce point avec la physiologie, a-t-elle mis de côté toutes les distinctions mal fondées, et considère-t-elle l'avortement comme également criminel, quelle que soit l'époque à laquelle il est provoqué.

Tuer le fœtus est donc un fœticide à deux mois comme à neuf, et le droit de provoquer l'avortement implique évidemment le droit de tuer le fœtus à terme. Aussi croyons-nous pouvoir, pour résoudre plus clairement la question en litige, en modifier un peu les termes. La considérant d'une manière plus générale, nous nous demanderons si, dans le but de soustraire la mère à un danger de mort imminente, il est quelquefois permis au médecin de sacrifier celle de l'enfant.

Mais d'abord, est-il vrai que l'opération césarienne, la seule praticable au terme de la grossesse dans ces cas extrêmes de rétrécissement, soit aussi grave pour la mère, et l'expose à une mort au moins très-probable?

Si, pour éclairer le pronostic de l'hystérotomie, nous ne consultions que les résultats des opérations pratiquées dans les grands centres de population, là, par conséquent où aucune opération grave ne peut rester inconnue, là où les succès et les revers sont immédiatement livrés à la publicité, nous arriverions à cette triste conviction que l'immense majorité des opérées est vouée à une mort certaine. A Paris, par exemple, depuis cinquante ans, on ne peut citer un seul cas heureux, et à Londres, sur vingt-cinq malheureuses femmes livrées au couteau césarien, une seule a été sauvée.

Mais hâtons-nous de dire que l'effrayante mortalité dont nous venons de parler doit être attribuée, au moins en partie, aux conditions toutes particulières dans lesquelles se trouve la population des hôpitaux des grandes capitales, et que la pratique de la province donne des résultats beaucoup plus satisfaisants. Toutefois, quant à l'exemple du docteur Kayser, si l'on consulte tous les faits

connus et présentant un caractère d'authenticité, on arrive à cette triste conclusion que soixante-dix femmes sur cent ont succombé. En supposant donc, et malheureusement c'est une supposition toute gratuite, qu'on a toujours mis autant d'empressement à publier les insuccès et les cas heureux, on reste convaincu que, sur quatre femmes soumises à l'opération césarienne, trois sont vouées à une mort certaine.

Il est vrai que les partisans de l'hystérotomie attribuent ses insuccès au retard qu'on met à la pratiquer. Si au lieu de laisser la femme s'épuiser en vains efforts contre un obstacle reconnu insurmontable, disent-ils, si au lieu de tenter des manœuvres qui nécessairement doivent échouer, on procédait à l'opération avant ou très-peu de temps après la rupture des membranes, les résultats seraient beaucoup plus favorables. Sans doute cela est incontestable, et les faits connus prouvent que la mortalité est d'autant plus grande qu'on opère à un moment plus éloigné de celui où s'est écoulé le liquide amniotique; mais il importe de faire remarquer que ce retard ne doit pas toujours être attribué au chirurgien; qu'il n'est pas toujours le maître de fixer irrévocablement l'heure la plus favorable. La femme, sans le consentement de laquelle il est impossible d'agir, ne sait pas aussi bien que l'accoucheur combien sont grandes les difficultés. Pour se convaincre de la nécessité d'une opération aussi effrayante, il faut qu'épuisée par les angoisses d'un travail longtemps prolongé, elle ait pu constater l'impuissance absolue de ses efforts, et souvent même l'inutilité de toutes les manœuvres obstétricales. Si forte que soit la conviction de l'homme de l'art il lui sera bien difficile de ne pas faire quelques concessions aux craintes si légitimes de la malade, et malgré lui l'opération ne sera pratiquée le plus souvent que plusieurs jours après le début du travail. Nous savons tous, en effet, combien il est difficile d'apporter dans la pratique la rigueur des préceptes théoriques.

Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances et de tant de dangers, avoir la certitude de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement il n'en est rien; et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant, alors même que l'opération est pratiquée au moment d'élection. Ainsi, dans 37 cas dans lesquels celle-ci a été faite avant ou six heures au plus après la rupture des membranes, 3 enfants ont succombé; et Kayser, à qui nous empruntons cette statistique, ajoute que, pratiquée de sept heures à vingt-quatre heures après la rupture des membranes, l'opération donna 7 enfants morts sur 32, et que la mortalité fut de 18 sur 37, *la moitié à peu près*, quand on opéra plus de vingt-quatre heures après l'écoulement des eaux.

Nous connaissons maintenant les résultats de l'histérotomie, nous les utiliserons plus tard pour justifier nos conclusions; mais, auparavant, examinons les considérations religieuses, médico-légales et humanitaires que soulève le fœticide pratiqué dans un but médical.

A. Peu de questions ont été aussi vivement discutées par les théologiens; mais quand on étudie ce qu'ils ont écrit sur ce sujet, on s'aperçoit bien vite que, dépourvus des plus simples notions de physiologie et d'obstétrique, ils ont comparé des faits très-dissemblables et raisonné d'après des documents entièrement erronés. De nos jours encore ils sont dans une ignorance complète des résultats comparatifs de l'opération césarienne et de l'embryotomie, et, me disait tout récemment un professeur de la Faculté de théologie, je suis convaincu que, mieux éclairée, l'autorité ecclésiastique modifierait la rigueur trop absolue de certains principes.

Toutefois, on peut distinguer trois opinions différentes: les uns, en très-petit nombre, croient, avec Tertullien, pouvoir autoriser le sacrifice de l'enfant toutes les fois qu'il est nécessaire au salut de la mère; les autres, plus préoccupés de la vie spirituelle que de la vie matérielle, ne permettent de mutiler le fœtus que lorsqu'on aura pu le baptiser auparavant; enfin l'immense majorité se prononce contre l'infanticide, quel que soit d'ailleurs le danger auquel la mère est exposée.

Ces derniers, invoquant les textes sacrés, fondent leur opinion sur les deux principes suivants: 1° *non occides*; 2° *non facienda mala ut eveniant bona*.

Examinons donc ces deux objections:

Il suffit, messieurs, de parcourir la Bible pour être convaincu que ce précepte: *non occides*, ne doit pas être pris à la lettre et ne menace des vengeances divines que le meurtre commis dans un but criminel. Depuis Moïse, qui, pour venger un de ses coreligionnaires des insultes d'un Égyptien, tua celui-ci et cacha son corps dans le sable, ne voyons-nous pas Phinées, petit-fils du grand prêtre Aaron, surprenant un enfant d'Israël dans la couche d'une femme madianite, les percer tous les deux du même coup, et cependant Dieu récompenser ce double homicide en délivrant les Hébreux de la plaie dont ils avaient été frappés? Le législateur des Israélites n'ordonne-t-il pas à ses soldats le massacre des Madianites vaincus, massacre dont les filles vierges sont seules exceptées? Enfin, après le meurtre d'Holopherne, Judith n'entend-elle pas Osias, prince du peuple d'Israël, s'écrier: Vous êtes celle que le Seigneur a bénie plus que toutes les femmes qui sont sur la terre?

Inutile de multiplier ces citations; nous n'aurions évidemment que l'embarras du choix, car la Bible est pleine de faits semblables. Ceux-ci suffisent pour prouver amplement que dans la pensée du législateur, le *non occides*, si souvent invoqué dans cette question, ne peut avoir le sens exclusif que lui prêtent les partisans de l'opération césarienne.

Il en est de même, à notre avis, du second précepte: *Non facienda mala ut eveniant bona*. Celui-ci, en effet, trouve un éclatant démenti dans ces saintes croisades qui, si longtemps, ont ensanglanté le monde, dans ces guerres reconnues légitimes par le pouvoir spirituel lui-même, bien qu'elles n'aient eu souvent qu'un prétexte futile; dans ces exécutions capitales, enfin, que le magistrat reconnaît nécessaires pour rassurer la société ou maintenir la tranquillité publique, et que le bourreau exécute sans scrupule.

Tous les malheurs du champ de bataille sont, en effet, justifiés par le bien qu'ils produisent, et l'échafaud est bien moins une expiation qu'une leçon très-propre à garantir la société contre de criminelles agressions. Dans tous les cas: *Ut eveniant bona*.

Nous savons bien que, pour échapper aux conséquences logiques des faits mentionnés plus haut, les théologiens distinguent le meurtre qu'ils appellent *de droit public* et l'homicide commis *d'autorité privée*.

Bien qu'à notre avis cette distinction porte plus sur la moralité de l'acte que sur sa nature, car dans les deux cas il y a mort d'homme, et par conséquent homicide, nous l'acceptons et croyons y trouver un argument en notre faveur. L'embryotomie, en effet, pratiquée dans le but d'éviter à la mère une opération si souvent funeste, ne peut être envisagée par nous comme un acte *d'autorité privée*. Ces médecins éclairés appelés auprès de la malade, cette famille dont les plus chères affections sont en litige, ne constituent-ils pas aussi un tribunal dont les décisions ont droit au respect de tous? Leur magistrature est-elle moins sainte, et leur décision n'a-t-elle pas tous les caractères d'un acte d'utilité publique?

Ces textes bibliques qu'on oppose sans cesse nous fourniraient d'ailleurs, en cherchant bien, quelques préceptes difficiles à concilier avec les précédents.

Dans l'espèce, par exemple, la femme peut se refuser absolument à l'opération césarienne; elle peut, en effet, quelle que soit la confiance inspirée par le chirurgien, elle peut de très-bonne foi ne pas croire à la nécessité absolue de s'y soumettre. «Sans doute, dit le cardinal Gousset, archevêque de Reims, si l'opération est jugée nécessaire, le confesseur prudent mettra en avant les motifs les plus capables de l'y déterminer, mais il ne l'y obligera pas sous peine de refus de l'absolution; car, en supposant même qu'elle fût obligée de subir l'opération, il faudrait la laisser dans la bonne foi. Eh bien! nous le demandons en toute humilité, que fera alors le médecin, qui, obéissant au *non occides*, se rappellera qu'on ne sauvant pas celui qu'il peut arracher à la mort il le tue: *Quem non servasti dum potuisti, illum occidisti*. En renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il voue les deux individus à une mort certaine, quand il pouvait, en mutilant l'enfant, sauver presque sûrement la mère. Il se rend donc alors coupable de la mort de celle-ci, car, suivant le texte sacré, c'est lui qui l'aura tuée: *Illam occidisti*.

En supposant les textes inflexibles, il n'aura donc plus qu'à choisir entre le sacrifice direct de l'enfant, que lui interdit le sixième commandement, et l'inaction qui cause à la fois la mort de deux individus, et le rend ainsi deux fois homicide.

On le voit, une pareille logique conduit à l'absurde, ce qui ne peut tenir évidemment qu'à une fausse interprétation des lois divines.

B. C'est encore, suivant nous, à une fausse interprétation du code pénal qu'il faut attribuer l'opinion des médecins légistes qui croient voir dans l'article 317 une interdiction formelle de l'avortement médical. Cet article est ainsi conçu: Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la reclusion. — La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement a eu lieu.

Nous pensons, avec M. P. Dubois et le docteur Simonart (de Bruxelles), que cet article, quelque précis qu'il soit, ne s'applique qu'à l'avortement occulte et criminel, et non à celui qui, provoqué par l'art, est une opération pratiquée au grand jour et avec l'intention de conserver une des deux existences compromises.

Le législateur, dit M. Dubois, qui a prévu et puni la provocation de l'avortement criminel, n'a probablement pas pressenti que cette opération pût jamais être employée dans un but salutaire et devenir une des ressources de la médecine. Mais lors même qu'il en aurait eu la pensée, il n'aurait pas fait une exception, que la raison proclame et qui devait résulter d'une interprétation logique de la loi. Nous ferons d'ailleurs remarquer, continue le même auteur, que la provocation de l'avortement n'est pas la seule opération qui ait besoin d'être légitimée par l'intention: les blessures, les mutilations diverses, infligées par le chirurgien, ne seraient-elles pas des crimes si elles étaient pratiquées par d'autres mains et dans un but coupable? La castration elle-même, qui est nominativement prévue et punie par l'art. 316, n'est-elle pas une des opérations fréquentes de la chirurgie, et malgré les dangers de mort auxquels elle expose le malade, a-t-elle été jamais l'objet de poursuites judiciaires?

Ce n'est donc pas l'acte en lui-même, mais l'intention et le but de celui qui le commet qui constitue le crime. Or c'est le crime seul que la loi défend et punit.

Ajoutons enfin, avec le professeur de la Clinique, que cette interprétation est depuis longtemps adoptée par les accoucheurs d'un pays voisin, non moins éclairé et non moins moral que le nôtre. En Angleterre, la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésitation, toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération gravement compromettante pour la vie de la mère; et cependant la provocation criminelle de l'avortement, ou, pour employer l'expression des légistes anglais, le fœticide, est qualifié par les lois de *crime capital*,

et puni de mort quand il a été commis à une époque où déjà les premiers mouvements de l'enfant s'étaient fait sentir (GAZ. MÉD., 1843).

La plupart des médecins allemands ont adopté les mêmes opinions, et nous aurons plus tard à citer souvent la savante dissertation dans laquelle le très-regrettable Nægèle (de Heildelberg) a longuement exposé les raisons qui militent en faveur de cette pratique.

Après avoir cherché à démontrer que les prescriptions de la loi religieuse et les articles du Code pénal ne sauraient, sans fausse interprétation, s'appliquer à l'avortement provoqué dans un but médical, voyons si, considérée en elle-même, cette opération est immorale et contraire aux intérêts bien entendus de la société. Tout ce qui, en effet, n'est pas défendu par la loi n'est pas permis, et dans les questions délicates qui se rattachent à la pratique de son art, le médecin vraiment digne de ce nom doit puiser dans sa conscience seule les éléments de ses déterminations. En un mot, la dignité professionnelle, la moralité médicale lui imposent des devoirs tout aussi impérieux que les obligations dictées par la loi civile ou religieuse. Essayons donc de rassurer sur ce point les consciences les plus timorées.

C. Les raisons alléguées par ceux qui ont cherché à légitimer l'embryotomie ou l'avortement provoqué dans les cas extrêmes de rétrécissement du bassin, sont de deux ordres : les unes ont pour but bien marqué de diminuer l'importance de l'enfant intra-utérin, comme être vivant; les autres tendent à démontrer qu'en supposant les deux vies égales en valeur, il est de l'intérêt de la société de sacrifier le fœtus au salut de la mère, et que dans tous les cas la mère a le droit d'en décider en dernier ressort.

Toutes sont loin d'avoir, à nos yeux, la même importance : il en est même quelques-unes parmi les premières qui nous semblent avoir peu de valeur. C'est ainsi que, dans son beau poëme sur la vie et la mort, notre illustre Bichat, après avoir démontré que dans le fœtus la vie animale est nulle, et que tous les actes attachés à cet âge sont dans la dépendance de la vie organique, ajoute : Le fœtus n'a pour ainsi dire rien dans ses phénomènes de ce qui caractérise spécialement l'animal; son existence est la même que celle du végétal; sa destruction ne porte que sur un être vivant, et non sur un être animé. Aussi dans la cruelle alternative de le sacrifier ou d'exposer la mère à une mort presque certaine, le choix ne doit pas être douteux.

Admettre ce raisonnement, c'est implicitement admettre qu'il est plus criminel de tuer un homme éveillé que de l'assassiner pendant son sommeil, parce que dans ce dernier état il ne vit que de la vie organique!

Et pourtant c'est ce qu'ont fait la plupart des auteurs qui lui ont succédé en paraphrasant, sans modifications bien importantes, l'argument de Bichat. En mourant, dit le docteur Osborn, longuement réfuté par Dwees, le fœtus ne supporte aucun dommage réel, puisqu'il perd une vie dont il n'avait pas la conscience; ne pouvant pas prévoir le coup dont il va être frappé, il n'a aucune des appréhensions qui assiégent l'adulte menacé d'une mutilation sanglante, et la sensibilité animale est chez lui si peu développée qu'il souffre à peine des violences dont il est victime.

Dans une alternative aussi grave, dit Fodéré, on ne saurait comparer l'existence frêle et imparfaite d'un fœtus, à peine doué de quelque sensibilité physique, ne jouissant d'aucune faculté morale, et qui ne tient encore au monde par aucun lien extérieur, avec l'existence de sa mère, dont les facultés sont développées, qui tient à la société par de nombreux rapports, et dont la conservation à ce titre est infiniment plus précieuse.

Pour moi, dit M. Velpeau, j'avoue qu'il m'est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte que mille rapports sociaux nous engagent à conserver.

Si j'avais à me prononcer en matière aussi grave, écrivait notre rapporteur en 1840, je n'hésiterais pas à admettre l'avortement provoqué, ne concevant pas qu'on puisse balancer à détruire un embryon si faible, dont la vie future est si incertaine, pour épargner à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne.

Depuis cette époque, MM. Dubois, Chailly, Jacquemier en France, Van Huevel, Simonart, Lutens en Belgique, se sont prononcés dans le même sens, en reproduisant à peu près les mêmes observations.

M. P. Dubois, dans une introduction purement historique, fait judicieusement remarquer que tous ces arguments, s'adressant au sentiment bien plus qu'à la raison, sont moins propres à convaincre qu'à émouvoir. Et il promet une série d'articles qui auront pour but de traiter scientifiquement ce sujet. Malheureusement il n'a pu jusqu'à présent tenir sa promesse, et le savant Nœgèle nous paraît être le seul qui, dans un écrit fort remarquable, intitulé : DE JURE VITÆ ET NECIS QUOD COMPETIT MEDICO IN PARTU, ait envisagé la question sous son véritable point de vue.

La femme qui n'a qu'à choisir entre la mort de son enfant et une opération très-dangereuse pour elle, peut-elle opter pour l'embryotomie? Le médecin a-t-il, dans ce cas, le droit d'exécuter la volonté de la mère? Peut-il, dans l'accomplissement de ce devoir, invoquer l'intérêt de la société? Répondre à ces questions, c'est évidemment résoudre le problème qui nous est proposé.

Il est, dit Cicéron, une loi non écrite, mais naturelle, *quam non didicimus legimus, accipimus; verum ex naturâ ipsâ arripuimus, hausimus, expressimus : ad quam non docti, sed facti; non instituti, sed imbuti sumus; ut si vita nostra in aliquas insidias, si in vim, si in telâ aut latronum aut inimicorum incidisset; omnis honesta ratio esset expediendæ salutis* (Cicéron, PRO MILONE). Cette loi suprême, impérieuse, est l'instinct de la conservation, et nous donne le droit de faire tout ce qui est nécessaire à la conservation de notre être. C'est le cas de nécessité.

La femme, placée dans la cruelle alternative de sacrifier sa vie à celle de son enfant, ou de l'immoler à sa propre conservation, est bien évidemment dans le cas de nécessité. Ce sont deux naufragés qui, perdus au milieu des flots, se disputent une même planche trop faible, hélas! pour les sauver tous deux; l'un ou l'autre doit probablement périr : qui oserait blâmer celui qui sortira vainqueur de cette lutte homicide? N'est-ce pas, pour ainsi dire, un cas de légitime défense, un cas de nécessité.

Le cas de légitime défense n'existe pas seulement; en effet, lorsque le danger résulte d'une attaque volontaire, raisonnée et dirigée par l'agresseur dans le but bien réfléchi de porter atteinte à notre existence, il suffit que la vie soit compromise pour qu'on ait le droit de se défendre, et s'il n'est d'autre moyen de se garantir des attaques d'un fou furieux, il est permis de le tuer. Le pauvre insensé n'est pourtant pas plus coupable des coups dirigés contre nous, que le fœtus n'est responsable des dangers auxquels il expose sa mère, dangers dont il n'a nullement conscience.

Mais ce droit de vie ou de mort accordé à la mère, peut-il être aussi accordé au médecin? Cela nous paraît incontestable. La loi naturelle nous donne, en effet, le droit de voler au secours de nos semblables et de défendre leur vie menacée, même en tuant leur agresseur. Peu importe que l'attaque soit l'acte d'un criminel ou d'un maniaque en délire. Et d'ailleurs l'impossibilité où se trouve la mère de se sauver elle-même, ne rendrait-elle pas complétement illusoire le droit que nous avons reconnu, si elle ne pouvait le transmettre à celui qui, seul, peut employer les moyens propres à la sauver.

Mais, dit M. Nœgèle, on pourra nous objecter qu'en sacrifiant ainsi aux intérêts de la mère, le médecin déserte une cause sacrée qui lui était également confiée. Il se fait arbitre de deux existences qu'il a mission de protéger avec une égale sollicitude. Ceux qui raisonnent ainsi, ajoute le même auteur, supposent que les droits du fœtus intra-utérin sont égaux à ceux de la mère : or, la loi civile elle-même a fait, sous ce rapport, une grande différence; et bien qu'elle lui accorde certaines prérogatives, elles sont bien inférieures à celles qu'elle donne à l'enfant déjà né. Ainsi, par exemple, celui-ci peut transmettre à ses parents ses droits héréditaires, et la même faculté est refusée au fœtus qui n'a pas encore vu le jour. Aux yeux de la loi, ce dernier n'a donc pas encore, dans toute leur intégrité, les droits qu'il aura après sa naissance.

En se soumettant à la volonté de la mère, le médecin obéit au droit naturel. Voyons maintenant s'il défend encore les intérêts de la société.

Je ne rappellerai pas, messieurs, que la vie, si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affection, ni crainte, ni espérance, peut être difficilement mise en balance avec celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent. Je ne dirai pas, avec Rhamsbotham, qu'en politique, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né, toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Je n'invoquerai pas, enfin, le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous traiterions nos parents les plus chers, et qu'il n'est peut-être aucun de nous, qui, forcé de choisir entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier.

Non, je veux parler à la raison, et c'est la logique rigoureuse du chiffre que, seule, je veux invoquer. Nous avons dit quels étaient pour la mère les tristes résultats de l'opération césarienne. Les trois quarts des femmes au moins ont succombé, et tous les enfants n'ont pas été extraits vivants. Mais en admettant un instant que, pratiquée peu de temps avant ou après la rupture des membranes, l'opération permettrait de sauver les enfants, il n'y aurait pas encore compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère.

Vous accordez que les trois quarts des femmes succombent, mais pouvez-vous au moins garantir que la moitié des enfants que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez longtemps pour faire oublier les pleurs versés sur leur berceau? Eh bien! lisez les tables publiées sur la moyenne de la vie humaine, et dites-nous si sur cent nouveau-nés cinquante atteindront leur trentième année. Interrogez notre savant collègue, M. Villerme, et il vous répondra qu'en France, il est mort à un an les 20/100 des individus dans les départements riches, les 22/100 dans les départements pauvres : à quatre ans, les 31/100 dans les départements riches, les 33/100 dans les départements pauvres; à vingt ans enfin un peu plus des 42/100 dans les premiers, et les 49/100, c'est-à-dire très-près de la moitié dans les seconds.

Et pourtant, dans cette statistique, ne sont pas compris les enfants abandonnés, parmi lesquels, quel que soit le zèle de la charité publique, il en meurt à Paris jusqu'à 60 p. 100 dans le cours de la première année.

Consultez les recherches de Benoiston de Châteauneuf, et elles confirmeront les résultats de notre collègue.

Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, quand on veut juger de son utilité sociale, mais bien ses conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle tue immédiatement les trois quarts des femmes, et qu'en supposant tous les enfants vivants au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel vous avez sacrifié la mère.

A ne considérer que la question de chiffre, l'avantage serait donc à l'embryotomie.

Mais, a-t-on dit, en immolant cet enfant, vous privez peut-être la société d'un Socrate, d'un Alexandre, d'un Corneille ou d'un Buffon? Je la débarrasse peut-être d'un Néron, d'un Lacenaire ou d'un idiot. Les chances sont au moins égales.

Dans tous les cas, par l'opération césarienne, c'est l'arbre dans toute sa vigueur que vous coupez pour conserver le fruit. Vous sacrifiez un adulte dont la famille et la société pouvaient attendre de nombreux services, pour conserver un enfant qui, pendant longtemps encore, imposera de nombreux sacrifices à la société et à la famille. L'intérêt de l'une et de l'autre se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. Et puisque nous avons déjà démontré que la loi suprême, la loi inhérente à tout notre être, l'instinct de la conservation, en un mot, loi antérieure et supérieure à toutes les conventions sociales et religieuses, légitime, quand il ne blesse en rien les intérêts de la société, tout effort fait pour son propre salut, je crois pouvoir conclure que la femme, et par conséquent le médecin, peuvent sacrifier la vie de l'enfant toutes les fois que très-probablement elle est incompatible avec celle de la mère.

Le droit de mutiler le fœtus étant reconnu légitime, deux mots suffiront pour démontrer la légitimité de l'avortement provoqué. Dans ce dernier cas, en effet, on sacrifie l'enfant; seulement l'opération, alors nécessaire, ne fait courir à la mère aucun des graves dangers auxquels l'exposera l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse. Ajoutons qu'en dehors de certaines limites, le rétrécissement du bassin peut rendre impossible l'embryotomie quand l'enfant est complétement développé, et rendre ainsi l'opération césarienne indispensable. C'est une raison de plus, à notre avis, à faire valoir en faveur de l'avortement.

Il nous reste maintenant à examiner quelles sont les indications de l'opération.

§ II. — *Indication de l'avortement provoqué.*

Les rétrécissements extrêmes du bassin, ceux qui, offrant environ 6 centimètres et demi, ne laissent à la femme parvenue à son terme que la triste alternative de l'embryotomie ou de l'opération césarienne; ceux qui, offrant à peine 5 centimètres, ne permettent l'extraction du fœtus mort ou vivant que par l'incision abdominale, constituent pour nous l'indication la plus positive de provoquer l'avortement. Si en effet, comme nous avons cherché à le démontrer, le sacrifice de l'enfant à terme est évidemment justifié, à plus forte raison ce sacrifice sera-t-il rationnel à une époque de la grossesse où les manœuvres nécessaires à la provocation de l'avortement seront beaucoup moins fâcheuses que celles qui nécessiteraient la mutilation et l'extraction d'un fœtus à terme.

Mais les rétrécissements du bassin ne sont pas les seuls cas dans lesquels on a proposé l'avortement. Une foule d'accidents liés à la grossesse, une foule d'états morbides coexistant et recevant de cette coïncidence une gravité très-compromettante pour la mère, ont paru être à quelques médecins des indications aussi rigoureuses que les rétrécissements. Nous ne saurions partager cette manière de voir, au moins dans la plupart des cas, et tout en protestant de notre respect pour des opinions qui ne sont pas les nôtres, nous demanderons à l'Académie la permission de lui exprimer franchement toute notre pensée.

En traitant à la fois de l'expulsion artificielle du fœtus à toutes les époques de la grossesse, en groupant ainsi les indications de l'avortement et de l'accouchement provoqués, on est arrivé à confondre des cas très-dissemblables à notre avis, et à donner des préceptes très-justifiables quand la femme est arrivée aux deux derniers mois de la grossesse, mais qui doivent être profondément modifiés, quand il s'agit de l'avortement. Dans un cas grave, en effet, mais dont l'issue n'est que *probablement* fâcheuse, on peut, après le septième mois, se décider à provoquer l'accouchement. Le danger auquel *probablement* la mère est exposée légitime certainement une opération qui laisse à l'enfant de nombreuses chances de vie. Il n'en saurait être de même de l'avortement provoqué, qui tue inévitablement le fœtus. Il ne suffit plus ici que la vie de la mère soit *probablement* compromise, mais il faut qu'il y ait *presque certitude* d'une mort prochaine. A ce titre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties, molles ou dures, qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, nous paraissent les seules indications admissibles de l'avortement. Quant aux phénomènes nerveux, aux maladies chroniques ou aiguës, compliquant la grossesse; quant aux vomissements assez intenses pour mettre la vie de la femme en danger, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, le médecin doit s'abstenir.

Cette dernière partie de notre opinion, messieurs, trouvera probablement dans cette enceinte quelques adversaires : nous savons, en effet, que plusieurs de nos honorables collègues, parmi lesquels je citerai M. P. Dubois, ont proposé ou pratiqué l'avortement dans des cas semblables; aussi demanderons-nous à l'Académie la permission de lui exposer en peu de mots les raisons sur lesquelles nous croyons pouvoir fonder notre réserve à cet égard. Heureux, du reste, de modifier notre opinion, si les faits et les raisons produits dans la discussion nous paraissent suffisants pour détruire nos scrupules.

A. En présence d'un rétrécissement très-prononcé du bassin, l'accoucheur sait très-bien qu'en laissant la grossesse arriver à son terme, il n'aura qu'à choisir entre l'embryotomie et la section césarienne, et que, dans quelques cas même, cette dernière opération sera la seule ressource. Si, après avoir mûrement pesé dans sa conscience les suites inévitables de l'une et les conséquences probables de l'autre, il se décide pour la mutilation du fœtus, il lui paraîtra sans doute raisonnable de ne pas attendre que le volume notablement augmenté de l'enfant vienne ajouter aux difficultés et aux dangers de l'embryotomie, et l'avortement, provoqué dans les quatre premiers mois, lui semblera pleinement justifié.

Mais les conditions ne sont plus les mêmes lorsque la vie de la femme est compromise par des vomissements, par exemple, quelque violents qu'ils soient.

Dans le premier cas, en effet, le danger est inévitable; à moins d'un avortement spontané, l'opération césarienne est la seule ressource. Mais les vomissements, malgré leur intensité, malgré l'état d'épuisement dans lequel ils ont placé la femme, ne sont pas, grâce au ciel, le plus ordinairement mortels. On a vu des malades dont l'état inspirait les plus vives et les plus légitimes inquiétudes, résister assez longtemps pour atteindre les derniers mois, ou même le terme de leur grossesse, et accoucher d'enfants vigoureux et bien portants. Chez quelques autres, les vomissements, après avoir placé la malade dans une position désespérée, ont tout à coup cessé, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque nouvelle médication. Il y a fort longtemps déjà, j'ai vu un cas analogue, et tout récemment j'ai donné des soins à la femme d'un de nos confrères, épuisée par dix-huit jours de vomissements continuels, chez laquelle le spasme du tube gastro-intestinal était si grand, qu'une simple cuillerée d'eau ingérée par la bouche, ou un demi-verre de bouillon poussé dans le rectum était immédiatement suivi des contractions les plus violentes de l'estomac. Eh bien! après quatre ou cinq jours de l'emploi de l'extrait de belladone, que j'eus la pensée de porter, à l'aide du spéculum, jusque sur le col de la matrice, les vomissements diminuèrent graduellement de fréquence et d'intensité, et la jeune femme, chez laquelle le moindre mouvement provoquait parfois une syncope, est aujourd'hui parfaitement guérie.

Le fait suivant, que j'ai entendu raconter à M. P. Dubois, est trop important pour que l'Académie ne me pardonne pas de lui en présenter l'analyse :

Une jeune dame allemande, enceinte de deux mois et demi, n'avait pas cessé, depuis la première quinzaine de sa grossesse, d'être tourmentée par les vomissements les plus opiniâtres. Depuis six semaines surtout, cette malheureuse vomissait à chaque instant, et la moindre cuillerée de liquide sollicitait les contractions les plus énergiques de l'estomac. Elle était d'une maigreur et d'une faiblesse excessives, avait une haleine d'une fétidité repoussante; en un mot, offrait des symptômes si graves, que M. Dubois, appelé en consultation, voulut encore avoir l'avis de M. Chomel. Tous deux portèrent un pronostic désespéré et quittèrent la malade pensant qu'elle n'avait plus que quelques jours à vivre. Le surlendemain de la consultation, la jeune femme fut prise d'un dévoiement très-intense, et à partir de ce moment, plus de vomissements. La pauvre agonisante put prendre et garder quelques aliments; leur quantité, augmentée peu à peu, rétablit promptement ses forces; et, après avoir été si près d'une mort que deux hommes aussi expérimentés avaient crue inévitable, elle s'est complétement rétablie et est accouchée à terme.

Je laisse à nos savants collègues Moreau, Dubois et Danyau le soin de raconter à l'Académie des faits à peu près semblables.

B. Lorsque, dans les rétrécissements du bassin, on provoque l'avortement, on a la certitude qu'une fois l'expulsion du fœtus accomplie, tous les dangers qui menaçaient la fin de la grossesse disparaissent, et les suites, ordinairement assez bénignes des fausses couches, sont les seules conséquences possibles de l'opération pratiquée; en supposant même que l'opération ajoute à la gravité ordinaire des avortements spontanés, toujours est-il qu'on a sûrement atteint le but en faisant cesser une grossesse dont les progrès offraient à la mère tant de chances défavorables.

Or il n'en est pas de même dans les cas de vomissements opiniâtres. Si l'on consulte, en effet, les cas connus, on verra que l'opération est loin de faire cesser le danger. Je n'oserai pas affirmer que je n'ai laissé échapper aucun fait; mais, parmi ceux qui ont été publiés, et dont j'ai eu connaissance, je n'ai trouvé qu'un seul cas, cité par Churchill, dans lequel l'avortement provoqué ait sauvé la mère; dans tous les autres, elle a succombé plus ou moins longtemps après l'opération. Dans les leçons faites en 1848, par M. Dubois, et que le docteur Laborie a publiées, on trouve le récit de plusieurs tentatives faites par ce professeur, mais toujours sans succès.

Bien mieux, la provocation de l'avortement n'a pas toujours fait cesser les vomissements. Ainsi, dans une des observations de M. Dubois, les vomissements reparurent après l'opération, et la malade mourut. J'ai moi-même su que, dans un cas où j'avais refusé de pratiquer l'avortement, opération qui fut faite quelques jours après par un autre confrère, les vomissements avaient persisté, et la malade avait succombé.

On voit donc que, dans ces fâcheuses conditions, l'avortement est loin d'offrir les mêmes chances favorables que dans les cas de rétrécissements.

C. Sans doute, on peut dire que l'opération a été faite trop tard, et alors qu'un défaut de nutrition trop prolongé avait épuisé les sources de la vie, qu'en provoquant plus tôt la déplétion de l'utérus, on l'eût fait plus heureusement. C'est possible; mais c'est ici que se présente le problème le plus difficile à résoudre. A quel moment l'opération sera-t-elle opportune? Si vous agissez trop tôt, ne pourra-t-on pas dire, en invoquant les faits si nombreux dans lesquels les vomissements se sont arrêtés spontanément, comme dans les faits cités plus haut, ne pourra-t-on pas dire que vous avez tué inutilement le fœtus? Si vous agissez trop tard, ne pourra-t-on pas, en rappelant l'insuccès des opérations connues, nous reprocher une tentative au moins inutile, et qui, peut-être, a avancé l'heure fatale?

Où le praticien prudent placera-t-il la limite de l'expectation? Si l'on se rappelle que les accoucheurs anciens déclarent presque tous, avec Mauriceau et Delamotte, que les vomissements peuvent déterminer l'avortement, mais n'offrent rien de dangereux pour la mère; que beaucoup de médecins disent, avec Burns et Desormeaux, qu'ils ne les ont jamais vus se terminer par la mort, on sera certainement peu tenté de faire l'opération avant que la gravité des symptômes ait détruit toutes nos espérances. Nos espérances! Mais la nature parfois ne semble-t-elle pas se rire de toutes nos prévisions? La malade de MM. Dubois et Chomel ne paraissait-elle pas condamnée à une mort certaine?

Mais, peut-on nous objecter, c'est au tact, à l'habileté du praticien à méditer

et à choisir en toute conscience entre les dangers de l'expectation et les chances de l'opération. Ces difficultés se présentent dans une foule de cas de chirurgie : il n'est presque pas d'amputation qu'on puisse légitimer en affirmant d'une manière absolue que la guérison spontanée est complétement impossible. La conservation exceptionnelle d'un membre ne prouve rien contre l'opportunité de l'amputation dans la plupart des cas.

Sans doute tout cela est vrai ; mais qu'on ne se hâte pas de conclure, car le rapprochement est loin d'être rigoureux.

En présence d'une lésion traumatique grave, le chirurgien n'a en vue que les intérêts de son malade ; après lui avoir exposé les raisons qui le déterminent, il peut, dans les cas embarrassants, consulter sa volonté, et le laisser libre, après tout, de disposer d'une vie qui lui appartient. Pour l'accoucheur, deux intérêts graves sont en présence, et si le sentiment de la conservation fait taire chez la mère la voix du sang, il n'en doit pas moins songer, dans la limite du possible, aux intérêts du fœtus.

Une lésion traumatique étant donnée, il est démontré par l'expérience des siècles, que la guérison spontanée est une rare exception ; l'expérience des accoucheurs est là pour prouver que la cessation spontanée des vomissements est la terminaison presque constante.

Enfin lorsqu'un chirurgien se décide à une grave opération, non-seulement il est convaincu qu'elle offre à son malade plus de chances favorables que l'expectation, mais il est enhardi par les résultats qu'elle a déjà donnés.

Jusqu'à présent l'avortement provoqué, pour remédier aux vomissements, n'a que très-exceptionnellement prolongé la vie de la mère ; souvent même il a hâté sa fin.

On voit donc que la position du chirurgien et de l'accoucheur n'est pas la même, et que la difficulté soulevée par nous subsiste tout entière.

S'il faut en croire M. le docteur Laborie, M. Dubois aurait professé que l'opération devait être pratiquée au début de l'affection, c'est-à-dire après la première période de la maladie, sous peine de faire une opération inutile. Nous hésitons à croire qu'il ait fidèlement reproduit la pensée du professeur, et avant de discuter cette opinion qui emprunterait à son auteur une si grande autorité, nous désirons l'entendre de M. Dubois lui-même.

En résumé, messieurs, tant que, dans un cas déterminé, on ne pourra pas dire : la malade offre un ensemble de symptômes qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent, suivant toutes les probabilités, se terminer par la mort, et, *ces symptômes existant*, il est probable que l'avortement provoqué les fera cesser et permettra à la malade de se rétablir, je pense que cette opération doit être rejetée.

La même conclusion me paraît applicable aux phénomènes nerveux de toutes sortes et aux maladies chroniques ou aiguës qui peuvent compliquer la grossesse.

Avant de formuler les conclusions générales qui nous semblent résulter de tout ce que nous venons de dire, permettez-nous, messieurs, une réflexion. En songeant aux antécédents de notre malade, dit M. Lenoir, un scrupule nous arrêta longtemps. Cette malheureuse, enceinte pour la troisième fois, n'abusait-elle pas du sentiment d'humanité que sa position vous inspirait et ne changerait-elle pas plus sûrement de conduite si elle trouvait désormais moins de complaisance dans les accoucheurs ?

Cette pensée avait déjà été exprimée par le célèbre Denman, et probablement elle est venue à l'esprit de tous ceux qui se sont trouvés dans la situation du docteur Lenoir. Votre commission pense qu'il a sagement fait de passer outre. Nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédents de la malade qui réclame notre assistance. En supposant même que nous ayons affaire à une de ces malheureuses qui, foulant aux pieds les sentiments les plus sacrés, se livrent d'autant plus à leurs passions qu'elles comptent trouver dans l'humanité du chirurgien l'impunité de leur mauvaise conduite, nous ne lui devons pas moins tous nos soins ; et pour nous, la seule question à résoudre à la seconde, à la troisième, comme à la première grossesse, est celle-ci : La conformation de cette femme permet-elle d'espérer l'extraction d'un enfant viable ?

Qu'il nous soit permis de faire encore une observation. Par cela même que le texte des lois civiles et religieuses ne fait aucune distinction entre l'avortement criminel et l'avortement médical, et qu'en présence d'un avortement constaté, il est du devoir des magistrats de s'enquérir des motifs qui ont déterminé le médecin à agir, celui-ci ne saurait prendre trop de précautions pour se mettre à l'abri de tout soupçon. Votre commission pense donc qu'avant de pratiquer l'opération, non-seulement l'homme de l'art doit constater, avec tout le soin possible, les conditions dans lesquelles se trouve la femme, mais qu'il est encore de son devoir et de son intérêt de faire appeler en consultation un ou plusieurs confrères. Nous pensons qu'il doit, autant que possible, prendre l'avis de ceux qui, par un long enseignement antérieur ou une longue pratique dans les hôpitaux, offrent au public et aux magistrats une garantie suffisante. Dans tous les cas, le médecin serait blâmable d'agir seul et sans avoir pris l'avis de plusieurs consultants.

De tout ce qui vient d'être dit, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation que les lois divines et humaines, relatives à l'avortement, ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime ; elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce cas, le médecin peut et doit sacrifier l'enfant au salut de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence.

6° Les rétrécissements dans lesquels le bassin offre moins de 6 centimètres et demi dans son plus petit diamètre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties molles ou dures, qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, sont les seules indications de l'avortement provoqué.

7° Le médecin ne doit jamais s'y décider, sans avoir préalablement pris l'avis de plusieurs confrères éclairés.

Vous voyez, messieurs, que ces conclusions répondent aux questions posées par M. Lenoir, et donnent une approbation complète à la conduite qu'il a suivie ; mais en s'arrêtant là, votre commission croirait ne pas avoir rendu justice au remarquable travail de notre savant confrère. Elle a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Lenoir ; 2° de renvoyer son très-intéressant travail au comité de publication.

Sur la proposition de M. le président, la discussion qui devra s'ouvrir sur le rapport de M. Cazeaux sera ajournée jusqu'après sa publication dans le BULLETIN.

—L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Piorry, relatif à l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

La parole est à M. Grisolle.

EMPLOI DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. GRISOLLE monte à la tribune et s'exprime ainsi :

Le rapport que M. Piorry vous a lu dans l'avant-dernière séance renferme deux questions distinctes : une de théorie pure, l'autre de pratique. La première, qui n'est autre que la question même du rôle que jouerait la rate dans la fièvre intermittente, a été plusieurs fois agitée dans cette enceinte. Il y a dix-huit mois, j'ai combattu avec plusieurs de nos collègues les idées de M. Piorry, et d'autres débats plus solennels encore avaient eu lieu en 1848. Personne de vous n'a oublié sans doute l'argumentation si vive, si pressante, si remarquable à tant de titres de notre honorable collègue M. Bouillaud, qui, à cette époque, n'avait laissé sans réplique aucun des arguments de M. le rapporteur. Cette question est donc jugée, et jugée sans appel possible ; elle n'a plus d'intérêt ni pour l'Académie, ni pour le public. La théorie de M. Piorry n'a trouvé, d'ailleurs, de sympathie nulle part ; elle n'est enseignée ni dans les cours, ni dans nos traités. Je ne sache pas non plus que notre collègue ait fait parmi vous un seul prosélyte ; si pourtant j'étais dans l'erreur, et si un nouveau converti venait nous apporter quelques arguments en faveur des idées que nous avons si unanimement repoussées autrefois, je n'hésiterais pas alors à descendre encore dans l'arène pour les combattre. J'arrive donc sans autre préambule à la question pratique.

Le sel marin est-il un fébrifuge ? Les faits produits par M. Piorry sont-ils suffisants pour établir, comme il l'a fait, que le chlorure de sodium était un bon succédané du quinquina, un médicament qui aurait l'efficacité du sulfate de quinine lui-même ? Je ne le crois pas. Mais avant d'entrer dans le cœur de la question, je ferai une déclaration à l'Académie. Je lui dirai que, n'ayant jamais employé le sel dans les mêmes circonstances, je ne viens pas en ce moment opposer mon expérience propre à celle de M. Piorry, mais rechercher seulement si M. le rapporteur s'est placé dans des conditions d'expérimentation assez rigoureuses pour donner à ses résultats la précision que nous devons exiger dans toutes les questions scientifiques, mais plus spécialement peut-être dans celles qui touchent à la thérapeutique. Je n'hésite pas à répondre négativement.

Si on étudie, messieurs, l'histoire thérapeutique de la fièvre intermittente, on est surpris du nombre considérable de médicaments qui ont été préconisés comme antipériodiques ; je n'exagère pas en disant qu'on en compterait aisément plusieurs centaines. Et, cependant, à combien d'entre eux auriez-vous confiance ? Combien en comptez-vous dont l'action fébrifuge soit clairement démontrée ? Tous, je n'en doute pas, vous me répondrez : Il n'y en a qu'un seul, le quinquina.

En faveur de tous ces remèdes, tour à tour préconisés et proscrits, on pourrait invoquer pourtant des faits cliniques ! Comment se fait-il qu'après avoir été regardés comme souverains, ils aient été presque aussitôt, et souvent dans les mêmes lieux, trouvés absolument inefficaces ? Les premiers expérimentateurs auraient-ils trompé sciemment ? Non, la chose est impossible ; je ne saurais y croire, car un mensonge en thérapeutique serait plus qu'une faute, ce serait un crime. Mais il faut admettre qu'il y a eu erreur, et ceci ne saurait surprendre ceux qui comme vous comprennent si bien toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique, tout ce qu'elle exige de circonspection, de prudence pour conduire à des résultats précis.

Ce n'est pas ici le lieu, messieurs, d'énumérer toutes les conditions requises pour bien expérimenter un médicament ; mais il en est *trois* qui, essentielles, ont été le plus souvent méconnues par les expérimentateurs dont je parle. Il faut : 1° que le remède soit appliqué réellement à la maladie qu'il est censé guérir, c'est-à-dire qu'il faut préalablement porter un diagnostic précis ; 2° il faut que le remède qu'on expérimente soit donné seul, ou du moins qu'il ne soit pas associé à un autre médicament actif ; 3° il faut, enfin, prendre garde d'attribuer au re-

mède des effets qui peuvent dépendre de la marche naturelle de la maladie, ou de conditions individuelles ou extérieures auxquelles les malades sont soumis.

M. Piorry a-t-il manqué à une de ces conditions essentielles? Oui, messieurs, et je dirai même qu'il a été assez malheureux pour les négliger toutes les trois. C'est ce que j'espère vous prouver pièces en main. Je prie donc l'Académie de me prêter quelques instants de bienveillante attention.

Je reproche d'abord à M. Piorry d'avoir souvent donné le sel marin à des états morbides qui n'appartiennent pas à la fièvre intermittente. Comment procède M. Piorry? Un individu entre à son hôpital accusant du malaise, divers troubles fonctionnels; il dit qu'il a de la fièvre, des frissons réguliers ou irréguliers; on percute sa rate, et, si on lui trouve plus de 7 centimètres de long, en voilà bien assez pour que cet individu soit justiciable du sel marin ou de la quinine. Pour vous faire juger vous-mêmes, messieurs, du degré de précision que M. Piorry apporte dans le diagnostic de la fièvre intermittente, permettez-moi de vous rapporter quelques-unes de ses observations prises à peu près au hasard.

Sous le nº 20 a été inscrite l'observation d'un nommé Dumont, âgé de quinze ans, entré le 8 octobre à l'hôpital; il présente tous les prodromes d'une fièvre éruptive. Le 9, éruption confirmée de varioloïde. Le 11, on trouve une rate de 11 centimètres. Le rédacteur ajoute: « Le peu d'intelligence du malade ne permet pas de savoir s'il a des accès réguliers ou irréguliers de fièvre intermittente. Il accuse seulement des *frissons, de la fièvre à instants variables de la journée*. On lui donne le sel. »

Voilà donc une fièvre intermittente!

Sous le nº 9 est l'observation de Gourdaud, marchand de vins, entré à l'hôpital le 12 octobre se plaignant de douleurs de ventre. Depuis huit jours il a des frissons *presque à chaque instant*. Le 12, on lui trouve une rate de 12 centimètres. Il a des douleurs d'estomac. Le 13, même état de la rate; le ventre est gonflé, douloureux, rempli de fèces (lavement purgatif). Les frissons des jours précédents sont moins intenses. Le 14, on donne 15 grammes de sel marin.

Voilà encore une fièvre intermittente!

Sous le nº 32 est l'observation d'une femme âgée de 34 ans, blanchisseuse. Il y a quinze jours, dit-on, elle éprouva une vive contrariété, puis une métrorrhagie survint. Depuis lors, la malade se plaint de vives douleurs à l'hypogastre. La pression au niveau de la rate est douloureuse. Cet organe a 8 à 9 centimètres. La malade assure que tous les soirs elle a des frissons suivis de chaleur. Sur cette simple déclaration, on donne le chlorure de sodium.

Je me borne à citer ces trois faits; j'aurais pu beaucoup les multiplier; mais ils sont suffisants pour vous prouver comment M. Piorry envisage le diagnostic de la fièvre intermittente.

Pour nous, nous établissons qu'il y a fièvre intermittente lorsque nous voyons un état pyrétique dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés à peu près égaux et entre lesquels existe une apyrexie complète. Que la fièvre soit subintrante, qu'elle soit anomale pour le nombre et la succession des stades, peu importe, le diagnostic reste le même, l'affection a ses mêmes caractères; et on ne saurait, dans ce climat surtout, dans les constitutions médicales que nous avons, prendre pour une fièvre intermittente le malaise qui accompagne la courbature, l'embarras gastrique ou intestinal, une hémorrhagie, le malaise et l'état pyrétique qui existent dans une fièvre éruptive ou catarrhale. Nous reconnaissons la fièvre par les troubles fonctionnels qui existent et par leur ordre de succession et de reproduction. M. Piorry, par contre, a bien moins égard à ces caractères qu'à l'état de la rate. Après avoir donné un volume arbitraire à cet organe, croit-il constater la plus légère intumescence, il n'y a plus de doute pour lui: la fièvre intermittente existe, du moins il se conduit comme s'il l'avait positivement reconnu: il donne le sel ou la quinine.

Cependant l'état de la rate ne saurait être l'élément principal du diagnostic. Il l'éclaire certainement quelquefois dans les fièvres pernicieuses délirantes ou comateuses, lorsque le malade nous est abandonné sans renseignements, ou bien dans les fièvres des très jeunes enfants qui ne peuvent exprimer leurs sensations, qui sont entourés de gens peu attentifs ou inintelligents. Lorsque la fièvre subintrante simule si facilement, chez eux, une fièvre continue, une intumescence de la rate peut mettre sur la voie du diagnostic; c'est une indication utile comme le serait, dans les mêmes circonstances, un petit frisson, un refroidissement ou une légère cyanose des doigts; comme le serait un peu de moiteur se reproduisant périodiquement au milieu d'accidents graves. Mais se fier exclusivement à la rate pour le diagnostic de la fièvre intermittente, c'est une prétention que la saine clinique repousse. Elle la repousse; car la fièvre intermittente peut exister sans lésion aucune vers la rate. M. Piorry lui-même a vu des cas pareils. Non-seulement la fièvre simple, bénigne, peut se montrer indépendamment de toute lésion splénique, mais même la fièvre qui tue, la fièvre pernicieuse. Deux médecins militaires des plus distingués, MM. Jacquot et Sonrier, vous ont parlé, en 1848, de fièvres comateuses, mortelles au premier, au deuxième et au troisième accès, sans que la rate présentât une augmentation notable dans son volume. Et puis ne sait-on pas que dans les pyrexies graves, dans la peste comme dans la fièvre jaune, dans le typhus, dans notre fièvre typhoïde surtout, une des lésions les plus constantes est une intumescence de l'organe splénique, et cela, jusqu'après le vingt-cinquième jour dans la dothinentérie, sans qu'à cette liaison se rattache des phénomènes d'intermittence ou de rémittence?

Si je suis surpris d'une chose, c'est que, raisonnant et agissant comme il le fait, M. Piorry ne nous ait pas apporté un plus grand nombre d'observations. Vous savez que notre confrère s'est fait une rate à son usage. Cet organe, que l'anatomie nous montre si poreux, si extensible, cette espèce de tissu caverneux capable de recevoir beaucoup de sang, à en juger par le volume de son artère, plus volumineuse que l'artère hépatique elle-même; cet organe, que des expériences précises faites à Alfort nous montrent pouvoir acquérir, par l'absorption de l'eau dans l'estomac, des dimensions considérables (Bérard, Leç. de phys., t. II); cet organe, que l'abstinence seule amoindrit, comme des faits recueillis récemment en Angleterre l'ont établi (Arch. de méd., IVe série, t. XXVII, p. 88); cet organe, que nous rencontrons tous les jours sur le vivant d'un volume variable, ayant, chez des individus morts de la même affection, un volume souvent très-différent; la rate, qui, de l'aveu de tous les anatomistes, est le viscère qui présente les variétés les plus grandes, les plus nombreuses, et qui toutes cependant sont compatibles avec la santé; un organe enfin si peu semblable à lui-même, que si, prenant deux animaux de même espèce, de même âge, et si, les plaçant dans les conditions les plus identiques, on les sacrifie et si on les ouvre aussitôt, rarement, dit M. Assolant (Thèse de paris, an X), vous trouverez à leur rate le même volume; il peut varier de 1 à 10. Eh bien! malgré ces faits, M. Piorry, chose presque incroyable, plus confiant dans les résultats plessimétriques que dans ceux bien autrement précis que donnent et la vue et le compas, n'hésite pas à assigner à la rate les limites les plus restreintes qu'elle ne saurait franchir impunément.

Après nous avoir dotés longtemps, dans son Traité de percussion, de 12 cent. environ de rate normale, M. Piorry ne nous en octroie plus que 10 à 11 dans son Traité du diagnostic (3 pouces 1/2 à 3 pouces 9 lignes), et aujourd'hui notre rate normale ne pourrait pas dépasser 7 cent., tandis que M. Assolant déclare qu'ayant mesuré un grand nombre de rates d'hommes sains et morts subitement, il avait trouvé, en moyenne, environ 13 cent. (5 pouces 1/2). C'est pourtant, messieurs, sur des données si arbitraires, données que l'anatomie, que la physiologie, que la clinique repoussent, que M. Piorry s'appuie pour changer toutes les règles du diagnostic, et entraîner par suite l'expérimentation thérapeutique dans des voies insolites.

Je ne suis pas le seul d'ailleurs à accuser M. Piorry d'agrandir arbitrairement la sphère de la fièvre intermittente; d'autres, et de ses amis, l'ont fait avant moi, M. Cherest, par exemple, dans son rapport à la Société médicale du 1er arrondissement, travail que M. Piorry a cité avec éloge, établit une catégorie de malades qui, fiévreux pour M. le rapporteur, et traités par lui avec le sel marin, n'auraient été considérés par personne autre comme atteints de fièvre intermittente et comme devant être soumis à l'action des antipériodiques.

Pour résumer ce premier chef d'accusation, je dis: M. Piorry a manqué à la première règle de toute bonne expérimentation, en ne précisant pas toujours le diagnostic, en donnant le sel marin dans des états morbides qui n'ont aucun rapport, ni éloigné, ni prochain, avec la fièvre intermittente.

Le second vice capital dans beaucoup d'expérimentations est l'association de plusieurs remèdes actifs pouvant agir de la même manière. N'a-t-on pas vu souvent des médecins proposer gravement des pilules, des opiats fébrifuges, composés de plusieurs drogues plus ou moins insignifiantes, mais auxquelles on accordait une certaine action, pourvu pourtant qu'elles fussent associées à une préparation de quinquina? M. Piorry n'a pas été aussi loin cependant dans une dizaine de cas au moins; il a, dans un but différent, administré alternativement le sel et la quinine. Tantôt les malades se révoltaient et préféraient garder la fièvre et sortir de l'hôpital plutôt que de se soumettre à l'action du chlorure de sodium, dont la saveur est désagréable, et qui excite très-souvent des vomissements; tantôt M. Piorry, dans un but d'expérimentation comparative, donnait alternativement, et à peu de distance l'un de l'autre, 30 grammes de sel et 1 gramme de quinine. Il est donc impossible, dans la plupart de ces faits, de déterminer ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces médicaments.

Pour vous prouver encore péremptoirement ce que j'avance, permettez-moi de vous lire le résumé suivant de quelques observations annexées au rapport.

Nº 24. On ne parle pas du jour d'entrée. Prend 30 grammes de sel, et peu après 1 gramme de quinine pour emparer les effets des deux médicaments sur la rate.

Nº 26. Entré le 14 septembre. Le 15, il prend 1 gramme de quinine. Le 16, jour d'accès, on donne le sel à la dose de 30 grammes, puis que quelques instants après on administre 1 gramme alcoolé de quinine. Le 17, la fièvre manque.

Nº 27. Le 20, on donne 10 grammes de sel. Le lendemain on dit que la rate a diminué, mais on ne dit pas ce qu'est devenue la fièvre. Il est évident pourtant qu'elle n'a pas cessé, car le lendemain l'individu prend 1 gramme de quinine.

Nº 29. Entré le 2 janvier. Prend du sel jusqu'au 5. On ne parle pas de la fièvre, mais de la rate, qui a 15 centimètres et demi. Le 5, on donne 1 gramme alcoolé de quinine. Le 7, on revient au sel, qu'on continue jusqu'au 17. La fièvre cesse le 17. Cependant le 18 le malade prend encore 1 gramme alcoolé de quinine.

Nº 30. Entré le 11; il prend, le 15, 1 gramme de sulfate de quinine; les 15 et 16, on donne 1 gramme et 1 gramme 50 de quinine, et presque en même temps, ou peu après, 30 grammes de sel. Le 17 ou le 18 la fièvre cesse.

Nº 31. Entré le 11 ou 12 septembre. On donne le sel immédiatement. La fièvre décroît, mais revient les 14, 15 et 16; on donne le 16 un gramme de quinine, la fièvre cesse; on revient encore au sel marin, et le 19 on donne de nouveau la quinine.

Une des causes d'erreur les plus communes, la plus commune peut-être, a été de rapporter au remède expérimenté des effets qui tenaient exclusivement à la marche de la maladie, ou à une influence exercée par les conditions extérieures. Ainsi souvent le remède a été donné lorsque les accès devenus déjà moins longs et moins intenses indiquaient une diminution de la maladie. M. Piorry a-t-il commis souvent cette faute? Je n'en sais rien. Je ne l'accuse pas, mais je ne l'absous pas non plus; car les faits qu'il nous donne ont été recueillis par des élèves zélés sans doute, mais qui ne semblent pas avoir une grande habitude de l'observation; aussi ils pèchent tous par le manque de détails et de précision. Ce qui me fait craindre

que le sel n'ait été parfois donné lorsque la fièvre était en décroissance, c'est qu'il a été prescrit même lorsque la fièvre intermittente (si toutefois c'en était une) était déjà guérie. C'est ce que prouve la troisième observation, dont voici les détails principaux. J'aurais pu y joindre aussi la quatrième.

Obs. III.—Malade entré à l'hôpital le 9 octobre, n'ayant jamais eu de fièvre intermittente; il en aurait contracté une le 6; le lendemain 7, il y aurait eu un second accès. Le 8, la fièvre a déjà cessé. Pas d'accès les 10, 11, 12 et 13; mais la rate ayant 7 cent. et demi de matité, on donne le sel. Ce malade sort le 16.

Ce en quoi M. Piorry a surtout et le plus gravement péché, c'est de n'avoir pris aucune précaution pour ne pas attribuer au remède des effets dépendant de quelque influence extérieure. Il est de notoriété, par exemple, qu'un grand nombre de fièvres cèdent par le seul changement de lieu. Des fièvres opiniâtres, ayant résisté à tous les traitements, disparaissent spontanément si on fait émigrer les malades. Mais ce qu'on sait moins, ce que les médecins des hôpitaux de Paris savent mieux que d'autres, c'est qu'il n'est pas nécessaire de transporter les individus à de grandes distances, mais les laissant dans le même pays, dans la même ville, dans la même rue, il suffit de changer les conditions hygiéniques pour voir la fièvre céder ou s'amoindrir, et cela dans un grand nombre de cas. Ne croyez pas que ces effets se remarquent seulement pour ces fièvres printanières généralement bénignes et ne prenant pas racine chez l'individu : non; on le constate également pour les fièvres les plus rebelles, les plus invétérées. Notre conquête d'Afrique nous envoie souvent de malheureux colons que la persistance de la fièvre ramène en France. Les accès continuent souvent malgré le changement de climat; ces individus entrent à l'hôpital jaunes, affaiblis, avec une rate volumineuse, et souvent, très-souvent, sous l'influence du repos, des conditions hygiéniques nouvelles ces fièvres disparaissent ou s'amendent. De là, messieurs, le précepte de ne jamais donner un remède dont on veut constater les vertus fébrifuges dans les premiers jours qui suivent l'entrée des malades dans nos salles; on doit attendre deux, trois ou quatre accès; les étudier dans chacun de leurs stades et ne donner le remède qu'autant qu'ils conservent l'intensité et la durée qu'ils avaient avant l'admission des malades à l'hôpital. M. Piorry a toujours manqué à cette règle, et cet oubli d'un principe aussi essentiel suffirait à lui seul pour frapper de nullité les résultats qu'il nous apporte.

Pour vous prouver l'importance de cette règle, permettez-moi de vous rappeler une statistique qui aura d'autant plus d'importance près de vous qu'elle émane d'un homme dont le nom fait justement autorité dans cette enceinte et ailleurs.

Il y a vingt-cinq ou trente ans, on vantait beaucoup, vous le savez, la poudre de houx comme succédané du quinquina. M. Chomel, voulant expérimenter ce remède nouveau, demanda au bureau central qu'on lui désignât des malades atteints de fièvre intermittente; 22 individus lui furent adressés. M. Chomel, comme tout médecin éclairé, connaissant parfaitement l'influence qui pouvait être exercée par le changement de lieu, attendit pour administrer le prétendu spécifique qu'il s'écoulât quelques jours, afin, d'une part, que le diagnostic fût bien établi, et surtout pour s'assurer que les accès ne seraient pas modifiés par les conditions nouvelles auxquelles les malades étaient soumis. Or voici ce qui arriva : sur les 22 malades admis, il y en eut 7 dont les accès ne revinrent point; ils furent guéris aussi vite et aussi sûrement que s'ils eussent pris la quinine. Chez 4, il y eut des accès décroissants; chez 8, on constata que les accès étaient symptomatiques de phlegmasies peu intenses des membranes muqueuses, qui cédèrent aux délayants, au repos, à la diète et quelques antiphlogistiques. Restèrent trois malades dont la fièvre essentielle conserva toute son intensité dans les trois ou quatre accès qui suivirent l'admission à l'hôpital. Or ces trois malades prirent d'abord le médicament à la dose prescrite par l'inventeur; puis on en donna successivement deux, cinq, six, huit fois plus, et cela sans modifier la fièvre. Certes ces trois faits étaient insuffisants pour prouver que la poudre de houx ne guérissait pas la fièvre; ils devaient pourtant inspirer déjà quelques doutes. Mais réfléchissez à ce qui fût advenu si M. Chomel eût procédé comme M. Piorry l'a fait! L'administration de la poudre de houx n'eût pas empêché la fièvre de cesser tout à fait chez les 7 premiers malades, de s'amender chez les 4 autres; vous admettrez bien aussi que les 8 individus qui avaient des accès symptomatiques et qui ont guéri par le repos et les délayants eussent non moins bien guéri en prenant un peu de poudre de houx; de sorte qu'on aurait conclu que sur 22 malades la poudre de houx réussissait chez 19 : les 3 cas d'insuccès eussent été regardés comme exceptionnels. On aurait donc considéré le remède comme un succédané parfaitement efficace.

De pareils résultats n'ont pas besoin d'être commentés; il suffit de les énoncer pour prouver combien l'expérimentation thérapeutique est difficile, combien il faut de prudence et de réserve pour ne pas se laisser induire en erreur, et combien aussi vous devez, messieurs, exiger de garantie avant de donner votre sanction à un remède.

En résumé, je crois que les résultats énoncés par M. Piorry n'ont pas la valeur qu'il leur accorde, et cela parce que M. le rapporteur a commis dans l'expérimentation trois fautes capitales, dont une serait à elle seule capable d'infirmer ses conclusions. Je vous ai prouvé, je crois : 1° que M. Piorry a administré le remède à des malades atteints de toute autre affection que la fièvre intermittente; 2° qu'il a souvent donné concurremment le sel et le sulfate de quinine à haute dose; 3° qu'il n'a tenu aucun compte de l'influence qu'ont pu exercer sur la marche de la maladie les changements de lieu, de régime, d'habitude.

M. Piorry, je le sais, va vous objecter que l'action fébrifuge du sel lui est prouvée d'une manière positive par l'influence que le médicament exerce sur la rate; M. le rapporteur prétend que cette action est rapide, à peu près instantanée, puisqu'on parle (obs. 5) d'un malade qui, prenant le sel assis sur son lit et se couchant aussitôt après sur le côté droit, vit, dans un intervalle de temps si court, sa rate perdre un centimètre de son volume. J'aime le merveilleux, messieurs, mais je m'en méfie beaucoup; je me méfie aussi de M. Piorry lorsqu'il nous parle de la rate, car je crains que sa prédilection pour cet organe ne l'aveugle, ne l'égare quelquefois. Comment admettre de confiance l'action instantané du sel sur la rate, lorsque nous savons que les hommes les plus éclairés, les plus habiles n'ont pas confirmé en tout point ce que M. Piorry raconte depuis si longtemps sur l'action analogue que la quinine exerçait? Mais qu'importe, d'ailleurs, que le sel fasse diminuer la rate? Je concède à M. Piorry que cette action existe, qu'elle est aussi instantanée qu'il le dit; mais on ne saurait logiquement en inférer que le sel est un fébrifuge; et la preuve, c'est que la substance qui exerce l'action la plus prompte, la plus sûre sur la rate, qui fait diminuer cet organe quand on l'injecte dans les veines, la strychnine, n'est pourtant pas un fébrifuge. Il en est peut-être de même de l'acétate de morphine et du camphre, qui, d'après de Fermon, auraient aussi le pouvoir de contracter la rate, et qui pourtant, quoi qu'on en ait dit, ne guérissent pas la fièvre intermittente (Nouvelle bibliothèque médicale, année 1824). Si l'action que le sel exercerait sur la rate était la preuve que cet agent a des vertus antipériodiques, on devrait en conclure aussi que ces propriétés sont égales pour le moins et supérieures peut-être à celles de la quinine, puisque, d'après M. Piorry, le sel ferait diminuer la rate dans un temps plus court que ne le fait la quinine, et son action se prolongerait plus longtemps que celle-ci.

Cependant, malgré toutes ses affirmations, M. Piorry se méfie du sel marin; n'est-ce pas, en effet, douter de son action que de ne pas vouloir qu'on l'administre dans les fièvres pernicieuses? Je loue certainement M. le rapporteur de cette prudente réserve; mais, alors, pourquoi de si pompeux éloges, et dire que le sel est un remarquable succédané du quinquina? pourquoi dire surtout qu'il a une efficacité égale à celle du sulfate de quinine? M. Piorry voudrait qu'on le donnât déjà en Algérie et dans nos campagnes; pour moi, au contraire, je veux qu'on le proscrive de tous ces lieux, du moins momentanément, et jusqu'à ce que M. Piorry soit venu, par de nouveaux faits mieux observés, plus sévèrement recueillis, justifier pleinement les éloges qu'il lui a donnés. Je proscrirais le sel du traitement des fièvres d'Afrique, parce que dans ce climat la fièvre pernicieuse est commune, et que ce caractère se révèle quelquefois tout à coup dans le cours de fièvres qui ont commencé par être simples.

Il faut donc dans ce pays un médicament qui agisse promptement et sûrement. Je proscrirais encore le sel du traitement des fièvres qui désolent quelques-unes de nos campagnes, car l'homme qui n'a d'autre patrimoine que ses bras doit être guéri le plus promptement possible, et le médicament le moins cher pour lui est celui qui économise le plus ses forces et qui lui rend le plus vite la santé. Ceci est également applicable aux malades qui sont traités dans les établissements hospitaliers. Pour être autorisé à administrer le sel, il ne suffit pas qu'il soit fébrifuge, mais il faut encore que sa vertu égale à peu près celle de la quinine; car si le sel était souvent infidèle, s'il n'avait pas une action prompte, s'il usait la fièvre au lieu de la couper, s'il agissait seulement moitié moins vite que la quinine, le sel ne coûtât-il rien à l'administration, il n'en serait pas moins un médicament encore fort cher du moment qu'il forcerait les malades à prolonger leur séjour à l'hôpital.

Je regrette vivement que cette question, qui est à la fois une question d'humanité et d'économie, n'ait pas préoccupé M. le rapporteur : elle doit pourtant être agitée toutes les fois qu'on propose un fébrifuge.

Il y aurait encore à déterminer quelle est la proportion des rechutes chez les malades traités par le sel marin, comparativement à ceux qui ont pris la quinine. Le sel, administré dans la convalescence des fièvres, serait-il aussi utile que l'a dit M. Thomas (de la Nouvelle-Orléans), dans une séance de la Société d'Indre-et-Loire, en 1839? C'est aux faits à éclairer encore cette question. On comprend d'ailleurs fort bien l'utilité du sel chez des individus étiolés, affaiblis, et dont les fonctions digestives participent à l'atonie générale.

En résumé, les faits sur lesquels s'appuie M. Piorry sont insuffisants, et ne sauraient légitimer ses conclusions. L'Académie doit faire appel au zèle de tous les médecins pour éclairer une question de thérapeutique qui offre un puissant intérêt; mais là doit se borner, suivant moi, son rôle. L'Académie ne saurait user de trop de prudence, de circonspection, quand il s'agit de recommander l'emploi d'un médicament. Des médecins, et des plus éminents, se sont si souvent trompés, ils ont donné si souvent des vertus fébrifuges à des substances qui n'en avaient point que leur exemple doit nous rendre, non pas incrédules, mais prudents. En agissant avec trop de précipitation, en adoptant les conclusions de M. Piorry, vous pourriez courir le risque de compromettre votre autorité, et, avant tout, la vie de vos semblables. Dans le jugement que vous allez porter, n'oubliez pas, messieurs, que la fièvre intermittente, dans beaucoup de localités, tue fréquemment, et que nous possédons contre elle un médicament sinon infaillible, du moins assez certain pour qu'on ait pu dire qu'avec lui le médecin était l'arbitre de la vie ou de la mort. On nous propose aujourd'hui pour ces mêmes affections un remède qui existe partout, dans tous les ménages, et qu'on serait, par conséquent, tenté d'employer, à cause de son prix peu élevé et de la facilité qu'on a à se le procurer. C'est une raison, messieurs, pour nous rendre d'autant plus circonspects.

Je propose donc à l'Académie de remplacer les conclusions de M. Piorry par les deux suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur et déposer honorablement son travail dans les archives;

2° L'engager à poursuivre ses recherches en suivant les règles d'une expérimentation rigoureuse, les faits qui ont été produits jusqu'à ce jour étant insuffisants pour démontrer quel est le degré d'utilité du sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Piorry commence une réponse dont les premiers mots soulèvent une réprobation générale dans l'assemblée. Après quelques observations tendant à démon-

trer que les critiques de M. Grisolle ne sont pas fondées, M. Piorry, sur l'invitation du président, consent à remettre la suite de sa réponse à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS DE CLINIQUE MÉDICALE; par le docteur CHRESTIEN (de Montpellier). — 1 vol. in-8°. — 1852.

Ce livre a été publié à l'occasion du concours pour une chaire de clinique médicale actuellement ouvert à la Faculté de médecine de Montpellier. Il est, dans l'esprit même de l'auteur qui le dit expressément dans sa préface, un supplément à ses propres épreuves, et est destiné à fournir aux juges le moyen de mesurer son aptitude pratique mieux que n'ont pu le permettre ses deux leçons au lit des malades. Ces circonstances expliquent comment nous nous montrons si empressé d'annoncer un ouvrage qui a paru tout récemment. Nous avons voulu aider, autant qu'il est en nous, notre confrère M. Chrestien, dans ce dernier effort de sa juste ambition. Mais, en même temps — cela est trop naturel pour ne pas le dire ouvertement — sa position particulière et le motif avoué de son livre ne nous permettent ni de le louer ni de le blâmer autant que nous aurions voulu. Si c'est là une sorte d'épreuve surajoutée, nous ne pouvons en faire saillir la valeur, en marquer les bons et solides côtés, sans appuyer indirectement une prétention particulière; nous ne pourrions en découvrir les imperfections un peu sérieuses, s'il y en a, sans aller contre le but de l'auteur. Quand nous intervenons dans un concours, nous le faisons nettement et largement; une intervention partielle serait moins de notre goût, surtout à Montpellier, où M. Chrestien se souviendra que deux journaux de la localité nous ont une fois blâmé de nous être mêlé d'un concours ouvert à leur Faculté.

Cependant nous pouvons, sans sortir de la réserve, présenter, au sujet du livre de M. Chrestien, quelques remarques générales, où l'éloge aussi bien que la critique ne seront pas de nature à compromettre les chances des autres candidats. Rien n'empêche, par exemple, que nous constations dans ce livre, uniquement composé d'observations sans commentaires, des témoignages nombreux d'une observation attentive, d'une juste préoccupation des états morbides généraux et des conditions étiologiques, d'une bonne entente de l'indication et de l'opportunité thérapeutique. Ces qualités se révèlent surtout dans la narration de plusieurs affections classées sous les noms de *catarrhales* et de *vermineuses*. L'influence d'un trouble gastro-intestinal sur le cerveau et les organes principaux de l'économie tient, avec raison, une grande place dans la thérapeutique de l'auteur. Nous avons remarqué encore des observations de pneumonie où le traitement est bien approprié aux diverses circonstances du cas particulier, au degré et à l'ancienneté de la maladie, à l'âge et aux forces du sujet, et où le traitement de la lésion locale est heureusement soutenu par des moyens propres à aider l'organisme dans sa lutte, ou à le débarrasser de certaines causes accessoires de souffrance. Ainsi, des potages et des bouillons en même temps qu'on saignait, un vomitif pour vider les bronches obstruées, etc..... On trouvera, dans ce livre, une observation intéressante de rhumatisme, dans laquelle, une vive douleur au niveau du sein droit ayant disparu tout à coup, il en survint une autre sur la fosse temporale droite, où elle devint le point de départ d'un travail phlegmasique et d'un abcès. On sent bien que nous ne voulons que justifier par plusieurs exemples le jugement porté tout à l'heure. Il serait difficile, au milieu de 174 observations détaillées et relatives à un très-grand nombre d'états morbides, aux fièvres maligne, adynamique, nerveuse, muqueuse, typhoïde, catarrhale, gastrique, vermineuse et éruptive, aux névroses, aux névralgies, à la rage, à la gangrène sénile, au rhumatisme, à diverses affections de l'encéphale, de la gorge, de la plèvre et du poumon, à l'ictère, à l'ascite, etc., il serait difficile d'aller chercher et de produire tous les éléments d'appréciation qui y sont renfermés. Force nous est donc de nous en tenir à ces remarques générales.

Et ceci nous conduit à exprimer un regret. Sans doute l'auteur a eu peu de temps à sa disposition pour rédiger et mettre en ordre, avant la fin du concours, un si grand nombre d'observations, et c'est déjà un travail considérable qu'un volume de plus de 300 pages in-8°. Néanmoins il eût été à désirer, au risque de diminuer le nombre des faits, d'une part, de bien définir les titres des sections dans lesquelles ils sont rangés; d'autre part, de consacrer à chaque section quelques commentaires très-courts, aphoristiques au besoin, destinés à mettre en relief les notions doctrinales ou pratiques qu'on supposait devoir ressortir des observations. En ne disant pas, par exemple, la différence qu'on met entre la fièvre maligne et la fièvre nerveuse, entre la fièvre adynamique et la fièvre muqueuse ou la fièvre typhoïde, en ne définissant pas ce qu'on entend par fièvre catarrhale, et en quoi ce nom convient, comme le dit l'auteur, à la plupart des fièvres gastriques aussi bien qu'à l'érysipèle, on s'expose à ne pas laisser voir si l'on a ou non porté un diagnostic exact. Nous craignons bien, pour notre compte, que le seul cas de *fièvre adynamique* rapporté par l'auteur ne soit tout simplement une apoplexie; que la *fièvre maligne* ne soit une intermittente anormale, avec détermination cérébrale. Nous ne voyons pas non plus en quoi l'érysipèle est une fièvre catarrhale. De même, l'absence de tout commentaire sur les observations est de nature à faire manquer en partie le but du travail. Les juges peuvent trouver assez incommode de fouiller tous les faits pour en chercher la signification, et peuvent d'ailleurs ne pas leur attribuer celle qui est dans l'esprit de l'auteur.

Nous ne dirons que ce peu de mots, craignant déjà d'être allé au delà de notre intention.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Oulmont, (d'Épinal) vient d'être nommé médecin du bureau central des hôpitaux de Paris; les concurrents étaient nombreux, et quatre places seulement étaient vacantes: M. Oulmont a été nommé le premier à l'unanimité.

— Par arrêtés du 13 janvier 1822, M. Maisseiat, docteur en médecine, agrégé libre, conservateur adjoint des collections de la Faculté de médecine de Paris, est nommé conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Thillaye, démissionnaire, qui entrera en jouissance de la pension liquidée à son profit le 15 octobre 1851.

M. Opperman, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Persoz.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'envoyer une médaille d'argent à M. Renault, chirurgien de l'Asile des aliénés et vice-directeur du service de la vaccination de l'Orne, en récompense du zèle avec lequel il se livre à la propagation de la vaccine.

Ce chirurgien a déjà été appelé trois fois à partager le prix de l'Académie nationale de vaccine.

C'est la onzième médaille qu'il reçoit.

— M. Formasery, médecin en chef des aliénés de la Meuse, est nommé directeur-médecin des aliénés de la Manche, à Pontorson.

— M. Martenot de Cordoux, chirurgien aide-major de première classe en Algérie, est désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

— Une épidémie de fièvre inflammatoire vient de se manifester sur les élèves de l'école communale des Forges; près d'une quarantaine d'entre eux en sont atteints. Au premier avis qu'il a reçu de l'instituteur, M. le préfet a chargé M. Thiriat, médecin cantonal à Épinal, de se transporter sur les lieux pour donner ses soins aux malades. Tout porte à croire que le mal n'occasionnera pas de graves accidents.

— Depuis quelque temps, la fièvre typhoïde sévit sur la population de Saint-Étienne et atteint toutes les classes. Il semble que les jeunes gens et surtout les enfants en soient plus particulièrement atteints. Après eux, les militaires de la garnison paraissent subir d'une manière plus remarquable l'influence de cette désastreuse maladie.

Jeudi 5, au matin, le nombre des militaires à l'hôpital s'élevait de 112 à 115, chiffre considérable, puisqu'il porte seulement sur deux bataillons et deux escadrons. Nous sommes heureux toutefois de pouvoir annoncer que le nombre des décès n'est pas en proportion avec celui des malades.

— La fièvre typhoïde a sévi pendant quelques semaines d'une façon peu intense à Dinan (Côtes-du-Nord).

— Quelques contrées de la Sologne sont affligées, depuis quelque temps, d'une épidémie de petite vérole qui se présente avec un caractère particulier. Elle atteint des personnes de tout âge, même celles qui ont été vaccinées, et laisse des traces profondes de son passage.

— Nous apprenons que la petite vérole règne d'une manière assez intense dans quelques quartiers de Courtral et dans les communes environnantes. Jusqu'à présent les décès sont heureusement très-rares.

— La rougeole sévit depuis plus d'un mois sur les jeunes enfants à Bourg et dans la banlieue, sans avoir offert jusqu'à ce jour de la gravité.

— Par suite de représentations faites par la commission médicale provinciale d'Amsterdam, le ministre de l'intérieur vient d'inviter les commissions médicales de Harlem, de la Haye et d'Amsterdam, ainsi que la commission de surveillance du dessèchement du lac de Harlem, à déléguer deux membres, chacune à l'effet d'ouvrir de commun accord, une enquête sur la question de savoir jusqu'à quel

point l'opération d'épuisement du lac peut influer sur l'état sanitaire de la contrée.

—Les dernières nouvelles de Batavia annoncent qu'il y a au moins 400 malades parmi les troupes qui se trouvent à Palembang.

—Une école de médecine vient d'être formée à Batavia pour les Javanais.

— La maladie pulmonaire qui règne depuis longtemps en Frise (Hollande), parmi les bêtes à cornes, ne paraît pas encore entrer dans sa période décroissante. Depuis le commencement de cette année, on s'est vu obligé d'y abattre encore 461 têtes de gros bétail, dont 100 pendant la semaine dernière. Le chiffre des bêtes abattues jusqu'au 6 février, pour la même cause, est de 3,575.

Des quarante-trois communes que possède la Frise, il n'y en a que six, dont cinq comptent peu de bétail, qui aient été épargnées jusqu'ici par le fléau.

— On lit dans l'Akbar du 5 février :

« Les rapports adressés au Comité central de vaccine, par les conservateurs de vaccin, de la province d'Oran, constatent un fait qui devrait impressionner fortement les indigènes et faire disparaître tous leurs préjugés contre l'emploi du préservatif vaccinal.

» Au printemps de 1851, les officiers de santé militaires, chargés de visiter les tribus, avaient remarqué que les filles seules leur étaient présentées pour subir l'opération de la vaccination : qu'est-il arrivé? Une épidémie de variole vient de s'étendre sur diverses tribus des subdivisions de Tlemcen, Oran et Orléansville, et il a été constaté que le mal sévissait avec force sur les garçons non vaccinés, et épargnait les filles. »

— M. le préfet vient d'envoyer à Charmant M. Brun, docteur en médecine, avec mission d'observer une épidémie qui sévit depuis plusieurs jours dans cette commune et aux environs, et dont quelques personnes même sont mortes dans la commune de Chadurie (Charente-Inférieure).

— On écrit de la Jamaïque, 17 janvier :

« Le choléra sévit dans l'île; ses ravages sont concentrés dans l'intérieur du pays. La variole y règne également, mais à un degré moins alarmant. »

— On lit dans la Gazette des hôpitaux :

Empoisonnement par le cidre. — Sous ce titre, le Droit publie l'article suivant, dans lequel se sont glissées plusieurs erreurs que notre confrère sera sans doute heureux de rectifier d'après les renseignements positifs qu'on va lire.

Voici d'abord l'article du Droit :

« Nous avons raconté dernièrement que, plusieurs personnes ayant été subitement indisposées d'une manière grave, il avait été reconnu que le cidre, dont elles faisaient leur boisson habituelle, contenait des substances malfaisantes qui avaient dû être soumises à l'examen d'hommes compétents.

» Depuis ce temps, divers cas de même nature se sont produits dans différents quartiers; en dernier lieu, le sieur François M....., demeurant rue des Deux-Écus, fut atteint d'un mal subit qui l'emporta en quarante-huit heures et qu'on attribua au cidre qu'il buvait.

» M. Winther, commissaire de la section de la Banque, reçut une déclaration à ce sujet et ordonna l'autopsie du défunt, à laquelle il fit assister plusieurs médecins. Ceux-ci constatèrent que M. François M... avait succombé à un empoisonnement connu dans la science sous le nom d'encéphalo-saturnin.

» Voici, d'après l'avis du conseil de salubrité, quelles en étaient les causes.

» Le cidre, à Paris, est fabriqué par les brasseurs. Un certain nombre d'entre eux, au lieu de faire fermenter les pommes dans des cuviers en bois, étaient dans l'habitude, depuis quelque temps, de se servir de chaudières étamées. Il paraît que le jus de pommes a la propriété d'attirer à lui le sulfate de plomb qui se trouve en grande quantité dans l'étain, et que le cidre en était ainsi saturé.

» Beaucoup de personnes, comme nous l'avons dit, ont été grièvement indisposées par suite de cette imprévoyance, et la fille de François M...., dont le rétablissement sera long, a failli succomber comme son père.

» Plusieurs brasseurs se trouvent compromis et auront à répondre de ces faits devant la justice. »

Nos informations nous permettent d'abord d'affirmer qu'il n'a point été questions de chaudières étamées au conseil de salubrité. Dans tous les cas, les personnes initiées aux connaissances chimiques comprendront facilement que personne, dans ce conseil, n'a pu dire que le jus de pommes *a la propriété d'attirer à lui le sulfate de plomb*, etc.

Voici la véritable cause des accidents que détermine quelquefois l'usage du cidre, et que le Droit a eu raison de signaler :

Quelques fabricants ont la pernicieuse habitude de clarifier le cidre qu'ils livrent au commerce, soit à l'aide de l'*acétate de plomb*, soit à l'aide de cet acétate et du *carbonate de potasse*. A la suite de cette opération, une partie du sel de plomb reste dans le cidre, et il est arrivé souvent que les personnes qui ont fait usage de cette boisson ont été prises de coliques saturnines. C'est, sans aucun doute, ce qui est arrivé dans le cas dont parle le Droit.

Pour prévenir les accidents de cette nature, l'administration, sur le rapport de quelques membres du conseil de salubrité délégués à cet effet, a pris les mesures suivantes :

1° Tous les cidres ont été autant que possible analysés, et ceux dans lesquels on a constaté la présence du plomb ont été retirés du commerce et même enlevés à domicile.

2° Les fabriques de cidre ont été visitées, et le mode de clarification indiqué ci-dessus a été défendu.

3° Enfin, la plupart des malades qui ont éprouvé les accidents dont il s'agit, ainsi que les individus qui avaient pris des boissons malfaisantes, ont été visités, et l'administration leur a indiqué les moyens à employer pour combattre ces accidents ou pour les prévenir.

— On lit dans la Patrie du 12 février :

« Il résulte, d'un rapport récent fait à l'autorité administrative, que le nombre des logements insalubres a diminué, depuis deux ans, à Paris, d'une manière importante. Cette partie de l'hygiène publique est en voie constante d'amélioration. »

— *Vaccine*. — M. Boissat, directeur de la vaccination pour le département de la Dordogne, dans une lettre où il signale l'existence d'une épidémie variolique qui fait chaque jour de nouveaux progrès, fait en même temps observer que, d'après les documents officiels, le *tiers* seulement de la population de la Dordogne a été soumis à la vaccination.

— M. Girard, ancien directeur de l'école d'Alfort, membre de la Société nationale d'agriculture, de l'Académie de médecine et de la Société centrale de médecine vétérinaire, dont il était le président d'honneur, vient de terminer son honorable carrière à l'âge de 82 ans.

— La dernière descendante d'Ambroise Paré, père de la chirurgie française, mademoiselle Renée-Julienne Ambroise Paré, vient de mourir à Laval, à l'âge de 77 ans.

— M. le docteur de Naye, qui a été pendant longtemps professeur de physique au collége de Bourges, où il exerçait la médecine avec beaucoup de distinction, vient de mourir aux environs de Paris, où il résidait depuis plusieurs années.

—M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Turin.

— L'école de médecine de Rochefort vient de perdre un de ses sujets distingués, en la personne de M. Dordé, chirurgien de troisième classe de la marine, décédé à la Martinique, victime de la fièvre jaune.

— Les journaux de l'Aisne rendent compte d'un cas de catalepsie très-bizarre qui vient de se présenter à Caumont (Aisne). Une femme tombée en léthargie le 24 décembre, à cinq heures du matin, est demeurée sans mouvement jusqu'au 27, à deux heures de l'après-midi, où elle a pu articuler quelques sons. Dans son état de sommeil, elle entendait et comprenait ce qu'on lui disait, et elle a conservé le sentiment pendant toute la durée de la crise.

— L'hydrophobie vient de faire une victime à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes. Vendredi dernier, on conduisait dans cet établissement le sieur Louis Ottelard, âgé de 37 ans, garde champêtre de la commune d'Aulnoy, et le lendemain ce malheureux expirait à la suite de nombreux accès de rage.

— On nous écrit de Condom :

M. le docteur Bères, membre du conseil général du Gers, maire de la commune de Castelnau, et qui compte de nombreux amis dans le département de Tarn-et-Garonne, arrêté à l'occasion des événements de décembre, vient d'être reconnu innocent par la commission militaire qui a immédiatement ordonné sa mise en liberté.

— On lit dans un journal transatlantique :

« Femmes médecins. — L'exercice de la médecine cessera bientôt d'être le privilége exclusif des hommes : déjà l'on compte à Philadelphie, et même à Boston, une ou deux dames médecins.

» Dans la première de ces villes, le collége médical, spécialement fondé depuis deux ou trois ans pour le beau sexe, est déjà suivi par un assez bon nombre d'étudiantes, et quelques-unes d'entre elles se sont vu tout récemment conférer le grade de docteur en médecine. Elles ne tarderont pas sans doute à vouloir recueillir le bénéfice de cette nouvelle dignité.

» La capitale du Massachussets n'est pas tout à fait aussi avancée : son collége médical pour les dames n'en est encore qu'aux éléments; mais on peut être sûr qu'il se développera rapidement, et que les doctoresses de la Nouvelle-Angleterre rivaliseront bientôt avec celles de la Pensylvanie. »

—On lit dans la Vigie de Dieppe :

« L'établissement des bains de mer de Dieppe a été vendu samedi aux enchères publiques, sur une mise à prix de 152,000 fr. L'immeuble et les dépendances ont été adjugés aux prix de 160,650 fr. M. Sellier, ancien maire de Dieppe, et président de la Chambre de commerce, a été déclaré adjudicataire. Une autre Société a été formée pour l'exploitation de l'établissement. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — EMPLOI DU SEL MARIN. — RÔLE DE LA RATE.

La journée n'a été bonne, à l'Académie de médecine, ni pour le sel marin, ni pour la rate. Les prétentions fébrifuges de l'un et les prétentions fébrigènes de l'autre ont rencontré la même opposition. Sur la proposition de M. Michel Lévy, les documents qui faisaient l'objet du rapport ont été renvoyés à l'examen définitif de la commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina. M. Piorry sera adjoint à la commission dont M. Grisolle fait déjà partie.

Nous regardions comme impossible de faire sortir du rapport lui-même la preuve des propriétés antipériodiques du sel marin. L'argumentation de M. Grisolle était, à cet égard, irréfutable. Le discours étudié dont M. Piorry a donné lecture dans la dernière séance, et dont le ton modéré et contenu a heureusement racheté les échappées de la précédente réplique, n'a donc pu que dissimuler l'embarras de la cause par des artifices de langage. Il a fallu reconnaître qu'on s'était assuré de l'existence d'accès fébriles seulement « chez la plupart des malades; » que l'emploi du chlorure de sodium avait constitué la médication exclusive, non dans tous les cas, mais « dans la majorité des cas observés. » C'est-à-dire que le vague et l'arbitraire ont été la règle de l'expérimentation, et qu'on n'est bien renseigné ni sur la quantité ni sur la qualité des faits soumis au jugement de l'Académie. On était porté à le croire par l'analyse de M. Grisolle : la déclaration de M. le rapporteur lève tout scrupule.

Mais si le rapport manquait à la défense de la médication saline, un secours pouvait venir d'un autre côté; car, à parler franchement, nous sommes très disposé à admettre que beaucoup de substances dépourvues de propriétés précisément spécifiques, peuvent néanmoins. soit par leur action sur le tube digestif, soit par une modification chimique du sang, soit par une perturbation quelconque, arrêter certaines fièvres d'accès, de celles surtout qui s'engendrent loin des grands foyers paludéens et qui ne paraissent pas subordonnées à un élément miasmatique. On obtient assez fréquemment ce résultat avec les vomitifs, avec les purgatifs, avec les amers; M. Aran paraît l'avoir obtenu récemment avec le sel ammoniac; il ne serait donc pas déraisonnable de l'attendre également du sel marin. Mais le secours a manqué. Bien au contraire, M. Lévy, à qui son ancienne position de médecin des hôpitaux militaires et sa position actuelle d'inspecteur du service de santé permettent de disposer de documents nombreux et variés, est venu montrer que l'expérimentation de la médication saline, entre les mains des médecins militaires, n'avait donné aucun résultat décisif, même dans les localités non marécageuses; qu'elle avait totalement échoué au sein des foyers palustres d'Oran et de Constantine; et il a donné l'assurance formelle que le chlorure de sodium, à titre d'antipériodique, est entièrement abandonné en Algérie. Ce gros résultat est de force à contre-balancer beaucoup de maigres expériences comme celles dont le rapport offre un spécimen. M. Lévy l'a dit avec beaucoup de raison : Paris n'est pas le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges. Là où la fièvre est si peu tenace que, suivant un calcul de M. Cazalas, elle guérit seule ou à l'aide de simples amers et des évacuants 130 fois sur 150, il est extrêmement difficile de faire rigoureusement la part des antipériodiques. Comment M. Piorry ne s'est-il pas rendu à une raison si simple et a-t-il pu soutenir que le milieu de Paris convient mieux pour l'expérimentation qu'un milieu palustre? Là, dit-il, où les miasmes se dégagent en permanence, l'action du médicament peut être perpétuellement neutralisée. Soit; mais si le médicament triomphe, il sera très-évident qu'il neutralise la cause morbide, et, en fait, nous ne voyons pas que les grands foyers de la Rochelle, de l'Algérie ou des États romains aient fait tort à la réputation du sulfate de quinine. Dans les localités non marécageuses, l'action du remède n'est pas entravée; mais où est l'avantage si, dans l'immense majorité des cas, les efforts spontanés de l'organisme ne lui laissent pas l'occasion de s'exercer, et quel embarras n'en résultera-t-il pas pour l'expérimentateur? Tout à l'heure, il aurait pu s'exposer à atténuer un peu la vertu du remède, il court le risque maintenant d'accorder une grande vertu à un remède illusoire. Lequel serait le plus sage?

Sur la question théorique du rôle de la rate dans la fièvre intermittente, pouvait-on attendre autre chose qu'une opposition déclarée aux idées de M. Piorry? Ce sera un jour, nous faisons pour le dire violence à nos habitudes de déférence envers l'honorable rapporteur, ce sera pour nos neveux une curiosité que cette localisation de la fièvre intermittente dans la rate; ce sera l'exemple le plus souvent cité des aberrations de la médecine anatomique. Pour apprécier justement cette doctrine, il faut remarquer qu'il ne s'agit plus seulement aujourd'hui de transformer, avec M. Audouard, l'organe splénique en une sorte de marais alimenté de miasmes par tous les absorbants de la peau et de la surface respiratoire, et de placer dans ce réservoir le point de départ de la fièvre. C'était déjà quelque chose d'assez suspect que cette sorte de centre d'opérations où toutes les effluves devaient se rendre sans bruit, sans trouble, avant d'exercer contre l'organisme un acte d'hostilité direct; mais enfin, à la rigueur, on comprenait que les miasmes pussent s'accumuler avec le sang dans les aréoles de la rate (on dit y avoir senti quelquefois une odeur de marais), et y acquérir, par la concentration, un degré spécial d'activité. Cette vue ne suffit pas à M. Piorry. Beaucoup de fièvres d'accès ne paraissent pas de nature miasmatique; il l'a dit expressément dans sa réponse à M. Lévy; il faut que celles-là aussi aient leur point de départ dans la rate. En sorte que les refroidissements, les affections saburrales, la surcharge bilieuse de l'estomac ne peuvent donner la fièvre intermittente qu'après avoir produit l'intumescence de la rate. La fièvre intermittente est une *entité*; le type intermittent de la fièvre n'a aucune importance. Ce qui est seul important, ce qui doit seul préoccuper le clinicien, ce qui est enfin toute la maladie, c'est le gonflement de la rate, la *splénomégalie*. Voilà pourquoi M. Piorry, chargé par l'Académie d'étudier l'action du sel marin contre la fièvre intermittente, a cru très-consciencieusement remplir sa mission en étudiant l'influence du sel sur le volume de la rate.

Comment s'y prendre pour faire tomber cette étrange théorie? Rien de plus simple en apparence. Si la fièvre est le résultat de l'intumescence splénique, l'intumescence doit précéder ou tout au moins accompagner la fièvre : elle doit disparaître avant ou avec la fièvre; elle ne doit pas se produire sans engendrer la fièvre. Or il y a des fièvres intermittentes sans intumescence splénique; il y a des fièvres intermittentes auxquelles l'intumescence splénique survit indéfiniment; il y a des intumescences spléni-

Feuilleton.

LETTRE SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN PROVINCE (1).

A M. Reveillé-Parise.

Comme tous les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, j'ai lu avec un vif plaisir votre charmante boutade intitulée : LES DEUX MÉDECINS, OU LE POUR ET LE CONTRE (feuilleton des nos 42 et 44, année 1851). J'ai stigmatisé avec vous la fourberie audacieuse de votre héros, et j'ai été frappé, en regardant autour de moi, de reconnaître bon nombre de visages ressemblant passablement au portrait que vous tracez d'Édouard C...

J'ai le malheur, comme vous, de sentir bien vivement les atteintes que portent à notre belle profession des hommes qui n'y voient que matière à exploitation, et chaque fois que je relis— ce qui m'arrive souvent—quelqu'une de vos productions sur la dignité médicale, j'éprouve comme une recrudescence de tristesse et d'amertume.

Vous qui devez comprendre, mon vénérable et savant confrère, combien il est pénible de refouler en soi de sombres pensées, permettez-moi, je vous le demande comme une insigne faveur, de me servir de votre patronage pour soulager mon cœur *coràm populo*.

S'il n'est pas difficile à celui qui veut demeurer digne du noble titre de médecin de résister à toutes les séductions que suggère au jeune praticien l'appât de la fortune—*auri sacra fames*—s'il parvient sans trop de peine à se cuirasser

(1) En insérant cette lettre, nous voulons donner à l'auteur bien plus un témoignage de notre impartialité qu'acquiescement à ses idées. On ne peut se dissimuler que le point de vue critique où il se place ne soit parfaitement vrai, et nous reconnaissons même volontiers que le talent de l'écrivain rehausse de beaucoup la valeur de ses remarques; mais tout le mal que l'on peut apercevoir aujourd'hui dans l'exercice de la profession médicale pourrait être singulièrement tempéré par les mérites qu'on peut y découvrir en se plaçant à un autre point de vue. Nous pensons que les écrivains qui se préoccupent exclusivement du côté critique de nos mœurs médicales sont peu propres à rendre justice à ce qui mériterait d'y être loué. Nous ne pensons donc pas qu'il faille admettre sans réplique les jugements portés par notre honorable correspondant.

(N. DU R.)

ques sans fièvre. M. Piorry, qui ne le cède à personne en connaissances pratiques, reconnaît l'existence de ces trois ordres de faits; mais il n'en est aucunement troublé. Quand la rate n'était pas grosse, c'est qu'il y avait une affection des nerfs intercostaux gauches ou des plexus nerveux qui ont des rapports avec la rate, par exemple, du plexus utérin. Si la rate reste assez souvent volumineuse après la guérison de la fièvre, ou si elle se gonfle sans amener la fièvre, c'est qu'une lésion organique ne produit pas chez tout le monde les symptômes qui la traduisent ordinairement : témoin les tubercules latents.

Tout est contestable dans cette argumentation : en premier lieu, l'existence constante d'une névrose dans le voisinage de la rate, chez les fébricitants dont la rate ne se gonfle pas, ne repose que sur une assertion gratuite. M. Piorry personnellement a pu voir cela; mais MM. Bailly (de Blois), Maillot, Jacquot et Sonrier ont vu tout autre chose : ils ont vu des individus mourir après un ou deux accès de fièvre pernicieuse, sans le moindre signe de névralgie intercostale ou autre, et offrir, non plus à la percussion, mais à l'inspection directe, sur la table d'autopsie, une rate de volume normal. Ces individus avaient pris peut-être du sulfate de quinine, qui aura fait contracter la rate? Peut-être; mais ils sont morts de leurs accès, comme le disait très-bien M. Bousquet dans la discussion de 1848, et si le sel de quinine a pu dégonfler la rate sans arrêter la fièvre, c'est donc que la fièvre n'est pas subordonnée au gonflement de la rate; sans compter qu'il n'y a rien de plus hypothétique, de plus invraisemblable que ce détour, cette sorte de ricochet de la névralgie intercostale ou de la névrose utérine, qui, non moins capricieuses que les miasmes de tout à l'heure, ne se décideraient à engendrer la fièvre qu'après avoir pris possession de la rate.

Une intumescence splénique qui ne produit pas ou n'entretient pas la fièvre n'a rien de plus surprenant, dans la théorie en question, que les tubercules latents! On ne peut soutenir cela sérieusement : ce ne sont pas de petites intumescences qu'on constate en l'absence de toute fièvre : ce sont parfois d'énormes gâteaux descendant au-dessous des côtes et touchant la crête iliaque. Puis, quand les tubercules ont une fois porté de grands ravages dans les poumons, et amené la toux, l'expectoration, les sueurs, la diarrhée, est-ce que par hasard on voit tous ces symptômes disparaître pendant que les tubercules persistent, comme on voit la rate conserver un énorme volume après la disparition de la fièvre?

Ce sont là vraiment des subtilités dont la critique aurait même le droit de ne pas se préoccuper; car elles ne peuvent s'introduire dans la discussion qu'à la faveur d'une interversion de rôle. On pourrait dire à la nouvelle doctrine : « N'essayez plus de prouver que les faits ne sont pas contre vous; prouvez seulement qu'ils sont pour vous. Nous soutenons que le gonflement de la rate est l'effet de la fièvre aussi bien que les congestions hépatiques et intestinales, parce qu'il y a des fièvres d'accès sans gonflement de la rate, parce qu'il y a des gonflements de la rate sans fièvre, parce que, en cas de coexistence des deux éléments morbides, il n'y a pas entre eux parallélisme quant au degré, ni quant à la marche. Laissez-là nos raisonnements et montrez clairement que c'est la fièvre qui est l'effet, et l'intumescence splénique la cause. » Obligée ainsi à sortir de l'affirmation pure, la doctrine serait bientôt à bout de voie.

Nous engageons le lecteur à prendre connaissance entière du discours de M. Lévy, où tout ce qui se rattache à la pathogénie et à la thérapeutique des affections paludéennes, a été traité avec une élévation de vues et une distinction de langage qui ont fait une vive impression sur l'Académie. M. Grisolle, dans une rapide improvisation, a aussi rétabli avec justesse la signification nosologique de la fièvre intermittente.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

CAS DE TUMEURS FIBRINEUSES MULTIPLES CONTENANT UNE MATIÈRE PURIFORME, SITUÉES DANS L'OREILLETTE DROITE DU CŒUR; SUIVI DE CAS ANALOGUES ET DE QUELQUES REMARQUES CRITIQUES; mémoire lu à la Société de biologie, par M. CHARCOT, interne lauréat des hôpitaux.

OBS. — Arnould (Louis), agé de 29 ans, boutonnier. Entré le 10 juin 1850 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 8, service de M. Rayer. Mort le 6 juillet.

Cet homme n'a jamais joui d'une bonne santé; dès l'âge de 14 ans, il éprouvait, sous l'influence des moindres fatigues, de l'oppression, de l'essoufflement, des palpitations et un peu de toux. A l'âge de 20 ans, il tombe au sort et sert comme soldat en Afrique pendant trois ans; pendant tout ce temps, il ne cesse d'être sujet à la toux et aux oppressions, incommodités qui ne l'empêchent cependant pas de répondre tant bien que mal aux exigences du service militaire. Pendant le séjour en Afrique, il contracte une fièvre intermittente de type tierce, qui se reproduit à plusieurs reprises, mais qui n'est pas suivie d'hydropisie. Ce malade est de retour en France depuis trois ans; depuis cette époque, il se livre à un travail assez fatigant, qui l'oblige à avoir les mains sans cesse plongées dans l'eau. Il a pour habitude de se livrer tous les lundis et tous les dimanches à des excès alcooliques et il fait communément usage de vin blanc; il habite un logement sec et se nourrit d'ailleurs assez bien. Depuis le retour en France, et sous l'influence des nouvelles habitudes, la toux, l'oppression, les fatigues spontanées n'ont fait que s'accroître; cependant il n'y a à noter ni fièvre, ni sueurs nocturnes, ni amaigrissement, ni hémoptysies. Il y a quatre mois environ, sans cause connue et en un seul jour, les paupières et les joues s'enflent considérablement, les membres inférieurs et les avant-bras s'œdématient; cette production rapide de l'anasarque n'est pas accompagnée de frissons; elle n'avait pas été précédée de douleurs de rein; le malade n'avait éprouvé qu'une grande lassitude et un peu d'inappétence; il continue néanmoins à travailler pendant une quinzaine de jours, mais bientôt les bourses elles-mêmes se prennent; la fatigue devient extrême et il se voit forcé de se rendre à l'hôpital Saint-Antoine. Le traitement qu'il y subit et qui consiste plus particulièrement en bains de vapeur et en fumigations, reste sans effet.

Le malade quitte cet hôpital après un séjour de deux mois; il reste chez lui pendant une quinzaine de jours, sans traitement, et entre enfin, le 10 juin 1851, à l'hôpital de la Charité, où nous le trouvons dans l'état suivant :

Constitution profondément détériorée; décoloration générale et teinte jaunâtre des téguments. Souffle à double courant dans les vaisseaux du cou. Souffle doux au premier temps du cœur ayant son maximum à la base.

Œdème considérable des membres supérieurs et inférieurs; hydropéritonie; œdème du scrotum : simple bouffissure de la face.

Toux habituelle et fréquente, surtout la nuit; expectoration de crachats verts, larges, arrondis, puriformes; quelquefois d'une teinte rousse et striés de sang;

---

de stoïcisme contre les avanies de toutes sortes qui lui viennent d'un public ignorant et incapable de le juger, il n'en est malheureusement pas de même lorsqu'il s'agit de résister aux manœuvres perfides que des rivaux sans pudeur mettent en œuvre sous prétexte d'une concurrence licite.

Dans cette lutte effrénée entre des intérêts contraires, que devient, hélas! le plus souvent la chose capitale, le *decorum*, dont le médecin ne saurait se passer? Si la clientèle n'est plus qu'un champ de bataille, une foire où la ruse et le savoir-faire tiennent lieu de science et de vrai mérite, l'homme de l'art ne descendra-t-il pas forcément au rôle d'industriel et de charlatan?

Nous demandons des lois protectrices de notre profession. Sans doute il y aurait beaucoup à faire sous ce rapport; mais ce que les lois ne nous donneront jamais, si nous ne savons l'acquérir par nous-mêmes, c'est la dignité de notre caractère, et ce qui en est le résultat immédiat, l'estime publique. *Ce que l'on peut obtenir par les mœurs*, dit Montesquieu, *il ne faut pas chercher à l'obtenir par les lois*. (ESP. DES LOIS, t. II, chap. 16.) C'est donc nous-mêmes qui sommes les artisans de notre malaise.

Dans les temps anciens, on respectait ses maîtres; on avait une profonde déférence pour ses anciens. Mais en revanche le vieux praticien se plaisait à aplanir au jeune néophyte les difficultés de ses premiers pas et l'aidait libéralement de ses conseils. Le maître chérissait son élève d'un amour tout paternel, et ne le perdait pas de vue dans le cours de sa carrière. Dans ces bons vieux jours, quand on avait triomphé des épreuves de l'initiation, soutenu sa thèse; lorsqu'en un mot on avait été jugé digne du titre tant envié de *docteur*, on était réellement quelque chose à ses propres yeux et aux yeux de la société. La corporation médicale, forte et considérée, reconnaissait en vous un des siens—*os ex ossibus suis et caro ex carne suâ*—et vous garantissait votre part des nombreuses immunités dont elle était en possession. Et puis quel appareil dans les actes probatoires, dans les réceptions surtout! Tout, dans ces cérémonies, était de nature à frapper l'imagination du récipiendaire, à lui faire comprendre la grandeur de la mission qui lui était dévolue et la dette qu'il contractait vis-à-vis de ses semblables. Le serment qu'on exigeait de lui, selon les rites des siècles hippocratiques, ne pouvait manquer non plus d'exercer une influence salutaire sur sa vie tout entière; car on n'oublie pas aisément ce qu'on a juré dans des termes aussi imposants et d'une éloquence si expressive.

Les consultations étaient entourées d'un cérémonial qui en faisait ressortir toute l'importance. C'était en quelque sorte l'aspect d'un tribunal suprême qui va décider de la vie d'un homme. Les ordonnances, écrites en latin, ne pouvaient être commentées par l'ignorance présomptueuse du premier venu. Les signes qui entraient dans la formule lui communiquaient un parfum cabalistique bien fait pour dérouter la curiosité profane et commander une confiance aveugle en celui qui l'avait tracée. Le vulgaire, qui ne le sait? aime le merveilleux et le recherche surtout en ce qui regarde l'art de lui rendre la santé. C'est là, en effet, le secret de la faveur dont jouissent auprès de lui les sorciers et les empiriques, depuis que la médecine s'est dévoilée à ses yeux dans toute la nudité d'une science ordinaire.

Dirai-je maintenant ce qui se passe aujourd'hui? Le contraste est affligeant et fait vivement regretter le passé. Tout est mesquin et froid dans le mode de réception au doctorat. Ce jour d'investiture ne diffère de celui d'un simple exa-

sentiment d'oppression; voix faible, mais sans raucité. La percussion de la poitrine fait reconnaître, dans toute l'étendue du côté droit; en arrière, une matité absolue avec résistance au doigt; en avant, depuis la clavicule jusqu'au foie, résistance au doigt qui percute, mais sonorité spéciale. Par l'auscultation, on constate, dans toute l'étendue du même côté, l'existence d'un souffle presque amphorique et d'un gargouillement composé de bulles volumineuses qui s'accompagnent en éclatant d'un timbre métallique; pas de tintement métallique proprement dit; pas de bruit de fluctuation thoracique; pectoriloquie.

Le poumon gauche paraît sain dans toute son étendue.

Volume normal du cœur; nous y avons déjà noté l'existence d'un souffle hydrémique.

Foie de forme et de volume normaux.

Rate hypertrophiée; elle a atteint de 12 à 13 centimètres dans son diamètre vertical; elle est épaisse.

Rien à noter du côté des intestins; pas de dévoiement.

Les deux reins paraissent d'égal volume, mais tous deux semblent avoir subi une légère augmentation d'étendue; la percussion fait reconnaître en même temps que la région des reins n'est pas douloureuse; l'émission de l'urine est rare, non douloureuse. L'urine elle-même étant chauffée, puis traitée par l'acide nitrique, il s'y forme un abondant dépôt d'albumine.

Le malade n'éprouve pas de fièvre le soir; il n'a pas de sueurs nocturnes. Sa peau paraît, quand on la touche, au-dessous de la température normale, surtout aux extrémités; le pouls est faible, dépressible, naturel pour la fréquence; le malade a conservé un peu d'appétit, il est dans un état de faiblesse très-considérable. Prescript. : Poudre de cédron, 0,50 centigr.; sous-carbonate de fer, 0,50 centigr.; deux portions d'aliments.

Le 22 juin, il se manifeste du dévoiement avec ténesme; cinq à six selles en vingt-quatre heures. Prescript. : Potion; laudanum, 10 gouttes; diminution des aliments.

Même état les jours suivants.

Le 24 juin, des caillots de sang noir se rencontrent pour la première fois dans les selles; 100 pulsations, pouls petit, mou, souvent redoublé, quelquefois intermittent; extrémités froides. L'état de l'urine n'est pas modifié.

Même état les jours suivants, si ce n'est que l'oppression augmente manifestement de jour en jour; le malade dit ne pas éprouver de palpitations.

30 juin. Même état général, même nombre de selles; elles contiennent toujours des caillots. Les crachats sont tout à fait puriformes, d'un vert roux, très-abondants. Dans le courant de la journée, un frisson violent avec tremblement se manifeste; en même temps une douleur sourde, que la percussion exagère, se montre à la région du cœur. L'auscultation du cœur fait constater l'existence d'un bruit de cuir neuf, superficiel, très-rude, perceptible aux deux temps de chaque battement, mais dont l'intensité est augmentée à chaque inspiration pulmonaire. Prescrip. : Un vésicatoire sur la région précordiale.

1er juillet. Même état que la veille. Quelques frissons erratiques; pas de chaleur cutanée; même état des selles et de l'urine. Rien de nouveau à noter dans les poumons. Même sentiment d'anxiété où siégeait la région précordiale.

Les jours suivants, la dyspnée ne fait que s'accroître. Le bruit de cuir neuf persiste.

4 juillet. Anxiété très-considérable. L'expectoration devient difficile; les râles pulmonaires s'entendent à distance; décubitus latéral; dans tout le côté droit du corps sur lequel le malade est habituellement couché, l'œdème a presque complètement disparu.

Mort le 6, à une heure du matin. Le malade était depuis deux jours dans un véritable état d'agonie. Le frottement péricardique a persisté jusqu'à la fin. Jamais il n'y a eu de phénomènes cérébraux.

Autopsie, faite trente heures après la mort. — Nulle rigidité cadavérique.

Poumons. — Poumon droit : adhérences intimes aux parois thoraciques; les lobes sont confondus en un seul et reliés entre eux par une épaisse coque fibreuse. Le tissu du poumon a une teinte verdâtre; il est dur, homogène et crie sous le scalpel; il est creusé d'une dizaine d'excavations volumineuses; quelques-unes communiquent entre elles. Ces excavations, dont les parois sont lisses et rougeâtres, contiennent très-peu de matière puriforme. Tubercules à l'état crétacé au sommet du poumon.

Le poumon gauche ne présente, avec les parois thoraciques, que des adhérences peu intimes et celluleuses. Son tissu est partout peu crépitant; il présente à peine un peu de congestion hypostatique aux parties les plus déclives. Un peu de dilatation des vésicules aériennes au niveau du bord antérieur. Quand on coupe le tissu pulmonaire, il s'en écoule une *très-grande quantité*, d'un liquide clair, aéré, très-fluide. En pratiquant cette section, on remarque que des vaisseaux de divers calibres sont exactement remplis par des concrétions polypiformes que l'on peut extraire par la dissection, sous forme de cylindres ramifiés. On remonte, par la dissection, jusqu'au tronc de l'artère pulmonaire, qui est elle-même remplie par une concrétion polypiforme, laquelle prend, comme nous le verrons, son origine dans le ventricule droit. Quant aux concrétions en elles-mêmes, elles sont blanchâtres ou d'une teinte vineuse, résistantes, solides, exactement moulées sur les vaisseaux qui les renferment; elles n'adhèrent que çà et là, et très-faiblement, à la membrane interne de ces derniers, qui d'ailleurs est lisse et offre sa coloration habituelle; elles sont dans l'artère pulmonaire et dans ses branches principales, entourées d'une couche de sang unir à peine coagulé; nulle part elles ne présentent à leur intérieur de ramollissement ou de foyers remplis d'une matière puriforme.

Cœur. — La face antérieure du cœur, et la partie correspondante du feuillet séreux du péricarde, sont recouvertes de très-petites, mais très-nombreuses végétations fibrineuses, qui s'engrènent réciproquement et déterminent une légère adhérence partielle du péricarde au cœur. En arrière, le feuillet séreux péricardique ne présente rien de notable. Un peu d'une matière gélatineuse verdâtre autour de l'origine des gros vaisseaux. Le feuillet séreux dans les points où existaient les végétations est rouge et laisse voir une fine injection vasculaire.

Volume à peu près normal du cœur.

Le ventricule gauche, dont les parois ont une épaisseur naturelle, contient un caillot, libre dans sa cavité, si ce n'est en un point voisin de la pointe du cœur. Ce caillot est blanchâtre, de structure *fibreuse* et assez résistant; il se prolonge d'un côté dans l'oreillette droite, et de l'autre dans l'aorte, où il se termine bientôt en pointe; dans ces deux derniers points, il est enveloppé d'une couche de sang noir à peine coagulé. La section du caillot démontre qu'il n'existe, dans son intérieur, aucun point ramolli, aucun foyer rempli de matière *puriforme*. L'endocarde ne présente d'ailleurs aucune altération de couleur, d'épaisseur ou de consistance.

Le ventricule droit qui, avant d'être ouvert, paraissait un peu distendu, est rempli par une concrétion polypiforme conique, laquelle n'adhère aux parois du ventricule qu'au voisinage de la pointe du cœur. Cette concrétion se divise par en haut en deux parties : l'une pénètre dans l'artère pulmonaire, l'autre passe entre les valvules tricuspides et va remplir l'oreillette droite qu'elle distend en même temps qu'elle envoie des prolongements dans une certaine étendue des veines caves inférieure et supérieure. Au moment de pénétrer dans l'artère pulmonaire, la branche antérieure de la concrétion polypiforme présente, au niveau des valvules sygmoïdes, une sorte d'étranglement.

En ce point, on la voit offrir trois mamelons saillants qui se sont exactement moulés dans la cavité en nid de pigeon des valvules.

Nous avons dit comment la concrétion se ramifiait dans le poumon lui-même, et se retrouvait jusque dans des ramifications très-ténues de l'artère pulmonaire.

Dans le ventricule droit, comme dans le poumon, la concrétion est pâle, de structure fibreuse, striée de sang dans le sens de sa longueur; libre dans la plus grande partie de son étendue, elle n'adhère en réalité aux parois ventriculaires que dans un seul point voisin de la pointe du cœur. Là les adhérences sont in-

---

men qu'en ce que le candidat revêt une sorte de souquenille banale, forcée de s'accommoder à toutes les tailles et dont on a hâte de se dépouiller aussitôt la formalité accomplie. Si l'impétrant a satisfait ses juges, c'est par l'indiscrétion d'un appariteur qu'il en est informé. C'est du moins là la pratique usitée dans deux de nos Facultés, à Strasbourg et à Paris; à Paris, la première école de médecine du monde. Dès ce moment, où lui est conféré le diplôme de docteur, voilà le jeune médecin perdu dans la foule, ne conservant plus avec la Faculté qui l'a nourri de ses doctrines aucun lien qui le rattache à elle. Abandonné à lui-même, il se choisit une résidence et devient le *concurrent*, c'est-à-dire l'ennemi naturel de ceux qui vont se prévaloir contre lui du droit de premier occupant et le regarder comme un intrus et un usurpateur. Volontiers on lui interdirait l'*eau* et le *feu*. Bientôt les haines s'allument et d'autant plus véhémentes que le mérite semble recommander davantage le nouveau venu. Si celui-ci a le bonheur d'être endurci par nature, s'il sait mépriser les basses calomnies ou user de représailles, il peut espérer de lasser ses détracteurs ou de l'emporter sur eux. Dans le cas contraire, malheur à lui! il lui faudra céder le terrain. C'est là la douce situation que nous a faite cette liberté des professions que certains esprits regardent comme une des plus belles conquêtes de la civilisation moderne et qui rentre dans ce système égoïste appelé, en langage d'économie politique de *laissez faire, laissez passer*. Ce qui protège encore le barreau, dont les membres sont comme nous, libres de s'établir à leur gré et en nombre illimité, contre les conséquences dissolvantes de l'individualisme, c'est la solidarité morale que maintiennent parmi eux les *conseils* dont la loi les rend justiciables pour tout ce qui tient à la *discipline* et à l'honorabilité de leur corporation.

La concurrence effrénée que se font les médecins entre eux est la source des plus graves abus. Elle est de plus irrationnelle et funeste en soi : irrationnelle, parce que le public ne saurait en aucune façon être juge compétent de notre mérite; funeste, en ce que c'est elle qui engendre les hostilités et par suite les défaillances morales. Pour se concilier la faveur de son client, il n'est point de ruse et de déloyauté que le charlatan ne mette en œuvre pour piper la crédulité publique; les uns, selon l'expression de Tertullien : *Morbum extollunt, ut majore gloriâ sanasse videantur*; les autres, au lieu de respecter les tendances salutaires de la nature, ou d'employer que des moyens simples et inoffensifs, donnent des remèdes à tout propos et même hors de propos; préfèrant toujours les plus compliqués et les moins connus, dans le but unique de leur réputation de savant. Or voici à ce sujet le sentiment du père de la médecine : « Obtenir la guérison de la partie malade est ce qui, dans la médecine, » prime tout le reste; mais si l'on peut atteindre ce but de plusieurs manières, » *il faut choisir celle qui fait le moins d'étalage*. Cette règle est celle de » l'honneur comme celle de l'art, pour quiconque ne court pas après une » vogue de mauvais aloi. » (Hippocrate, trad. de Littré, t. IV, p. 312, éd. 1844.)

Vulgus vult decipi, decipiatur! a ajouté récemment un de nos plus savants professeurs dans un de ces jours où l'injustice terrasse les plus fermes courages, je dirais volontiers comme lui s'il ne s'agissait plus encore d'une question de morale publique que de dignité professionnelle.

Au surplus, tout est merveilleusement combiné dans nos habitudes modernes pour favoriser les vues du charlatanisme. Le médecin se mêle au tourbillon du

times et difficiles à détruire. En arrière, elle est mollement unie à l'angle postérieur rentrant du ventricule droit par une masse de sang noir coagulé, lequel forme presque à lui seul le contenu de l'oreillette et des veines caves.

En disséquant la concrétion, on la trouve à son centre, pleine et homogène dans la plus grande partie de son étendue; mais dans sa partie inférieure, au voisinage du point d'adhérence, elle contient deux kystes, dont l'un a le volume d'une grosse noisette, et l'autre celui d'un petit pois. Ces deux kystes, sphériques, ont une paroi propre bien distincte de la fibrine ambiante et par sa couleur, qui est verdâtre, et par sa texture; l'énucléation en est facile. L'épaisseur de la paroi est uniforme et de 2 millimètres; le contenu est un liquide vert, épais, crémeux, tout à fait analogue au muco-pus qu'on rencontre dans les petites bronches lors de certains catarrhes.

Ces deux tumeurs sont les seules que renferme le caillot, mais la face interne du ventricule droit est hérissée d'une vingtaine de kystes en tout semblables, qu'on pouvait apercevoir sans préparation, lors de l'ouverture de la cavité ventriculaire. Ces tumeurs sont toutes situées dans les enfoncements qui existent entre les colonnes charnues; les unes y sont enfoncées et comme cachées, les autres font plus ou moins saillie dans la cavité cardiaque; les unes ont le volume d'un tout petit pois; il en est d'autres qui ont celui d'une noisette. La partie saillante dans le ventricule est lisse, arrondie, globuleuse; tantôt c'est moins d'une demi-sphère, tantôt c'est une sphère presque complète; mais, dans tous les cas, il faut disséquer le tissu musculaire avoisinant, pour voir ces tumeurs dans toute leur étendue; on remarque alors que chacune d'elles se prolonge sous les colonnes charnues du cœur par une sorte de pédicule fibrineux, plus ou moins aplati. La partie cachée des tumeurs et leur pédicule n'adhèrent d'ailleurs que très-faiblement au tissu de l'endocarde. Souvent deux tumeurs ont un même pédicule. La coloration du pédicule, comme celle du kyste, est verte. En piquant ce dernier, qui est d'ailleurs fluctuant, il s'en échappe un liquide *puriforme*, en tout analogue à celui qui a été signalé plus haut. Quand les plus grosses des tumeurs ont été vidées, leurs parois reviennent sur elles-mêmes. En général, la cavité du kyste se prolonge dans le pédicule lui-même, qui est alors canaliculé et contient aussi la substance puriforme. Aucune trace d'injection, de vascularisation dans les parois des kystes ou des pédicules; celles des plus volumineux présentent à leur face interne des sortes de côtes de saillies parallèles les unes aux autres. Aucune des tumeurs appendues aux parois ventriculaires ne nous a paru pleine, mais dans quelques cas, la matière contenue était plus dense et la paroi plus épaisse.

Dans le ventricule droit, comme dans le gauche, l'endocarde était complétement sain; il en était de même de la membrane interne de l'artère pulmonaire.

En portant sous le microscope une gouttelette de la matière puriforme que contiennent les kystes, on remarque qu'elle est composée: 1° d'une substance amorphe qui ne paraît être autre chose que de la fibrine désagrégée; 2° d'une quantité prodigieuse de granulations moléculaires; 3° d'un certain nombre de globules arrondis, pâles, un peu plus volumineux que les globules rouges de sang. Ces globules contiennent un certain nombre de granulations analogues à celles qui sont libres dans le liquide ambiant; ils ne contiennent pas de noyau distinct. Quelques-uns de ces globules sont parfaitement sphériques; d'autres présentent çà et là des aplatissements et des bosselures, résultats d'un commencement d'altération. Aucun globule muni des caractères anatomiques distinguant les vrais corpuscules du pus ne se rencontre. Tous sont constitués comme nous l'avons dit plus haut.

Ces raisons font penser qu'il s'agit ici, non pas de globules de pus modifié, ou même de globules dits *pyoïdes*, mais bien de véritables globules blancs du sang.

FOIE. — Volume à peu près normal; légères bosselures à la surface; léger degré de cirrhose.

REINS. — Ils sont d'égal volume, mais tous deux sont légèrement hypertrophiés. Accroissement d'épaisseur de la substance corticale qui est d'un jaune orangé, d'aspect graisseux et ne contient pas de granulations. Atrophie commençante de la substance tubuleuse.

RATE. — 13 centim. de haut en bas, très-épaisse. Son tissu est dur et résistant, nullement friable. En la raclant, on en enlève une pulpe analogue au raisiné. Ulcération à fond tuberculeux dans l'intestin grêle. Pâleur remarquable de la muqueuse gastro-intestinale qui nulle part n'est ramollie; pas même d'auréole congestionnelle au pourtour des ulcérations.

INDICATIONS D'OBSERVATIONS ANALOGUES. — QUELQUES REMARQUES CRITIQUES.

Nous avons recueilli dans divers ouvrages vingt et une observations plus ou moins détaillées de concrétions polypiformes du cœur, renfermant à leur centre une matière puriforme; la nôtre est la vingt-deuxième. Après les avoir analysées, il nous semble qu'on pourrait, à un certain point de vue, les diviser en deux catégories principales.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

OBS. I. — Chez une malade morte d'angine de poitrine (Angina Pectoris), Allan Burns trouva dans le ventricule gauche du cœur un caillot bien organisé, adhérant fermement à l'endocarde et contenant dans son centre une cuillerée à thé de matière puriforme parfaitement formée. (Allan Burns, OBS. ON DISEASES OF THE HEART, 1809, p. 200.)

OBS. II. — Rhumatisme articulaire aigu, vaste concrétion polypiforme dans le cœur droit. Cette concrétion contenait çà et là dans son intérieur une matière ramollie et comme purulente. L'oreillette droite, les veines caves supérieure et inférieure, la jugulaire interne, la fémorale, l'artère pulmonaire jusque dans les ramifications les plus ténues contenaient aussi des concrétions polypiformes qui, dans quelques-uns de ces vaisseaux, renfermaient aussi des points de suppuration. (Legroux, RECH. SUR LES CONCR. SANG. POLYPIF., THÈSES DE PARIS, 1827, n° 215, obs. 1.)

OBS. III. — Abcès urineux, gangrène scrotale. On trouve dans le ventricule gauche du cœur deux caillots fibrineux, du volume d'un pois chacun, et suppurés à leur centre; ces caillots constituaient des espèces de kystes dont la surface interne était blanche et lisse. (Legroux, *loc. cit.*, obs. 6.)

OBS. IV. — Chez une femme de 80 ans, non phthisique, on rencontre, dans le cœur droit, des caillots suppurés à leur centre. (Legroux, *loc. cit.*, obs. 8.)

OBS. V et VI. — Pas de renseignements sur les malades. Dans les deux cas, on rencontre dans le ventricule gauche du cœur des concrétions fibrineuses suppurées à leur centre. (Cruveilhier, ANAT. PATHOL., 28e livr.)

OBS. VII. — Chez une femme de 45 ans, morte avec une hypertrophie du cœur, on rencontre dans les deux ventricules des masses fibrineuses, adhérant à l'endocarde, et au centre desquelles existent de petites collections purulentes. (Guénard, BULL. DE LA SOC. ANAT., 1835, p. 101.)

OBS. VIII. — Un homme âgé de 30 ans, non tuberculeux. Œdème avec douleur dans le membre inférieur gauche. Caillot contenant une matière puriforme dans la veine iliaque primitive gauche. Les cavités droites du cœur sont occupées par deux caillots non adhérents, au centre desquels on trouve une matière opaque, blanchâtre, et du *pus bien formé*. Aucun autre viscère ne contenait du pus. (Nivet, *loc. cit.*, p. 102.)

OBS. IX. — Pas de renseignements sur le malade. Caillot dans le ventricule gauche séparé des parois du cœur par une bande membraniforme; au centre du caillot existait une matière sanieuse, purulente, demi-liquide. (Mercier, *loc. cit.*, 1836.)

---

monde et sacrifie, — du moins fort souvent, — au plaisir frivole des salons les heures précieuses que lui laissent ses malades et qu'il devrait à la méditation. C'est là qu'on étale sa faconde, qu'on narre pompeusement ses succès apocryphes. Semblable au comédien, le charlatan se compose une physionomie de circonstance et nul moyen de séduction ne lui répugne. En attendant qu'il se voie proclamé savant médecin, il consentira à se faire la réputation de danseur élégant, d'agréable chanteur, voire même de galant cavalier, pourvu qu'au bout de toutes ces concessions il voie poindre quelques clients, ou plutôt quelques *pratiques*.

Voilà pour celui qui vise à l'aristocratie. Dans les provinces, on en voit d'autres plus modestes chercher la popularité au cabaret, s'y attabler avec des commensaux plébéiens et disserter fort doctement sur la pathologie et la thérapeutique, au grand ébahissement de l'auditoire. Tel autre crie par-dessus les toits qu'il renonce à la pratique médicale, pour se faire rechercher avec plus d'empressement; l'homme est ainsi fait qu'il convoite ce qu'il ne peut obtenir que difficilement. Malgré cela le confrère a bon cœur et n'est pas inexorable pour les malheureux qui souffrent et qui l'implorent. Bien plus, le soin de sa santé personnelle, qui lui défend de s'occuper de celle des autres, ne l'empêche pas de prodiguer les *visites de politesse* dans les bonnes maisons. Si, d'aventure, il s'y trouve un malade, il commence par l'obséder de *conseils d'ami*. Sa manière de voir est rarement d'accord avec celle du médecin traitant. Le calcul est adroit: il fait naître des doutes dans l'esprit du malade ou de sa famille. On le sollicite bientôt d'entrer en consultation avec le médecin *réel*, toujours à titre d'ami. Enfin, notre homme fait tant et si bien qu'en un clin d'œil le voilà seul, maître de la place. Le médecin ordinaire est évincé et le médecin *extraordinaire* de consultant est devenu *remplaçant*.

C'est dans l'ordre des choses. Que voulez-vous? Peut-on se dérober à de trop vives supplications et demeurer inflexible à la voix d'un ami qui vous appelle son sauveur... surtout quand il est largement doué de la fortune.

Par ce moyen, qui n'est pas si difficile dans l'exécution qu'on peut le penser, on arrive à ce résultat passablement avantageux, de confisquer à son profit la quintessence de la clientèle, de s'approprier les riches et de ne laisser au commun des martyrs, c'est-à-dire à ses confrères honnêtes et dignes, que la classe moyenne et les pauvres par-dessus le marché.

J'en passe et des plus fortes. Il est de ces sujets qu'il ne faut pas épuiser tout d'un coup, de peur d'absorber une trop grande quantité des miasmes délétères qu'ils exhalent.

Et c'est là le milieu dans lequel la plupart de nous avons le malheur de vivre; atmosphère nauséabonde et sceptique où s'étiolent à la longue les cœurs et les intelligences les mieux trempés.

Il faut pourtant le proclamer bien haut: au milieu de cette ardente course au clocher qui entraîne de nos jours la société vers les jouissances matérielles de la vie, il est un grand nombre de médecins qui savent se condamner à une honorable pauvreté plutôt que de souiller leur robe doctorale par l'intrigue et la jonglerie. Tandis que les autres ne voient dans la science la plus sérieuse et la plus utile qu'une odieuse spéculation, une mine à exploiter, ceux-ci, mus par une vocation réelle et par un amour profond de l'humanité, soutiennent encore la réputation traditionnelle d'austère probité que les âges ont léguée en exemple aux

OBS. X. — Femme âgée de 60 ans. Pneumonie au troisième degré, pas de tubercules dans les poumons. Caillot dans le ventricule droit du cœur contenant à son centre çà et là une matière ramollie et purulente. M. Donné ayant examiné cette *matière au microscope* y constate *les véritables caractères du pus*. (Guéneau de Mussy, *loc. cit.*, p. 318, 14e année.)

OBS. XI. — Pas de renseignements sur le malade. Caillots contenant du pus, situés dans l'oreillette droite du cœur. L'examen microscopique dénote l'existence des caractères anatomiques du pus. (Guéneau de Mussy, *loc. cit.*)

OBS. XII. — Gastro-entérite, pneumonie, péricardite chez une femme âgée de 75 ans. Le ventricule gauche du cœur contient dans sa cavité un petit coagulum dont on fait jaillir quelques gouttes d'un pus phlegmoneux et un peu sanieux. (Barth, *loc. cit.*, 1848, p. 353.)

M. Bouillaud a dû rencontrer souvent cette variété de concrétions suppurées dans les ventricules du cœur; mais je n'en trouve d'observations ni dans le tome II du TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR ni dans le MÉMOIRE SUR LES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR inséré dans le journal L'EXPÉRIENCE, 1839. Quant à Hope, ce sont les concrétions avec matière puriforme de notre deuxième catégorie qu'il paraît avoir rencontrées le plus souvent. Il ne donne pas d'observations particulières à ce sujet. (Voyez Hope, A TREATISE ON DISEASES OF THE HEART, 3e éd., 1839, p. 257.)

Dans tous les cas que nous venons de rapporter en abrégé, nous voyons la matière *puriforme* siéger au centre d'un ou de plusieurs caillots plus ou moins organisés, plus ou moins adhérents aux parois de la cavité qui les renferme. Ces caillots existent au nombre d'un ou deux au plus dans un même ventricule; on peut les rencontrer dans le ventricule droit ou dans le ventricule gauche; quelquefois on les rencontre à la fois dans les deux cavités ventriculaires. La matière puriforme est à même le caillot dont elle occupe le centre; elle n'est jamais contenue dans un kyste à parois distinctes. Dans les cas où on a donné des renseignements sur les malades, ces derniers étaient atteints de pneumonie, de rhumatisme, de phlébite, d'abcès urineux, d'hypertrophie du cœur; aucun d'eux n'était porteur d'excavations tuberculeuses dans les poumons. Dans deux cas enfin l'examen microscopique démontre que la matière puriforme possède en réalité les caractères anatomiques du pus.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Les concrétions sanguines contenant une matière puriforme, de cette deuxième catégorie, ont déjà un nom en anatomie pathologique; ce ne sont en effet autre chose que les végétations globuleuses, variétés suppurées de Laennec (TRAITÉ D'AUSCULT., t. III, 3e éd.), les kystes purulents multiples des cavités ventriculaires de M. Cruveilhier (ANAT. PATHOL., 28e liv.).

OBS. I. — Femme âgée de 40 ans. Tubercules pulmonaires, les uns durs, les autres ayant la consistance du fromage mou. Il n'y a pas de cavernes. Dans la cavité du ventricule *droit*, plusieurs petites *vésicules* un peu plus grosses qu'un pois; toutes sont pédicolées et tiennent aux parois des ventricules par des prolongements en forme de racines intriquées dans les colonnes charnues et présentent tous les caractères des concrétions polypiformes. Dans la plupart de ces vésicules on rencontrait une matière d'un blanc jaunâtre, puriforme et d'une consistance de bouillie. Leurs parois opaques jaunâtres avaient la consistance du blanc d'œuf cuit, d'une épaisseur à peu près double de celle de l'ongle et assez égale. (Laennec, p. 242, TRAITÉ D'AUSCULT., t. III, 3e éd.)

OBS. II, III et IV. — 1° Femme de 26 ans. *Phthisie pulmonaire* (excavations tuberculeuses); phthisie laryngée. Une quarantaine de petites tumeurs de divers volumes font saillie dans la cavité *droite* du ventricule du cœur, à travers le lacis des colonnes charnues, auxquelles elles adhèrent par des prolongements en forme de pédicule. Ces tumeurs sont constituées par des kystes fibrineux, à parois assez résistantes, qui toutes contiennent du pus blanchâtre bien formé. L'intérieur même du ventricule renferme des caillots fibrineux décolorés non adhérents, ne présentant pas la moindre trace de pus à l'intérieur. Caillots décolorés, non purulents, dans le ventricule gauche.

2° Jeune homme âgé de 19 ans. *Cavernes tuberculeuses* dans les poumons. Pus tuberculeux dans les glandes sous-maxillaires. Une vingtaine de tumeurs, en tout semblables à celles de l'observation précédente, existent dans le *ventricule droit*. Même forme, même pédicule, même contenu.

3° Femme de 25 ans. *Cavernes tuberculeuses* des poumons. La cavité du *ventricule droit* présente une infinité de petits kystes fibrineux, pédicolés, contenant du pus à l'intérieur. Ces tumeurs sont en tout analogues à celles qu'on a signalées dans les observations qui précèdent.

(Ces trois observations appartiennent à M. Miquel; elles se trouvent dans la NOUVELLE BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE, t. III, an. 1829, août, sous ce titre: TUMEURS FIBRINEUSES CONTENANT DU PUS DANS LE CŒUR DES PHTHISIQUES; AFFECTION SINGULIÈRE NON DÉCRITE.)

OBS. V et VI. — 1° *Phthisie pulmonaire*. Dans le *ventricule droit* du cœur concrétions globuleuses multiples, dont les pédicules pénètrent entre les colonnes charnues. Ces concrétions sont autant de kystes dont la cavité contient en général soit un liquide sanieux, soit un liquide offrant tous les caractères physiques du pus.

2° *Tubercules pulmonaires*. Dans le ventricule droit du cœur, concrétions polypiformes multiples suppurées. (Legroux, *loc. cit.*, obs. 7 et 9.)

OBS. VII. — Pas de renseignements sur le malade. Dans le *ventricule droit* du cœur, on rencontre des kystes multiples, à parois *fibrineuses*, adhérant aux parois par des prolongements fibrineux qui s'enfoncent dans les intervalles des colonnes charnues. Les kystes contiennent du pus visqueux et rougeâtre. (Cruveilhier, ANAT. PATHOL., 25e livr.)

OBS. VIII. — Femme de 28 ans. Phthisie pulmonaire. Deux larges cavernes anfractueuses remplies de pus. *Dans le ventricule droit du cœur*, on rencontre une quinzaine de petites poches, à parois fibrineuses, contenant du pus. Ces poches ont un pédicule qui pénètre entre les colonnes charnues. Quelques petites tumeurs, en tout analogues aux précédentes pour la forme et le mode de connexion, sont pleines et entièrement constituées par une matière fibrineuse homogène. (Hache, BULL. DE LA SOC. ANAT., 1832, p. 9.)

OBS. IX. — Femme âgée de 86 ans. *Phthisie pulmonaire* au dernier degré. Au bord droit du ventricule droit du cœur, on rencontre un caillot du volume d'une noix, n'adhérant qu'en deux ou trois points aux parois du cœur. Incisé, ce caillot laisse s'écouler une petite cuillerée de pus blanchâtre, opaque, assez liquide. Ce pus était contenu dans deux poches placées à côté l'une de l'autre, dont les parois blanches, assez fermes, lisses en dedans, nullement vasculaires, environnées de fibrine en dehors, semblent formées de pus concret. Une petite poche arrondie contenue dans la même masse de fibrine présente une enveloppe toute semblable, contenant un semblable liquide. (Durand-Fardel, *loc. cit.*, 14e année, p. 200.)

OBS. X. — C'est celle qui nous est propre.

Dans les 10 cas que nous venons de signaler, nous voyons la matière *puriforme* contenue dans des poches multiples de divers volumes, lesquelles sont appendues aux parois du *ventricule droit* et envoient un prolongement pédiculé sous les colonnes charnues dans l'intervalle desquelles elles font saillie. Dans 2 cas seulement, les tumeurs à contenu puriforme sont enveloppées de tous côtés par une concrétion sanguine plus

---

générations modernes. Honneur à ces âmes d'élite qui savent mettre au-dessus de la satisfaction de grossiers appétits, le témoignage d'une conscience pure et la considération du corps auquel ils appartiennent.

Veuillez agréer, etc. ALEX. MAYER, D. M.

Belfort, le 6 février 1852.

— M. Alquié, commandeur de la Légion d'honneur, inspecteur-membre du conseil de santé des armées et directeur de l'École d'application de la médecine militaire au Val-de-Grâce, vient d'être nommé par le Saint-Père commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand. C'est une récompense méritée des importants services qu'il a rendus à l'armée d'occupation et au Saint-Siége, à l'époque où il fut envoyé à Rome par le gouvernement français. La mission de M. Alquié consistait à organiser les hôpitaux et à prendre des mesures préventives contre les fièvres.

— M. le docteur Peyraud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a été élu par le conseil d'administration des hospices médecin de la Charité, en remplacement de M. le docteur Monfalcon, dont les fonctions expiraient avec l'année 1851.

MM. les docteurs Socquet et Devay, médecins suppléants, passent de droit médecins titulaires de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Imbert, décédé, et de M. Peyraud, nommé à la Charité.

— M. J.-E. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, ancien membre de la chambre des députés et de l'assemblée constituante, vient de mourir à Paris à l'âge de 52 ans.

La science médicale perd en lui une de ses lumières, l'agriculture le promoteur zélé d'une réforme destinée à accroître la fécondité du sol de la France. Savant modeste, avec une rare érudition, M. Dezeimeris partagea sa vie entre les travaux du cabinet, les devoirs de la vie publique et les soins de l'amitié.

Les principaux ouvrages de M. Dezeimeris sont: DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, 4 vol.; LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE; CONSEILS AUX AGRICULTEURS; LE VÉRITABLE GUIDE DES CULTIVATEURS. Ces deux derniers ouvrages étaient arrivés en peu de temps à leur troisième édition.

— Les journaux anglais annoncent la mort de sir Alexandre Mackenzie Downie, un des chirurgiens les plus en renom de la Grande-Bretagne, en dernier lieu chirurgien de la légation britannique à Francfort, où il est décédé à l'âge de 41 ans.

— La commission des hospices civils de Gand vient, par sa résolution du 13 de ce mois, de nommer M. A.-C. Lados, médecin principal de l'hospice de la Maternité en cette ville.

au moins isolée au centre du ventricule droit; mais dans ces 2 cas la couche membraniforme qui contient le liquide est bien distincte de la concrétion au sein de laquelle elle est située. Ces tumeurs à contenu puriforme étaient primitivement, tout porte à le croire, une concrétion polypiforme globuleuse pleine; le pédicule conserve souvent ce caractère. Quelques tumeurs globuleuses, composées de fibrine dans toute leur épaisseur, qu'on rencontre çà et là sur les parois du ventricule droit, en même temps que les kystes et qui ont le même mode de connexion que ces derniers indiquent l'état par lequel ils ont dû préalablement passer avant de renfermer une matière puriforme. Dans tous les cas où l'histoire des malades a été faite, c'est-à-dire dans 9 cas sur 10, on voit qu'ils ont succombé à la phthisie pulmonaire parvenue à un degré en général très-avancé (excavations). Le cas rapporté par Laennec paraît seul faire exception; car ici les tubercules étaient seulement en voie de ramollissement, et il n'existait pas encore d'excavations pulmonaires.

L'enkystement de la matière puriforme, la multiplicité des kystes, leur siége exclusif dans le ventricule droit du cœur, la manière dont ils adhèrent à ses parois par le moyen d'un pédicule s'intriquant dans les colonnes charnues, la coexistence générale d'excavations pulmonaires tuberculeuses : voilà un ensemble de caractères assez tranchés, je crois, pour justifier la délimitation que nous avons cherché à établir entre les diverses concrétions cardiaques dites suppurées. Mais cette distinction pourra paraître assez importante peut-être, si l'on considère que dans aucun des cas de la deuxième catégorie, un seul excepté, l'analyse anatomique du contenu des concrétions n'a été faite, et que dans le seul cas où l'investigation microscopique ait été pratiquée, elle a fait voir qu'il s'agissait là, non pas de pus véritable, mais bien d'une substance ayant tout simplement l'aspect physique du pus et composée de détritus fibrineux, de granulations moléculaires et de globules blancs du sang.

Ce ne serait d'ailleurs pas la première fois que les globules blancs du sang auraient, en se rassemblant dans divers points du système vasculaire, pu donner le change et faire croire à l'existence du pus collecté. C'est ainsi, par exemple, que, dans une des observations rapportées par M. Hughes Bennett, dans son mémoire sur *la leucocythémie* (COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., avril 1851, p. 46), les petites veines des méninges paraissent comme remplies de pus; elles ne contenaient cependant que des filaments fibrineux mêlés à des globules blancs du sang. Et en dehors du système circulatoire une matière trouvée dans les bassinets et les uretères, et qu'on avait à la simple inspection jugée être du pus, fut trouvée à l'examen microscopique ne pas contenir de globules purulents, mais seulement des cellules d'épithélium à cylindres et pavimenteux du bassinet des reins et des uretères (Vogel, TRAITÉ D'ANAT. PATH. GÉN., p. 135). La plupart des anatomo-pathologistes modernes ont cité des cas analogues aux précédents.

Tout ceci étant pesé, nous sommes porté à penser que parmi les concrétions polypiformes du cœur dites suppurées, il en est un certain nombre (cas de la première catégorie) où le liquide contenu est en effet du pus; on les rencontre dans diverses maladies : la phlébite, la pneumonie au troisième degré, etc., etc. Dans d'autres cas, au contraire, ces concrétions renfermeraient non pas du pus, mais bien un amas de globules blancs du sang mêlé à de la fibrine désagrégée. Je fais allusion ici aux cas de la deuxième catégorie, lesquels présentent cette particularité remarquable qu'on ne les a rencontrés jusqu'à présent que chez des phthisiques porteurs de tubercules pulmonaires en général très-avancés dans leur évolution.

Ce n'est là, bien entendu, qu'une hypothèse probable, et il serait imprudent de généraliser en s'appuyant sur un seul fait; mon but, dans cette note, a été d'appeler l'attention des observateurs sur un point fort intéressant d'anatomie morbide, lequel demande à être élucidé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

VERHANDLANGEN DER PHYSICALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WURZBURG.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ PHYSICO MÉDICALE DE WURZBERG, RÉDIGÉS PAR MM. KOELLIKER, SCHERER ET VIRCHOW (1).

Le tome Ier de ce recueil contient les articles originaux suivants, concernant l'anatomie, la physiologie et la pathologie : 1° *Division des fibres nerveuses primitives chez l'homme;* par M. Kœlliker. 2° *Structure des poils des moustaches;* par M. Gegenbaur. (Analyse microscopique très-exacte faisant connaître les éléments qui entrent dans la composition du poil.) 3° *Anatomie microscopique des dents de l'homme;* par M. Jean Czermak, étudiant en médecine. (La surface interne de la cavité dentaire est parsemée, suivant l'auteur, de petites éminences globuleuses au sommet desquelles s'ouvrent les tubes dentaires. Les nerfs appartiennent pour la plus grande partie aux nerfs à double contour et forment des réseaux et des anses terminales, ces nerfs présentent des divisions de leurs fibres primitives.) 4° *Les nerfs des os de l'homme;* par M. Kœlliker. 5° *Accommodation de l'œil aux distances;* par M. J. Czermak. (L'auteur démontre par diverses considérations graphiques que les changements qui doivent se passer dans l'intérieur de l'œil pour approprier cet organe aux distances des objets diminuent à mesure que ces distances augmentent.) 6° *Mouvement vibratile dans les larves de grenouille et de crapaud;* par M. Corti. (Mouvement vibratile produit sur la muqueuse des canaux hépatique, cystique et cholédoque de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, par des cils qui recouvrent de grosses cellules rondes.) 7° *Mouvement vibratile à la surface de la muqueuse respiratoire;* par M. Biermer. 8° *Mouvement vibratile sur l'échinocoque de l'homme;* par M. Virchow. (Fait nouveau simplement mentionné par l'auteur.) 9° *Marche des fibres nerveuses dans la mœlle épinière de l'homme;* par M. Kœlliker. (Article reproduit dans son ANATOMIE MICROSCOPIQUE (voir la GAZETTE MÉDICALE 1852, n° 3) et par lequel l'auteur rétablit l'ancienne doctrine qui fait dériver du cerveau la plupart des nerfs de la moelle.) 10° *Expériences sur le cadavre d'un supplicié;* par MM. Kœlliker et Virchow. 11° *Cas de régénération de la mâchoire inférieure;* par M. Virchow. 12° *Nouvelles recherches sur la production du son dans les organes de la circulation;* par M. Kiwisch (de Rottereau). 13° *De la tuberculose et de ses rapports avec l'inflammation, la scrofulose et le typhus;* par M. Virchow. (Considérations générales sur les différents modes de tuberculisation.) 14° *Grossesse ovarienne datant de douze ans, avec fœtus parfaitement développé;* par M. Kiwisch. (Femme morte de la maladie de Bright et qui avait présenté, douze ans auparavant, tous les signes de la grossesse. On avait fini par regarder la maladie comme une tumeur abdominale. Cette tumeur était réduite au volume de la tête d'un enfant. La description anatomique qu'en donne l'auteur milite assez en faveur de l'opinion qu'il émet sur un véritable siége qui paraît être l'ovaire; cependant il nous semble qu'on peut tout aussi bien la regarder comme une grossesse abdominale, c'est-à-dire extra-ovarienne.) 15° *Zithopœdion;* par M. Virchow. (Observation curieuse d'un fœtus mort siégeant du côté droit dans la cavité abdominale et dont la peau était couverte de concrétions calcaires. L'ovaire gauche manquait, à la place se trouvait un corps dur, couvert aussi d'une couche de substance calcaire et qui fut reconnu être la placenta. La femme s'était dite enceinte à l'âge de 23 ans; elle n'accoucha pas et mourut à 56 ans, de sorte que le fœtus paraît avoir séjourné 33 ans dans l'abdomen.) 16° *Opération pratiquée pour un cas de grossesse extra-utérine;* par M. Kress. (Grossesse abdominale d'environ six mois; il existait au-dessous de l'ombilic une ouverture produite par le contact des os de crâne du fœtus contre les parois de l'abdomen, l'opération jugée nécessaire consista dans l'agrandissement de cette ouverture, ce qui permit d'extraire le fœtus. La malade guérit parfaitement.) 17° *Sur le cancroïde et les tumeurs papillaires;* par M. Virchow. (L'hypertrophie des papilles n'est pas encore le cancroïde, celui-ci se développe plus tard par la production d'alvéoles remplies de cellules épidermoïdales; le cancroïde alvéolaire peut se reproduire dans d'autres endroits plus ou moins éloignés du siége primitif du mal.) 18° *Syphilide noueuse des petits enfants;* par M. Kinecker. (Affection concomitante de la syphilis et caractérisée par des tubercules sous-cutanés de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois qui se développent lentement, ne dépassent pas le volume d'une fève et finissent par suppurer. L'auteur ne les a observés que sur les très-jeunes enfants et les regarde comme distincts des tubercules syphilitiques sous-cutanés de M. Rayer.) 19° *Ichthyose congénitale;* par M. Müller. (Description d'un cas d'ichthyose faisant partie des collections anatomiques de Wurtzbourg.) 20° *Cornes développées sur la peau;* par M. Textor. (Rien de particulier.) 21° *Combinaisons et état transitoire des tumeurs;* par M. Virchow. (Sous ce titre, l'auteur décrit diverses tumeurs mixtes ou compliquées.) 22° *Des éléments histologiques dans les fausses membranes;* par M. Virchow. 23° *Bronchiectasie;* par M. Rapp. (Histoire anatomique et pathologique de la dilatation des bronches.) 24° *Désarticulation du pied entre l'astragale et le calcanéum;* par M. Textor. (Relation de plusieurs cas suivis de succès. L'auteur pratique un seul lambeau latéral externe ou interne, il préfère le lambeau externe.) 25° *Muscles striés de nouvelle formation;* par M. Virchow. 26° *Observations sur les corpuscules des os et des cartilages;* par le même. (Il résulterait des expériences de l'auteur que

(1) Cette société s'est constituée le 2 décembre 1849; elle s'occupe des sujets qui se rattachent aux sciences médicales et aux sciences naturelles. Nous en extrairons les articles qui ont trait à l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

les corpuscules osseux auraient une paroi propre, distincte par la nature chimique, de la substance osseuse intermédiaire.) 27° *De la méningite cérébro-spinale épidémique*; par M. Kinecker. (Rien de nouveau pour les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.) *Extirpation d'un kyste volumineux de l'ovaire*; par M. Kiwisch. (Incision de 8 pouces de dimension, pédicule traversé par un fil double, et ensuite étreint entre deux ligatures. La malade est sortie guérie de l'hôpital 58 jours après l'opération.) 29° *Du ramollissement de l'estomac chez les enfants*; par M. Kinecker. 30° *Grossesse tubaire, périmétrite partielle et formation nouvelle de vaisseaux*; par M. Virchow. 31° *Cas d'échinocoque chez l'homme*; par M. Kinecker. (Chez un sujet présentant tous les symptômes de calculs biliaires, on diagnostiqua, à l'aide de l'examen microscopique de masses nombreuses partant en grande quantité avec les selles, la présence d'un kyste d'échinocoque dans le foie. Ce diagnostic a été complétement confirmé par l'autopsie; dans le foie on trouva un sac énorme rempli d'une exsudation fétide et de nombreuses masses d'échinocoque; le conduit hépatique, fortement dilaté renfermait aussi une vésicule d'échinocoque de la grandeur d'une noix.) 32° *Action de l'ozon sur les animaux*; par M. Schwarzenbach. (Expériences desquelles il résulte que l'ozone produit de la dyspnée et la mort au bout de temps plus ou moins long; les principaux désordres consistant dans un œdème des poumons, avec injection sanguine et emphysème partiel.) 33° *Ventouse obstétricale de Simpson*; par M. Schierlinger. (Essais nombreux tentés avec l'instrument du professeur Simpson, sans grands résultats. L'auteur en conclut que cet instrument doit être très-rarement utile.)

DIVISION DES FIBRES NERVEUSES PRIMITIVES CHEZ L'HOMME; par M. KŒLLIKER.

La division des tubes nerveux primitifs chez les animaux est un fait connu aujourd'hui de tous les anatomistes; il était intéressant de rechercher si la même disposition existe dans l'homme. M. Kœlliker, qui a beaucoup étudié cette question, a constaté des bifurcations nerveuses dans les nerfs du périoste et dans ceux de la membrane interosseuse de la jambe; dans les nerfs de la peau, particulièrement dans le réseau nerveux superficiel du gland duquel naissent les filaments destinés aux papilles. En fait de muqueuses, l'auteur a étudié la conjonctive et la muqueuse du vagin, et il a trouvé, surtout dans la conjonctive oculaire, de très-belles ramifications nerveuses. Le ligament ciliaire en présente aussi; mais M. Kœlliker n'en a pas vu dans l'iris. Les nerfs des muscles forment positivement des anses; mais on ne peut pas dire si ces anses sont terminales. L'auteur n'a vu de bifurcation que dans un cas. Si l'on ajoute à ces faits l'existence de bifurcations dans la pulpe dentaire, constatées par J. Czermak, par H. Müller et par l'auteur, on peut dire, suivant beaucoup de probabilité, que les tubes nerveux primitifs de l'homme ne diffèrent pas, sous ce rapport, de ceux des animaux.

SUR LES NERFS DES OS DANS L'HOMME; par le même.

Les nerfs des os accompagnent les vaisseaux et se distribuent avec eux non-seulement dans la moelle des os longs, mais aussi dans la substance spongieuse des épiphyses, et même dans la substance compacte de la diaphyse; seulement l'auteur n'est pas parvenu à constater leur présence au milieu même de la substance compacte. Pour les os courts, il a trouvé les vertèbres, et surtout leur corps, très-riches en nerfs. Les nerfs sont encore très-abondants dans l'omoplate et dans l'os des hanches; on peut aussi les démontrer dans le sternum et dans les os du crâne.

Ces faits, joints à ceux que l'on possédait déjà, établissent donc que les os sont riches en nerfs. Ceux-ci proviennent surtout des nerfs de la moelle et de ceux du cerveau; le grand sympathique ne paraît pas en produire beaucoup. L'observation microscopique montre, en effet, une grande ressemblance avec les nerfs sensibles, ce que l'auteur fait voir en donnant le diamètre d'un grand nombre d'entre eux. Il n'a pas été possible à l'acteur de découvrir comment ils se terminent.

Sous le rapport de leurs fonctions, les nerfs des os doivent être regardés comme sensibles, comme le montrent les expériences pour les nerfs d'un certain calibre, et comme l'indiquent assez les maladies de l'appareil osseux; mais leur rôle principal est de présider à la nutrition.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS FAITES SUR LE CADAVRE D'UN SUPPLICIÉ; par MM. KŒLLIKER et VIRCHOW.

Le cadavre fut examiné trente-cinq minutes après la décollation, qui eut lieu par le glaive. Voici les résultats obtenus :

1° Le système nerveux central n'était plus irritable.

2° Des nerfs isolés ayant été galvanisés, déterminèrent encore des contractions musculaires une heure quarante-cinq minutes après la mort.

3° L'irritabilité des muscles striés existait encore deux heures cinq minutes après la mort, lorsqu'on cessa les expériences.

4° Le cœur ne battait plus lorsqu'on ouvrit le thorax, quarante-cinq minutes après la mort; cependant l'oreillette droite offrit des pulsations quand on y appliqua les pôles.

5° La rate, galvanisée dès l'arrivée du cadavre, ne présenta aucune trace de contractions. Les vésicules liéniques (corpuscules de Malpighi) étaient nombreuses et très-distinctes.

6° Le galvanisme, appliqué sur la peau, produisit la chair de poule, même sur des morceaux détachés. Le même agent détermina une contraction de l'aréole du mamelon et la saillie de ce dernier; il rida fortement le scrotum.

7° L'iris était très-contractile. Lorsqu'on appliquait un pôle à l'œil et l'autre sur le visage, la pupille se rétrécissait rapidement. Quand les deux pôles étaient placés sur le bord de la cornée, la pupille se dilatait, et elle présentait la figure d'un ovale placé en long ou en travers, suivant la position des pôles.

8° L'aorte, la veine cave inférieure, la veine porte, l'artère iliaque commune et le canal thoracique ne se contractaient pas sous l'influence du galvanisme. L'artère et la veine crurale, ainsi qu'une branche de la veine mésentérique supérieure, offraient un peu de contractilité. La veine saphène et ses branches, ainsi que les vaisseaux lymphatiques des différentes régions, étaient très-contractiles.

9° La vésicule biliaire ne donna aucun résultat décisif. Les uretères se contractaient fortement dès qu'on les touchait; il en était de même des canaux déférents. L'œsophage se rétrécissait encore cinquante-huit minutes après la mort, tandis que l'estomac et l'intestin restaient inertes.

10° La tache jaune et ce qu'on appelle le trou central de la rétine existaient dans l'œil, mais le pli central manquait.

11° On distinguait très-bien les cellules des parois des cavités cérébrales; mais on ne pouvait apercevoir ni cils ni vibrations.

12° Le chyle du canal thoracique contenait une très-grande quantité de fines molécules, mais un petit nombre de cellules incolores n'ayant qu'un seul noyau et plus petites que les globules sanguins.

DIRECTION ET EFFETS DU MOUVEMENT VIBRATILE SUR LA MUQUEUSE RESPIRATOIRE DE L'HOMME, DU LAPIN ET DU CHIEN; par M. BIERMER.

L'un des faits les plus curieux dont on doit la révélation au microscope est l'existence, dans l'économie animale, de cellules épithéliales dont la surface libre est couverte de cils extrêmement fins qui présentent pendant la vie, et même assez longtemps après la mort, un mouvement rapide de va-et-vient connu sous le nom de mouvement vibratile. Ce mouvement imprime aux liquides une direction déterminée, qui varie sans doute suivant les organes.

M. Biermer ayant observé le mouvement vibratile sur la muqueuse pulmonaire du cadavre d'un phthisique douze heures après la mort, saupoudra de charbon l'intérieur de la trachée, et pu voir à l'œil nu que les molécules de charbon étaient poussées dans une direction constante de bas en haut, c'est-à-dire vers le larynx. On pouvait suivre très-distinctement cette direction à la loupe quand on prenait pour point de repère un vaisseau injecté, par exemple, ou un anneau trachéen. Pendant cette observation, la trachée était disposée verticalement, et d'ailleurs le mucus trachéal était assez épais pour qu'on ne pût expliquer le fait par aucune action mécanique.

L'auteur ajoute qu'il trouva encore des cellules vibratiles le lendemain, trente-deux heures après la mort. Dans un autre cas, il rencontra même de ces cellules au bout de cinquante-deux heures.

L'auteur confirma, par des expériences sur un lapin et sur un chien, la direction du courant de bas en haut, dans la trachée et dans les bronches de second ordre. La vitesse du mouvement était d'environ 2 à 3 lignes par minute.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PRODUCTION DU SON DANS LES ORGANES DE LA CIRCULATION; par M. KIWISCH (de Kotterau).

Dans ce mémoire, le célèbre professeur d'accouchement expose sa théorie, en l'appuyant de nombreuses expériences physiques et recherches cliniques auxquelles il se livre depuis plusieurs années pour éclairer la formation des bruits perçus dans les organes de la circulation. Les dimensions et l'importance d'un semblable travail ne permettent pas de l'analyser en quelques mots sans faire tort à l'auteur. Cette théorie, d'ailleurs, nous paraît encore présenter bien des points sujets à discussion. Nous nous bornerons donc à donner les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire :

1° Toute production de son dans les organes circulatoires se passe dans les parois des vaisseaux et jamais dans le sang.

2° Les sons perçus dans l'organisme tout à fait sain sont produits uniquement par les mouvements des valvules du cœur.

3° Tous les bruits vasculaires sont produits par une capacité inégale dans la lumière du vaisseau et par une tension inégale de ses parois. Comme conditions consécutives, on trouve, d'une part, une certaine rapidité du courant du sang, et de l'autre une résistance périphérique de la colonne relativement diminuée.

4° L'inégalité dans la capacité est due en général aux compressions partielles qu'éprouvent les artères, parfois à leur dilatation.

5° Les bruits vasculaires perçus chez les chlorotiques, de même que ceux qu'on entend dans l'abdomen chez les femmes enceintes, sont des phénomènes de compression.

6° Il ne se produit jamais de bruit dans les veines; leur siége doit toujours être cherché dans les artères.

7° Les bruits artériels peuvent être continus, c'est-à-dire présentant du son systolique et diastolique.

8° Lorsque les parois des vaisseaux sont sains, la diminution dans la contraction musculaire des vaisseaux et la pauvreté du sang sont les conditions les plus importantes pour la production des bruits vasculaires.

9° Les bruits abdominaux, chez les femmes enceintes, se passent exclusivement dans les artères des parois abdominales; aussi doit-on substituer à la dénomination vicieuse de bruit placentaire ou utérin, l'expression plus juste de bruit des téguments abdominaux.

10° Le bruit des téguments abdominaux n'est pas un phénomène propre aux femmes enceintes; avec quelques conditions favorables, on l'entend aussi dans d'autres distensions de l'utérus et dans quelques cas de tumeurs ovariques, surtout quand l'affection est accompagnée de dislocation notable de l'utérus.

L'opinion exclusive qui place le siége du bruit dit placentaire dans la seule artère épigastrique a été modifiée par l'auteur, dans une séance subséquente, d'après les deux observations suivantes: 1° chez une femme enceinte, on percevait le bruit abdominal dans la région ombilicale et dans aucun autre point. La compression de l'épigastrique ne faisait pas cesser ce bruit. 2° Une injection pratiquée dans une matrice en état de gestation, a fait reconnaître plus clairement qu'auparavant des vaisseaux artériels situés sur la paroi postérieure de l'organe.

Ces faits portent l'auteur à admettre que ce bruit, *le plus souvent dû à l'artère épigastrique, peut encore être produit par les artères utérines*. Il est facile de déterminer si ce bruit est dû à l'une ou l'autre de ces artères: si on l'entend dans le trajet de l'artère épigastrique, la compression doit le faire cesser; si c'est dans l'artère utérine qu'il a son siége, le bruit s'entendra plus haut et ne cessera pas par la compression. Il est évident que le bruit peut être dû en même temps à l'une et à l'autre de ces artères.

Nous laissons aux accoucheurs le soin de vérifier ces données, qui se présentent sous les auspices d'un homme qui fait autorité en Allemagne.

DES ÉLÉMENTS HISTOLOGIQUES DANS LES FAUSSES MEMBRANES; par M. VIRCHOW.

Les principaux éléments qu'on rencontre dans les membranes adhésives sont le tissu connectif, les fibres élastiques, les vaisseaux et les nerfs:

1° Le *tissu connectif* se forme de coagulums fibrineux complétement amorphes, mais qui sont susceptibles de prendre toutes sortes de formes et d'aspect par la préparation, et affectent surtout facilement la forme de fibres. Au bout de quelque temps, on trouve le coagulum fibrineux changé tout entier en tissu connectif, en voie de développement et composé de corpuscules effilés, serrés les uns contre les autres. Ces corpuscules se résolvent facilement en fibrilles plus fines, quand on déchire leurs extrémités effilées; ils contiennent le plus souvent un gros noyau allongé, ovale, avec des nucléoles brillants, et subissent ordinairement une métamorphose graisseuse, comme on le voit par l'apparition de molécules de graisse disposées en chapelet.

Plus tard ces cellules fibreuses se dissolvent, et alors la pièce offre l'aspect fibrillaire que présente le tissu connectif entièrement achevé, au milieu duquel on distingue encore çà et là des noyaux ou des cellules fibreuses. Toutefois, dans la plupart des fausses membranes, dans celles qui sont plates surtout, il existe des places entières où le tissu reste homogène, entièrement amorphe.

2° Les *fibres élastiques* n'apparaissent pas dans toutes les fausses membranes; l'auteur les a presque toujours rencontrées dans celles de la plèvre, rarement dans celles de l'utérus. Dans les adhérences anciennes, elles ont quelquefois un aspect dentelé, épineux, comme une tige de rosier sauvage. Elles sont quelquefois tellement accumulées qu'on les reconnaît à l'œil nu sous la forme de cordons blanchâtres.

3° *Vaisseaux*. On peut s'assurer par des injections que, du côté des artères comme du côté des veines, les liquides passent facilement dans les vaisseaux des fausses membranes. Les artères ont une marche plus directe; les veines, au contraire, forment de nombreuses anastomoses. L'auteur fait remarquer que la richesse en vaisseaux de l'une ou l'autre sorte provient de la nature même de l'organe sur lequel se forme la fausse membrane. Ainsi, par exemple, dans les adhérences du foie au diaphragme, on peut injecter un grand nombre de vaisseaux par la veine porte, tandis que très-peu proviennent de l'artère hépatique. Les vaisseaux de la veine porte s'étendant encore très-loin sur le diaphragme, on comprend qu'une certaine quantité de sang veineux arrive au cœur sans avoir été modifié par le foie, et doit ainsi donner au sang une dyscrasie particulière. En général, dit l'auteur, on n'a pas encore assez fait attention aux anomalies de la circulation qui peuvent résulter des adhérences. Une tumeur de l'ovaire, par exemple, qui ne tiendra que par un pédicule étroit, ne recevra que peu de sang et s'accroîtra lentement, tandis que si cette tumeur adhère au mésentère par une large surface, son accroissement se fera bien plus rapidement, en raison de la plus grande quantité de sang qu'elle recevra.

4° *Nerfs*. L'auteur s'est livré à de nombreuses recherches, dans le but de constater la présence des nerfs dans les tissus de nouvelle formation; il n'est parvenu à en découvrir que deux fois, dans une adhérence de la plèvre et dans une adhérence du foie. Dans ce dernier cas, on put constater que le filet nerveux provenait du diaphragme; il ne traversait pas toute la fausse membrane, mais s'arrêtait à une certaine distance et se terminait par une extrémité pointue, après s'être préalablement bifurqué.

5° *Acervulus*. Sous ce nom, l'auteur décrit des concrétions analogues à celles qui forment ce qu'on appelle le sable cérébral, et particulièrement à celles de la glande pinéale; il en a trouvé quelquefois, particulièrement dans les fausses membranes des glandes génitales.

MUSCLES STRIÉS DE NOUVELLE FORMATION; par le même.

Il est question ici d'une tumeur enkystée de l'ovaire, d'une très-grande dimension, qui adhérait, dans une étendue considérable, aux parois et aux viscères de l'abdomen. Au milieu du stroma dense et fibreux de cet énorme kyste étaient disséminées de petites tumeurs arrondies, de la grosseur d'une cerise à celle d'une forte pomme, parmi lesquelles plusieurs se faisaient remarquer par leur aspect piqueté jaunâtre, qui leur donnait quelque ressemblance avec des glandes. Examinées au microscope, ces tumeurs se trouvèrent être composées de fibres musculaires striées à peu près semblables à celles qu'on observe chez les jeunes embryons. Ces fibres, allongées en fuseau, avaient un noyau ovale et montraient distinctement leurs stries transversales. Les noyaux renfermaient un très-gros nucléole brillant; quelquefois ce nucléole était double ou était remplacé par des corpuscules plus petits, produits sans doute par la division du premier. Ces longues cellules fibreuses, fusiformes, étaient enchevêtrées sans se souder entre elles; on voyait de très-bonne heure des molécules de graisse se développer dans leur intérieur, et produire peu à peu la mort de la cellule par une métamorphose graisseuse.

Le seul cas positif de développement pathologique de fibres musculaires striées est celui décrit par Rokitansky sur une tumeur du testicule. L'auteur eut l'occasion d'examiner un fragment de cette tumeur et de s'assurer de la nature musculaire des fibres en question. Celles-ci étaient aussi enchâssées, comme celles décrites plus haut, dans un stroma fibreux appartenant au tissu connectif. Pour distinguer ces tumeurs des sarcômes ordinaires, l'auteur propose de les désigner sous le nom de *myosarcômes*.

DU RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC; par M. KINECKER.

L'auteur résume son travail en établissant:

1° Que l'origine du ramollissement *gélatineux* (œsophage, estomac, intestins) est souvent due *essentiellement* à un procès morbide antérieur;

2° Que ce procès morbide est lui-même la suite de l'action en partie *mécanique*, en partie *chimique*, du champignon du muguet, parasite qui pullule dans le canal digestif;

3° Que, dans ces conditions, il se produit un état d'*hyperacidité* du contenu de l'estomac et de l'intestin, comme on l'observe constamment dans le muguet, le ramollissement de l'estomac et la dyssenterie, et on voit aussi comme elle devient la cause prochaine du ramollissement gélatineux;

4° Que le ramollissement de l'estomac ne forme, dans *aucun* cas, une affection idiopathique : l'ensemble complexe des symptômes qu'on lui attribue appartient à ceux de la dyssenterie souvent accompagnée de muguet, quelquefois même épidémique ;

5° Que le muguet, souvent *imperceptible* sur la muqueuse buccale, se propage dans les parties profondes des intestins ;

6° Que le ramollissement gélatineux produit par lui peut déjà commencer pendant la vie ;

7° Que la trop grande acidité du contenu de l'estomac et de l'intestin est rarement suffisante à elle seule pour produire le ramollissement gélatineux ;

8° Qu'il est hors de doute que le ramollissement de l'estomac est, dans beaucoup de cas, un phénomène cadavérique.

A. Lereboullet et Maurice Rueff.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. Bernard lit un mémoire ayant pour titre : Recherches d'anatomie et de physiologie comparées sur les glandes salivaires chez l'homme et les animaux vertébrés.

« L'appareil salivaire considéré chez l'homme et les mammifères où il présente son plus haut degré de développement, est constitué par trois glandes principales : la parotide, la sous-maxillaire et la sublinguale, auxquelles il faut ajouter un grand nombre de glandules bucco-labiales et la glande zygomatique ou glande de Nuck, qui est spéciale aux carnivores et à quelques ruminants.

D'après l'analogie de structure qui existe entre ces diverses glandes salivaires, les anatomistes ont toujours admis que leurs produits de sécrétion qui se déversent tous dans la bouche avaient des propriétés identiques et étaient destinés à des usages communs. C'est en se fondant sur cette même similitude d'organisation qu'ils avaient été conduits à rapprocher du même groupe d'organes le pancréas, auquel avait été imposé le nom de glande salivaire abdominale.

Dans un mémoire précédent, l'auteur a démontré que l'examen des propriétés et des usages du suc pancréatique caractérisait parfaitement le pancréas et le différenciait de toutes les autres glandes du corps. Il a voulu, dans ce nouveau travail, appliquer aux diverses glandes salivaires le même genre d'investigation, et savoir si leurs produits de sécrétion avaient des propriétés et des usages semblables ou différents.

Le mémoire de M. Bernard se divise en trois parties, anatomique, chimique et physiologique.

Ses recherches anatomiques l'ont condnit à ce resultat, que les organes salivaires présentent dans les diverses classes d'animaux vertébrés deux types de structure : 1° le type *des glandes en grappe* qui appartient à l'homme et à tous les mammifères ; 2° le type *des glandes en cryptes* qui s'observe chez les oiseaux et les reptiles pourvus de glandes salivaires. Mais il ne faudrait pas conclure de là que toutes les glandes salivaires chez un même animal ont des fonctions semblables. Cette similitude d'organisation prouve seulement qu'il est impossible d'arriver par l'anatomie à une classification naturelle des glandes salivaires. L'auteur se propose de démontrer qu'en se basant, au contraire, sur les caractères physiques des produits sécrétés et surtout sur la démonstration expérimentale des usages qu'ils sont destinés à remplir, on arrive à une distinction positive qui permet ensuite de formuler les diverses modifications ou dégradations que les organes salivaires éprouvent tant chez les mammifères que dans les autres classes d'animaux vertébrés.

L'expérimentation lui a appris, en effet, que, chez les mammifères, les trois glandes salivaires proprement dites ne sécrètaient pas un fluide physiquement identique, et l'ont conduit à reconnaître trois appareils salivaires bien distincts, l'un pour la gestation, l'autre pour la mastication et le troisième pour la déglutition, et que les propriétés physico-chimiques des salives sont parfaitement en rapport avec ces destinations physiologiques diverses. La salive parotidienne aqueuse et non gluante imbibe et dissout facilement les substances ; la salive fournie par la glande sublinguale et les glandules buccales, au contraire, visqueuse et gluante, est merveilleusement appropriée pour envelopper le bol alimentaire qu'elle rend plus cohérent et dont elle facilite le glissement. La salive sous-maxillaire, à cause de ses caractères mixtes, peut à la fois dissoudre, étendre ou affaiblir les substances sapides en même temps qu'elle peut lubréfier les surfaces et diminuer l'énergie du contact.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

Il ressort des faits énoncés dans ce travail :

1° Que l'anatomie nous montre le groupe des glandes salivaires comme un appareil homogène dont les divers organes sont identiques par leur texture ;

2° Que l'analyse physiologique expérimentale, au contraire, en nous signalant la diversité des produits sécrétés, et surtout en nous faisant remonter aux influences nerveuses qui régissent ces sécrétions, nous apprend que chaque glande est annexée à un acte spécial et que sa fonction s'exerce sous des influences séparées et indépendantes. Malgré le déversement et le mélange des différentes salives dans la bouche, leurs usages restent distincts, et l'expérience nous fait voir que le rôle caractéristique de la parotide est de sécréter pour la mastication, celui de la sous-maxillaire de sécréter pour la gustation, et celui de la glande sublinguale et des glandules buccales de sécréter pour la déglutition.

C'est à l'aide de ces données physiologiques seulement qu'on pourra étudier et comprendre, dans leur signification réelle, les modifications qu'éprouvent les organes salivaires dans les diverses classes d'animaux vertébrés. Ce qui doit caractériser les glandes salivaires entre elles, ce n'est pas leur structure anatomique, ni leur volume, ni leur forme, c'est la nature de la fonction à laquelle elles se trouvent annexées. On commettrait donc un contre-sens physiologique si, à l'exemple de quelques anatomistes, tel que J.-F. Meckel, on voulait encore trouver chez les oiseaux des glandes parotides et sous-maxillaires qui ne sauraient exister, puisque chez ces animaux, les deux fonctions correspondantes, la mastication et la gustation, manquent généralement. Il est évident dès lors que les usages de toutes les glandes salivaires qu'on rencontre chez les oiseaux doivent être rapportées à la seule fonction qui persiste, c'est-à-dire à la déglutition, et en effet le liquide visqueux et gluant que sécrètent leurs glandes n'a rien de commun avec les salives parotidienne et sous-maxillaire et ressemble en tout point aux fluides que fournissent la glande sublinguale et les glandules buccales chez les mammifères.

Les diverses glandes salivaires ayant chacune un rôle spécial à remplir ne doivent pas pouvoir se suppléer ou se remplacer les unes les autres. Toutes les fois qu'une glande salivaire augmente, disparaît ou diminue, c'est que la fonction spéciale subit des variations correspondantes.

Chez les mammifères qui mâchent des substances dures et sèches, la parotide est à son summum de développement, tandis que chez ceux qui, comme le phoque par exemple, vivent dans l'eau et se nourrissent d'aliments humides, cette glande s'atrophie ou disparaît même complétement, bien que dans ces cas les autres glandes salivaires aient conservé un développement normal par rapport à la fonction à laquelle elles correspondent. Enfin cette déduction naturelle des expériences m'a conduit à examiner une assertion émise dans les traités d'anatomie comparée, à savoir que chez le surmulot la glande sublinguale manquerait et serait suppléée par le sous-maxillaire. La glande sublinguale du surmulot existe parfaitement distincte, comme je l'ai fait représenter dans mes dessins. Ainsi se trouve rectifiée une erreur anatomique et confirmée l'utilité des unions de physiologie au développement desquelles ce travail a été consacré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre de l'intérieur, l'une par laquelle le ministre, sur l'avis qui lui a été donné par le directeur de la maison centrale de Fontevrault, informe l'Académie que des cas de variole grave se sont manifestés dans cet établissement et réclame l'envoi de plaques de vaccin. Par sa deuxième lettre, le ministre transmet un exemplaire d'une note adressée à l'Académie des sciences par M. François, ingénieur en chef des mines, sur les moyens employés pour purifier l'air dans les travaux d'exploitation de la fontaine Lucas à Vichy. (Commission des eaux minérales.)

— M. Cazenave (de Bordeaux) transmet la formule suivante qu'il dit avoir plusieurs fois mise en usage avec succès depuis deux ans pour calmer les douleurs hémicraniques et les névralgies faciales :

Prenez : Chloroforme pur. . . .	12 grammes.	
Cyanure de potassium.	10	—
Axonge récente	60	—
Cire, suf. quant. pour obtenir la consistance d'une pommade.		

L'auteur a fait des expériences comparatives avec le cyanure de potassium seul employé avec succès par Lombard (de Genève), dans les névralgies faciales, et avec la pommade en question, et il a obtenu des résultats tout à fait différents. Un tiers à peine des malades chez lesquels il n'a employé que le cyanure de potassium a été fort peu soulagé, tandis que tous ceux qui ont été traités par la pommade ont été, les uns (les deux tiers) guéris, et les autres (un tiers) très-notablement soulagés. (Comm. : MM. Bousquet et Gerdy.)

— M. Sedillot adresse une lettre relative aux règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales.

REMÈDE POUR LA CURE RADICALE DES ENGELURES.

M. Gibert lit un rapport officiel sur une communication relative à un remède que M. le docteur Margotou a soumis à l'approbation de l'Académie de médecine, sous le nom de *puissant spécifique pour la cure radicale des engelures*.

Voici la formule de ce remède :

Prenez : Eau commune	192 grammes.	
Acide sulfurique concentré. . . .	3	—
Teinture de safran	15 gouttes.	

Mêlez, pour imbiber une compresse en deux doubles pour appliquer sur la partie malade et la laisser vingt-quatre heures; on doit la renouveler de quatre en quatre heures.

M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit répondu au ministre et à l'auteur :

Que le remède proposé par M. Margoton peut, comme les autres topiques astringents et répercussifs, remplir certaines indications utiles dans le traitement des engelures, mais qu'il ne mérite pas plus que ceux-ci le titre de *puissant spécifique pour la cure radicale* de cette légère maladie de la peau.

Cette conclusion est adoptée.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DU TANNATE DE QUININE.

M. Bouvier lit, au nom de MM. Orfila, Bussy et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Barreswil, relatif aux propriétés thérapeutiques du tannate de quinine, présenté par ce chimiste comme un succédané du quinquina et du sulfate de quinine.

Il résulte, des faits recueillis et rapportés par la commission :

1° Que le tannate de quinine est un antipériodique ;

2° Qu'il paraît posséder, sous le même poids, une activité égale, mais non supérieure à celle du sulfate de quinine officinal, pour guérir les fièvres d'accès ;

3° Qu'il ne met pas plus que le sulfate de quinine à l'abri des récidives ;

4° Qu'il présente infiniment peu d'amertume, ce qui rend son administration facile, même chez les personnes les plus délicates et chez les enfants ;

5° Que les observations cliniques tendent à prouver qu'il exerce moins d'action que le sulfate de quinine sur les voies digestives et sur le système nerveux ;

6° Que de même qu'il participe, suivant la remarque de M. Barreswil, de la nature du quinquina par ses principes constituants, et du sulfate de quinine par la fixité de sa composition, il se rapproche de l'un et de l'autre par son action thérapeutique.

M. le rapporteur rappelle, en terminant, que ce nouveau produit pharmaceutique, substitué au sulfate de quinine, peut, en raison de son état amorphe et pulvérulent, se prêter plus facilement aux falsifications que le sulfate, qui est toujours vendu cristallisé.

Cette circonstance doit tenir en garde les praticiens qui seraient dans le cas d'employer le tannate de quinine.

Enfin, nous ferons encore remarquer que les expériences consignées dans ce rapport ne comprennent qu'un seul cas de fièvre pernicieuse ; et nous pensons que, bien que le résultat ait été affirmatif, il conviendra de ne pas accorder trop de confiance au tannate de quinine dans le traitement des fièvres pernicieuses, jusqu'à ce que des expériences nombreuses aient confirmé cette première observation.

Sous ces réserves, nous concluons que le tannate de quinine agit sur les fièvres d'accès à la manière du quinquina et du sulfate de quinine, et qu'il peut, dans certains cas, remplacer avec avantage cette dernière substance.

Nous vous proposons d'adresser des remerciments à l'auteur et de l'engager à continuer ses recherches et à en faire connaître les résultats à l'Académie.

M. Caventou ne voudrait pas que l'on put conclure, d'après les termes du rapport, que le tannate de quinine est supérieur aux autres sels de quinine. Tout autre sel à base de quinine doit avoir les mêmes résultats, car c'est la quinine qui est le principe actif; la seule différence, c'est que le tannate étant peu soluble a moins de saveur. Ce serait là un faible avantage. Mais il y a dans cette insolubilité même et dans l'état amorphe de ce sel des inconvénients bien plus grands, entre autres celui de prêter facilement aux falsifications.

Après ces observations, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry. La parole est à M. le rapporteur.

DU SEL MARIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Piorry : Quand vous me faites l'honneur de me nommer rapporteur d'une commission, je cherche à observer par moi-même, à interroger l'expérience, et à vous soumettre les résultats de mon observation ; M. Grisolle a fait autrement : il préfère la critique à l'argumentation ; il vous dit n'avoir pas employé le sel marin, il discute des opinions, combat des doctrines, mais il ne vous apporte pas le fruit de travaux qui lui soient propres.

Que l'on ait proposé et vanté une multitude de remèdes contre les fièvres d'accès, que tous ces remèdes aient plus ou moins été abandonnés, cela ne dit rien sur l'action du sel marin ; comme on voulait combattre les symptômes des accès fébriles périodiques, sans remonter à leurs causes organiques assez variables, il en résultait que l'on ne trouvait pas de spécifique constant ; et la quinine elle-même n'étant pas applicable à toutes les lésions, il en résultait qu'elle n'était pas toujours un médicament utile.

On n'avait pas recherché si les substances dont on se servait, agissaient on non sur la rate, et de là l'impossibilité d'être invariablement fixé sur l'action définitive de tel ou tel médicament expérimenté.

Je n'ai en aucune façon manqué aux conditions d'une bonne expérimentation thérapeutique. D'abord, quoi qu'en dise M. Grisolle, le diagnostic des cas observés a été on ne peut plus précis. Trente-sept observations recueillies par les élèves, et que j'ai déposées sur le bureau, notent pour la plupart que l'on s'est assuré qu'il y avait eu chez les malades des accès fébriles ; seulement, et encore une fois, j'attache plus d'importance aux signes fournis par l'état matériel de la rate qu'à de petits frissons, à des chaleurs et des sueurs qui souvent ne sont reconnus que plus difficilement.

Comme M. Grisolle, j'admets qu'il y a fièvre intermittente lorsqu'il y a des accès constitués, des stades plus ou moins réguliers, séparés par un apyrexie; mais la fièvre rémittente est pour moi une fièvre intermittente réunie à une fièvre continue, c'est-à-dire que dans certains cas, la rate malade donne lieu à des accès périodiques chez des gens qui portent d'autres lésions qui donnent lieu à une fièvre persistante. Seulement encore il arrive que des splénopathies chroniques donnent lieu à des accidents intermittents bien moins caractérisés que les affections aiguës de la rate. Eh bien ! dans plus de cent cas, il y avait chez nos malades fièvre intermittente, forte ou faible parfois, entée sur une affection continue, et cet état fébrile intermittent bien constaté, a cédé à l'emploi du sel marin.

M. Grisolle, confondant ce qui a rapport au simple retrait de la rate par suite de l'emploi du sel marin avec la question relative au point de départ des accès fébriles, cite des observations dans lesquelles le diagnostic de la fièvre intermittente n'a pas été, suivant lui, suffisamment caractérisé. Ces faits n'étaient relatifs qu'à l'action qu'exerce sur l'organe splénique le médicament dont il s'agit, et nullement à la fièvre considérée en elle-même. Les reproches de notre jeune collègue à ce sujet tombent d'eux-mêmes.

Obéissant à ses convictions anciennes, à ses idées générales sur la pathologie, M. Grisolle ne veut voir de fièvre intermittente que là où des symptômes bien nets, bien caractérisés, se déclarent; il ne voit plus de maladie du même genre quand il n'y a plus de périodicité absolue, à heure tout à fait fixe, quand un stade manque, quand les frissons sont faibles, quand leur retour présente quelque irrégularité. S'il existe un état continu sur lequel vient s'enter l'état intermittent, cela n'est plus une fièvre périodique. Il admet bien qu'une pneumonie aiguë ait des symptômes différents de ceux de la pneumonie latente ou chronique, mais il veut que la rate malade, quelle que soit sa lésion, donne toujours lieu à des phénomènes absolument identiques, à une fièvre d'accès légitime. Pour moi, qui ne conçois pas une entité fièvre intermittente, mais qui vois des accès fébriles intermittents ayant lieu sous l'influence d'une rate malade, j'admets que des lésions récentes, aiguës, de cet organe produisent des accès intenses et bien caractérisés, tandis que d'anciennes lésions peu prononcées donnent lieu à des frissons, à des chaleurs, à des sueurs mal dessinées, à peu près périodiques.

Je n'ai pas dû fonder mon diagnostic sur l'existence d'une fièvre intermittente très-régulière et très-aiguë, mais sur celle d'accès fébriles parfois peu prononcés, et dès lors mes observations, amèrement critiquées par M. Grisolle, conservent toute leur valeur.

Il est si important, au point de vue clinique, d'en agir ainsi, que, dans un très-grand nombre de cas, des malades restent à l'hôpital durant des mois entiers sans que l'on reconnaisse des accès fébriles légers qu'ils éprouvent; tout aussitôt que l'on constate l'intumescence splénique, la source du mal est trouvée : on donne du sel marin ou du sulfate de quinine, et l'on guérit en deux jours des gens que rien ne soulageait.

Quoi qu'en dise M. Grisolle, il n'existe point de fièvre intermittente, d'accès fébriles périodiques, sans qu'il y ait splénopathie ou souffrance des plexus nerveux qui correspondent directement avec ceux de la rate (plexus rénaux, spermatiques, névralgies intercostales à gauche, etc.). MM. Jacquot et Sonrier ont vu les miasmes paludéens faire périr par empoisonnement du sang, à un second accès fébrile, sans que la rate, dit M. Grisolle, ait été trouvée volumineuse; mais des ces pareils sont très-exceptionnels, et dans la manière d'observer de M. Grisolle, lui qui veut toujours attendre pour le diagnostic qu'un nombre d'accès se soient succédé, le poison paludéen aurait fait périr, avant que l'on ait pu constater l'existence d'une fièvre intermittente. Puisque tous les observateurs disent, d'ailleurs, unanimement que, dans les fièvres pernicieuses, la rate est très-malade. D'après tout ceci, la détermination organique d'une splénomégalie est donc un diagnostic d'une extrême importance, et c'est un très-grand tort à un médecin que de la négliger.

M. Piorry, suivant M. Grisolle dans la partie de son argumentation relative à la rate, s'efforce de faire accorder les mesures diverses qu'il en a données à des époques différentes, et d'expliquer les différences signalées par M. Grisolle; puis il termine en répondant au reproche que lui a fait M. Grisolle d'avoir tout d'abord donné le sel marin sans s'être assuré préalablement si la fièvre ne se serait pas dissipée d'elle-même. Dans quelques circonstances il a attendu, et la rate a diminué dès qu'il a administré le sel. Dans tous les autres cas, la fièvre était trop bien caractérisée et la maladie trop ancienne et trop persistante pour qu'il fût permis d'attendre plus longtemps.

Du reste, ajoute M. Piorry, ma confiance dans le sel marin est grande ; mais ce n'est pas une raison pour que, dans le traitement des fièvres pernicieuses, il faille actuellement le préférer à la quinine soluble. Quand la vie est compromise, on doit avoir recours aux moyens les mieux consacrés par l'expérience et par le temps pour combattre un mal funeste dans ses effets.

M. Piorry déclare, en terminant, persister dans les conclusions de son rapport.

M. Lévy : L'une des conclusions qui terminent le rapport de l'honorable M. Piorry est ainsi formulée : « Dans les hospices civils et *militaires*, dans les » établissements de bienfaisance et de secours à domicile; dans les armées, et » notamment en Algérie; dans les pays pauvres, tels que la Sologne et la » Bresse; dans les lieux enfin où les splénopathies sont endémiques et aussi » fréquentes que sujettes à récidives, l'emploi du sel marin peut être d'une » immense utilité; il peut diminuer considérablement les frais du traitement » des fièvres d'accès, etc. »

Il y a là, comme vous le voyez, une sorte d'appel à la médecine militaire. Mon devoir est d'apprendre à l'Académie que cet appel a été devancé ; mais avant d'exposer les résultats obtenus dans l'armée, je demanderai la permission de faire remarquer à l'honorable rapporteur que les hôpitaux militaires ne peuvent être rigoureusement classés parmi les établissements de charité publique. Les jeunes gens que la loi appelle annuellement sous les drapeaux ont droit aux soins qui leur sont donnés avec un si noble dévouement dans les établissements hospitaliers de l'armée ; l'État acquitte envers eux une dette sacrée et par la préservation de leur santé et par le traitement de leurs maladies. Cette différence qui porte sur le principe même des institutions civiles et militaires n'était pas inutile à noter ici, car elle marque la limite des préoccupations d'économie que permet le traitement des soldats malades ; elle fait comprendre dans quelle mesure la médecine militaire peut se prêter aux innovations et aux expérimentations. Le conseil de santé des armées s'est toujours appliqué à étudier avec impartialité, à fixer avec prudence la limite sévère du progrès et du hasard dans la thérapeutique des hôpitaux militaires.

Quant au sel marin, tout médecin militaire peut le prescrire sous sa responsabilité dans le traitement des fièvres intermittentes, comme toutes les substances inscrites au formulaire de nos hôpitaux. Dès 1849, M. le docteur Colette, médecin en chef de l'hôpital militaire de Béfort, l'a fait prendre à un certain nombre de fiévreux. Je n'ai point trouvé dans les documents du conseil de santé de renseignements exacts sur les résultats que lui a fournis cette médication ; mais ils n'ont pas dû répondre à son attente, puisqu'il y a renoncé. En 1850, pendant que j'étais encore médecin en chef du Val-de-Grâce, M. le docteur Cazalas, ancien professeur de cette école, y a donné le chlorure de sodium à 7 malades atteints de fièvre intermittente ; 4 ont guéri, 3 n'en ont retiré aucun avantage. Hâtons-nous d'ajouter que les fièvres qui ont guéri après l'administration du sel marin se sont montrées en octobre et en novembre, qu'en moyenne ces 4 malades avaient éprouvé chacun six accès environ avant d'entrer à l'hôpital ; qu'après leur admission, ils ont eu encore quatre ou cinq accès fébriles, et que l'administration du sel marin n'a pas été suivie de la cessation immédiate des accès. La guérison a exigé trois doses de sel, et l'on a compté encore deux accès après la première dose ; la dose moyenne de chlorure de sodium a été de 39 grammes, et la quantité totale par traitement et pour chaque malade s'est élevée à 148 grammes. — Sur les 3 cas de fièvre qui ont résisté au sel marin, 2 étaient de première invasion, 1 seul était récidivé.

On voit que dans les 4 cas heureux la guérison n'a été obtenue qu'après le douzième ou treizième accès, dans la saison où les fièvres offrent à Paris le moins de résistance. Peut-on assurer qu'elle est due au sel marin ? ¿N'est-on pas fondé à croire que les fièvres qui paraissent avoir cédé si tardivement au sel marin se sont épuisées spontanément ? Mode de terminaison très-fréquent à Paris, même en été, et plus fréquent encore pendant l'hiver.

Que si l'on veut absolument faire honneur au sel marin de ces 4 guérisons lentes et laborieuses, on ne contestera pas au moins ces deux conclusions que nous tirons tout de suite : 1° au Val-de-Grâce, la proportion des guérisons aux insuccès a été de 4/7[e] ; 2° un fébrifuge dont l'action ne paraît assurée que dans cette proportion et se manifeste avec cette lenteur ressemble peu à un spécifique ; il ne saurait trouver place dans la thérapeutique des endémies palustres de l'Afrique ; son emploi y serait aventure et péril.

Au mois de juillet 1851, M. le docteur Herbin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Mont-Louis, a adressé au conseil de santé deux observations de fièvre intermittente guérie par le chlorure de sodium ; la première se rapporte à une fièvre double quotidienne, accès le matin, accès le soir. La première dose de sel marin (20 grammes) provoque un vomissement et deux garde-robes en diarrhée. Après trois doses, suppression de l'accès du matin ; celui du soir ne disparaît qu'après la quatrième dose. Est-ce là un succès ? La seconde observation est trop complète pour autoriser une appréciation. Enfin, dans ma récente tournée d'inspection en Afrique, un médecin m'a déclaré avoir tenté sans succès l'emploi du sel marin ; la même déclaration a été faite par trois autres médecins des hôpitaux de la province d'Oran à mon honorable collègue M. Vaillant, qui inspectait cette province en même temps que je visitais celle de Constantine.

Je regrette de n'avoir pu prévoir cette discussion et de n'avoir recueilli sur place des renseignements détaillés ; mais le fait de l'abandon du chlorure de sodium en Algérie est assez significatif. Soyez certains que si nos médecins qui ont l'esprit tourné à la recherche des succédanés du sulfate de quinine, avaient tiré quelque parti du sel marin, ils auraient insisté sur l'usage de cette substance et se seraient appliqués à la faire prévaloir.

Au demeurant, le sel marin a été essayé et abandonné par les médecins militaires à Béfort, à Paris et dans trois ou quatre localités des provinces d'Oran et de Constantine ; il compte 2 succès douteux à Mont-Louis, que son climat et sa situation ne sauraient ranger dans la catégorie des localités véritablement marécageuses.

Si les résultats de la pratique militaire infirment les propriétés fébrifuges que l'on prête au sel marin, les observations de M. Piorry sont au moins insuffisantes pour les démontrer. Je n'examinerai pas la méthode qui a présidé à ses recherches et à la rédaction de son rapport : cette tâche a été remplie par notre collègue M. Grisolle, qui n'a rien laissé à faire à la critique ; il s'est souvenu fort à propos des préceptes que M. Chomel a si judicieusement développés dans le chapitre 19 de ses ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, et il en a fait une stricte application à l'analyse du travail de M. Piorry. A ces principes régulateurs de l'expérimentation thérapeutique, je voudrais en ajouter un qui trouve ici sa place : il est des médicaments qui ne peuvent être expérimentés partout avec la même efficacité ; il est des épreuves thérapeutiques qui ne deviennent complètes que dans certaines conditions de climat et de localité. Paris est-il un théâtre bien choisi pour juger à fond l'action des fébrifuges ? Est-ce dans les salles des hôpitaux civils de Paris que le médecin est autorisé à proclamer les succédanés du quinquina ?

Vous savez, messieurs, qu'une commission nommée par la Société de pharmacie de Paris est appelée, elle aussi, à prononcer sur la valeur de plusieurs substances ou préparations proposées comme succédanés du sulfate de quinine ; la plupart de ces médicaments paraissent avoir été essayés avec quelque avantage dans des localités de province où les fièvres sont bénignes : l'un d'eux l'a été à Paris, et, dit-on, avec succès. Le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil de santé, s'est intéressé à ce concours et a autorisé des épreuves, qui ont eu lieu simultanément à Perpignan, en Corse, et récemment sous mes yeux à Rome. Eh bien ! messieurs, les résultats n'ont pas répondu à ceux de Paris. C'est qu'à Paris les fièvres d'origine locale ont peu de gravité, et celles qui y sont importées tendent à décroître, à s'éloigner. Les fièvres de première invasion, que j'ai traitées en si grand nombre pendant quatorze années au Val-de-Grâce, n'ont offert qu'une minime proportion de cas rebelles ; elles cèdent, pour la plupart, à des médications variées : le régime hygiénique, l'expectation, ont souvent suffi pour les guérir. Les fièvres de Corse et d'Afrique s'améliorent rapidement à Paris ; rien n'est plus facile que d'en couper les accès : ce qui résiste, c'est l'engorgement splénique, c'est l'anémie qui les accompagne, c'est l'état cachectique qui résulte de leur invétération ou de la fréquence et de l'intensité de leurs atteintes antérieures.

Voici des chiffres que j'emprunte à un travail de M. le docteur Cazalas, adressé au conseil de santé : sur 150 cas de fièvres traitées au Val-de-Grâce par l'expectation, par les amers ou par les évacuants, 130 ont guéri, et sur ces 130 malades guéris, 13 seulement ont présenté des rechutes. Sur 74 cas de fièvre soumis à l'action du sulfate de quinine, ce médicament n'a échoué qu'une seule fois ; or, en Corse, en Afrique, à Rome, l'efficacité du sel de quinine ne se manifeste pas dans cette proportion, et c'est là, comme vous le voyez, une contre-épreuve de la bénignité des fièvres observées à Paris. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, Paris n'est pas le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges. Je ne prétends pas que l'on ne puisse y réunir une somme de cas propre à vérifier leur action ; il se rencontre dans les hôpitaux civils et militaires des exemplaires de fièvre intermittente qui méritent de servir à la mesure du pouvoir fébrifuge de la quinine elle-même. Mais faire entrer dans l'expérimentation la série ordinaire des faits que chaque jour présente au hasard, c'est en compromettre les bases et justifier dès l'abord le doute qui s'attache aux conclusions.

Personne n'a plus d'estime que moi pour les travaux de M. Piorry, et la science inscrira son nom parmi ceux des médecins qui ont contribué à l'élucidation des problèmes du diagnostic médical ; mais s'il lui plaît de soutenir avec conviction une doctrine pyrétologique que les faits repoussent, il n'est pas autorisé à s'écarter des règles de l'expérimentation clinique. Il avait à étudier l'action du sel marin dans la fièvre intermittente, et il commence par la détermination de celle qu'il exerce sur la rate. Conclure de l'une à l'autre, c'est conclure de la partie au tout, c'est confondre deux résultats thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement liés. Une pareille méthode ne sera acceptée que par ceux qui admettent, avec M. Piorry, que l'engorgement splénique est la cause organique de la fièvre. Nous prévenons l'honorable rapporteur que, parmi les médecins militaires qui observent sur une si grande échelle les endémies des pays chauds marécageux, pas un seul ne partage cette vue pathogénique. Pour eux, comme pour nous, l'intumescence de la rate est un des symptômes profonds, l'un des caractères anatomiques de la fièvre ; elle représente d'une manière palpable les localisations congestionnelles que détermine l'état fébrile, et qui ne se bornent point à la rate. Aussi est-il des médicaments qui modifient le volume de la rate sans guérir la fièvre, et réciproquement, on trouvera peut-être des fébrifuges qui resteront sans action sur cet organe. Tel est d'ailleurs assez fréquemment le sort du sulfate de quinine ; il suffit de visiter, pendant le règne des fièvres endémiques, l'un des hôpitaux de la Corse ou de l'Afrique, pour y rencontrer un grand nombre de malades qui se débarrassent de leur fièvre par le bienfait du sulfate de quinine et conservent des rates très-volumineuses. Sont-ils atteints de rechute, le même sel guérit encore leurs accès sans diminuer l'engorgement de leur rate. Cette lésion persiste ensuite indéfiniment sans ramener la fièvre. M. Piorry a prévu cette objection, et il explique la cessation des états fébriles par les modifications profondes que la rate a éprouvées dans sa texture, par ses métamorphoses de tissu, par l'altération de sa trame nerveuse.

Tous les termes de ce raisonnement sont contestables : rien ne prouve que, chez les individus à grosse rate et qui n'ont plus d'accès fébriles, cet organe soit profondément altéré dans sa texture et même métamorphosé. Nos médecins d'Afrique ont souvent l'occasion de vérifier le contraire par des ouvertures cadavériques. Sans doute la rate peut se montrer ramollie, indurée, etc. ; mais interrogez ceux qui ont observé sur les théâtres de grandes épidémies palustres : le cas ordinaire est celui du simple engorgement splénique.

Autre objection non prévue par le savant rapporteur : il est des engorgements spléniques d'emblée, je veux dire non précédés de fièvre, et qui sont l'expression d'une sorte d'acclimatement exagéré. Dans les pays chauds et marécageux, tous les nouveaux venus ne subissent pas, suivant un mode uniforme, les effets de l'impaludation : les uns, et c'est le plus grand nombre, régissent et développent la série progressive des types fébriles, depuis la fièvre éphémère jusqu'à l'accès pernicieux, depuis l'intermittence la plus tranchée jusqu'à la continuité ; d'autres éprouvent graduellement et sans troubles manifestes une sorte d'imprégnation miasmatique ; ils s'altèrent dans leur constitution ; ils se décolorent ; ils arrivent à un état analogue à celui que les paysans de la Bresse désignent sous le nom de *traîne*. Si vous percutez, chez eux, l'hypocondre gauche, vous constatez la tuméfaction de la rate, quoiqu'ils n'aient pas eu la fièvre ; c'est là une forme lente de l'intoxication palustre.

Considérer la lésion splénique comme la cause des manifestations fébriles, c'est se refuser à la vue d'ensemble de tous les éléments d'un état morbide; prendre l'engorgement de la rate pour la pierre de touche des fébrifuges, c'est déplacer la base de l'expérimentation clinique.

Mais en refusant à cette lésion l'importance pathogénique que lui accorde M. Piorry, et tout en reconnaissant qu'on l'observe dans d'autres affections qui n'ont point d'affinité constatée avec les fièvres de marais, nous la notons comme l'un des phénomènes organiques les plus constants qui coïncident avec les accès fébriles; et sans disserter sur les dimensions mathématiques de la rate, sans faire valoir des différences de volume qui se traduisent en millimètres, nous affirmons que, dans les fièvres intermittentes de récente invasion, et alors que la rate n'a pas encore subi d'altération permanente de texture et de volume, la percussion journellement exercée permet de vérifier le rapport de ses variations de dimensions avec l'état fébrile et l'apyrexie, souvent même avec le nombre et l'intensité des accès fébriles qui se succèdent. Que M. Piorry ait varié lui-même dans l'appréciation des dimensions normales de la rate, peu importe; il n'est pas facile d'arriver exactement à ce genre de détermination, et l'on ne peut que louer les efforts persévérants d'un investigateur dont personne ne méconnait la ferveur et l'habileté. Quoi qu'il résulte des expériences des physiologistes et des vétérinaires, c'est un fait depuis longtemps acquis à l'observation clinique que le gonflement de la rate sous l'influence des accès fébriles. Ce fait se montre plus constamment encore quand les accès se sont répétés, et il ne manque presque jamais chez les sujets atteints de la cachexie de marais. Hippocrate le signalait chez les habitants des rives du Phase, et il n'est pas un praticien des pays marécageux qui ne l'ait vérifié. Une mission officielle m'a conduit récemment dans trois pays également connus par la gravité de leurs endémies palustres : la Corse, que je revoyais pour la troisième fois, l'Algérie et le bassin de Rome. Partout j'ai constaté l'engorgement splénique chez les fébricitants et chez les malades qui, guéris de la fièvre, restaient pâles et débilités; partout, quand la palpation ne suffisait pas pour le constater, la percussion avec ou sans plessimètre le mettait hors de doute. Rien de plus fréquent dans ces contrées que le développement de la rate jusqu'au-dessous de l'ombilic, et à Rome, en Afrique, nous avons retrouvé, comme il y a vingt ans en Morée et il y a dix-sept ans à Calvi, des rates qui par leur bord inférieur atteignaient la crête iliaque. Un fait si général ne paraîtra pas indifférent aux praticiens qui ont l'habitude de ne négliger aucun élément de diagnostic et de pronostic; gardons-nous d'en exagérer l'importance, mais évitons aussi de discréditer, par une critique spirituelle, les résultats même provisoire de la plessimétrie; plus ou moins contestables quand ils affectent une précision que ne comporte point ce genre de recherche et que l'art n'exige point, ils ont cependant le mérite de fixer l'attention sur un signe diagnostique dont M. Grisolle a lui-même déduit d'excellentes indications.

Dans la question pratique qui a été soulevée à l'occasion du sel marin, M. Piorry n'a vu pour ainsi dire que l'état de la rate; je serais tenté de reprocher à M. Grisolle de s'être arrêté à la considération exclusive de la fièvre. L'état fébrile à différents types, comme l'intumescence splénique, n'est qu'un élément de l'endémie des pays marécageux; il faut regarder au delà des fièvres bénignes qui guérisent, au delà des fièvres pernicieuses qui tuent en quelques heures : les unes, quoique faciles à couper, récidivent et finissent par altérer l'état général; les autres, quand elles cèdent aux hautes doses de quinine, laissent dans l'organisme plus de traces qu'on ne pense et le tiennent longtemps sous l'imminence des rechutes. Pour avoir une idée complète de l'action des miasmes marécageux, il faut envisager la série entière des phases pathologiques que parcourent ceux qui restent exposés indéfiniment à leur influence ou qui ont subi d'emblée une imprégnation si énergique que, même après les accès guéris, ils ne cessent d'être malades et marchent, soit par des rechutes, soit par l'impulsion continuée de la première atteinte, vers l'état cachectique.

Or, messieurs, le quinquina répond à la série des indications thérapeutiques parallèle à la série des phases pathologiques de l'endémie des marais; il n'en est aucune où, sous une forme quelconque, il ne trouve utilement sa place; si son alcaloïde est l'agent par excellence pour rompre l'enchaînement des accès fébriles, pour combattre la fièvre à type intermittent, rémittent et subcontinu, les diverses préparations qui contiennent toute la substance du quinquina, décoction, poudre, électuaire, extrait sec et mou, vin de quinquina, contribuent efficacement à relever les forces, à corriger l'inertie fonctionnelle du tube digestif, à prévenir les rechutes; beaucoup de nos médecins, en Afrique, préfèrent le quinquina au sulfate de quinine pour combattre les fièvres récidivées, les fièvres invétérées, celles qui s'accompagnent d'anémie, d'atonie du tube digestif, etc. Le vin de quinquina est utilement employé à toutes les époques de la maladie endémique des pays marécageux.

Donc, quand on vient nous proposer un nouvel agent pour le traitement des fièvres de marais, il faut qu'il puisse remplacer, non-seulement la quinine, mais le quinquina tout entier; il ne suffisait pas que le sel marin fût un fébrifuge pour devenir un succédané du quinquina. Permis aux médecins qui n'ont à combattre que les fièvres intermittentes de Paris de se préoccuper exclusivement de la suppression des accès : ils ne sont pas témoins de ces fièvres rémittentes et subcontinues qui, après une durée de sept à quatorze jours, laissent à leur suite une débilitation profonde avec pâleur générale, signes certains de l'altération du sang et de l'atteinte du système nerveux; ils n'ont pas à lutter contre les rechutes incessantes et la progression des phénomènes cachectiques. Anémie, torpeur, engorgement du foie et de la rate, diarrhée, œdèmes de la face et des extrémités, puis ascite et anasarque, hémorrhagies passives, quelquefois accidents scorbutiques ultimes, tels sont les caractères les plus saillants de cette cachexie, qui, lente à se produire dans nos climats, se multiplie en Afrique vers la fin de chaque saison épidémique et se prolonge en hiver.

Les hommes qui présentent ces divers degrés de délabrement, s'ils restent sur les lieux, sont des victimes désignées aux fièvres de l'été suivant. Pendant l'hiver, où la santé générale est excellente, beaucoup d'entre eux sont atteints d'épanchements pleurétiques, d'œdèmes pulmonaires, de pneumonies, qui n'offrent plus de prise à la thérapeutique. Voilà les malades qui font le désespoir de la médecine dans les pays chauds, marécageux, et que j'ai vus récemment en grand nombre à Philippeville, à Bône, à Batna, à Sétif et jusqu'à Biskra, mais nulle part plus détériorés et plus nombreux que dans l'insalubre presqu'île de Gigelli. Voilà des états morbides secondaires, tertiaires, qui dérivent d'une seule et même cause, l'impaludation, et qui se renforcent mutuellement. Un médicament qui ne serait que fébrifuge, comme le sel marin, répondrait-il à toutes leurs indications? — Non, parce que la fièvre, avec ou sans tuméfaction primitive de la rate, n'est que l'un des éléments du problème thérapeutique, comme elle n'est que l'un des côtés de la question pathologique. Fébrifuge et tonique, le quinquina, s'il n'est point le spécifique de l'affection palustre à tous les degrés, offre, tant par la complexité de ses principes que par ses divers modes d'appropriation pharmaceutiques, des ressources que l'on a vainement cherchées jusqu'à ce jour dans une série innombrable de prétendus succédanés.

Le sel marin aura-t-il une meilleure fortune? Les observations de l'honorable M. Piorry auront le mérite de le signaler à l'attention des praticiens; mais en présence des résultats douteux ou négatifs que son usage a donnés aux médecins militaires, j'oserais conseiller à l'Académie de n'adopter provisoirement aucune conclusion qui engage l'autorité de son jugement, et je crois répondre à ses habitudes de haute réserve en lui proposant de renvoyer les documents qu'elle a reçus, et qu'elle pourra recevoir encore au sujet du sel marin considéré comme fébrifuge, à l'examen définitif de la commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina.

Je propose en outre d'adjoindre M. Piorry à la commission des succédanés.

M. Piorry commence par remercier M. Michel Lévy de la courtoisie de son argumentation, puis il répond à peu près en ces termes à quelques-unes de ses objections :

Une chose m'a frappée, dit M. Piorry, dans ce que vient de dire M. Michel Lévy, c'est le très-petit nombre de faits qu'il a invoqués contre l'efficacité du sel marin dans la fièvre d'accès. Presque toute l'argumentation de M. Lévy sur ce point consiste à dire que quelques médecins d'Afrique n'ont pas réussi avec le sel. Que l'on rapproche ces quelques faits négatifs des expériences auxquelles je me suis livré depuis dix-huit mois et l'on jugera.

Une autre objection de M. Michel Lévy consiste à dire que Paris n'est pas propre aux expériences de ce genre. Je ne suis pas d'accord avec lui là-dessus. En Afrique, en Sologne, on est placé sous l'influence des miasmes paludéens, circonstance peu favorable pour l'étude des différentes espèces de fièvres d'accès; car on n'y peut étudier qu'une seule fièvre, la fièvre marécageuse, les autres espèces manquent. A Paris, au contraire, on peut voir une plus grande variété de fièvres; et lorsqu'on dit qu'à Paris les fièvres intermittentes sont peu graves, je renverrai au sixième volume de mon TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, où l'on trouvera des exemples de fièvres d'une extrême gravité.

On a parlé de gonflements de la rate d'emblée, sans accès fébriles. Mais il en est de même dans un grand nombre d'autres maladies. Ne voit-on pas des phthisies se manifester sans avoir été précédées ni accompagnées de toux et de symptômes généraux? On en pourrait dire autant pour certaines maladies de la rate, du foie et d'autres viscères. C'est donc un argument sans valeur.

M. Piorry termine, à l'occasion de la délimitation de la rate par la plessimétrie, en insistant sur l'utilité des moyens physiques d'exploration. Partout, dit-il, où l'on peut porter la mesure, le compas, c'est le progrès; il ne faut pas s'en rapporter à l'esprit, mais au doigt qui palpe et à l'oreille qui écoute.

M. Grisolle : J'aurai fort peu de chose à dire pour répondre à M. Piorry. Je ne sais si je me fais illusion, mais il me semble que M. Piorry n'a détruit aucune de mes objections. J'ai dit que M. Piorry n'avait point appliqué le médicament en expérimentation à des cas de fièvres intermittentes dont le diagnostic eût été bien établi; j'ai ajouté que M. Piorry s'était fait une fièvre intermittente à lui; j'ai appuyé ces assertions sur la citation d'un passage du rapport de M. Cherest, d'après lequel M. Piorry établit deux catégories de fièvres intermittentes, une catégorie de fièvres légitimes, et qui comprend toutes les maladies auxquelles on est convenu de donner le nom de fièvres intermittentes, et une seconde catégorie qui comprend les cas de fièvre intermittente telle que la comprend M. Piorry, cette seconde catégorie est constituée par des maladies qui, pour aucun médecin instruit, ne seraient des fièvres intermittentes.

J'ai dit que M. Piorry s'était fait aussi une rate à son usage. Les citations que j'ai faites prouvent assez combien les évaluations de M. Piorry à cet égard ont varié. Il en résulterait qu'une rate qui était considérée comme saine autrefois serait aujourd'hui une rate malade et tributaire du sulfate de quinine ou du sel marin.

M. Piorry m'a reproché mon inhumanité, parce que j'ai dit que lorsqu'on veut expérimenter un médicament contre les fièvres intermittentes, il ne faut pas le donner de suite et dès le premier accès. J'ai cité des exemples que tous les médecins des hôpitaux connaissent, d'accès qui se dissipent souvent d'eux-mêmes. J'en ai vu un nouvel exemple encore tout récemment. Un homme est entré à l'hôpital Beaujon affecté d'une fièvre intermittente depuis deux mois. Le jour même de son entrée, il a eu un accès très-fort. M. Piorry aurait sans nul doute donné le sulfate de quinine ou le sel marin; j'ai mieux aimé attendre. Eh bien! l'accès n'est plus revenu. Ce n'est pas que je prétende ériger en principe qu'il ne faut point traiter les accès au début. Les médecins du dernier siècle agissaient ainsi, je le sais, ils ne traitaient pas de suite la fièvre, ils attendaient cinq ou six accès dans l'idée que la fièvre intermittente était une sorte de maladie dépurative dont il ne fallait pas se hâter de troubler la marche. Non,

je suis le précepte de Berti adopté aujourd'hui par tous les praticiens, je traite la fièvre dès j'en ai constaté l'existence; mais je dis que telle n'est pas la marche à suivre lorsqu'il s'agit d'expériences ayant pour objet d'apprécier les effets d'une médication. Je suis jeune; mais n'en déplaise à notre vénérable collègue, je ne l'imiterai pas sur ce point.

Je me résume en invitant l'Académie à prendre en considération les conclusions que je lui ai proposées. (Aux voix! la clôture.)

Sur la demande d'un grand nombre de membres la clôture de la discussion est mise aux voix.

M. le Président lit successivement les conclusions du rapport et les amendements proposés par MM. Grisolle et Michel Lévy.

Les conclusions proposées par M. Michel Levy étant celles qui s'éloignent le plus de celles du rapporteur sont mises aux voix les premières.

M. Piorry déclare se ranger à ces conclusions.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les phénomènes normaux et morbides de la circulation, de la caloricité et de la respiration chez les nouveau-nés. Des soins que réclame leur éducation. Thèse de Paris; par M. Antoine-René Mignot. 1851.

La thèse de M. Mignot nous semble du nombre de celles qui sont destinées à rester dans la science, parce qu'elles auront marqué l'un de ses pas, réalisé un de ses progrès. L'auteur s'est attaqué à l'un des sujets les plus utiles à la fois et les plus épineux, la cause et le remède des maladies qui déciment les nouveau-nés. Du moins, si ce n'est pas là le titre textuel de ses recherches, c'en serait le véritable et précieux corollaire; car la détermination des conditions vitales particulières à la première enfance amène par une déduction naturelle la connaissance et de leurs effets, et des moyens propres à en corriger les déviations. Sans doute l'auteur a envisagé cette perspective: on ne saurait autrement expliquer le zèle qu'il a apporté à la solution de problèmes physiologiques, à coup sûr fort intéressants en eux-mêmes, mais dont la pathologie peut seule montrer toute l'importance.

Un point qui devait servir de base aux inductions cliniques avait d'abord besoin d'être mis hors de doute. La circulation, la respiration et la calorification sont-elles au même degré chez le nouveau-né et chez l'adulte? M. Mignot a étudié dans ce but l'état des trois fonctions précitées sur quatorze enfants âgés de 3 à 7 jours. La moyenne a été de 125 pulsations et de 35 inspirations par minute. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, a marqué 37°,6.

Il faut rappeler ici, pour faciliter la comparaison, que la chaleur de l'adulte ne s'élève qu'à 37°, et qu'il n'offre en moyenne pas plus de 70 pulsations, et de 18 inspirations à la minute.

Cette proposition, ainsi établie d'une manière expérimentale, confirme les données émises par Haller, Sœmmering, Nægele, MM. Trousseau, Jacquemier, etc. En revanche, elle détruit les assertions contradictoires de quelques auteurs, parmi lesquels on peut citer Billard, MM. Valleix et Roger.

On comprend toute la nécessité d'une fixation rigoureuse sur ce point; car il ne s'agit de rien moins que de savoir si un pouls de 125, par exemple, chez un nouveau-né, dénote l'état fébrile ou n'est qu'un phénomène normal.

Quant à la chaleur, quoiqu'elle soit, d'après ces expériences, plus forte de quelques fractions de degré que chez l'adulte, cette différence ne constitue pas, à beaucoup près, une infraction à la loi suivante, posée par Edwards: *« que la faculté de produire de la chaleur est, chez l'enfant nouveau-né, à son minimum, et qu'elle s'accroît successivement jusqu'à l'âge adulte. »* Elle en serait bien plutôt la confirmation; car, comme le dit avec raison M. Mignot, la combustion pulmonaire étant la principale source de la chaleur animale, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner qu'avec une activité si considérable des mouvements respiratoires et circulatoires, le nouveau-né n'offre pas une chaleur de beaucoup supérieure à celle de l'adulte? Si un homme de 30 ans avait, par impossible, d'une manière soutenue, 125 pulsations et 35 inspirations par minute, le thermomètre, chez lui, n'accuserait-il pas une augmentation de température plus forte que les 6/10 qui différencient, sous ce rapport, l'état du nouveau-né d'avec celui de l'adulte?

Dans l'étude pathologique, qui forme la seconde partie de ces recherches, le tableau change, et ce qui frappe plus, en passant en revue les maladies de cet âge, c'est la faiblesse des réactions, la dépression rapide et profonde des fonctions respiratoires et circulatoires. M. Mignot choisit pour premier exemple l'étude du *sclérème ou endurcissement du tissu cellulaire*. Dans cette affection, la lésion de la caloricité est, sinon la première, au moins l'une des plus importantes manifestations symptomatologiques. D'après ses observations, dont il reproduit ici cinq des plus significatives, l'auteur a vu dans ce cas la température baisser quelquefois jusqu'à 23°. (Plus de 14° au-dessous de l'état normal!) Les inspirations descendaient au même chiffre de 23, et le pouls s'abaissait à 87, dernière limite.

Passons sur les conclusions cliniques et thérapeutiques que M. Mignot tire de cet exposé, et poursuivons le cours de ses observations physiologiques. Le sclérème n'est pas le seul état où les fonctions vitales reçoivent, chez le nouveau-né, une atteinte aussi prononcée. Dans les premiers jours de la vie, il survient souvent au sein des organes des altérations profondes qui, loin de susciter une réaction fébrile, s'accompagnent au contraire d'un abaissement de la température normale, du ralentissement du pouls.

M. Mignot, rendant au mot *apyrexie* son véritable sens étymologique — *privation de chaleur* — propose de le consacrer pour caractériser un pareil état. Mais il fait plus que le définir et le dénommer; il en cite de nombreux exemples, où le muguet, la pneumonie, présentaient cette perturbation spéciale des fonctions nutritives essentielles. La chaleur a souvent été réduite à 32 et 33°, le pouls à 84, les inspirations à 24; et cela, notez-le bien, sans que la vie fût sérieusement menacée, et bien avant ce collapsus général qui précède et annonce l'agonie. C'était un mode particulier de réaction, une manière à eux de ressentir l'effet des causes morbides.

Puis donc que, chez les nouveau-nés, l'état *apyrétique* peut exister dans le cours des maladies qui, à tous les autres âges, produisent des troubles fonctionnels complétement opposés, il faut bien, pour expliquer cette différence, en admettre une dans leur organisation et dans leur mode de résistance vitale. Or les expériences d'Edwards facilitent singulièrement cette explication par le rapprochement qu'elles permettent d'établir entre l'enfant qui vient de naître et toute une classe d'animaux vertébrés.

Ce célèbre physiologiste trouva en effet que, dans les oiseaux et les mammifères, le nouveau-né, pendant les quinze premiers jours, subit un abaissement de température en rapport avec le refroidissement du milieu au sein duquel on le place. Donc, dit-il, la faculté de produire de la chaleur et de la maintenir est à son *minimum* à l'époque de la naissance.

Mais cet abaissement, qui plusieurs fois fut de plus du tiers de la chaleur normale, abaissement qui, chez un animal adulte, eût produit la mort, ne causait sur l'animal nouveau-né qu'une perturbation passagère dont on le tirait sans peine en le réchauffant; de sorte qu'Edwards put établir, en second lieu, que l'abaissement de la température du corps n'est pas également nuisible dans les différents âges, qu'elle l'est d'autant moins que les animaux sont plus jeunes.

Il est à la vérité certaines espèces où les petits naissent avec une source plus abondante et plus constante de chaleur. D'après les faits qu'il a observés, M. Mignot rattacherait plutôt *« le fils de l'homme »* à la première catégorie, à celle des jeunes animaux à température variable. Néanmoins des différences l'en séparent. Il a sa constitution propre, intermédiaire, n'offrant ni la faiblesse de résistance au froid de la première classe, ni la force de résistance de la seconde.

La limite de cette période de susceptibilité est bien difficile à fixer d'une manière précise. L'auteur a observé jusqu'à la sixième semaine des cas de diminution de chaleur qui n'auraient pu avoir lieu impunément chez l'adulte. Mais les exemples les plus nombreux qu'il ait constatés d'abaissement de température, et ceux où cet abaissement a été le plus prononcé, appartiennent aux quinze premiers jours de la vie. Ainsi la maladie prolongerait un peu pour l'enfant le temps de cette prédisposition au refroidissement, mais elle se conformerait le plus souvent à la loi qui régit les autres espèces.

De ces données, M. Mignot tire des conséquences non-seulement relatives au mécanisme du sclérème, mais aussi concernant sa cause. Il l'attribue positivement au froid, qui agit avec tant de force sur l'organisation si susceptible du nouveau-né. Et effectivement, sans parler des faits nombreux où l'on a pu constater la cause de l'affection dans un refroidissement accidentel résultant du transport de l'enfant à longue distance, il est une remarque bien digne d'attention, c'est que l'endurcissement du tissu cellulaire est une maladie presque spéciale à la saison froide.

Le tableau suivant, que nous empruntons textuellement à l'auteur, est la démonstration la plus frappante de la réalité de cette coïncidence. Il a rapport au nombre des entrées, chaque mois, des malades atteints de cette affection à l'infirmerie de médecine des enfants trouvés, en 1848:

Janvier. .	8.	Mai. . .	5.	Septembre. .	Inconnus.
Février. .	26.	Juin. . .	0.	Octobre. . . .	3.
Mars. . .	46.	Juillet. .	0.	Novembre. . .	47.
Avril. . .	44.	Août. . .	Inconnus.	Décembre. . .	44.

On comprend, du reste, qu'à cette cause résultant du refroidissement, d'autres prédispositions peuvent s'ajouter et l'aggraver. Telles sont la prématurité de la naissance, la débilité congéniale, puis et surtout l'influence d'une alimentation insuffisante pour la quantité, ou défectueuse quant à la qualité. M. Mignot, ici encore, a habilement utilisé les expériences de Chossat, sur les animaux soumis artificiellement à l'inanition. Pour les nouveau-nés *apyrétiques*, comme chez ces animaux, le meilleur moyen de les réchauffer, c'est, non pas de les approcher du feu, mais de leur donner, par le lait d'une nourrice de choix, une alimentation bonne et convenable à leur âge.

Mais ce n'est pas à fournir du lait que se borne le rôle de la nourrice; elle a d'autres services à rendre à l'enfant: elle le porte dans ses bras, le réchauffe à son contact, le remue, le tient à propos éveillé, et par là entretient une salutaire agitation dans tout son être. Cette intervention est d'autant plus utile que l'activité de la vie animale et de la contraction musculaire accroît la température du corps, et que le repos de la nuit, au contraire, en amène l'abaissement. L'immobilité dans laquelle on laisse forcément les enfants couchés à l'hôpital entre donc pour sa part dans la production du refroidissement qu'ils subissent; et multiplier les nourrices ou les filles infirmières qui peuvent leur donner ces soins nécessaires de tous les instants serait l'une des plus pressantes indications à remplir pour diminuer la mortalité de ces établissements.

Première condition hygiénique, la préservation contre le froid est, durant le jeune âge, la meilleure prophylaxie des maladies qui lui sont spéciales. Il faut donc l'écarter de nos enfants, et cela d'autant plus soigneusement, qu'on peut moins aisément décider où le froid pour eux commence et où il finit. Ils ne savent pas s'en plaindre et ne témoignent le plus souvent que par le commencement d'une maladie incurable qu'ils en ont souffert. Ils y sont d'ailleurs plus sensibles en raison de la température élevée du milieu qu'ils occupaient avant leur naissance. En un mot, pour employer l'expression de l'auteur, ils se trouvent, vis-à-vis de nous, dans la position d'un habitant de la zone torride transporté tout à coup au milieu des hommes du Nord.

A cet excès de sensibilité, il faut opposer un excès de précaution. Parmi les sages conseils que M. Mignot donne à cet égard, nous mentionnerons, avec une recommandation des plus expresses, celui de ne jamais laisser descendre la température des salles d'enfants nouveau-nés au-dessous de 19 à 20°, température moyenne des mois les plus chauds, pour Paris.

Le maillot, malgré l'anathème de Rousseau, lui semble aussi un vêtement bien préférable aux langes *larges et flottants*, qui ne retiennent que beaucoup plus incomplétement la chaleur créée dans l'organisme.

De même, et, bien entendu, en s'entourant des précautions nécessaires, il insiste sur l'utilité de faire coucher l'enfant avec sa nourrice, afin de mieux annihiler les chances du refroidissement nocturne.

La diète ne doit être que très-parcimonieusement appliquée aux maladies de l'enfant. Il la supporte très-mal. Il ne faut pas non plus, même alors qu'il paraît souffrant, le laisser se reposer à l'excès, l'abandonner à une torpeur trompeuse qui simule le sommeil. Lui imprimer de doux mouvements, le provoquer à en exécuter de spontanés, varier de temps en temps ses positions, ce sont des indications utiles pour l'état de santé, indispensables si une affection avec tendance au refroidissement est à craindre ou s'est déjà dessinée.

Le lecteur est à même de juger, malgré le laconisme obligé de cette analyse, si M. Mignot a su cliniquement appliquer les principes qu'une étude physiologique sévère lui avait fournis. La plupart de ses préceptes hygiéniques avaient déjà cours dans la pratique; mais en montrant leur légitime filiation avec les données de l'observation la plus rigoureuse, il a acquis le droit de les professer avec une nouvelle force. Et ce droit, nous devons ajouter qu'il l'a constamment exercé en écrivain persuasif autant que convaincu, d'une manière aussi propre à vulgariser ces utiles notions parmi les gens du monde qu'à leur concilier l'autorité des hommes scientifiques.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— Dans notre dernier numéro, en annonçant la nomination de M. Oulmont, l'un des médecins du bureau central récemment nommés, nous avons omis par erreur les noms des autres élus. Ce sont MM. Frémy, Montard-Martin et Bergeron. Toutes ces nominations ont eu lieu à l'unanimité.

—La Faculté des sciences de Montpellier a présenté à l'unanimité, comme candidats à la chaire de chimie, vacante par la démission de M. Gerhard, en première ligne M. Chancel, actuellement chargé du cours, et en seconde ligne M. Merget, professeur au lycée de Bordeaux.

Le conseil académique a désigné également à l'unanimité, en première ligne M. Chancel, premier candidat de la Faculté, et en seconde ligne M. Figuier.

C'est entre ces trois candidats que M. le ministre choisira le professeur.

— Le Lloyd de Vienne annonce que la mission donnée par le gouvernement français à M. David auprès du cabinet de Berlin a pour objet de lui communiquer un projet arrêté par les douze délégués des puissances maritimes à Paris sur les règlements sanitaires. Le choléra ayant été reconnu contagieux, en opposition avec l'opinion du gouvernement autrichien, ce gouvernement ne donnera que difficilement son assentiment à ce projet. M. David arrivera ici et cherchera à écarter cette difficulté. L'Abendpost (journal du soir) approuve la résolution prise par le gouvernement français, de donner des missions de ce genre à des hommes spéciaux.

— M. le consul général de Naples à Alger vient d'informer M. le gouverneur général qu'en vertu d'une décision de la commission sanitaire supérieure de Naples, en date du 7 janvier 1852, toutes les provenances d'Algérie seront admises à partir dudit jour en libre pratique dans les ports du royaume des Deux-Siciles.

— On lit dans le Courrier de Verdun, du 18 février :

« La fièvre typhoïde sévit dans la commune de Thonnelles où elle a déjà fait un grand ravage, il y a deux ans. Ce sont généralement des jeunes gens qu'elle attaque; cette fois encore elle a fait plusieurs victimes. »

— Hollande. — Les anciens membres de l'Institut des sciences et belles-lettres qui avaient refusé de faire partie de l'Académie royale des sciences, et qui, comme nous l'avons annoncé, ont reçu du roi une invitation pour revenir sur leur décision antérieure, se sont assemblés, il y a deux jours pour délibérer sur la résolution qu'il convenait de prendre dans les circonstances actuelles.

Après une discussion assez longue, ces membres ont signé une déclaration destinée au roi, dans laquelle ils consentent, par déférence pour le désir royal, à entrer dans l'Académie, tout en exprimant l'espoir que cette institution scientifique ne tardera pas à être établie sur de nouvelles bases, de manière à ce que son cercle d'études puisse être étendu à d'autres branches des connaissances humaines que simplement les sciences naturelles.

— M. Boudet, chirurgien sous-aide aux ambulances de Constantine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On lit dans l'Émancipation de Bruxelles du 15 février :

« Une question intéressante, sous le rapport hygiénique, vient, dit-on, d'être résolue d'une manière satisfaisante. A l'aide d'un nouvel appareil de ventilation, simple, peu dispendieux ou d'une application facile, M. Rousseau espère être parvenu à extraire l'air vicié de tout établissement quelconque, école, hôpital, atelier, usine, etc., sans y occasionner de courants d'air nuisibles à la santé des personnes qui doivent y séjourner. »

— La construction du nouvel hospice israélite de Paris, dû à la libéralité de M. de Rothschild, avance rapidement, et cet édifice sera inauguré sous peu.

— Après l'exécution de Martin Merino, sa tête a été moulée par le docteur Didier, médecin français établi à Madrid; elle est destinée au Musée anatomique, où se trouve la plus belle collection des têtes de criminels célèbres. Cette collection, unique dans son genre, est du plus grand intérêt scientifique.

— Trois pharmaciens étaient appelés jeudi dernier au tribunal pour répondre à l'action intentée contre eux par le ministère public, à l'occasion d'une contravention constatée par le jury médical du département : il s'agissait de vente de laudanum sans indication d'emploi, bien que ce médicament ait été délivré sur ordonnance de médecin.

Le tribunal, par un jugement longuement motivé, a déclaré qu'il n'y avait point eu contravention, et les a renvoyés sans dépens.

— On écrit de Hambourg (Allemagne), le 11 février :

« Depuis quelque temps la rage s'est déclarée chez un très-grand nombre de chiens à Hambourg et dans les environs, ainsi que dans la ville d'Altona, et maintenant cette maladie se propage de plus en plus dans le reste du Holstein, en suivant la direction du sud au nord. Beaucoup de personnes ont déjà été victimes de la morsure de chiens enragés, qui, dans le Holstein surtout, attaquent aussi les animaux domestiques, notamment les vaches et les chevaux.

» Les médecins trouvent que cette fois la rage, dans nos contrées, a pris un caractère en quelque sorte épidémique, et ils attribuent son développement à la température tiède et humide qui depuis longtemps règne dans le nord de l'Europe. On se rappelle que dernièrement beaucoup de chiens sont devenus enragés à Stockholm, et les dernières lettres de Malmœ, annoncent que, dans cette ville et sur plusieurs autres points du midi de la Suède, les cas de rage sont extrêmement fréquents, non-seulement parmi les individus de la race canine, mais aussi parmi les chats et divers autres animaux. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES DES SCIENCES ET DE MÉDECINE. — DU GOITRE ET DU CRÉTINISME.

D'assez nombreuses et importantes communications ont eu lieu depuis quelque temps, à l'Académie de médecine et à l'Institut, sur le goître et le crétinisme. M. Chatin a achevé la lecture d'un travail de haute valeur sur l'ioduration de l'air, des eaux et du sol, considérée dans ses rapports avec l'endémicité du crétinisme et du bronchocèle; M. Baillarger, il y a quelques semaines, et M. Fourcault, lundi dernier, ont présenté des considérations sur les caractères organiques du crétinisme.

Ce qui recommande puissamment le travail de M. Chatin, c'est la manière large dont ont été conçues et exécutées les expériences qui en font le sujet. En se confinant trop, comme on l'a fait jusqu'ici, dans l'étude de la composition chimique du sol, et en y cherchant presque uniquement la raison du goître et du crétinisme endémiques, on s'est exposé à de nombreux mécomptes. Avec une expérience ainsi instituée, les théories qu'on en a déduites eussent pu être vraies en elles-mêmes et se trouver néanmoins en désaccord avec les faits; et réciproquement, elles eussent pu être fausses et trouver pourtant dans les faits une confirmation apparente. On a, par exemple, soutenu qu'il y a parallélisme entre la distribution géographique du crétinisme et celle des terrains magnésiens, concluant le plus souvent, à défaut d'expériences directes, de la nature magnésienne du sol à la présence de la magnésie dans les eaux potables. Supposez que réellement l'usage interne d'eaux magnésiennes soit une cause ou la cause principale du crétinisme endémique, il pourra arriver que telles eaux, favorisées par une température assez élevée ou par des conditions chimiques particulières, dérobent à un sol peu magnésien une quantité de magnésie relativement considérable, et alors si la localité est riche en crétins, celui qui ne regardera qu'à la qualité du terrain y trouvera naturellement une objection contre la théorie. Il pourra arriver, par contre, qu'un sol très-magnésien cède néanmoins peu de magnésie aux eaux potables, et alors l'induction tirée uniquement de la qualité du terrain n'aura qu'une légitimité illusoire. Ce n'est pas tout. L'homme ne puise pas ses éléments de vie seulement dans l'eau que la terre lui verse; il les emprunte encore à l'atmosphère et aux règnes végétal et animal. Quoi que puisse apprendre l'analyse des eaux, elle ne dira pas si l'air, si les produits alimentaires, offrent ou non des conditions auxquelles on puisse également rattacher le mode de répartition des crétins sur la surface du globe.

M. Chatin, qui n'avait pas commencé ses expériences dans le même but, et qui poursuivait seulement la recherche de l'iode dans les substances destinées à l'entretien de la vie, s'est trouvé néanmoins à l'abri de ces causes d'erreur le jour où il a été amené à faire entrer dans le cercle de ses études l'étiologie du crétinisme. C'est le fruit d'une conception forte et judicieuse du sujet, unie à un zèle persévérant. M. Chatin est parvenu, en peu de temps, à déterminer la quantité relative de l'iode que contiennent respectivement l'air, les eaux et les terrains, dans différentes zones de l'espace compris entre Paris et le versant méridional des Alpes, et le premier résultat de ces recherches, c'est précisément que les quantités d'iode appartenant aux différents milieux ne sont pas toujours proportionnelles. Si, par exemple, il y a parallélisme à peu près constant, sous ce rapport, entre l'air et les eaux potables légères, les eaux *dures* ne sont presque pas iodurées, quelle que soit la richesse de l'atmosphère. Mêmes divergences entre le terrain et les eaux (l'ioduration du sol représente ici, et représente assez exactement celle des produits qui se développent à sa surface; là où le sol contient peu d'iode, il y en a peu également dans le blé, le maïs, le vin, la viande de boucherie, etc.)

La conséquence de ces faits va de soi. Pour apprécier l'influence hygiénique de la proportion d'iode répandue dans une localité donnée, il ne faut pas seulement interroger un des milieux où l'homme puise les éléments de sa vie, mais bien les scruter tous avec le même soin, et additionner les résultats partiels. En suivant ce procédé, M. Chatin est arrivé à établir, dans la section géographique indiquée plus haut, trois grandes régions, à savoir : 1° une région dite *normale*, qui est celle de Paris, où les 8,000 litres d'air respirés par un homme en vingt-quatre heures, contiennent en moyenne 1/200° de milligramme d'iode; le litre d'eau pluviale, 1/150° de milligramme, le litre d'eau de source ou de rivière, 1/300°; 10 grammes de sol arable, 1/200°; 2° une région intermédiaire, comprenant le Soissonnais, Lyon, Turin, Clermont, Nancy, Strasbourg, où la quantité d'iode contenue dans l'air, les eaux et la terre arable varie de 1/400° à 1/1000° de milligramme et au-dessous; 3° la région des vallées alpestres, où la quantité d'iode dans les différents milieux ne s'élève pas à 1/2000° de milligramme. Dans la première région, le goître endémique est absolument inconnu; dans la seconde, le goître est plus ou moins commun, et le crétinisme est rare ou inconnu; la troisième est la patrie du goître et du crétinisme. D'où il résulte, en définitive, que le développement et la fréquence de ces affections sont inversement proportionnels à la quantité d'iode contenue dans l'air, les eaux et le sol.

La poursuite simultanée de l'iode dans les différents milieux a un autre avantage. En établissant la présence de ce corps dans des véhicules susceptibles d'être transportés, elle donne le moyen de suppléer à l'insuffisance de l'ioduration locale et de la ramener, suivant l'expression de l'auteur, au *type normal* ou à la *zone de Paris*. Exemple : A Turin ou à Clermont, où le goître n'est pas rare, le sol et l'atmosphère sont médiocrement iodurés, ses eaux le sont encore moins; on remédierait à ces fâcheuses conditions en recueillant l'eau de pluie et en tirant les produits alimentaires de contrées riches en iode, telles que la Brie, la Beauce, la Bourgogne, le Bordelais, les basses plaines du Piémont.

Voilà, en quelques mots, les idées de M. Chatin. Reposent-elles sur des données bien rigoureuses? A parler franchement, cette ubiquité de l'iode, ces évaluations infinitésimales desquelles découle pourtant toute la doctrine, nous paraissent propres à inspirer tout d'abord quelque défiance; mais notre incompétence absolue nous défend toute contestation formelle. Nous ne nous permettrons donc que deux remarques, l'une et l'autre étrangères au point de vue chimique et concernant exclusivement la question médicale.

Nous aurions désiré que l'auteur s'expliquât plus nettement sur le sens étiologique qu'il attribue à l'insuffisance de l'iode dans l'air, le sol et les eaux. Un certain degré d'ioduration des milieux est-il physiologiquement nécessaire au développement régulier de l'organisme, de telle sorte que, au-dessous de ce degré, l'évolution organique languisse fatalement et aboutisse d'elle-même au crétinisme; ou bien l'iode n'est-il que le neutralisant de causes distinctes qui, sans lui, produiraient le crétinisme; telles

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XIV.

ÉTUDES CRITIQUES SUR L'ÉCOLE MÉDICALE DE ROME.

§ I. — MALADIES DE LA POITRINE.

A M. Michel Lévy, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées et de l'Académie nationale de médecine de Paris.

Nous devrions peut-être placer en tête de ces études une diatribe dirigée contre la médecine française par le docteur Puccinotti, dans un appendice à son TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE. Ce serait un contraste assez piquant que celui des injures prodiguées à nos savants et de la manière étrange dont l'art est compris par les savants de Rome. Mais nous supposons qu'on verra bien sans cela de quel côté sont *les oreilles d'âne*, et quels sont ceux qu'il convient le mieux de ranger parmi *les singes et les oisons*, ou des médecins français quand ils imitent par hasard les médecins italiens, ou des médecins italiens quand ils imitent les médecins français. Nous désirons éviter toute personnalité, plaindre les individus et ne blâmer que l'école, considérée comme enseignement, doctrine et direction. Les élèves sont sans doute excusables d'ignorer des procédés qu'on ne leur enseigne point; mais, devenus praticiens et conséquemment leurs propres maîtres, ils doivent puiser à toutes les sources; c'est ce qu'ils ne font jamais. Je ne connais pas, dans toute la ville de Rome, un seul médecin qui pourrait donner à Puccinotti le malin plaisir de le loger dans *la cage aux singes et aux oisons*. De l'auscultation, de la percussion, pas une notion, pas un mot à Rome. Telle est la triste vérité.

Pas de critique générale; des faits, rien que des faits. Un mois de fréquentation assez assidue de l'hôpital romain de Santo-Spirito, des visites irrégulières au même établissement, notre clientèle civile, assez restreinte, il est vrai, à Rome et à Civita; enfin, nos relations amicales avec plusieurs médecins de ces deux localités, ont suffi pour nous fournir une ample moisson. Nous serions accablé sous les matériaux si notre champ était plus vaste.

Le 9 juillet 1851, entre dans les salles de la clinique un sujet présentant les symptômes suivants : deux jours d'invasion, début par un frisson, puis fièvre ardente accompagnée d'une douleur vive à l'hypocondre gauche et de gêne de la respiration. A son entrée le malade présente : fièvre intense, toux petite, sèche, peu fréquente, exaspérant la douleur de l'hypocondre gauche, douleur qui remonte presque jusqu'au téton, mais dont le siége est surtout au-dessous

que le défaut d'aération, d'insolation, etc. ? En d'autres termes, serions-nous tous crétins si l'air, les eaux et le sol de Paris n'étaient pas iodés ? Les habitants des vallées alpestres seraient-ils bien conformés, si ces vallées étaient riches en iode ? M. Chatin dit bien qu'il ne conteste pas l'existence d'autres conditions étiologiques signalées dans la plupart des écrits sur la matière ; mais il ne spécifie pas nettement à quel titre et dans quelle mesure ; et même, rencontrant sur sa route l'influence de la civilisation, il la réduit presque entièrement à une action chimique. « Si j'admets cette influence, dit-il, ce n'est pas seulement parce que la civilisation perce des routes, dessèche les marais, crée le commerce et donne, avec l'aisance, des logements plus secs, des vêtements plus propres, une nourriture plus substantielle ; c'est *surtout* parce qu'elle fait pénétrer chez des populations condamnées à vivre de leur air, de leur eau, des produits peu ou point iodurés de leur sol, les céréales, les vins, les animaux, tous les produits d'une nature plus favorisée. » Cette explication, comme on voit, n'avance pas la question, et le sens attaché par l'auteur à l'influence étiologique de l'iode n'en est pas moins incertain. Au fond, nous penchons fort à croire que, s'il a la vertu dont on le gratifie, ce n'est qu'à titre d'agent médicamenteux propre à détruire l'action de causes positivement et directement crétinisantes. Quelques-uns des résultats présentés à l'Académie sont même d'accord avec cette manière de voir. Nous voyons en effet qu'au sommet des Alpes l'air et les eaux potables ne contiennent pas 1/1000e de milligr. d'iode et que l'air en est *irrégulièrement chargé* ; ce qui veut dire sans doute qu'il est des localités où l'air en contient une proportion notable, d'autres où il n'en contient presque pas. Donc en fin de compte, sur certains points, sol, eaux et atmosphère sont également pauvres en iode, malgré l'extrême rareté du goître et du crétinisme. Donc encore, ces maladies ne procèdent pas directement du défaut d'ioduration locale.

Notre seconde remarque sera relative à la signification générale et par suite au peu vague des résultats annoncés. Dans cette succession de zones où l'iode, dit-on, va diminuant de quantité à mesure que se montrent le goître et le crétinisme endémiques, M. Chatin a fait, il est juste de le reconnaître, un grand nombre de stations. Mais, en dehors des localités visitées, est-il bien sûr qu'il n'y en ait aucune où l'expérience, si elle s'y installait particulièrement, ne viendrait contredire le résultat général ? Peut-on affirmer aujourd'hui que l'iode est abondant partout où l'on ne voit ni goître ni crétinisme ; qu'il est très-rare ou absent partout où le goître et le crétinisme sont endémiques ? Nous croyons prudent de ne pas se prononcer encore ; mais à coup sûr les travaux si consciencieux, si considérables, de M. Chatin méritent toute l'attention des savants, et les avantages qu'ils promettent tant à la physiologie pathologique qu'à la thérapeutique doivent en faire vivement désirer la confirmation.

— Nous avons dit plus haut que l'Académie des sciences avait entendu deux communications de MM. Baillarger et Fourcault sur la pathogénie et les caractères du crétinisme. Pour être juste, nous devons dire que M. Baillarger doit cumuler aux yeux des savants le mérite des deux communications ; car celle de M. Fourcault, venue trois mois après la sienne, ne fait que la répéter. M. Baillarger avait défini le crétinisme : le développement *incomplet*, *irrégulier* et le plus souvent *très-lent* de l'organisme. M. Fourcault, lundi dernier, a fait consister le crétinisme dans *un arrêt, un retard et une aberration* de développement.

On se rappelle l'intéressante discussion qui a eu lieu dans le cours de l'année dernière, à l'Académie de médecine, sur la distinction du crétinisme et de l'idiotie. M. Ferrus avait beaucoup insisté sur la différence des deux formes morbides ; M. Baillarger, sans les confondre entièrement, les avait rattachées l'une et l'autre par un lien très-étroit. Un voyage de deux mois dans les Pyrénées a rectifié ses idées sur ce point et il vient offrir lui-même, dans une vue scientifique très-attrayante, le moyen de faire cesser la confusion dans laquelle beaucoup d'auteurs étaient tombés avec lui. Il y aurait entre l'idiotie et le vrai crétinisme cette différence fondamentale que, dans la première affection, l'évolution cérébrale seule serait arrêtée et celle du reste de l'organisme se déploierait entièrement, tandis que dans la seconde le développement de l'organisme tout entier serait enrayé et vicié. Cet arrêt de développement serait le caractère spécifique, essentiel, du crétinisme, quelles que fussent d'ailleurs la taille et la conformation du sujet, et il se traduirait par le retard de la seconde dentition qui parfois n'est pas commencée à 18, 20, 25, 30 ans ; par l'absence de tout signe de puberté à un âge avancé ; par une expression enfantine de la physionomie qui donne à des jeunes gens l'apparence d'enfants de 8 à 10 ans ; par la gracilité des membres et le peu de volume des muscles. Chose remarquable, on voit des sujets dont la seconde dentition et la puberté se font ainsi attendre et qui continuent à grandir jusqu'à l'âge adulte ; ce sont pour ainsi dire des enfants de 30 ans !

Cet aperçu de M. Baillarger jette une lueur nouvelle dans les ténèbres de la pathogénie du crétinisme. L'attardement de l'évolution organique ne paraît pas contestable ; les phénomènes qui le révèlent ne sont méconnus par personne. Maintenant constitue-t-il l'élément primordial de la maladie, l'effet spécifique et caractéristique de la cause morbide ; ou bien n'a-t-il qu'une valeur équivalente à celle d'autres troubles organiques, et peut-il manquer sans que le crétinisme disparaisse *ipso facto* ? C'est sur quoi les pathologistes discuteront encore, en attendant des observations plus nombreuses et plus variées.

A. Dechambre.

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE OBSERVÉE, EN 1849, DANS LE DÉPARTEMENT DE L'OISE ; par le docteur A. Verneuil, prosecteur de la Faculté, ex-interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société de biologie, etc.

Je dois, avant de commencer la relation des faits que j'ai observés, quelques mots d'avertissement. Cette note, recueillie sur les lieux mêmes où sévissait l'épidémie, n'était point destinée à être publiée ; néanmoins, la suette ayant reparu sur divers points de la France, je me décide à livrer à la publicité ce travail avec ses lacunes et ses imperfections. Je préfère lui laisser ses défauts que de chercher à le corriger aujourd'hui avec mes souvenirs.

Je me renfermerai également dans le rôle de simple narrateur et m'abstiendrai de discuter sur des faits que je n'ai point vus et sur des opinions théoriques énoncées par d'honorables auteurs, qui ont comme moi observé la suette, mais qui, plus que moi, ont cherché à approfondir sa nature. J'aurai au moins le mérite d'être court.

---

des côtes ; pouls fréquent, fort, plein ; décubitus droit ; respiration courte, gênée. Diagnostic : *splénite aiguë*. Ces symptômes vont en s'exaspérant ; la langue est sale ; les urines chargées, rougeâtres ; le pouls finit par devenir petit et faible ; agitation, inquiétude ; diarrhée ; l'intelligence reste nette pendant quelques jours, puis survient du subdélire le soir et la nuit ; saignement du nez ; le malade, presque dès son entrée à l'hôpital, ne peut plus s'exprimer qu'à l'aide de phrases courtes prononcées à voix basse ; la respiration est de plus en plus gênée ; accablement, adynamie. Dans les derniers temps, le décubitus droit est lui-même pénible, puis impossible, et le malade reste assis, courbé en avant. Splénite aiguë. Le traitement a été le suivant : 2 petites saignées, l'une au bras, l'autre au pied gauche, ce côté devant être choisi dans la splénite, de même que la saignée du côté droit est indiquée dans l'hépatite, comme le professeur a soin de l'indiquer dans ses leçons (1) ; 2 applications de 20 sangsues chacune sur l'hypocondre ; un minoratif ; puis potions avec digitale, médicament qui est donné comme hyposthénisant. Dans les derniers jours, lorsque le pouls faiblit, que les forces tombent, que les exacerbations vespériennes s'accompagnent d'un peu de délire, le professeur déclare qu'un état nerveux a succédé à un état inflammatoire. Il est opportun de prévenir qu'il existe une bonne douzaine de maladies ou d'états pathologiques qui, au point de vue de la doctrine romaine, se succèdent, se mêlent, alternent. L'eau distillée de laurier-cerise est prescrite contre cet état nerveux. — Entre le 9, le sujet succombe le 16.

Dès les premiers jours, j'avais appliqué *ma grande oreille d'âne* sur la poitrine du malade, et j'avais perçu de l'égophonie ; puis la percussion n'avait pas tardé à me montrer un épanchement qui s'élevait plus haut que le téton ; enfin, le refoulement du cœur à droite n'avait pas échappé à l'auscultation. C'est là un diagnostic d'élève de cinquième année ; rien au monde de plus facile ; cette *gymnastique*, comme l'appelle Puccinotti, est à la portée des plus simples et des plus débiles.

Autopsie : épanchement très-considérable dans la plèvre gauche, tapissée de fausses membranes, surtout à la base, sur le diaphragme ; la sérosité est mêlée de flocons albumineux. Le poumon est revenu sur lui-même ; le cœur est refoulé à droite. Rate de dimension normale, un peu molle.

C'était tout bonnement une pleurésie ! elle siégeait surtout dans la région diaphragmatique, d'où la douleur dans l'hypocondre gauche.

Voilà ce à quoi sert *une grande oreille d'âne* !

Quelque temps après, voici venir, dans notre service professoral, un sujet atteint d'emphysème pulmonaire : voussure, sonorité anormale, gêne de la respiration, qui est grosse, un peu craquante, à lutter inégales. Saignées, saignées !... La dyspnée augmente... c'est parce que l'inflammation poursuit son cours... saignez, saignez toujours. — Un élève de cinquième année, avec un petit coup de doigt et en appliquant deux minutes *son oreille d'âne*, eût diagnostiqué un emphysème.

Les médecins romains ne distinguent pas la pneumonie et la pleurésie que dans

(1) Un lauréat de Saint-Esprit, avec lequel nous nous sommes trouvé en consultation quelque temps après, voulait toujours saigner du côté gauche, parce qu'il s'agissait d'une maladie du cœur et que cet organe est à gauche.

La plupart des localités que j'ai visitées étaient envahies à la fois par le choléra et la suette; c'est sur cette dernière que j'ai plus particulièrement porté mon attention. J'arrivai le 19 juin 1849 à Mony, petite ville manufacturière située sur le Thérain, arrondissement de Clermont, département de l'Oise. J'ai de plus donné mes soins dans un grand nombre de villages et de hameaux voisins, savoir : Mérard, Ansacq, Angy, Brivois, Boizicourt, Bury, Balagny, Hoodainville, Buteaux, Thury, Coincourt, Monchy la ville et le Chatel, Heilles, Janville, Cailloël. J'ai vu, dans certaines localités, les deux épidémies dans leur période de décroissance ou d'état; ailleurs je les ai observées au début. J'ai eu fréquemment occasion de conférer avec MM. les docteurs Cautrel, Baudon père et fils, Leclerc, etc., exerçant à Mony et aux environs; mes observations se sont trouvées parfaitement conformes à celles de ces honorables praticiens.

La suette n'a pas reparu d'une manière épidémique dans le département de l'Oise depuis 1832; toutefois la commune de Cires-les-Mello et ses environs auraient, en 1844, présenté une épidémie partielle.

J'ai peu de choses à dire de l'étiologie générale qui demanderait à être longuement discutée; toutefois elle ne m'a rien présenté de très-saillant, et j'ai vu la suette sévir dans des localités différant beaucoup au point de vue géographique; dans certains villages situés sur des collines, la partie haute et la partie basse étaient également atteintes (ex. Ansacq); pourtant le voisinage des ruisseaux, des marais; les lieux frais et humides ont généralement offert plus de cas.

Dans ces villages, les conditions hygiéniques m'ont paru le plus souvent mauvaises, les habitants sont malpropres et peu soigneux, les habitations habituellement malsaines et mal entretenues.

Dans la plupart des localités envahies, les deux épidémies (suette, choléra ou cholérine) se sont tellement généralisées qu'à peine un dixième des familles en a été complétement exempt. La proportion des suetteux l'a toujours de beaucoup emporté.

La proportion des femmes affectées a toujours été beaucoup plus considérable; ce fait semble ordinaire pour la suette. Quant à l'âge, peu de vieilles femmes ont échappé à l'une ou l'autre épidémie. La suette n'a guère atteint les enfants au-dessous de huit ou dix ans, le choléra a fait au contraire de nombreux ravages dans la première enfance; plusieurs nourrissons ont succombé.

Les cas de suette m'ont en général paru d'autant plus légers que les sujets étaient plus jeunes et plus forts.

Jusqu'à preuve contraire, je ne crois nullement à la contagion de la suette.

Comme dans un grand nombre d'épidémies, l'étiologie partielle m'a paru assez insignifiante, je ne pourrais faire ici qu'une énumération banale et dire que souvent la suette a reconnu pour causes : des fatigues occasionnées par les travaux des champs, des écarts de régime, etc., etc. Le moral m'a paru jouer un rôle assez peu marqué; la suette, en effet, par sa bénignité, n'offrait aucun sujet de crainte aux populations.

Les personnes à constitution délabrée, celles que tourmentaient d'anciennes affections gastriques (elles sont nombreuses dans ce pays) ont à peu près toutes été prises de suette, qui chez elles a toujours été d'une durée extrême.

Je crois assez utiles quelques renseignements sur l'état sanitaire actuel et antécédent de la contrée. La géographie médicale de l'Oise est complétement traitée dans l'ouvrage de M. le docteur Rayer (SUETTE DE L'OISE, 1821), je n'y reviendrai pas ici.

La population est généralement assez belle; les vieillards m'ont pourtant paru usés de bonne heure. On rencontre beaucoup de goitreuses, peu de crétins, quantité médiocre de tuberculeux et de scrofuleux. Les maladies chroniques de l'estomac sont très-fréquentes, à peine s'il existe un adulte sur dix qui ait conservé les incisives supérieures; proportion notable d'asthmatiques; épidémies fréquentes et souvent meurtrières de fièvres typhoïdes, de varioles, de méningites; la vaccination a beaucoup de peine à s'y généraliser. Les cas de maladie appelés à tort ou à raison choléra sporadique n'y sont pas très-rares; les symptômes cholériques y sont bien marqués, ils guérissent en général. Je pourrais fournir des observations authentiques recueillies par des praticiens instruits de la localité. Un de ces malades fut cette année repris d'une véritable attaque de choléra.

Les fièvres intermittentes sont peu communes, au milieu de circonstances géographiques qui tendraient pourtant à les développer; elles existaient dans certaines localités d'où elles ont été expulsées par quelques travaux d'assainissement. Au dire de certaines personnes, les reboisements assez étendus dans l'arrondissement auraient contribué à les faire disparaître; j'ajoute que presque tous les cours d'eau sont courants et ombragés.

La suette a débuté tantôt sans prodromes et comme subitement; les malades étaient pris de céphalalgie, de courbature, de fièvre; la peau, d'abord brûlante, se couvrait bientôt de sueurs; certains malades s'étaient couchés bien portant : le lendemain à leur réveil, ils offraient les phénomènes de l'invasion, mais bien plus souvent encore la maladie était annoncée d'un à trois jours d'avance par des prodromes : céphalalgie, courbature, douleurs continues dans les membres abdominaux et les reins, anorexie, langue blanche, large, humide, constipation ou diarrhée, dépression des forces, rien ou presque rien du côté de la circulation et de la respiration, souvent de l'anxiété épigastrique, un sentiment de constriction à la base de la poitrine. J'ai vu fréquemment à la suette un début cholériforme généralement brusque; les malades étaient pris de diarrhée abondante, le plus souvent le matin (8, 10, 15 selles) avec nausées, rarement suivies de vomissements, pâleur de la face, dépression considérable des forces. Mais le pouls assez fort, l'absence de cyanose, de crampes, la couleur bilieuse des selles aidaient ordinairement le diagnostic. Au reste, un traitement anodin, mais tendant à arrêter la diarrhée et à favoriser la diaphorèse rendaient bientôt à la maladie sa vraie physionomie; la sueur en effet ne tardait pas à apparaître et la maladie marchait comme de coutume (1).

Étudions par appareils les phénomènes morbides de la maladie confirmée.

ENVELOPPE CUTANÉE. — *Sueur, éruption.* En général je n'ai pas vu ces *sueurs excessives* dont parlent les auteurs; j'ai vu la peau moite, humide, de la sueur au front, au cou, sur la poitrine, quelquefois les jambes constamment mouillées.

Ordinairement, pendant deux ou trois jours, les malades trempaient de quatre à huit chemises dans les vingt-quatre heures, mais ils en changeaient très-souvent; j'ai vu chez quelques jeunes adultes à peau fine douze à vingt chemises mouillées dans les vingt-quatre heures; ces cas sont tout

(1) J'ai vu des malades qui, après avoir présenté tous les prodromes, revenaient à la santé sans contracter la maladie.

les cas bien tranchés et arrivés à leur développement; la pleurodynie est elle-même confondue assez souvent avec la pleurésie, et *vice versâ*. C'est neanmoins avec étonnement que nous avons trouvé dans le compte rendu de la clinique (1), œuvre du professeur même, une *pleuritis vera* avec *expuitio sanguinea* (p. 80), et une *pleuritis biliosa* avec *sputa subcruenta* (p. 17). Ce a nous donne fort a penser que ces pleuresies pouvaient bien être des pneumonies. En juillet, entre à Saint-Esprit un malade dont les crachats sont safranés; on diagnostique une pleurésie : 2 purgatifs, 2 saignées. Dans ces circonstances, l'erreur est moins pardonnable; si on méprise les procédés de l'auscultation et de la percussion, qu'on tienne au moins compte des signes sur la valeur desquels la médecine de tous les pays est edifiée depuis si longtemps. Ici nous ne pouvons nous empêcher de blâmer, tandis qu'au contraire nous avons pu nous contenter de plaindre nos confrères romains des erreurs inévitables dans lesquelles ils tombent journellement par leur ignorance de si précieux instruments de diagnostic.

M. Charlon, chargé alors du service sanitaire près les troupes françaises stationnées à Frascati, est appelé chez un malade d'une localité voisine. Le malheureux a subi déjà dix-huit saignées, le médecin parle d'une dix-neuvième et croit le sujet phthisique; il y a un peu de fièvre, de la toux, la respiration est très-embarrassée; c'est, dit-il, un reste d'inflammation qu'il faut éteindre. La percussion montre immédiatement à M. Charlon un épanchement pleurétique très-considérable et passé à l'état chronique.

A Rome, comme nous l'avons dit dans notre compte rendu de l'état sanitaire de l'armée en 1850, les épanchements pleurétiques sont souvent insidieux, apyrétiques, et atteignent un très-haut degré sans avoir suscité des phénomènes bien inquiétants pour le malade, voire même pour le médecin. Il faut donc les découvrir et les combattre dès leur origine, chose à peu près impossible sans le secours de l'auscultation et de la percussion.

La *pleuritis spuria*, d'après les leçons cliniques de Saint-Esprit, est l'inflammation des muscles intercostaux et de leurs enveloppes. On voit des *spuriæ* presque partout où il existe une douleur pectorale. Cette *spuria* se convertit facilement en *pleuritis vera* par la propagation de l'inflammation à la plèvre. Pour ma part, je confesse n'avoir jamais rencontré l'inflammation des muscles intercostaux; c'est tout au moins une affection fort rare. L'école romaine voudrait-elle parler de la pleurodynie, maladie *sine materiâ*? mais, certes, la pleurodynie est, par sa nature, essentiellement différente de la pleurésie; une inflammation ne se développe pas à son contact, par continuité de tissu.

Voici un exemple remarquable de ces fantastiques conversions d'une affection pectorale dans une autre, et en même temps un curieux échantillon des erreurs dans lesquelles l'ignorance de nos procédés de diagnostic entraine inévitablement des hommes d'ailleurs recommandables à d'autres titres et placés avec justice au nombre des savants.

Un malade entre à Saint-Esprit en juin. La douleur pectorale attire seule l'at-

(1) SPECIMEN DE RATIONE MEDENDI IN ROMANO CLINICO INSTITUTO, Romæ, 1850, in-4°.

à fait exceptionnels; il ne m'a pas été donné de constater cette odeur *sui generis* de la suette; quand les malades ou les habitations étaient malpropres, les lits, le linge sentaient mauvais, mais sans que cela m'ait paru particulièrement dû à la suette.

L'éruption, quelquefois confluente, occupant alors le cou, le thorax, les épaules ou le dos de préférence, m'a paru le plus souvent modérée; dans un tiers des cas au moins elle a manqué (1); elle se présentait sous la forme miliaire rouge, s'accompagnait à son début de picotements et à sa fin de démangeaisons supportables; quand elle était discrète et à son début, elle simulait quelquefois à s'y tromper, tantôt la rougeole, tantôt la varicelle au début, surtout quand elle siégeait sur les bras ou sur la poitrine exposés au soleil. Du sixième au dixième jour la desquammation se faisait, quelquefois plus tard, quand il y avait successivement plusieurs éruptions ou plusieurs bouffées successives de sueur. Les sueurs étaient d'ordinaire plus abondantes la nuit et le matin.

Quelquefois elles persistaient pendant la convalescence presque toutes les nuits; de même j'ai vu des éruptions miliaires confluentes survenir pendant la convalescence, à plusieurs reprises même, sans que les malades en fussent notablement incommodés. Vers la fin de la maladie j'ai souvent vu chez les malades qui avaient présenté une assez forte éruption, j'ai vu, dis-je, la miliaire mélangée, en s'éteignant, d'une éruption de sudamina remplie d'une sérosité lactescente, qui se présentait sur la poitrine, au bord antérieur de l'aisselle et ne paraissait avoir aucune influence notable sur la marche de la maladie.

Organes de la digestion. — Les premières voies m'ont toujours paru affectées à un degré variable dans la suette; la langue large, blanche, molle, présentait le plus souvent un enduit plus ou moins épais qui était un des premiers symptômes de la maladie, même lorsque les malades prenaient encore des aliments; surtout marqué vers la base, cet enduit était blanc ou jaunâtre quand il y avait état saburral concomittant; tantôt généralisé à tout l'organe, tantôt borné à la base et au centre, il persistait plus ou moins longtemps; souvent c'était le dernier symptôme qui survivait. Lorsque des troubles digestifs apparaissaient dans la convalescence, les bords de la langue devenaient souvent rouges, ainsi que la pointe; rarement il y avait sécheresse. La bouche était pâteuse, exceptionnellement amère; une seule fois j'ai observé une éruption herpétique des lèvres vers le déclin de la maladie, ce qui n'a pas empêché une rechute. Trois ou quatre fois j'ai vu les gencives convertes de plaques diphtéritiques. Deux fois au début j'ai rencontré une angine légère et de peu de durée. L'anorexie est la règle, il est bien rareque quelque malades conservent un appétit factice; s'ils essayent de manger ils sont immédiatement rassasiés et presque toujours souffrent d'étouffements pendant la digestion. La soif est généralement peu intense; elle est en rapport avec le mouvement fébrile.

Quelques malades se sont plaints de douleurs dans la région dorsale, de constriction qui allaient de bas en haut; c'était quelque chose d'analogue à la boule hystérique. Ces phénomènes coïncidant avec une anxiété et une douleur épigastriques considérables indiquaient peut-être un état pathologique de l'œsophage.

La douleur épigastrique peut manquer, mais c'est néanmoins un des symptômes les plus constants; la pression l'exagère un peu. Cette douleur s'irradie quelquefois dans les deux hypocondres; c'est à elle que doit être attribuée cette constriction, *cette barre* à la base de la poitrine, dont se plaignent un si grand nombre de sujets, à moins qu'elle ne réside, comme je l'ai soupçonné quelquefois, dans le colon transverse; car je dois dire qu'une selle produite la soulagea souvent. Dans quelques circonstances, la douleur épigastrique devenait quelquefois extrêmement incommode chez les sujets dont les fonctions digestives étaient habituellement languissantes. En résumé, elle offre surtout les caractères de la gastralgie.

Dans un nombre de cas assez restreint, les malades présentent de véritables nausées; les vomissements sont encore plus rares. Dans la suette à début cholériforme, on observe quelquefois deux ou trois vomissements bilieux, mais c'est tout.

La douleur s'irradie quelquefois, ai-je dit, dans les hypocondres. Je ne l'ai observée que deux fois dans le droit. Dans tous les cas le foie percuté m'a donné des résultats insignifiants. J'ai beaucoup plus souvent observé la douleur splénique. Dans deux ou trois cas je l'ai vue exister en l'absence de la douleur épigastrique; tantôt les malades s'en plaignaient et accusaient *un point de côté*, tantôt la pression seule la leur révélait. J'ai, chez les deux tiers de mes malades au moins, percuté la rate, tantôt au début, tantôt à diverses époques de la maladie. Je voulais me rendre compte de certains phénomènes d'intermittence ou de rémittence sur lesquels je m'expliquerai plus tard. Trois ou quatre fois, dès le début, j'ai trouvé la rate notablement gonflée; mais ce fait s'est rencontré plus souvent encore dans certaines convalescences longues avec accès périodiques. L'état de la rate et les apparences de périodicité dans la maladie n'ont pas toujours coïncidé. Pourtant ces deux indications réunies ou isolées m'ont servi à administrer le sulfate de quinine à diverses périodes de la maladie, et généralement je me suis bien trouvé d'en avoir tenu compte.

Du côté de l'abdomen, j'ai trouvé le ventre souple, le plus souvent indolent; pourtant il n'était pas rare de rencontrer quelques coliques précédant des évacuations diarrhéiques ou causées par la constipation. Dans ce dernier cas, la palpation m'a plusieurs fois fait rencontrer, dans la fosse iliaque gauche surtout, un empâtement causé par la présence des matières fécales; un lavement légèrement purgatif en avait presque toujours raison.

J'ai déjà parlé des selles en nombre variable qui signalaient le début d'un certain nombre de cas de suette. J'ai vu souvent la diarrhée paraître après cinq à six jours de maladie, les malades rendaient en plusieurs fois des matières liquides plus ou moins fortement colorées. Quand les évacuations ne présentaient pas l'aspect cholérique, nous les laissions s'arrêter d'elles-mêmes; elles semblaient comme critiques, les malades en éprouvaient presque toujours un mieux notable.

En général, j'admettrai avec les auteurs que la *constipation* est un fait normal dans la suette; elle m'a paru toutefois céder aisément, et n'offre pas de rapport constant avec l'abondance des pertes par la peau considérée comme symptôme essentiel de la maladie; elle est moins tenace dans les cas légers, et cela se conçoit.

Rarement j'ai observé quelques atteintes de ténesme.

Respiration, circulation. — J'ai noté peu de troubles du côté des organes respiratoires; quelques malades ont éprouvé des étouffements quand la sueur avait de la difficulté à se déclarer. Le même phénomène s'est présenté, quand par suite de quelques écarts de régime, la sueur avait

(1) Le nom de *suette miliaire* ne saurait donc s'appliquer d'une manière générale.

---

tention; l'affection est donnée par le professeur comme siégeant dans les muscles. La maladie poursuit sa marche; on prononce alors le mot de pleurésie vraie. La douleur et la fièvre cèdent aux antiphlogistiques. Le professeur déclare que le sujet est entré en franche convalescence. J'examine le malade, et je trouve sous chaque clavicule tous les signes qui trahissent une caverne, à savoir gargouillement des plus prononcés, et parfois souffle caverneux et pectoriloquie. Les symptômes suscités par une pleurésie intercurrente se sont calmés, mais la désorganisation pulmonaire poursuit son cours. Nous sommes bien loin d'une convalescence. Cependant un petit mouvement fébrile avec exacerbations vespériennes persiste, le malade maigrit, les crachats deviennent puriformes; c'est alors qu'on inscrit le diagnostic : *suppuration du poumon*. En l'absence des ressources fournies par les procédés de Laennec et d'Avenbugger, il faudrait au moins tirer tout le parti possible des signes sensibles qu'on possède. C'est ce qui n'est pas fait. Pour savoir si le crachat est purulent, on le jette dans un verre d'eau; c'est là tout, et ce n'est certes pas assez. Il n'est question ni de la réaction avec l'ammoniaque, ni de la combustion à la flamme d'une bougie, bien moins encore du microscope.

Le malade dont il est question, entré dans les premiers jours de juin, meurt le 29 juillet. Les deux poumons sont farcis, criblés de tubercules, la plupart en pleine suppuration, surtout au sommet. Au sommet du poumon gauche, existe une caverne où l'on pourrait loger un œuf de poule. Elle est remplie de pus. On trouve encore d'autres cavernes plus ou moins vastes. Quelques points sont hépatisés, par suite d'une pneumonie qui a accéléré la mort. Le poumon droit ne présente pas de lésions aussi avancées; on trouve cependant au sommet trois cavernes assez grandes pour contenir chacune une noisette. Le péricarde est distendu par de la sérosité; les ganglions bronchiques sont malades.

Le professeur fait pratiquer l'autopsie : messieurs, vous le voyez, la nécroscopie vérifie le diagnostic; c'est bien une suppuration du poumon. — Le mot tubercule n'est pas plus prononcé après la mort que du vivant du sujet.

Certes, la phthisie ou tuberculisation pulmonaire est une affection bien établie, bien limitée, une, identique, une de ces affections, en un mot, dont l'individualité est le moins contestable. En serait-on encore aujourd'hui à Rome au point où nous nous trouvions nous-mêmes avant Laennec, que dis-je, avant Bayle? Oui, c'est là qu'ils en sont et ils s'en flattent, car ceux qui ont quitté les obscurités et le chaos du passé pour les lumières du présent, eh bien! ceux-là sont gratifiés des épithètes *d'oisons, de singes, de mimes et de grotesques!!!* C'est dans cette *cage* qu'on relègue sans doute l'infatigable Folchi, lequel dans son Traité d'anatomie pathologique (1) décrit les périodes de la tuberculisation pulmonaire, et a la prétention de tirer quelque lumière des lésions cadavériques!

Dans le Specimen de ratione medendi dont nous avons déjà parlé, on trouve des faits semblables à celui que nous avons rapporté. Il est question (p. 13) d'une suppuration du poumon; le malade a eu des hémoptysies, l'autopsie dé-

(1) Folchi, Exercitatio pathologica, seu multorum morborum historia per anatomen illustrata. 2 vol. in-8. 1840 à 1843.

été supprimée ou quand un traitement intempestif avait trop excité la diaphorèse ; quand la maladie affectait le type intermittent ou rémittent, les accès étaient fréquemment annoncés par de l'oppression et un peu de dyspnée. Ce symptôme, qui effrayait le malade, cédait toujours de lui-même, ou à une médication très-simple ; l'accumulation de gaz dans l'estomac ou les intestins m'a quelquefois paru en être la cause.

Du reste, je n'ai jamais remarqué dans le nombre ni le rhythme des mouvements respiratoires rien qui méritât d'être noté. L'auscultation des poumons et du cœur m'a toujours donné des résultats négatifs. Les rares modifications que j'ai observées trouvaient toujours leur raison d'existence dans des affections antécédentes.

Le pouls au début était souvent fébrile ; en général, plein, large, sa fréquence variable, suivant les sujets, n'atteignait que bien rarement des limites extrêmes ; il y avait souvent entre les accès une apyrexie complète. Dans la période de déclin de la maladie, quand elle offrait le type continu, j'ai remarqué, et n'ai pas été le seul à faire cette observation, que le pouls était notablement ralenti : à peine trouvait-on cinquante ou soixante pulsations, alors même que la peau conservait de la chaleur et de la moiteur.

La température de la peau s'élevait assez haut, comme on peut le prévoir ; elle était sèche et incommodait les sujets dans les heures qui précédaient l'invasion de la sueur. Quand celle-ci survenait, la chaleur était peut-être plus forte, mais les malades la supportaient beaucoup mieux. Quelques-uns se plaignaient surtout d'avoir les jambes et les pieds *comme dans le feu*, disaient-ils, puis la chaleur remontait de bas en haut, et dans ces cas l'éruption de la sueur suivait la même marche. Je dois dire qu'en général je ne pouvais obtenir que les pieds ne fussent couverts outre mesure ; quelques frissons se montrèrent aussi, tantôt erratiques, tantôt désignant nettement les recrudescences ou les accès.

Dans quelques cas les malades m'ont accusé encore certaines perversions locales de la sensibilité, telles des *brûlements* dans le dos, dans les reins, dans un membre, des *refroidissements* également localisés et persistants. Deux se sont plaints d'avoir éprouvé pendant vingt-quatre heures des brûlements insupportables dans un talon. Je note ces légers phénomènes sans y attacher grande importance, comme on peut le croire, car ils se rencontrent dans la plupart des affections fébriles.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Les urines étaient rendues en petite quantité. Les évacuations cutanées rendent suffisamment compte de ce fait : claires, limpides pendant la période fébrile, elles laissaient dans la convalescence un dépôt briqueté rougeâtre dont le passage causait souvent des ardeurs dans le canal. Je ne les ai soumises à aucun examen chimique. Les douleurs lombaires, si fréquentes dans la suette, ne me semblent pas devoir être rapportées à une lésion des reins.

Les menstrues apparaissaient dans le cours de la maladie comme de coutume, et même elles étaient souvent avancées de quelques jours, ou reparaissaient peu de temps après leur cessation ; fréquemment elles étaient augmentées en durée et en quantité, je n'ai jamais observé leur suppression.

La suette ne m'a pas paru influencer la gestation. La sécrétion lactée étant peu modifiée, beaucoup de mères ont continué à allaiter leurs enfants, sans qu'il parût en résulter ni pour les unes, ni pour les autres d'inconvénient appréciable : il en était tout autrement dans les affections cholériformes.

J'ai observé chez deux hommes des faits isolés, mais assez curieux ; j'ai recueilli leurs observations.

Louis Nolard, âgé de 44 ans, cultivateur à Bury, sortit de chez lui de bon matin et très-bien portant, lorsque dans l'après-midi des douleurs très-intenses se manifestèrent dans les reins, l'hypogastre et les parties génitales externes ; elles s'accompagnaient d'érection douloureuse, de ténesme vésical, de rétraction des testicules vers les anneaux. Le pénis et les bourses étaient rouges, tuméfiés, très-douloureux au toucher. Rentré chez lui à grand'peine, il prit un bain de siége qui le soulagea médiocrement ; il se mit au lit où il fut bientôt baigné de sueur ; les érections cessèrent, les douleurs diminuèrent ; je prescrivis un demi-lavement avec le camphre et le laudanum. Tout disparut, sauf les symptômes d'une suette bénigne qui dura quatre jours environ. L'homme était robuste, sanguin et affecté d'asthme, il n'avait jamais rien éprouvé de semblable.

Lamouche, fabricant de drap à Mouy, 54 ans, grande taille, constitution sèche, fut affecté d'une suette légère ; il se montra vers le quatrième jour une tuméfaction considérable des bourses avec douleurs assez aiguës à droite ; nous reconnûmes à droite une tumeur molle, bien évidemment fluctuante, présentant tous les signes d'une vaginalite sans changement de couleur à la peau. La tension était peu considérable, la pression exagérait peu la douleur. Le malade s'était levé, nous le condamnâmes au repos, les bourses élevées et recouvertes d'applications résolutives ; le lendemain l'amélioration était manifeste, quatre jours après tout avait disparu. Cette légère lésion ne reconnaissait pour cause aucune violence appréciable.

INNERVATION. — Sauf la céphalalgie, les douleurs dans les membres, dans les reins et la dépression des forces, les troubles de l'innervation se sont montrés presque nuls. Le mal de tête, symptôme à peu près constant, consistait seulement quelquefois en étourdissement avec pesanteur et paresse des idées. Le plus souvent c'était une véritable céphalalgie variable quant au siége et à l'intensité, mais le plus souvent supportable. Je l'ai vu dans quatre ou cinq cas à peine s'accompagner de signes de congestion, encore la cause en était le plus souvent appréciable et due à une trop grande chaleur provoquée. Pendant la convalescence, la tête restait faible longtemps, mais sans souffrance. Deux fois seulement, au début, j'ai cru utile de pratiquer une émission sanguine générale.

L'intelligence m'a toujours semblé dans un état d'entière conservation : je n'ai jamais rencontré ni convulsions, ni délire, ni coma, ni troubles qui méritent mention du côté des organes des sens. Dans le hameau de Filerval, j'ai vu deux malades convalescents qui se plaignaient d'affaiblissement de la vue ; l'un d'eux, affecté de suette en 1832, avait déjà présenté le même symptôme, une saignée l'en avait débarrassé.

Le sommeil a toujours été assez bien conservé ; son influence était plutôt favorable à la maladie. Dans quelques cas seulement, lorsque l'éruption miliaire était intense, les malades éprouvaient de l'insomnie et un peu d'agitation.

Je n'ai point observé de cas de suette sans dépression plus ou moins considérable des forces ; tantôt la faiblesse, et c'est l'immense majorité des cas, se montre au début et dépasse de beaucoup l'époque de la guérison ; tantôt les malades reprennent tant bien que mal leurs travaux, présentant encore des sueurs nocturnes, des troubles de la digestion, etc., etc. Mais cette perte des forces, ce manque d'énergie est si général que certains malades se trouvent très-bien au lit et sans souffrance aucune ; que

---

montre des cavernes. Plus loin (p. 88) cependant, le mot tubercules est enfin prononcé : *affectio tubercularis secundi gradus.*

Il est inutile de dire que la phthisie pulmonaire n'est jamais reconnue ou présumée à son premier degré, qu'elle est rarement diagnostiquée à sa seconde période, et qu'on la méconnait même souvent à son troisième degré. Il faut un groupe de symptômes bien caractérisés et bien complets pour mettre le médecin sur la voie du diagnostic. On ne semble même pas avoir remonté avec soin de certains phénomènes à leur cause ordinaire et présumable ; ainsi, dans le SPECIMEN DE RATIONS MEDENDI, je trouve l'histoire de deux individus de misérable constitution, qui avaient présenté des hémoptysies. En considérant les mauvaises conditions hygiéniques parmi lesquelles ils vivaient, en ayant égard à la débilité de leur économie, le professeur arrive à poser le diagnostic suivant : hémoptysie passive ; on n'a pas l'air de soupçonner que des tubercules puissent se trouver dans le poumon et provoquer le crachement de sang.

Dans la période la plus avancée, la phthisie est souvent méconnue ; nous en avons eu de nombreux exemples sous les yeux. On sait que la phthisie est considérée comme contagieuse à Rome, et l'on n'a pas oublié que les règlements sanitaires prescrivaient autrefois des purifications qui allaient jusqu'à la combustion des meubles et effets, dans toute chambre où un phthisique était mort. Aujourd'hui on est loin de cette sévérité, mais on croit encore généralement à la contagion. Il existe à Saint-Esprit une petite salle destinée aux phthisiques ; eh bien ! nous y avons rencontré des catarrhes pulmonaires chroniques, parmi les véritables phthisies tuberculeuses ; et, d'autre part, nous avons trouvé dans les salles communes, et mêlés aux autres malades, des individus atteints de phthisie tuberculeuse. On vient de lire la relation de l'autopsie d'un des sujets qui ont présenté ce dernier cas. Dans le service d'un autre professeur, l'auscultation nous a dévoilé jusqu'à 3 tuberculisations avec cavernes bien manifestes.

En juillet, entre à l'hôpital Saint-Esprit, dans un service professoral, un individu fortement constitué, mais pâle, amaigri, débilité. Il est malade depuis le milieu de l'hiver. Chez lui, et à l'hôpital du *Ben Fratelli*, on lui a pratiqué quinze saignées, sans compter les frictions stibiées et les vésicatoires. A son entrée à Saint-Esprit, on prescrit une seizième évacuation sanguine, pour remédier à la gêne de la respiration. On n'a, bien entendu, ni percuté, ni ausculté. Je pose mon oreille sur la poitrine : il existe des râles sibilants généraux qui rendent difficile la perception des bruits sous-claviculaires ; avec du soin et un peu d'habitude, on ne tarde cependant pas à découvrir qu'à droite l'expiration est prolongée, la respiration rude, accompagnée de craquement ; à gauche on saisit le râle caverneux et les craquements humides. La bronchite intercurrente se passe, et les signes stéthoscopiques qui indiquent la phthisie deviennent plus évidents.

C'est un spectacle navrant de voir ces pauvres phthisiques saignés à blanc et plongés ainsi dans une débilité qui hâte le terme fatal, tandis qu'avec un bon régime, réparateur mais prudent, et le soin de réprimer les pleurésies et les pneumonies intercurrentes, on prolongerait leur existence de plusieurs mois, de plusieurs années même. Qui s'aviserait de le nier ? Le diagnostic de la phthisie, dans ses commencements, est d'une importance thérapeutique capitale. Or ce diagnostic échappe à peu près toujours aux médecins romains. —

d'autres, voulant lutter contre la maladie, se lèvent, et qu'au bout d'un quart d'heure, d'une heure, ils se sentent défaillir jusqu'à menace de syncope, bien heureux quand cette légère imprudence ne les condamne pas à une semaine de repos ou à une véritable rechute. Il ne faut accuser de cela ni le régime débilitant, ni la privation d'aliments, car les mêmes sujets toujours soumis à une diète sévère, se lèvent sans inconvénient quatre à cinq jours plus tard. C'est quelquefois au début que la prostration est surtout marquée; d'autres fois elle ne se manifeste qu'à la fin d'une suette excessivement légère, dans laquelle presque tous les symptômes ont été à peine dessinés.

J'ai séparé à dessein les douleurs contusives des membres et de la région lombaire du paragraphe qui précède, parce qu'elles peuvent manquer comme la céphalalgie; pourtant ces douleurs sont communes, elles siégent de préférence dans les membres abdominaux; elles disparaissent souvent avec les sueurs et même avant; on dirait, suivant les malades, qu'on a fait une course énorme ou qu'on a été *roué de coups de bâton.* Elles présentent donc le plus souvent le caractère des douleurs contusives.

Voici le tableau des symptômes tel que je l'ai observé sur près de 300 malades affectés de la suette. D'après les différences que la maladie a présentées, je serais tenté d'établir trois formes : 1° une première forme très-légère, indiquant la plus minime atteinte du génie épidémique; 2° une seconde forme, de beaucoup la plus commune, et à laquelle se rapporte l'ensemble des symptômes que je viens de retracer; 3° enfin une suette avec accidents cholériformes : cette variété est peut-être peu naturelle, mais elle a incontestablement existé alors que l'épidémie cholérique semblait imprimer son cachet aux affections même les plus bénignes quant à l'issue définitive. Je ne formerai pas de classe distincte pour ces suettes, qui se sont prolongées par suite d'accidents survenus dans la convalescence. Quant à la suette compliquée et maligne, son existence ne s'est pas révélée dans *l'épidémie que j'ai observée et dans les localités que j'ai parcourues*, ceci est un fait qui doit être bien constaté.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'IPÉCA (lu à l'Académie nationale de médecine le 3 juin 1851); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales.

(Suite. — (Voir les n°s 6 et 7.)

TROISIÈME PARTIE.

ACTION DYNAMIQUE DE L'IPÉCA; DE SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES RESPIRATOIRES EN GÉNÉRAL, ET DANS LA PLEURO-PNEUMONIE EN PARTICULIER.

XV.

Tous les thérapeutistes ont reconnu l'action que l'ipéca exerce sur les organes respiratoires; aussi l'ont-ils recommandé dans le traitement des maladies de ces organes, soit à dose vomitive, soit à doses petites et refractées, de manière à provoquer tout au plus quelques nausées, et à le faire, en définitive, tolérer par l'économie. Mais cette action n'a pas été généralement interprétée à un point de vue rationnel; ainsi on l'a considérée comme expectorante, s'en tenant à l'apparence des choses, ou comme tonique et stimulante, par suite de préjugés théoriques démentis par l'étude sérieuse des symptômes de la maladie et des phénomènes de la médication. C'est particulièrement contre le catarrhe pulmonaire chronique, l'asthme sec ou humide, le croup, la coqueluche, que l'on a préconisé l'ipéca, sous la prévention d'exciter la muqueuse broncho-pulmonaire pour favoriser l'expectoration critique des mucosités catarrhales ou des pseudo-membranes. Mais si l'ipéca était un stimulant, il s'accommoderait mal avec les affections de l'appareil respiratoire, et bien plus mal encore avec leurs formes aiguës qu'avec leurs formes chroniques; et cependant il est aussi efficace contre les unes que contre les autres. C'est que loin d'être un médicament à double face, agissant différemment sur l'appareil digestif et sur l'appareil respiratoire, il a une longue et uniforme portée hyposthénisante, sédative, sur tout l'organisme; et conséquemment si, dans les bronchites ou catarrhes aigus ou chroniques, dans les diphtérites du tube aérifère, dans les asthmes, dans la coqueluche et dans toutes les variétés de névroses respiratoires, il modifie les muqueuses et favorise l'expectoration, c'est qu'il projette la sédation sur l'état phlegmasique et sur l'éréthisme nerveux d'où jaillissent toutes ces souffrances; et si les produits pathologiques ont changé de nature et sont livrés à une expectoration plus facile, c'est que l'action altérante du médicament a modifié les conditions de leur génération, et que l'inflammation et le spasme étant vaincus, rien ne s'oppose désormais à ce que les forces vitales, en réagissant sur ces produits, mucus plus ou moins viciés et plus ou moins concrets, n'en débarrassent l'économie. Voir dans ces actes pharmacodynamiques des faits de tonicité et de stimulation, ou des actions spécifiques telles que l'excitation d'une fonction donnée, l'expectoration, c'est prendre l'effet pour la cause; car le médicament débilite l'organisme dans son actualité pathologique, en apaisant les éléments inflammation et spasme, voilà la cause; et l'organisme rendu ultérieurement à ses forces normales, recouvre l'état tonique, la propriété de stimulation, attributs de son état physiologique, voilà l'effet.

Je souscris donc, mais seulement dans des idées différentes de celles qui sont professées par un grand nombre, à la généralisation de l'emploi de l'ipéca contre les maladies des organes respiratoires, persuadé que la thérapeutique a de beaux succès à en attendre. Or, quoique cet emploi ne soit pas nouveau dans le traitement de la pneumonie, et qu'à Montpellier (1), par exemple, il y ait été mis de longue date en usage, il ne sera peut-être pas sans intérêt de faire connaître les essais que j'ai entrepris pour apprécier la valeur de ce mode de traitement. Ces essais ont été tellement encourageants que je ne dois point différer davantage à les publier, en les soumettant d'abord au jugement de l'Académie.

(1) C'est l'excellent article inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER, 15 septembre 1850 : EMPLOI DE L'IPÉCACUANHA A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE, par M. Broussonnet, compte rendu par M. Ressignier, qui m'a déterminé à entreprendre des essais dont j'avais depuis longtemps conçu la pensée.

Je ne multiplierai pas les exemples, quoique j'en possède plusieurs autres par devers moi.

La même ignorance qui fait saigner à outrance les phthisiques les fait également envoyer sous des climats qui leur sont essentiellement contraires. Un jeune Romain habitait une chambre garnie près de mon appartement; sa phthisie *crevait les yeux;* j'ai rarement entendu une plus belle pectoriloquie, un gargouillement plus manifeste. Cinq médecins romains l'avaient vu. On lui conseilla l'air vif des montagnes albanaises. Il s'en trouva fort mal et vint bientôt mourir à Rome (1).

Il existe une foule d'affections dans lesquelles l'auscultation et la percussion sont nécessaires. Nous avons eu dans notre service, à Saint-Dominique, un individu atteint de fièvre pernicieuse à forme pectorale; la dyspnée était extrême, la fièvre ardente, la toux incessante, enfin la respiration éveillait des douleurs dans presque toute l'étendue de la poitrine. L'auscultation ne m'indiqua qu'un peu de râles sibilants. Je ne luttai contre tous ces symptômes, si alarmants en apparence, qu'à l'aide de ventouses sèches; mais j'administrai largement le sulfate de quinine; les phénomènes morbides tombèrent comme par enchantement, et très-peu de jours après son entrée, le malade se levait. Eh bien! en pareil cas, un médecin romain, épouvanté par les désordres fonctionnels si intenses siégeant dans la poitrine, eût prodigué les saignées et tué peut-être son malade. Si la nature palustre de l'affection ne lui avait pas échappé, il n'en aurait pas moins dirigé un traitement antiphlogistique énergique contre l'inflammation thoracique, car, à Rome, existe le pernicieux usage de s'en prendre d'abord aux épiphénomènes, aux complications, à la forme de la fièvre, se réservant l'attaque de l'essence même de la maladie, lorsque celle-ci est simplifiée.

Il serait trop long de citer tous les cas dans lesquels l'ignorance de nos procédés opératoires conduit à des erreurs. En voici un dernier exemple : Un homme est frappé de deux coups de poignard, un de chaque côté de la poitrine, pendant que M. Charlon faisait le service sanitaire à Albano. Il paraît que les premiers symptômes observés n'avaient pas été assez caractéristiques ou assez bien interprétés pour résoudre cette question : la plaie est-elle pénétrante des deux côtés, superficielle des deux côtés, ou pénétrante d'un côté seulement, et, dans cette dernière supposition, est-ce celle de droite ou de gauche? Les plaies se cicatrisent, le sujet meurt. Une enquête médico-légale est ordonnée; les médecins romains ont annoncé que la plaie a été pénétrante d'un côté; M. Charlon percute, trouve de la matité précisément du côté opposé, et soutient que ce dernier est le siége de la plaie pénétrante. L'autopsie vérifie ce diagnostic.

On n'attend pas de nous la critique de la médecine romaine, au point de vue du diagnostic des affections du cœur, qui, chez nous, malgré le secours de l'auscultation et de la percussion, est encore entouré de grandes difficultés. Passez-moi l'expression, à Rome on *n'y voit goutte* dans les neuf dixièmes des affections

(1) Ce jeune homme avait, jusqu'à l'époque dont nous parlons, habité la campagne à 8 milles de la porta Pia, lieu palustre, et souffrait depuis trois ans de fièvres rebelles. La phthisie marcha fort bien de pair avec la cachexie paludéenne.

Je commencerai par rapporter les observations cliniques (1) qui servent de base à cette partie de mon travail.

Obs. I. — Dupuis, matelot du commerce, 23 ans, bonne constitution, malade depuis cinq jours, entre à l'hôpital le 30 octobre 1850, le soir. — Fièvre, toux fréquente, crachats rouillés, douleur, matité, souffle bronchique à la partie latérale droite inférieure du thorax.

Eau gommée; deux loochs kermétisés, 0,15; trois ventouses scarifiées *loco dolenti*.

31 octobre, le matin. Peau chaude, pouls à 96, crachats sanglants; langue sèche, soif vive; trois selles liquides depuis la veille.

Eau gommée; deux loochs; potion avec gr. 2,50 d'ipéca, sirop d'opium 8. Saignée de 500 grammes.

Trois heures du soir. Moiteur, pouls à 80, moins de douleur de côté et de toux; pas de selles, de enliques, ni de nausées. Deux ventouses scarifiées sont appliquées au point douloureux.

Huit heures du soir. Pouls à 60, pas de sang dans les crachats, moiteur persistante.

1er novembre, le matin. Un peu de sommeil dans la nuit et transpiration abondante; crachats moins visqueux et incolores; pouls à 64; constipation, retour du râle crépitant en arrière, diminution de la matité.

Potion *ut suprà*.

Trois heures du soir. Les crachats sont redevenus rouillés; pouls à 70, peau chaude, moins humide que le matin.

Saignée de 400 grammes.

2, le matin. Sommeil pendant la nuit; pouls à 70, température normale de la peau; crachats bronchiques, sans traces de sang; peu de toux, pas de douleur de côté.

Potion *ut suprà*. Un bouillon.

Trois heures du soir. L'amélioration se soutient toute la journée.

3, le matin. Pouls à 64, peu de toux, crachats bronchiques; le souffle bronchique a presque complétement disparu; le râle crépitant devient de plus en plus humide.

Potion à 2 grammes d'ipéca. Deux soupes.

4 et 5. Le mieux continue. L'ipéca n'est prescrit qu'à un gramme.

6. La respiration est libre, le pouls normal; le râle crépitant a passé au sous-crépitant; toute matité a disparu en avant, mais en arrière submatité, avec persistance d'un léger souffle bronchique. Un vésicatoire volant est appliqué en cet endroit.

Une légère irritation gastro-intestinale qui existait au début n'a eu aucune suite; la diarrhée n'était peut-être que la suite de l'administration du kermès le jour de l'entrée.

Une alimentation de plus en plus consistante est prescrite depuis le 6 novembre. On continue pendant quatre jours l'ipéca à la dose de 0,25 deux fois par jour dans un looch.

Le malade sort le 11 novembre, guéri.

PLEUROPNEUMONIE AVEC COMPLICATION D'ÉTAT BILIEUX DES VOIX DIGESTIVES.

Obs. II. — Deshrousses, 26 ans, soldat au 75e régiment de ligne, bonne constitution, a été atteint en septembre et octobre 1850 de fièvre intermittente, rentre à l'hôpital le 10 décembre, se dit enrhumé depuis dix jours et présente l'état suivant :

Douleur vive à l'épigastre, nausées, quelques vomissements bilieux, bouche amère, soif vive, langue rouge à son limbe, couverte d'un enduit grisâtre; selles normales, peau chaude et sèche, pouls fréquent et serré, toux fréquente, crachats visqueux, légèrement rouillés; matité à la base du poumon droit, avec absence de bruits respiratoires; pleurodynie assez vive.

Eau gommée; douze sangsues sur l'épigastre; saignée de 400 grammes; deux loochs avec kermès, 0,20.

Même état toute la journée du 10.

11, le matin. Un peu de douleur à l'épigastre; langue plus nette, douleur de côté plus forte, crachats rouillés, pouls plus fréquent.

Quinze sangsues à la base du poumon droit; saignée de 300 grammes; looch *ut suprà*.

Dans la journée, la douleur épigastrique disparaît; peu d'amendement dans les symptômes de la pneumonie.

12, le matin. Insomnie, toux fréquente, crachats rouillés rares, expectoration difficile, pouls fréquent, peau chaude et sèche; la douleur de côté est très-forte.

Eau gommée, deux loochs simples, potion avec 2 grammes d'ipéca.

Trois heures du soir. Plus de douleur à l'épigastre; l'ipéca a été facilement toléré; la douleur de côté est beaucoup moins vive, la respiration plus libre, l'expectoration rare et toujours difficile, le pouls plus souple et moins fréquent, la peau moins sèche.

13. La nuit a été meilleure; l'amélioration est encore plus prononcée que la veille; moins de toux, l'expectoration est plus aisée, quelques crachats ne contiennent pas de sang.

Même prescription que la veille.

14. Insomnie et toux fréquente, mais les crachats quoique visqueux sont entièrement blancs; la fièvre persiste; un peu de moiteur à la peau; l'épanchement pleurétique a augmenté depuis deux jours; la matité envahit presque tout le côté droit du thorax; absence de bruits dans ce côté.

Potion d'ipéca à 2 grammes, large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

15. Mieux; la douleur de côté a presque disparu; crachats bronchiques, moins de fièvre, quelques vomissements bilieux provoqués par la potion, tous les symptômes gastriques ayant disparu; moiteur à la peau.

L'ipéca est baissé à 1,50, et 8 gr. de sirop d'opium sont ajoutés à la potion. La tolérance se rétablit.

16. Le mieux continue; l'expectoration est entièrement bronchique et s'effectue aisément; pouls presque normal, peau halitueuse; la matité a beaucoup diminué d'étendue.

Même potion que la veille. Dans la journée de nouveaux vomissements surviennent. On suspend l'ipéca. Deux bouillons.

17, 18 et 19. Amélioration progressive. On prescrit simplement de l'eau gommée et deux loochs. On accorde deux soupes.

A partir du 20 la convalescence est établie; plus de toux ni de fièvre, etc.; la matité disparaît rapidement dans le côté et les bruits normaux reviennent.

Le malade, entièrement guéri et ayant recouvré toutes ses forces, sort de l'hôpital le 6 janvier 1851.

Obs. III. — Tillet, 25 ans, bonne constitution, soldat au 75e régiment de ligne, malade depuis huit jours, entre à l'hôpital le 12 décembre 1850, le matin.

Fièvre, toux fréquente, crachats rouillés, douleur de côté à droite, matité et souffle bronchique dans le tiers inférieur du poumon droit.

Trois ventouses scarifiées *loco dolenti*, saignée de 500 grammes, deux loochs.

13. Nuit mauvaise, fièvre, anxiété; la douleur de côté a augmenté; toux fréquente, crachats visqueux et sanglants.

Potion avec 3 gr. d'ipéca, 8 de sirop d'opium.

Un peu d'amélioration dans la soirée. La potion n'a déterminé que quelques vomissements au début; le pouls est plus souple et moins fréquent; tendance prononcée à la sueur.

(1) Recueillies dans mon service à l'hôpital maritime de Rochefort.

---

du cœur. Rétrécissement des orifices, insuffisance valvulaire, différentes sortes d'hypertrophie, d'atrophie, de dilatation, bruits organiques ou fonctionnels et anémiques, etc.; ce sont là tout autant d'*x* qui ne peuvent être dégagés qu'à l'aide de procédés que Rome ignore.

Ouvrons de nouveau le SPECIMEN DE RATIONE MEDENDI :

« Dilatatio cavitatum sinistrarum cordis. » Il n'est pas question d'auscultation ni de percussion. Voici comment le diagnostic est assis : « Alia enim denotabant dilatationem sinistri ventriculi, ut tussis, palpitationes cordis, animi defectus, pulsus motui cordis non respondentes; alia dilatationem auriculæ sinistræ, ut respiratio difficilis, sensus suffocationis, et impossibilis in sinistro latere decubitus. » Le malade est sorti rétabli; la vérification manque conséquemment.

Page 4, dans une autre observation intitulée : *Dilatatio cordis cum hypertrophiâ*, le professeur revient sur la valeur de ces signes, à savoir que, dans l'hypertrophie du ventricule, il n'y a pas, comme dans celle de l'oreillette, impossibilité de se coucher sur le côté gauche, mais que cette hypertrophie ventriculaire s'accompagne d'anachronisme entre les pulsations des artères et du cœur, etc. Tous ces signes sont insuffisants, inconstants; ce n'est pas trop de toutes les ressources de l'auscultation et de la percussion pour fournir les éléments d'un diagnostic précis. Dans la confusion des différents états pathologiques organiques du cœur, il y a souvent plus de dommage pour la science que pour la pratique, quoiqu'il existe cependant des cas qui commandent des traitements tout opposés. Mais le danger est grand pour le malade, quand on confond les affections organiques avec celles qui sont purement nerveuses ou qui dépendent de l'appauvrissement du sang; or ces erreurs préjudiciables ne sont que trop fréquentes à Rome.

La méthode rasorienne pour le traitement de la pneumonie, c'est-à-dire le tartre stibié à hautes doses réfractées, avec recherche de la tolérance, découverte tout italienne, est loin d'avoir été repoussée par la pratique française par cela qu'elle était d'origine étrangère. Il y a plus : cette méthode, vulgaire chez nous, est presque inusitée aujourd'hui à Rome (1). On a gardé les erreurs théoriques de Rasori et de Tomasini, leur brownisme renversé, leur dichotomie étroite et aveugle, mais on a oublié ce que la pratique pouvait présenter de véritablement utile. Dans une pneumonie, on fera 6, 8, 10, et jusqu'à 15 saignées, on administrera tout autant de minoratifs, mais on ne recourra pas au tartre stibié. Et cependant, comme nous l'avons dit dans notre HISTOIRE MÉDICALE DE 1850, les pneumonies de Rome, lobulaires, catarrhales, exigent le tartre stibié plus impérieusement que nos pneumonies franchement et purement inflammatoires. La saignée abat la fièvre, mais laisse une queue qui ne peut être déracinée que par le traitement stibié et révulsif; si on s'obstine, dans ces sortes d'affections, à vouloir faire disparaître ces reliquats par les antiphlogistiques, on jette le ma-

(1) Feu Folchi, l'un des médecins les plus avancés de Rome, pense que le tartre stibié n'agit dans la pneumonie que par la révulsion exercée par l'estomac irrité. Il dit avoir été malheureux dans ses essais. V. HYGIENES ET THERAPIÆ GENERALIS COMPENDIUM, Roma 1830. 1 vol. in-8.

14. Pendant la nuit un peu de sommeil et sueurs abondantes qui continuent le matin ; pouls encore fréquent, mais mou ; la douleur de côte a presque disparu ; expectoration moins abondante et moins rouillée ; nausées légères, souffle bronchique moins fort, quelques bulles de râle crépitant.

Potion d'ipéca à 2,50 avec 8 sirop d'opium ; deux loochs.

Trois heures du soir. Le pouls est plus vif que le matin. Il y a, du reste, depuis l'entrée, des redoublements fébriles très-marqués vers le soir, et la sueur est plus abondante la nuit et le matin que dans le reste du jour. Une douleur pleurodynique assez vive s'est déclarée au-dessus du sein droit ; pas de matité ni de frottement pleural en cet endroit, seulement respiration puérile et un peu de râle sibilant ; la toux a augmenté, quoique le sang ait beaucoup diminué dans les crachats.

Saignée de 500 grammes.

A huit heures du soir le malade accuse une faiblesse générale, avec brisement dans les membres ; pouls moins accéléré, petit, mou ; sueurs très-abondantes sans élévation de chaleur à la peau ; la toux et la pleurodymie ont diminué.

15, le matin. Les sueurs continuent, moins de fièvre, la pleurodymie persiste. Potion à 2,50 d'ipéca ; deux ventouses scarifiées *loco dolenti*.

Trois heures du soir. Même état que le matin, crachats toujours rouillés, quoique légèrement ; deux nouvelles ventouses scarifiées au point douloureux.

Huit heures du soir. La douleur de côté a cédé, le redoublement fébrile est beaucoup moins fort que les jours précédents

16. Amélioration dans tous les symptômes ; quelques crachats ne présentent plus de traces de sang.

Potion à 2 grammes d'ipéca. Deux bouillons.

Le 17, le mieux continue ; on suspend la potion dont le malade est dégoûté.

Le 18, la toux a augmenté, ainsi que la fièvre ; la respiration est courte et précipitée ; le sang qui la veille avait disparu des crachats y reparait. On reprend l'ipéca à 3 grammes.

Le 19, nouvelle amélioration. L'ipéca n'est prescrit qu'à gr. 1,50.

Ce jour et le suivant, les crachats deviennent tout à fait bronchiques, la fièvre tombe, râle crépitant de retour. Le malade commence à prendre des aliments. L'ipéca est suspendu le 20.

Le 21, convalescence sans accidents jusqu'au 8 janvier 1851, jour auquel le malade sort de l'hôpital.

Obs. IV. — Massé, 20 ans, ouvrier charpentier au port, malade depuis cinq jours, a été traité chez lui ; on lui a fait une saignée. Il entre à l'hôpital le 15 décembre 1850, présentant les symptômes suivants : toux, aphonie, crachats sanglants, douleur au côté droit inférieur de la poitrine avec submatité et râle crépitant ; pouls à 100 ; peau chaude et moite

15, le matin. Saignée de 500 grammes ; quinze sangsues à midi *loco dolenti*. Potion avec gr. 2,50 d'ipéca ; 8 sirop d'opium.

Dans la soirée, amélioration.

16, le matin. Insomnie, aphonie moins complète, moins de toux et de sang dans les crachats, moins de fréquence dans le pouls et la douleur de côté a diminué ; la moiteur continue.

Saignée de 400 grammes ; potion à 3 grammes d'ipéca.

Trois heures du soir. Pouls moins fréquent, plus de douleur de côté, peu d'expectoration, crachats moins rouillés, moiteur.

17. Amélioration sensible, plus d'aphonie, pouls presque normal, peu de toux, quelques crachats légèrement rouillés, moiteur constante.

Potion à gr. 2,50 d'ipéca.

18. Plus de fièvre, la matité a disparu, râle sous-crépitant fin, expectoration bronchique sans traces de sang.

19. Le mieux se soutient ; l'ipéca est suspendu. Constipation depuis quatre jour ; un lavement mélassé amène une selle.

20. Convalescence que rien n'entrave jusqu'au 8 janvier 1851, jour de sa sortie de l'hôpital.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE ; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Monsieur le président,

L'Académie a reçu de M. le docteur Duparque une réclamation au sujet du mémoire que j'ai eu l'honneur de lui communiquer sur la méthode *stibio-dermique*. Ce médecin prétend que la méthode que j'ai ainsi désignée n'a de nouveau que le nom et qu'il l'a employée depuis vingt-quatre ans.

Déjà j'ai répondu suffisamment à ces deux assertions de notre confrère dans les différents journaux où il les a produites. Mais comme l'Académie a entendu la lettre de M. Duparque, et qu'elle l'a insérée dans son BULLETIN, elle voudra bien me permettre sans doute de lui adresser quelques explications qui n'auront pas seulement pour but de discuter devant elle les assertions de mon confrère de Paris, mais aussi, et surtout, de compléter l'exposition de la méthode stibio-dermique qui n'offre, je l'affirme plus que jamais, aucune analogie véritable avec la pratique que M. Duparque a voulu lui comparer.

Résumons d'abord la lettre de ce médecin.

M. Duparque emploie l'émétique en frictions dans le but de provoquer l'absorption du médicament. Dans la pneumonie ou la métro-péritonite, par exemple, il pratique indistinctement les frictions sur *tous* les points de la surface du corps, à la partie *interne des cuisses* comme sur les parois du thorax.

Il emploie le médicament à la dose de 1 gramme pour 30 grammes d'axonge.

Il répète les frictions coup sur coup pendant une courte période de temps, vingt-quatre heures par exemple, afin d'éviter la pustulation de la peau.

Il me suffirait de renvoyer à la lecture de mon mémoire pour prouver que je n'ai rien dit de semblable ; que je n'ai pas été dirigé par les mêmes vues que M. Duparque ; que j'ai eu recours à une pratique toute différente de la sienne, et que j'ai produit des effets et des résultats presque entièrement opposés. Quelques mots suffiront pour le prouver.

Quel a été le but de M. Duparque ? De produire l'absorption cutanée de l'émétique, de l'introduire simplement dans les voies circulatoires par la peau.

Mon but à moi a été tout autre. Ayant remarqué qu'il existe dans certaines maladies un état particulier de la peau au niveau de l'organe malade, état en vertu duquel le tartre stibié est dépossédé de son action pustulante, j'ai voulu provoquer en ce *point* une action dynamique particulière, laquelle est produite par l'intermédiaire de l'absorption cutanée. Cette

---

lade dans la prostration et dans l'anémie. Ces pneumonies catarrhales se compliquent assez souvent, dès la première saignée, d'état adynamique et typhoïde, comme nous en avons cité des cas dans le même compte rendu de l'état sanitaire en 1850. Enfin, dans les circonstances où la méthode antiphlogistique usitée à Rome ne produit pas d'emblée ces graves accidents, toujours est-il qu'elle rend les convalescences longues, pénibles, pleines de dangers, surtout quand il s'agit d'individus débilités par la haute température et par les fièvres de la saison estivo-automnale.

Ici se termine notre tâche de critique ; nous la reprendrons à propos de la doctrine romaine considérée en général et de la doctrine spéciale relative à la pyrétologie. Nous mûrissons ce dernier sujet depuis dix-huit mois. La gravité de la question demande de longues méditations préalables. A Rome, on traite les fièvres comme nous les traitions il y a vingt ans en Algérie ; c'est-à-dire que nous aurons beaucoup à critiquer ; mais nous trouverons cependant dans la *pratique* romaine certaines méthodes thérapeutiques qui, dégagées de ce qu'elles ont d'exclusif et de généralisation aveugle, peuvent certes être proposées à l'imitation de l'école pyrétologique algérienne actuelle.

F. JACQUOT.

— CONCOURS POUR QUATRE PLACES DE MÉDECINS AU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX. — Le jury de ce concours est ainsi composé, sauf les modifications qui auront nécessairement lieu, par suite de l'état dans lequel se trouve notre excellent confrère M. Rochoux.

Juges : MM. Barth, Rochoux, Léger, Andral, Trélat, Legroux, Marjolin, Michon, Velpeau.

Suppléants : MM. Delasiauve et Gosselin.

— ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Par arrêté, en date du 14 février 1852, M. Hulin Origet, ancien professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Duclos.

— M. Allonneau, ancien chirurgien de l'armée sous l'empire, ancien professeur de médecine à Poitiers, auteur de plusieurs ouvrages sur l'histoire du Poitou, membre de quelques sociétés savantes, est décédé à Thouars, le 4 de ce mois, à soixante ans passés.

— On lit dans le COURRIER DU NORD :

« Un changement important va, dit-on, avoir lieu dans l'administration des hospices de Valenciennes. La direction, non plus seulement de l'Hôtel-Dieu, mais aussi de l'hospice général, serait confiée aux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

» Le retour des sœurs hospitalières coïnciderait, nous assure-t-on, avec plusieurs mesures importantes parmi lesquelles on cite la suppression de l'hôpital militaire, dont les malades, transportés à l'Hôtel-Dieu, seraient confiés à l'administration des hospices de Valenciennes. L'hospice général serait exclusivement réservé aux malades civils, aux vieillards et aux orphelins. »

absorption n'est pas mon but; mais une des conditions qui me le font atteindre.

Les moyens employés par M. Duparque ne diffèrent pas moins des miens. Il frictionne indistinctement tous les points de la surface cutanée, la face interne des cuisses comme les parois thoraciques, parce qu'il ne veut qu'une chose : introduire le médicament dans l'économie par la voie cutanée; je l'applique exclusivement sur le point malade et sur la partie de la peau réfractaire à l'action pustulante de l'émétique. Il l'emploie à la dose de 1 gramme sur 30 grammes d'axonge, et moi à la dose de 10 sur 20, au tiers à la moitié. Sa médication répétée coup sur coup ne dure que vingt-quatre heures pour éviter le développement des pustules; je la prolonge plusieurs jours, plusieurs semaines, parce qu'elle ne produit pas, parce qu'elle trouve la peau dans des conditions à ne pouvoir produire la pustulation.

Ainsi donc l'unique pensée qu'a eue M. Duparque a été de faire pénétrer l'émétique dans l'économie par la voie cutanée, et les moyens qu'il a employés n'ont et ne peuvent avoir d'autre résultat. Mais que l'Académie me permette de le faire remarquer, cette idée n'a rien d'original, et la manière de la mettre à exécution est on ne peut plus grossière. La possibilité de l'absorption de l'émétique par la peau est un fait trop élémentaire pour que M. Duparque ait eu besoin de le découvrir; et un simple bain émétisé eût produit mieux, plus vite et plus sûrement, le résultat qu'il a cherché à obtenir par des frictions indistinctement distribuées sur toutes les parties de la surface du corps. Il suffit de ramener ainsi la pensée de ce médecin à sa plus simple expression pour montrer ce qu'elle vaut, d'où elle vient et où elle va.

Si maintenant l'Académie me permet de lui rappeler en peu de mots mon point de départ, la suite de mes idées et les conséquences physiologiques et pratiques que j'en ai déduites, elle verra qu'autant le point de vue de M. Duparque est étroit et vulgaire, autant la méthode stibio-dermique repose sur des données nouvelles, ouvre une voie large à l'observation et constitue une conception véritablement originale.

Elle part de ce fait, qu'il existe dans certaines maladies qui ont passé jusqu'ici pour des inflammations, un état particulier de la peau en vertu duquel des frictions stibiées répétées pendant des semaines ne produisent que peu ou point de pustules. Quel est cet état ? Quel rapport offre-t-il à considérer avec l'action de l'émétique appliqué sur le point correspondant? Car il ne s'agit pas ici d'absorption par tous les points de la voie cutanée, *de la partie interne des cuisses*; mais de l'absorption en un point déterminé et sur un point spécialement malade, d'une action dynamique produite spécialement sur ce point. Ainsi que je l'ai déjà dit, l'absorption est, dans la méthode stibio-dermique, le moyen, et non le but comme dans la pratique de M. Duparque.

Le seul point de contact qu'il y ait entre les idées de M. Duparque et les miennes est donc celui-ci : comme moi, ce médecin comparant l'action de l'émétique à hautes doses à celle des frictions sur la peau, conclut, mais sans aucune preuve à l'appui, que de part et d'autre le médicament agit par absorption. Ce n'est là que la partie la plus extérieure de l'analogie : l'analogie véritable, celle que M. Duparque n'a pas soupçonnée et celle que j'ai signalée, c'est que dans les maladies où il y a tolérance de l'estomac, cet organe se trouve dans une condition physiologico-pathologique analogue à celle que j'ai le premier signalée pour la peau ; il supporte l'émétique à sa surface sans réagir, comme la peau le supporte sans pustules ; et dans les deux cas, la médication franchit sans obstacle la barrière muqueuse et cutanée pour produire une action locale et générale en vertu de laquelle l'organe et l'organisme sont impressionnés et ramenés au rhythme normal.

L'Académie voudra bien se rappeler que, malgré les pressantes sollicitations de plusieurs de ses membres, j'ai renoncé à faire connaître, pour le moment, les vues théoriques qui me dirigent dans l'emploi de la méthode stibio-dermique, et les idées qui me sont propres sur la nature particulière de l'état de la peau et de la muqueuse gastrique dans les maladies où il y a tolérance. Lorsque j'aurai pu développer ces idées, elle verra quel est le véritable mode d'action de l'émétique absorbé ; et c'est alors surtout qu'elle reconnaîtra l'opposition complète qui existe entre la pratique empirique de M. Duparque et l'action toute physiologique de la méthode stibio-dermique.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi; considérations sur la terminaison de l'accouchement; rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie*; par M. Dubreuilh fils. 2° *Deux faits d'hydropisie ascite traités par les injections iodées*; par M. Costes. 3° *Études sur les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies*; par M. H. Gintrac. 4° *Observation d'un cas de tuberculisation générale*; par M. Ore. 5° *Observation d'empoisonnement présumé par des sardines*; par MM. Fages et Lafargue. 6° *Mémoire sur cette question : Préciser les véritables indications de la trachéotomie*; par M. Azam. 7° *Remarques sur quelques faits pratiques d'accouchement*; par M. Dubreuilh fils. 8° *Pyélite, suivie de tumeur rénale pendant la grossesse ; néphrotomie ; établissement d'une fistule urinaire permanente*; par M. Reimoneng. 9° *Croup chez un enfant de 5 ans ; trachéotomie ; mort trois jours et seize heures après l'opération*; par M. Dupuy.

DEUX FAITS D'HYDROPISIE ASCITE, TRAITÉS PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. COSTES.

Nous citons avec empressement ces deux faits, parce que, rapportés par un praticien aussi consciencieux qu'éclairé, ils contribueront puissamment à fixer la question encore si débattue, si litigieuse, de l'opportunité de cette opération en pareil cas.

OBS. I. — Maris, âgé de 50 ans, antérieurement affecté d'hémoptysie, d'hématurie, de pleurésie et en dernier lieu de fièvre intermittente fréquemment récidivée, offrit les signes d'un épanchement abdominal. La fièvre fut traitée et guérie. Mais l'hydropisie persistant, il entra le 2 septembre 1850 à l'hôpital.

Maigreur extrême, soif intense, oppression. L'abdomen est distendu ; on y sent une fluctuation évidente; le liquide qui le remplit forme à l'ombilic une tumeur saillante. Œdème des membres inférieurs. Organes thoraciques sains.

Le 3, une ponction pratiquée à la tumeur ombilicale évacue cinq à six litres d'une sérosité albumineuse. Le ventre étant affaissé, on constate l'intégrité des organes abdominaux. (Tisane de chiendent avec 8 grammes d'acétate de potasse.)

Le 12, l'épanchement s'est reproduit; nouvelle ponction qui donne issue à 8 kil. de liquide.

Le 16, une troisième ponction est déjà devenue nécessaire ; il sort 7 kil. 750 gram. de liquide. M. Costes injecte alors un mélange de : eau distillée, 100 gram.; teinture d'iode, 20 gram.; hydriodate de potasse, 2 gram. Après un séjour de deux minutes, on en laisse sortir par la canule le plus possible. — Le malade s'est plaint, immédiatement, d'une douleur vive, aiguë; mais bientôt elle se calme, et il demande à manger (Un bouillon.)

Deux heures après, douleurs plus vives, frissons et nausées, ventre sensible, soif violente, froid des extrémités. Le pouls, à 58 avant l'injection, s'est élevé à 80 (Boule chaude aux pieds, cataplasme laudanisé sur l'abdomen.)

A dix heures du soir, la chaleur a reparu, pouls à 104, ventre aussi douloureux et plus tendu.

Le 17, vingt-quatre heures après l'injection, mieux notable, pouls à 90. Le malade a un peu dormi; il a uriné le matin pour la première fois.

Le 18, ventre moins douloureux, pouls à 80.

Le 19, encore mieux. Une selle peu copieuse, le pouls est à son état naturel. On reprend l'usage de la tisane avec 8 gram. d'acétate de potasse.

Le 25, l'état est devenu très-satisfaisant; les jambes, toujours œdématiées, sont soumises à une pression méthodique.

Le 1er octobre, le ventre a son volume normal ; les jambes ont considérablement diminué de circonférence.

Mais, quelques jours après, il survient de la diarrhée, qui, toutefois, ne dure que six jours, de manière à fatiguer le malade. Le 21, on cesse tout remède, les jambes ne sont plus infiltrées, le sommeil est complet, l'appétit rétabli. Il sort le 27 octobre parfaitement guéri.

Cet homme est de nouveau venu à l'hôpital le 12 mars 1851 pour s'y reposer, et en est sorti au bout de trois jours. La cure ne s'était point démentie.

OBS. II. — Jeanne Thierry, âgée de 47 ans, fille d'une mère morte hydropique de constitution faible, usée par la misère, eut à 43 ans une légère hépatite et des fièvres intermittentes. — Rétablie cependant, elle se plongea, ayant ses règles, dans l'eau froide. De là suppression, vomissements, douleurs lombaires, puis, tuméfaction de l'abdomen. Elle séjourna une première fois à l'hôpital, mais n'en sortit que soulagée.

Elle y rentra une seconde fois le 11 octobre 1850, avec perte d'appétit, insomnie et dyspnée, quoique les organes respiratoires ne révélassent pas d'altération matérielle. L'abdomen était très-volumineux, et on constatait dans sa cavité la

présence d'un liquide s'y déplaçant aisément, jambes volumineuses, infiltrées. (Limonade avec acétate de potasse).

Le 13, ponction qui fait sortir 18 livres d'une sérosité citrine et albumineuse. Les viscères explorés à travers les parois abdominales affaissées paraissent dans l'état normal. (Même boisson.)

Le 20, l'épanchement est considérable, plus même que le jour de l'entrée, pouls à 65.

Le 21, seconde ponction; on obtient 20 kil. 600 gram. de sérosité. Une injection est aussitôt pratiquée avec : teinture d'iode, 20; eau, 100; hydriodate de potasse, 4. On laisse dans l'abdomen une partie de ce mélange. Immédiatement la malade accuse des douleurs vives que la pression et que les mouvements augmentent, sensation de chaleur dans l'abdomen, froid des extrémités, pouls normal.

A huit heures du soir, vomissements, soif vive, pouls petit, serré, fréquent, à 104; anxiété, frissons vagues. Le ventre, légèrement tendu à droite, est douloureux à la pression.

Le 22 au matin, mieux sensible; plus de vomissements, mais encore du hoquet, pouls à 110.

Le 23, plus de vomissements, l'épigastre n'est plus douloureux, mais le côté gauche de l'abdomen est ballonné et un peu sensible à la pression, pouls à 90.

Le 24, amélioration progressive. — Limonade avec acétate de potasse, 8 gram.

Le 25, contre la constipation qui dure depuis quatre jours, on donne 3 décigram. de gomme-gutte. Dans la journée, nausées, le pouls remonte à 100; la région de la rate est gonflée et douloureuse; une selle peu abondante.

Le 27, diminution de ces symptômes (Même médication.)

Le 29, l'abdomen n'est plus douloureux; appétit et sommeil rétablis. On constate de nouveau du liquide dans l'abdomen; les jambes sont toujours œdématiées. (Tisane de graine de lin avec acétate de potasse.)

1er septembre, l'hydropisie augmente.

Le 4, la ponction devient nécessaire; on obtient autant de liquide que la première fois, très-albumineux, n'ayant aucune odeur d'iode. On ne tente pas une nouvelle injection, l'état général de la malade semblant amélioré.

Du 5 au 10, on donne 0,3 de gomme-gutte et la limonade à l'acétate de potasse. L'œdème des jambes se dissipe.

Le 11, le ventre est revenu à l'état naturel; bon appétit; la malade se lève et reste longtemps debout sans fatigue. — Elle sort vers la fin de novembre. Quelque temps après, on la revit en très-bon état. Elle éprouvait seulement de temps en temps des tiraillements dans la région splénique.

Après ces deux observations probantes toutes les deux, quoiqu'à des degrés inégaux et de diverses manières, M. Costes annonce qu'un fait nouveau et décisif s'est montré à la clinique médicale de l'hôpital, fait dans lequel le succès ne peut, dit-il, être attribué absolument qu'à l'injection iodée. Il se propose de le publier prochainement avec tous ses détails.

ÉTUDES SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS LES MALADIES ; par M. H. GINTRAC.

Dans ce long travail, qui ne fait souvent que résumer l'état actuel de la science, nous nous arrêterons seulement à deux points importants concernant la tolérance et le mode d'action du médicament.

M. H. Gintrac examine avec détails la question de savoir, d'une part, si la tolérance est le cas le plus fréquent; de l'autre, si elle est une condition favorable à la guérison. Sur le premier point, c'est avec grande raison, selon nous, qu'il répond par la négative. Il est certain que, dans la grande majorité des cas, quelque précaution qu'on prenne, de quelque manière que le médicament soit administré, la tolérance d'emblée n'a pas lieu; mais il est commun, au contraire, de la voir s'établir au bout d'un temps variant de quelques heures à deux ou trois jours. Sur le second point, nous croyons qu'il faut distinguer. A n'interroger que les statistiques publiées, la condition favorable à la guérison de la pneumonie, par exemple, paraît être l'*intolérance*. Mais il ne serait pas juste d'en tirer une induction contraire à l'action spécifique du tartre stibié. Les vomissements et les déjections pourraient avoir leur utilité propre pendant que le tartre stibié conserverait la sienne Mais ce qui peut jeter du doute sur la vertu propre du remède, c'est que très-souvent, lorsqu'il est bien supporté, on voit les sujets tomber rapidement dans une débilité profonde, l'expectoration diminuer, le pouls devenir petit et fréquent, la peau se couvrir d'une sueur visqueuse, sans aucune diminution de l'engorgement pulmonaire. Dans ces cas, qui ont été signalés notamment par M. Bricheteau, l'émétique empoisonne véritablement Il semble que son action, ne pouvant s'attaquer à l'élément phlegmasique, se tourne tout entière contre l'organisme et devient toxique. Aussi avons-nous l'habitude, quand le travail de résolution ne se prononce pas après un jour ou deux au plus, et que nous voyons naître les symptômes indiqués plus haut, de renoncer à la médication stibiée. Mais ces mécomptes n'annihilent pas à nos yeux la vertu spécifique du tartre stibié; il faudrait oublier; pour cela, les cas assez nombreux où, le médicament étant également supporté à très-haute dose, on voit l'état local et l'état général s'améliorer simultanément avec une rapidité significative.

Comment agit le tartre stibié? Doit-il être considéré comme un hyposthénisant, un sédatif direct? Il devient fréquemment l'occasion d'une diminution dans la fréquence et la force du pouls; cela est vrai; mais M. Gintrac a raison de rappeler, les faits à la main, que bien souvent aussi c'est le cas contraire qui arrive. *La circulation ne se ralentit que dans les cas où l'état local s'améliore;* c'est, du moins, le résultat constant de notre observation personnelle, en ce qui concerne du moins la pneumonie. Dans les autres cas, nous l'avons dit, le pouls s'accélère, et, après s'être élevé d'abord, devient petit et misérable. On ne peut donc aisément déduire la vertu hyposthénisante du tartre stibié, de son influence sur le cœur dans une maladie aiguë; il faut étudier l'action du remède dans des affections apyrétiques. Or, ici nous craignons que l'auteur n'ait pas attribué assez d'importance aux expériences de MM. Trousseau et Pidoux. Contrairement à son opinion, nous croyons que le tartre stibié a pour effet propre, spécifique, de ralentir, d'affaiblir la circulation, et, de plus (ce qui est fort à considérer dans la question), de diminuer le nombre des mouvements respiratoires. Nous le considérons donc comme un hyposthénisant direct.

OBSERVATION D'UN CAS DE TUBERCULISATION GÉNÉRALE, par CYPRIEN ORÉ.

Nous publions ce fait comme un exemple assez rare de tuberculisation répandue dans presque tous les organes de l'économie. On sait que chez les phthisiques, on rencontre rarement des tubercules dans la rate, les reins, l'utérus et ses annexes. Ici, il y en avait dans tous ces organes, à plus forte raison dans le péritoine, dans les ganglions mésentériques et bronchiques. La tuberculisation, en un mot, était presque générale. Ce fait n'étant intéressant qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, nous ne rapporterons que l'autopsie. Disons seulement qu'il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans dont la mère était morte à l'âge de 30 ans, et le père à un âge également peu avancé, et qui avait commencé à tousser 3 mois avant son entrée à l'hôpital. Le début de la maladie ne se rattachait à aucune circonstance spéciale. Rien non plus de particulier à noter sur ses symptômes et sa marche. Voici en abrégé les altérations trouvées sur le cadavre :

OBS. — Amaigrissement considérable. La paroi du thorax des deux côtés, ainsi que la paroi abdominale, sont adhérentes dans toute leur étendue avec les organes contenus dans ces cavités. Les plèvres présentent, dans toute leur étendue, tant sur le feuillet pariétal que sur le viscéral, et sur le feuillet qui tapisse la surface convexe du diaphragme, de petites granulations jaunâtres très-rapprochées les unes des autres, offrant un aspect chagriné et rugueux. Ces granulations, qui sont petites, arrondies, très-régulières sur les plèvres, offrent un volume peu considérable sur le péritoine, où elles ont, pour la plupart, le volume de petits pois. Les deux poumons sont parfaitement adhérents; ils contiennent un assez grand nombre de tubercules; ceux du poumon gauche sont disséminés, peu volumineux, peu ramollis; absence de cavernes. A droite, les tubercules sont plus gros et s'écrasent facilement avec le doigt; quelques-uns sont ramollis et ont donné lieu à la formation de deux cavernes pouvant loger chacune une petite amande. Dans toute son étendue, le tissu pulmonaire offre des tubercules peu volumineux, tous à l'état cru; une tranche de ce tissu, prise à la base, surnage incomplétement.

La surface interne du péricarde est lisse et n'offre aucune altération. Rien à noter dans le cœur.

Tous les organes contenus dans la cavité abdominale, la rate, les reins, le foie, offrent aussi des tubercules qui sont petits, du volume d'un grain de mil, disséminés dans le tissu des organes.

Adhérence générale des anses intestinales. Le mésentère est couvert de masses tuberculeuses. La muqueuse de l'estomac n'offre rien de particulier. Rougeurs et ulcérations dans l'iléon, le cæcum et le gros intestin.

Dans l'utérus, les trompes, les ovaires, les tubercules sont très-apparents. Dans les ovaires, notamment, on trouve des masses de forme ovoïde, de la grosseur d'une noisette, contenus dans de véritables kystes; on peut les énucléer par la pression.

A la partie supérieure de l'hémisphère droit du cerveau, et le long du sinus longitudinal supérieur, existent des tubercules disséminés. Une incision de la partie supérieure et externe du lobe moyen met à découvert une portion de substance cérébrale colorée en noir (sans doute par suite d'une infiltration sanguine). Moelle épinière un peu molle. Au niveau des corps des 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales, on rencontre sur la partie supérieure du cordon rachidien une couche assez épaisse d'un liquide blanchâtre, semi-transparent et concrété, semblable à du blanc d'œuf qui va s'épaissir.

On aura remarqué le degré peu avancé de la lésion pulmonaire. Elle n'eût pas suffi sans doute pour amener la mort, si le reste de l'organisme n'eût été ravagé par la tuberculisation.

II. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

Les numéros des deux derniers trimestres de 1850 et des deux premiers de 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de névralgie ilén-scrotale*; par M. Cabaret. 2° *Hépatite chronique*; par M. Heysch. 3° *Plaie pénétrante du poumon*; par M. de Lalibarde. 4° *Diphtérite laryngienne coïncidant avec une inflammation trachéo-bronchique*; par M. Anglada. 5° *Observations touchant l'influence qu'exercent les maladies des animaux sur les qualités hygiéniques de la viande qui provient de ces mêmes animaux*; par M. Alluome. 6° *Sur la germination*; par M. Brance. 7° *Observation d'un gonflement considérable de la face, provenant d'un furoncle de la partie inférieure du front, et suivi de mort*; par M. Haime. 8° *De la coqueluche*; par M. Joubert.

PLAIE DU POUMON, LÉSION DE L'ARTÈRE INTERCOSTALE; par M. DE LALIBARDE.

Le procédé simple mis en usage par l'auteur pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère intercostale ne se trouve pas cité dans les ouvrages classiques; de plus, il a réussi : double motif pour qu'il trouve place dans nos colonnes. Nous ne rapporterons du fait clinique que ce qui a trait à cette circonstance particulièrement intéressante.

Obs. — Un jeune homme de 18 ans fut blessé pendant les troubles de février 1848, par un coup de baïonnette qui pénétra à 10 centimètres de profondeur dans le tissu pulmonaire, entre la deuxième et la troisième côte. Le sang s'échappa aussitôt avec abondance, et les forces commençaient à s'épuiser au moment où M. de Lalibarde put le voir. Le sang était vermeil et écumeux, les battements du pouls à 55. Peau froide.

A la vue de ce sang rouge il ne douta pas de la blessure d'une artère intercostale. La pensée lui vint d'introduire l'extrémité du petit doigt sur le bord inférieur de la côte; il le fit donc et resta au moins trois quarts d'heure dans cette position, établissant ainsi une forte compression sur le vaisseau divisé. Au bout de ce temps l'hémorrhagie avait cessé.

Les autres symptômes dépendant de la lésion pulmonaire furent combattus par l'occlusion de la plaie et par des saignées locales abondantes et réitérées poussées jusqu'à produire une débilitation profonde. Plus tard, on eut recours à de larges vésicatoires. Le blessé fut guéri au bout de quarante jours.

Le moyen imaginé dans ce cas est tellement à la portée de tout chirurgien qu'il n'y aura jamais qu'avantage à l'essayer lorsque la plaie sera assez large pour permettre l'introduction du petit doigt. Peut-être, dans le fait ci-dessus, l'affaiblissement extrême du blessé a-t-il puissamment contribué à son succès, en préparant l'hémostase spontanée. Mais ce ne serait point là une raison pour détourner d'employer ce procédé qui, si l'événement le démontre insuffisant, ne compromet du moins en rien la santé du blessé, non plus que les chances de réussite d'un autre agent hémostatique.

OBSERVATION TOUCHANT L'INFLUENCE QU'EXERCENT LES MALADIES CONTAGIEUSES DES ANIMAUX SUR LES QUALITÉS HYGIÉNIQUES DE LA VIANDE QUI PROVIENT DE CES ANIMAUX, par M. VALENTIN ALLUOME.

Le court travail de M. Alluome a pour objet d'établir que la viande des animaux affectés de charbon et de rage ne doit pas être livrée à la consommation; qu'on peut au contraire utiliser impunément la viande d'animaux morts de typhus, de stomatite aphtheuse, de gale, de morve, de ladrerie; enfin qu'il convient de proscrire de l'alimentation le lait des femelles atteintes de phthisie calcaire et autres affections chroniques de poitrine. L'auteur se borne partout à de simples affirmations.

Il importe de faire tout d'abord une distinction capitale entre la viande crue et la viande cuite. Il est démontré aujourd'hui par les expériences de M. Renault (d'Alfort), que la cuisson détruit toutes les propriétés malfaisantes des viandes provenant d'animaux morts de maladies contagieuses. Aucune donc des maladies énumérées plus haut ne pourrait être, sous ce rapport, une raison déterminante de prohibition. En second lieu, la distinction établie entre les maladies qui ne doivent pas entraîner la prohibition et celles qui la rendent nécessaire, n'est fondée sur rien de solide. On a pu se nourrir impunément d'animaux atteints de charbon et de rage, aussi bien que d'animaux morveux ou frappés de typhus. On a vu des chiens manger des uns et des autres, *à l'état cru*, sans en ressentir aucun effet nuisible, et cela dans des circonstances nombreuses. Enfin, comme l'a fait remarquer avec raison le rapporteur du travail à la Société d'Indre-et-Loire, l'innocuité de certaines viandes ingérées n'enlève pas nécessairement tout danger à la consommation, le contact seul de ces viandes sur une partie du corps dépourvue d'épiderme pouvant entraîner les plus graves accidents, comme il arrive dans les cas de charbon ou de morve.

III. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril à septembre contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Pathologie médicale selon la doctrine de Montpellier*; par M. Alquié. 2° *Compte rendu de la clinique médicale de M. Broussonnet*; par M. Restéguier. 3° *Quelques observations sur les maladies du foie*; par M. Falot. 4° *Cours de pathologie et de thérapeutique générales*; par M. Jaumes. 5° *Premières leçons du cours de physiologie humaine*; de M. Lordat, et par M. Bourdel, le remplaçant. 6° *Position de l'épaule, présentation des deux mains, perversion de l'attitude de l'enfant, version*; par M. Boileau-Castelnau. 7° *Notice sur les eaux des diverses sources de Tamalou et des environs*; par M. Lombard. 8° *Observations sur le priapisme et l'impuissance*; par M. Saurel. 9° *Observations de corps étranger introduit dans l'intestin rectum*; par Scarpa, traduite par M. Cabaret.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS L'INTESTIN RECTUM; par SCARPA, traduite par M. CABARET.

Ce fait inédit ne tire pas son importance uniquement du nom célèbre qui l'a signé. Indépendamment de cette circonstance, le choix si bien raisonné du procédé opératoire et le succès qui en couronna l'application sont bien dignes et de la réputation de l'illustre professeur de Pavie et de toute l'attention de nos lecteurs.

Obs. — Un robuste villageois, pour guérir une constipation opiniâtre, s'était introduit dans le rectum un bâtonnet qui lui échapa, et que, en voulant le retirer, il ne fit qu'enfoncer plus profondément. Au bout de quelques heures, accablé par les douleurs du ventre, il dut cesser ses travaux et se fit transporter à l'hôpital.

Le chirurgien de garde introduisit une pince, mais il ne put même toucher le bout du corps étranger. Il ordonna un purgatif doux, qui n'amena aucun résultat.

Scarpa reconnut avec la main placée sur l'abdomen, que l'extrémité supérieure du bâtonnet faisait saillir la paroi du ventre à la manière d'un dé à coudre, dans la région iliaque droite. On pouvait là la circonscrire avec le doigt; et, en pressant sur elle, on réveillait les douleurs aiguës dans le ventre et surtout vers le sommet du sacrum.

Le soir du même jour, le même bout paraît avoir quitté la région iliaque droite et s'être porté vers la gauche. Durant la nuit, on sentit qu'il remontait vers le colon gauche, et le lendemain matin on put reconnaître son extrémité supérieure dans la région épicolique de ce côté. Dans le courant de la journée le corps étranger s'avança vers le colon transverse jusqu'au cartilage xyphoïde. — A partir de ce moment, il subit un changement inverse dans sa marche; car la matinée du jour suivant, on le trouva saillant dans la région iliaque gauche comme précédemment.

En réfléchissant à la longueur de ce bâtonnet, Scarpa pensa que ce corps étranger devait être placé obliquement; de telle sorte que, par son extrémité supérieure, il poussait en dehors la paroi abdominale vers la région iliaque gauche, tandis que, par l'inférieure, il faisait saillie dans le rectum, le refoulait vers le côté droit du bassin, imprimant à cet intestin un repli angulaire, qui devait nécessairement mettre obstacle à la descente ultérieure du bâtonnet vers l'anus.

En conséquence, ayant fait placer le malade comme pour la taille, il conduisit sur l'indicateur gauche, dans le rectum, une canule de gomme élastique, grosse comme le doigt annulaire, dépourvue de mandrin métallique, afin qu'elle fût flexible dans toutes ses directions, de manière à s'insinuer dans les tortuosités et à déprimer le vicieux repli angulaire de l'intestin, entretenu par la situation oblique du corps étranger. Ce premier but étant atteint, il poussa dans la canule un stylet métallique recourbé à son extrémité; ce qui donna à l'instrument la fermeté nécessaire. Alors, la paume de la main droite appuyée sur la région iliaque gauche du malade, il commença à pousser doucement l'extrémité supérieure du bâtonnet de gauche à droite, et un peu en haut vers l'ombilic, pendant qu'avec la main gauche, saisissant la grosse et ferme canule et la dirigeant en sens contraire, c'est-à-dire de droite à gauche, il s'efforçait d'effacer le repli angulaire et de replacer le rectum dans sa direction et sa position naturelle.

Peu à peu, et à mesure que le repli angulaire cédait à la pression de la canule, le bâtonnet descendait davantage en bas vers le bassin. Procédant lentement par les deux mouvements combinés en sens opposés, Scarpa parvint à obtenir que le bâtonnet descendît rapidement dans le rectum, et il put bientôt toucher son bout inférieur avec l'indicateur porté dans l'anus. Il le saisit alors solidement avec une pince *à bec de grue*, et en le tirant tantôt en avant, tantôt en bas, il en acheva l'extraction sans l'avoir rompu.

Le malade, accablé par la longueur des souffrances tomba en syncope vers la fin de l'opération. Peu d'heures après, il fut saisi d'une fièvre intense accompagnée de mouvements convulsifs. La vive sensibilité morbide du tube intestinal persista durant cinq semaines. Enfin, il reprit ses forces et sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Dans les réflexions peu étendues dont il fait suivre la relation de ce cas Scarpa se borne à le donner comme exemple de l'action antipéristaltique

du gros intestin. Il fait, en outre, remarquer que l'irritation n'ayant ici porté que sur cette partie du canal digestif, il n'y a pas eu de vomissements, phénomène qui n'eût pas manqué si la même cause eût agi sur l'intestin grêle.

A. Dechambre et P. Diday.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

CARACTÈRES TÉRATOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DU CRÉTINISME, TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE CETTE AFFECTION.

M. Fourcault communique une note sur ce sujet, dont nous reproduisons un résumé.

« La description que j'ai donnée de la constitution physique des habitants des deux versants de la vallée de l'Isère (Comptes rendus, séance du 10 nov. 1851), les faits exposés dans cette dernière partie de mon travail démontrent, d'une manière évidente, que les anomalies organiques qui caractérisent le crétinisme résultent d'un arrêt, d'un retard, d'une aberration de développement dont la cause initiale se trouve dans la composition élémentaire des tissus.

» L'*arrêt de développement* est indiqué par la petitesse de la taille. Les crétins qui habitent les profondes vallées des Alpes ont rarement plus d'un mètre, et ceux qui sont placés dans des circonstances plus favorables atteignent à peine un mètre et demi. Il ne faut pas confondre avec ces êtres rabougris les idiots d'une taille ordinaire, qui vivent dans les mêmes contrées. Cependant l'idiotisme et le crétinisme peuvent s'unir par une foule de nuances intermédiaires.

» Le *retard de développement* s'annonce par la lenteur de l'ossification, de la dentition, de l'accroissement des forces physiques. A cinq mois, l'enfant peut à peine maintenir la tête dans sa rectitude ordinaire; à six ou sept ans, il marche difficilement; la seconde dentition ne peut toujours s'accomplir, les muscles sont grêles, sans énergie; les crétins, comme la plupart des nains, passent de l'adolescence à la vieillesse, sans offrir les attributs de l'âge adulte.

» L'*aberration de développement* est caractérisée par la conformation défectueuse du crâne, ordinairement aplati d'avant en arrière, par le défaut de symétrie des hémisphères du cerveau, par la disposition vicieuse et la diminution de volume des parties se montrant en relief à sa surface, dans ses cavités intérieures et à sa base, telles que les couches optiques, les corps striés, les éminences maxillaires, l'*infundibulum*, la voûte à trois piliers, les pédoncules cérébraux et cérébelleux, le bulbe rachidien. Cette aberration se remarque dans les appareils de la vie de relation, dans la conformation vicieuse du cou, de la poitrine, de la colonne vertébrale, des membres, des pieds, des mains, des doigts, des ongles; elle se manifeste surtout dans le développement anormal du corps thyroïde et des organes de la génération.

» Parmi ces anomalies, il en est une qui mérite plus particulièrement de fixer l'attention des anatomistes et des naturalistes. Les circonvolutions cérébrales sont généralement peu prononcées; les anfractuosités intermédiaires ne sont ni profondes ni multipliées, et souvent même le cervelet, réduit à un petit volume, est lisse à sa surface. Ces dispositions anatomiques rappellent celles du cerveau des animaux supérieurs, et confirment les belles recherches de M. Serres, relatives au développement embryonique du cerveau des mammifères. »

ABSORPTION ET EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE EMPLOYÉ DANS LES PANSEMENTS ET LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

M. Bonnet (de Lyon) adresse un mémoire sur l'absorption et les effets généraux de l'iode employé dans les pansements et les opérations chirurgicales, dont voici les conclusions :

1° L'iode appliqué sur des ulcères ou injecté dans la cavité des abcès et des membranes séreuses, est absorbé et se retrouve dans divers produits d'excrétion, spécialement dans l'urine et la salive.

2° L'absorption à la surface des cavités closes, et l'élimination par les produits excrétés, spécialement par les urines, peut s'élever, pendant plusieurs semaines et sans altération de la santé, à plus d'un gramme d'iode par jour.

3° Cette absorption et cette élimination modifient l'économie tout entière et peuvent améliorer notablement des maladies scrofuleuses constitutionnelles, pourvu qu'à l'aide de précautions spéciales dans les pansements, on maintienne, au moins pendant un mois et demi à deux mois, une élimination d'iode par les urines telle, que les réactifs y déterminent, sans évaporation préalable, une teinte bleu foncé.

4° Des vésicatoires, des cautères et des moxas absorbent avec la plus grande facilité l'iode que l'on dépose à leur surface; et à la suite de pansements quotidiens, celui-ci peut-être retrouvé dans les urines et la salive, tant que les plaies artificielles ne sont pas cicatrisées.

5° A l'aide de la médication iodique sur des vésicatoires éloignés des yeux, on peut guérir des ophthalmies scrofuleuses, sans remèdes intérieurs et sans applications locales. Des modifications constitutionnelles profondes sont possibles, si l'on fait absorber, pendant plusieurs mois, sur des moxas ou des cautères, une telle quantité d'iode que les urines puissent toujours prendre une teinte bleu foncé par l'amidon et le chlore.

6° Parmi les préparations iodées, les seules dont l'absorption soit constante à la surface des ulcères ou des vésicatoires, sont les vapeurs d'iode suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban), et l'iode iodoré mélangé à l'axonge. Les pansements avec une pommade qui contient : axonge, 30 grammes; iode, 1 gramme; iodure de potassium, 2 grammes, sont préférables à tous les autres, et spécialement à ceux que l'on fait avec la teinture d'iode.

7° On peut se contenter, pour rechercher l'iode dans les urines et la salive, de la solution d'amidon et de celle d'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque); et comme les liquides animaux, spécialement l'urine, décolorent l'iodure d'amidon, l'intensité et la persistance plus ou moins prolongée de la couleur bleue produite par les réactifs permettent de juger approximativement de la proportion d'iode.

8° En faisant absorber par la méthode endermique non-seulement les préparations iodées, mais divers résolutifs, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, la ciguë, etc., on peut obtenir des résolutions plus rapides et plus sûres qu'en appliquant ces substances sur la peau recouverte d'épiderme.

GOITRE ESTIVAL ÉPIDÉMIQUE.

M. Nivet, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse une note sur le goitre estival épidémique, variété de cette affection qui, suivant lui, n'a pas encore fixé l'attention des auteurs.

Voici les résultats principaux auxquels l'auteur est arrivé :

Le goitre peut régner d'une manière épidémique pendant l'été ou l'automne; il peut se développer rapidement, sous l'influence de causes agissant d'une manière toute locale, chez des individus qui n'avaient offert antérieurement aucun symptôme de cette maladie; ce goitre accidentel guérit promptement quand on le traite, à son début, par des moyens convenables; il est très-imprudent de boire de l'eau froide ou d'exposer le col à l'action de l'air extérieur lorsque le corps est fortement échauffé; l'eau n'agit pas par ses qualités chimiques, mais bien par sa température, qui est relativement trop froide lorsque le corps est fortement échauffé par un violent exercice.

Si d'autre part on raisonne par analogie, on devra admettre que les causes du goitre estival, en portant leur action sur des personnes affectées de goitre endémique ou héréditaire, peuvent augmenter ces dernières maladies; que ces mêmes causes, en occasionnant, plusieurs années de suite, des goitres accidentels, chez des individus sains auparavant, doivent, si on néglige de détruire leurs effets, déterminer des goitres chroniques qui offrent les symptômes apparents des engorgements endémiques, dont ils diffèrent cependant en ce qu'ils ne sont pas accompagnés d'une altération aussi profonde de la constitution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend dix-sept lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Carel (de Pontivy) sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Noyal pendant les mois de mars, avril et mai derniers;

2° Quatre rapports de MM. Laroche et Boillet (d'Angers) sur une épidémie de dyssenterie qui a régné récemment dans la commune de Champtoceaux (Maine-et-Loire);

3° Un rapport de M. Billot (de Poligny) sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Saint-Germain-en-Montagne (Jura) (comm. des épidémies);

4° Des échantillons d'appareils d'allaitement avec une note descriptive (comm. : MM. Cazeaux et Danyau);

5° Une note sur un procédé destiné à rappeler à la vie les asphyxiés, par la transfusion du sang (comm. : M. Laugier);

6° L'échantillon d'un produit chimique susceptible d'être utilement employé en médecine (comm. : MM. Gibert et Busy);

7° Un modèle d'instrument employé utilement dans les accouchements;

8° Six lettres relatives à des demandes ou à des envois de rapports sur des eaux minérales (comm. des eaux minérales);

9° Enfin quatre lettres relatives à des remèdes secrets (comm. des remèdes).

— M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, adresse un mémoire sur le siége de l'étranglement herniaire et la méthode de débridement en dehors du sac (Comm. : MM. Cloquet et Laugier.)

— M. Mayer (de Belfort) adresse une note sur un traitement nouveau de la vaginite chronique par des cylindres médicamenteux. (Comm. : M. Hervez de Chégoin.)

— M. Letellier, de Saint-Leu-Taverny (Seine-et-Oise), adresse une note sur l'application méthodique du forceps sur les côtés de la tête.

Pour appliquer méthodiquement le forceps sur la tête arrêtée au détroit supérieur du bassin, il faut, dit l'auteur, l'appliquer comme si la tête était au détroit inférieur, puis refouler celle-ci en faisant faire à l'instrument un quart de rotation pour porter les branches sur les côtés de la tête correspondant au pubis et au sacrum. Le forceps doit être appliqué quand la tête engagée dans l'un des détroits y reste invariablement fixée malgré de fortes douleurs utérines, plus de trois ou quatre heures. (Comm. : M. Cazeaux.)

— M. Brachet (de Lyon) adresse une note relative à la vaccine. (Comm. de vaccine.)

— M. Grandval, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse une note relative à des extraits obtenus au moyen d'un appareil de son invention. (Comm. : MM. Bouchardat et Soubeiran.)

PROCÉDÉ POUR GUÉRIR LA FISTULE LACRYMALE.

— M. Raybard (de Lyon) lit un mémoire sur un nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale en créant un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales.

L'instrument imaginé par M. Raybard est destiné à remplir la double indication que Hunter avait, dit-il, bien saisie, mais mal réalisée. C'est un emporte-pièce composé de deux parties assemblées, mobiles, l'une sur l'autre et parfaitement distinctes par leur usage; l'une est une tige d'acier montée sur un manche et terminée par une pointe en forme de vrille ou de tire-bouchon, laquelle, après avoir traversé l'unguis, à la manière d'une perceréte, a encore pour usage d'offrir un point d'appui à cet os.

L'autre partie est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes qui lui sont adhérentes. Elle se ment sur la tige au moyen d'un pas de vis, de sorte qu'on ferme et qu'on ouvre l'instrument, en le vissant et en le dévissant alternativement.

Le procédé de M. Raybard se compose de quatre temps : dans le premier, on ouvre le sac lacrymal avec un instrument tranchant, suivant la méthode de J.-L. Petit; dans le second, on introduit l'instrument dans le sac lacrymal; dans le troisième, on fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale; dans le quatrième, on coupe réellement cet os et on lui fait éprouver une perte de substance, d'où résulte l'ouverture cherchée, qui se cicatrise sans le secours d'aucun pansement et qui n'est pas susceptible de se rétrécir et de se fermer; ce qui équivaut à la guérison radicale de la fistule.

JUSÉE.

M. Bricheteau lit au nom d'une commission (MM. Patissier, Guibourt et Bricheteau) un rapport sur un mémoire chimique et pharmaceutique de M. Barruel sur les préparations de jusée.

M. le rapporteur résume son rapport en ces termes :

Les commissaires sont autorisés à conclure que M. Barruel a concouru à introduire dans la matière médicale un médicament utile et propre à combattre plusieurs accidents graves de la phthisie pulmonaire; que les préparations officinales dont il est l'auteur offriront un supplément avantageux à la thérapeutique dans une maladie longue où le praticien se trouve souvent dans la nécessité de varier les médications. Les commissaires proposent en outre d'adresser une lettre de remerciements à M. Barruel, pharmacien et chimiste habile, digne fils de l'un des membres les plus regrettables que la mort vous a ravis.

Après une courte discussion de laquelle il ressort que les expériences ont été insuffisantes, et que rien ne démontre les avantages attribués à cette préparation qui ne repose d'ailleurs sur aucun principe fixe, le rapport est renvoyé à la même commission à laquelle le bureau propose d'adjoindre MM. Louis et Soubeiran.

DU DEGRÉ DE FORCE A EMPLOYER DANS LE TAXIS.

M. Camille Bernard (d'Apt) lit un travail ayant pour titre : Du degré de force dans le taxis.

L'auteur part de cette proposition : que souvent le taxis ne manque son effet que parce que la force déployée, quoique méthodiquement émise, reste au-dessous du degré fixé par une sage réserve. Bien distribué, sur 54 observations de taxis recueillies dans sa pratique, le taxis n'est resté sans effet que 3 fois, et sur ces 51 hernies dont il s'est rendu maître, 13 avaient résisté aux tentatives faites par plusieurs chirurgiens. Dans quelques cas M. C. Bernard n'avait été appelé que pour opérer le débridement.

Devant ces résultats différents, dus évidemment à l'appréciation personnelle sur le degré de force que chacun a cru devoir déployer, l'auteur se demande si le taxis sera toujours livré à une puissance aveugle s'exerçant sur un terrain inconnu; et il émet le vœu que quelque habile inventeur donne au chirurgien le moyen de calculer le degré de résistance aux prises avec la force déployée pour la vaincre. Quelque difficile que soit la solution du problème, il ne désespère pas qu'on ne l'opère un jour.

L'auteur réclame pour sa part le mérite d'avoir imaginé un moyen à l'aide duquel le chirurgien peut se rendre compte du degré de force qu'il déploie dans le manuel opératoire en général et dans le taxis en particulier. (Comm. : MM. Roux, Gerdy et Bégin.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPTE RENDU DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE MONTPELLIER, PENDANT LES MOIS DE MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1850 ET DU 8 AOUT AU 9 SEPTEMBRE 1851; par M. Courty. — Un vol. in-8° de 344 pages, avec 4 planches lithographiées. — 1851. Montpellier, chez Savy jeune, libraire, Grand'rue, 5.

A l'inverse de la plupart des productions de même titre, le compte rendu de M. Courty nous a procuré plaisir et instruction. Aussi ce plaisir n'a-t-il pas été sans quelque mélange de surprise. Tant d'auteurs font de ces sortes de travaux l'occasion d'une économie, et donnent à leurs lecteurs des faits ne pouvant donner des idées, qu'on doit vraiment savoir gré aux cliniciens qui veulent bien ne pas abuser à notre détriment d'une position semblable. M. Courty le dit positivement dans sa préface : « Je ne me suis pas borné à présenter un compte rendu des diverses maladies observées dans la clinique, des traitements qui leur ont été appliqués, des opérations qui ont été pratiquées et des résultats que j'ai obtenus. J'ai cherché surtout à reproduire, dans une série d'articles, le petit nombre d'idées neuves, ou les applications nouvelles des idées ayant cours dans la science, que j'ai eu l'occasion d'exposer et de développer. » Nous savons déjà que M. Courty est resté fidèle à son programme; examinons comment il l'a rempli.

Un premier chapitre est destiné à montrer l'influence que *la constitution médicale régnante* a exercée sur la marche des maladies. Les recherches de ce genre ne nous laissent point indifférents, quoiqu'on les voie plus ordinairement poursuivies par l'école de Montpellier. Mais il est impossible de se dissimuler que le but ne paraît encore que dans le lointain. Facile à expliquer après coup, cette influence ne se laisse pas, à beaucoup près, aussi aisément pressentir. Un chirurgien qui a sous les yeux, d'un côté, le tableau des variations météorologiques de la saison, de l'autre, l'histoire des affections de son service pendant le temps correspondant, trouvera toujours moyen de lier plus ou moins rationnellement l'effet à sa cause. Mais ne serait-il pas un peu plus embarrassé si, l'un des termes du problème manquant, il lui fallait le créer avec l'autre; si, par exemple, lui envoyant la description exacte des changements de température, d'humidité, etc., survenus à Paris durant un trimestre, on le priait de préciser, sur ce seul indice, les maladies qui ont dû sévir sous cette influence? Nous pensons, tout en croyant au pouvoir de la constitution médicale, que l'épreuve ne serait point inutile à tenter pour l'édification de ceux qui s'en exagèrent l'importance.

M. Courty a cette fois pratiqué pendant trop peu de temps à l'hôpital pour avoir pu y constater l'action d'une constitution médicale bien tranchée. Il a donc seulement cherché à faire ressortir la coïncidence d'une ou deux modifications atmosphériques successives avec la prédominance de telles ou telles espèces de maladies. L'esquisse, quoique nécessairement insuffisante à cause de ses dimensions réduites, est bien tracée. Sans juger la question, elle servira comme exemple de la sobriété d'induction, dont un écrivain doit toujours rester pénétré quand il entreprend des études de cette sorte.

L'étude des *maladies de la peau* a fourni le sujet de considérations pleines d'intérêt. Toutes ne nous paraissent pas également justifiées; mais les plus contestables même par la manière dont elles sont exposées, ont leur utilité en provoquant le lecteur à réfléchir et à discuter. Ainsi M. Courty critique la classification qui distingue les affections cutanées d'après leur forme. Un pareil élément ne lui semble pas suffisant; car « il faut savoir, dit-il, que ces formes peuvent être des manifestations diverses d'un état morbide commun. Pour en citer un seul exemple, les syphilides (malgré certains cachets particuliers qui peuvent aider à les faire reconnaître) ne se présentent-elles pas, avec une nature identique, sous toutes les formes, vésiculeuse, pustuleuse, papuleuse, squammeuse, etc., et même sous toutes leurs variétés? » Nous ne prétendons certes pas défendre de tout point la classification anatomique; mais l'exemple invoqué ici contre elle n'est bien choisi qu'en apparence. Oui, dans les syphilides, la nature est identique, comme le dit M. Courty; mais il ne s'ensuit pas que l'état morbide, que la cause soit la même, car la diathèse spécifique peut exister à degrés variables d'ancienneté, d'intensité; et, par le fait, on voit justement dans les manifestations qu'elle suscite à la peau, la lésion locale varier selon la période de l'évolution syphilitique à laquelle on observe. La forme exanthémateuse correspond à la première poussée constitutionnelle; à une seconde phase, les papules apparaissent. Si le mal n'est pas combattu, des squammes vont les recouvrir à un degré plus avancé, les pustules, puis les ulcérations se déclarent. De façon qu'un rapport constant s'établissant entre la cause et l'effet, on peut (beaucoup plus sûrement ici que pour la constitution médicale), la première étant connue et déterminée, préjuger comment et sous quelle forme le second s'opérera.

Sans revêtir des caractères aussi tranchés les autres affections cutanées suivent des lois analogues. Ainsi, pour ne parler que de celles de ces maladies liées à un état pathologique du canal digestif, on voit la gastralgie simple s'accompagner d'herpès critiques au prépuce ou d'aphtes. Le trouble intestinal est-il une inflammation chronique, tenace, la forme change, et un eczéma envahit souvent les membres inférieurs; il devient même bulleux ou pustuleux si la perturbation abdominale fait de nouveaux progrès. — Donc, et ce serait, sur ce point, notre conclusion un peu différente de celle de M. Courty, la *forme*, lorsqu'elle n'accuse pas par

ses variations des causes morbides diverses, sert du moins à faire reconnaître des degrés divers de la même cause.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre avec le même développement les autres opinions de l'auteur sur cette matière, sa distinction, très-solidement établie, entre le prétendu virus dartreux et le trop réel vice de même nom; ses explications aussi utiles qu'ingénieuses sur le mécanisme et les espèces de l'hérédité en fait de pathologie cutanée; sur le danger de la suppression, soit brusque, soit lente, des éruptions chroniques; sur la manière dont la puberté exerce son influence soi-disant curative sur cet ordre de lésion. Abordant, en dernier lieu, le point le plus difficile de cette étude, la classification, M. Courty propose de diviser les maladies de la peau en deux grandes catégories, selon qu'elles sont *sécrétantes* ou *non sécrétantes*. Chacune d'elles comprendrait ensuite plusieurs sous-ordres, d'après la nature du produit sécrété, pour la première, et pour la seconde, d'après la rougeur, l'aspect élevé, rugueux, squammeux, etc. de la peau altérée.—Cet essai nous semble louable bien qu'il ne remplisse pas complétement son but. Sur beaucoup de maladies, il est en communauté parfaite d'esprit et de méthode avec Willan; pour d'autres, il offre l'inconvénient de rapprocher dans un même groupe des espèces fondamentalement dissemblables, telles que la gale et le pemphygus. Enfin, la seconde classe surtout aurait le danger d'apprendre aux élèves à ne s'occuper que des suites de la lésion et non de son début; elle aurait, par contre, le précieux avantage de leur enseigner à la reconnaître encore à l'époque où la lésion initiale étant effacée, il ne reste plus que ses vestiges. —On voit que, comme toutes les idées de ce genre, le projet de M. Courty a d'inévitables inconvénients compensés par de bonnes et pratiques conséquences.

Un troisième chapitre sur *l'histologie du cancer* a été travaillé par l'auteur avec un soin tout particulier. L'étude microscopique des tumeurs lui a révélé des données qui méritent une place honorable à côté de celles que nos célèbres micrographes ont conquises dans ces derniers temps. C'est, en peu de pages, un manuel complet de ce qu'il importe de savoir sur la structure et l'apparence des tissus cancéreux, ou pseudo-cancéreux, mais avec des réserves, pratiquement justifiées, qui épargneront souvent au médecin l'ennui d'une méprise ou le mécompte d'un pronostic démenti par l'événement.—Après avoir décrit la cellule cancéreuse et la cellule épithéliale, il montre par des exemples cliniques la différence qui sépare les tumeurs offrant l'un ou l'autre de ces deux modes de composition, par rapport à leur faculté de se reproduire après l'ablation.

Mais pourtant cette circonscription des tumeurs épithéliales à la région affectée est-elle bien prouvée? Oui, sans doute, si on la compare à la tendance si générale à la récidive des tumeurs cancéreuses véritables, mais non, disons-nous avec M. Courty, si on veut donner à leur non-reproduction la valeur d'une loi pathologique indéniable. M. Courty fait voir que de semblables tumeurs se sont souvent reproduites tantôt à la même place, cas le plus fréquent, tantôt dans plusieurs points, ce qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une disposition générale de l'organisme, présidant à leur formation.

Les tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques jouissent un privilége de bénignité exclusif. Et cependant quelques-unes de ces productions avaient paru à M. Courty pouvoir récidiver et donner lieu aux mêmes effets généraux que le cancer. En cherchant à se rendre raison de cette contradiction, il fut conduit à la connaissance de deux faits du plus grand intérêt. Le premier, c'est que ces tumeurs offrent dans leur composition des cellules manquant de quelques-uns des caractères de la cellule cancéreuse type, et par conséquent, ayant pu être prises pour un état non malin. Il les rapporte au cancer et les décrit sous le nom de cellules cancéreuses *embryonnaires*, et attribue leur irrégularité à ce que, formées au sein d'une dégénérescence rapide, elles n'auraient pas eu le temps d'acquérir leur développement normal.—Par opposition, M. Courty a aussi pu constater l'*état caduc* des cellules cancéreuses, état exposé à être méconnu, mais qui n'en accuse pas moins l'existence de la diathèse cancéreuse chez les sujets sur lesquels on le constate.

L'application de ces notions au diagnostic se comprend facilement. Quant au traitement, en ajoutant aux doutes qu'on avait déjà sur la bénignité de certaines tumeurs, elles pourraient inspirer plus d'hésitation aux opérateurs. M. Courty professe une doctrine opposée à cette conséquence. Il pense que, même dans le cas de tumeur cancéreuse bien caractérisée, on peut opérer parce que, d'abord, rien ne prouve que au moment de l'opération, l'affection générale qui a fait développer la tumeur n'était pas épuisée et hors d'état d'en provoquer une nouvelle; parce que, en second lieu, en admettant même qu'une récidive aura lieu, elle se fait ordinairement attendre plusieurs années, ce qui est toujours autant de gagné pour le malade. — De ces deux considérations, la seconde seule mérite une réponse; elle la trouve dans ce fait que, lorsque la tumeur est déjà ramollie, à plus forte raison ulcérée, l'enlever c'est hâter à coup sûr l'extension de la maladie à tout l'organisme. Il ne faut donc obéir qu'en distinguant les cas, au précepte posé par M. Courty, et réserver l'opération pour ceux où le cancer est, comme on le disait autrefois, à la période occulte ou à l'état de crudité.

Nous ne ferons que mentionner les considérations sur la *cure radicale de l'hydrocèle*, où se trouve consignée une observation de guérison obtenue assez simplement par le séjour, dans la tunique vaginale, d'une sonde en gomme élastique. (Procédé de M. Davat, d'Aix.)

L'application de l'anesthésie au cathétérisme est étudiée par M. Courty avec beaucoup de sens pratique. Ce qu'il demande surtout à l'anesthésie, ce n'est pas d'épargner au malade la douleur; c'est de faire cesser ou de prévenir le spasme qui entre toujours pour une part considérable dans les causes qui mettent obstacle à l'introduction du cathéter; à ce point de vue il en a souvent retiré d'utiles services. Mais ce n'est pas tout : l'effet de l'éther ou du chloroforme ne sert pas seulement à dégager la cure des complications qu'y apporte la contraction spasmodique, il fournit aussi au diagnostic de précieuses lumières, en montrant quelle est la nature du mal, en empêchant, par suite, qu'on n'oppose, par exemple, à une stricture spasmodique, le traitement d'un rétrécissement organique, traitement susceptible d'aggraver le premier de ces deux états.—Sous ce double point de vue, les avantages de l'anesthésie ont été fort nettement expliqués et pratiquement démontrés par M. Courty.

Nous pouvons passer sous silence, en ayant déjà rendu compte nous-même dans ce journal, les deux chapitres suivants, relatifs l'un à la physiologie des effets produits par le chloroforme, l'autre à l'observation d'une épingle en fer extraite de la vessie par un nouveau procédé des plus ingénieux.

Rien de moins avancé, malgré tant de travaux récents que les maladies de la prostate. Constater l'état morbide est bien souvent tout ce qu'elles laissent à faire au médecin forcé de demeurer spectateur impuissant de lésions toujours s'aggravant, toujours accompagnées des symptômes les plus pénibles. M. Courty n'a pas entrepris une monographie de ces affections; il a seulement voulu préciser quelques points du *diagnostic et du traitement des abcès* de la glande. Après avoir indiqué leurs signes et leurs effets selon la profondeur de leur siége, ainsi que la manière de les ouvrir, il s'occupe de ces cas extrêmement graves où la prostate a suppuré, où des fistules se sont établies, de ce foyer à l'extérieur, ou dans le rectum, l'urètre ou la vessie.

Il faut alors un remède énergique. Des incisions multipliées, quelquefois une section semblable à celle qu'on pratique pour la taille bilatérale, sont le seul moyen de favoriser le rapprochement et le recollement des parois d'un foyer, qui resteraient, sans cela, indéfiniment éloignées les unes des autres. M. Courty cite plusieurs observations de sa pratique, témoignant par des guérisons inespérées de l'efficacité de ce procédé rigoureux dans son application, mais souvent nécessaire.

Nous laissons à l'auteur la responsabilité et au lecteur le jugement de l'opinion que M. Courty soutient sur la *formation des cicatrices*. Selon lui, le tissu inodulaire n'a pas ou n'a que peu de force de rétractilité. Si les extrémités tendent toujours à se rapprocher, c'est seulement, d'après lui, parce que ce tissu est soumis à une résorption incessante qui porte sur la longueur comme sur les autres dimensions. M. J. Guérin professe d'ailleurs depuis longtemps la même opinion. — Du reste, la conséquence de cette doctrine n'est point une hérésie chirurgicale, puisqu'elle conduit à enlever les cicatrices causes de difformité, au lieu de se borner à les diviser en travers.

L'ouvrage se termine par le relevé de tous les cas chirurgicaux traités dans le service, et des opérations qui leur ont été appliquées. Ce tableau est encore un témoignage de la prudente et heureuse pratique de M. Courty, puisque sur 52 malades ayant subi diverses opérations parmi lesquelles on en peut compter au moins vingt réputées grandes opérations, il n'y a eu que deux morts.

P. DIDAY.

— M. Édouard Robin commencera, le 1er mars, un cours de chimie générale raisonnée, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la physiologie, à la thérapeutique, à la botanique et à l'agriculture. Ce cours aura lieu à sept heures du soir, et sera continué les lundis, mercredis et samedis.

Il ouvrira le même jour, à une heure et demie, des cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de médecine et au troisième examen définitif. Ils seront continués tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

La question de l'accouchement prématuré artificiel portée devant l'Académie est une des plus graves, sinon la plus grave, dont elle ait eu à s'occuper depuis longtemps. Les auteurs qui l'y ont soulevée n'y ont vu qu'une question de science et de progrès; et sans trop se préoccuper des circonstances morales qui s'y rattachent, si ce n'est des préjugés qui l'environnent, ils ont considéré comme un acte de courageuse initiative de poser carrément devant l'Académie la doctrine de l'avortement prophylactique ou curatif avec tous ses principes et toutes ses conséquences. On conçoit qu'une pareille démarche, quel que puisse être son mérite au fond, n'ait pas réuni tous les suffrages. De son essence elle est susceptible, suivant la nature des esprits, de provoquer des répulsions ou des sympathies. Nous comprenons donc bien la dissidence qui a éclaté, au début de la discussion, entre des hommes qu'on aurait dû trouver d'accord sur de simples questions de science et d'art. Pour nous, qui croyons comprendre les raisons des uns et des autres, nous tâcherons de rendre justice aux intentions et au mérite de chacun, sans renoncer toutefois à défendre les intérêts de la science et de la profession, là où nous les croirons compromis. L'avenir de la discussion prouvera que ces préliminaires ne sont pas superflus.

La discussion a commencé par une question de forme, qu'il importe de ne pas passer sous silence.

A l'occasion d'un cas d'avortement médical communiqué à l'Académie, M. Lenoir avait soumis à l'approbation de ce corps savant une doctrine tout entière, une espèce de code moral et légal de l'accouchement prématuré artificiel. La commission chargée de faire un rapport sur la communication de M. Lenoir a adopté très-explicitement sa doctrine. « Votre commission, dit M. le rapporteur, ne peut que donner son approbation à la courageuse initiative de M. Lenoir. » Elle va plus loin : elle formule, en les proclamant comme règles à suivre, les préceptes donnés par ce chirurgien. Cependant, pour ne pas courir les risques d'un vote de l'Académie, qui, comme on le sait, n'adopte ou ne rejette que les conclusions des rapports de ses commissions, et non les rapports eux-mêmes, M. Cazeaux, et la commission qu'il représente, ont terminé leur rapport par des conclusions d'usage, telles que des remercîments à l'auteur et le renvoi de son travail au comité de publication. Leur rapport renferme donc des conclusions de fond et des conclusions de forme : les unes réelles, scientifiques, doctrinales; les autres purement académiques et n'entraînant aucune responsabilité. Or ce serait à l'aide d'une distinction captieuse, puérile, pour ne pas dire subreptrice, que la commission voudrait obtenir de l'Académie une approbation implicite des conclusions sérieuses et peut-être compromettantes de MM. Lenoir et Cazeaux. Cela n'est pas soutenable, et surtout cela n'est pas digne d'une initiative qu'on qualifie de courageuse. Le vrai courage exclut ce qui n'a pas le caractère de la franchise et de la loyale fermeté. L'Académie fera donc bien de ne pas laisser surprendre sa responsabilité si elle trouve le fond des doctrines de MM. Lenoir et Cazeaux compromettantes, et la commission et M. Cazeaux, dont nous n'avons aucune raison de suspecter les intentions, feront bien de renoncer à tout ce qui aurait l'apparence d'une tentative de surprise. S'ils sont convaincus et s'ils ont des motifs suffisants de croire que l'Académie doive partager leurs convictions, qu'ils le disent ouvertement; qu'ils soumettent clairement, catégoriquement, leur doctrine au vote de l'Académie, leur victoire n'en sera que plus complète et plus profitable à la science et au progrès.

M. Paul Dubois, qui a soulevé l'incident dont nous venons de rendre compte, a donc fait à notre sens une chose très-louable, très-conforme aux vrais intérêts de la science et de l'Académie. Abordons maintenant, avec le savant académicien, la question de fond.

La doctrine de l'avortement provoqué repose sur ce principe : que dans les cas où il y a péril pour la mère à attendre l'époque de l'accouchement naturel, l'on est en droit d'en devancer le terme; et les faits dans lesquels ce principe a été appliqué jusqu'ici sont de deux ordres : les cas de rétrécissement extrême du bassin et les cas de maladies graves de la mère causées par la grossesse, telles que les cas de vomissements opiniâtres. Le fait communiqué par M. Lenoir se rapporte à la première catégorie; le rapport de M. Cazeaux y a joint ceux de la seconde. De cette façon, il a présenté la doctrine générale et entière de l'avortement médical à la discussion, sinon à la sanction de l'Académie. A-t-il bien fait d'en agir ainsi? Y a-t-il eu courage, comme il l'a dit, à faire sortir des limbes de la science cette question, née pour ainsi dire d'hier, entourée de difficultés, touchant à tous les intérêts, heurtant les lois et les mœurs, pour la faire comparaître au grand jour des discussions académiques, et la formuler dans ses principes et ses conséquences les plus absolus. Nous ne craignons pas de répondre catégoriquement par la négative. Et nous irons plus loin, nous craignons que l'initiative de MM. Lenoir et Cazeaux ne soit regardée par bien des personnes comme un acte d'imprudence et de témérité. Il est vrai que M. Dubois l'a simplement qualifiée d'inopportune ; mais avec la mesure de langage et la modération de caractère que l'on connaît au savant académicien, il est permis de croire que nous n'exagérons pas la portée de sa pensée, et les développements dans lesquels nous allons entrer justifieront sans doute notre interprétation et nos craintes.

Il ne s'agit pas, dans la discussion, ainsi que l'a fait remarquer M. Dubois, de se prononcer sur la valeur relative de l'avortement provoqué, de l'embryotomie ou de l'opération césarienne, considérés au point de vue de l'art et des risques de la mère; mais d'établir une suprématie absolue d'intérêt et de droit de la mère sur le fœtus, et de laisser à l'accoucheur l'arbitrage de vie et de mort sur l'un, comme moyen de salut de l'autre. Or, a-t-on bien vu toute la portée de cette doctrine? Les faits qui lui servent de base sont-ils suffisamment définis? A-t-on songé aux abus, aux conséquences funestes qu'il en pourrait résulter pour la science et la morale? Qu'on veuille bien le remarquer : ce n'est pas là de l'opposition à un ordre d'idées nouvelles, à un progrès. En principe, nous pensons, comme M. Dubois, qu'il est des circonstances où le médecin a le droit et fait bien de sacrifier le fœtus à la mère; nous admettons même cette doctrine jusqu'où des hommes sérieux et consciencieux, tels que MM. Nægelé, Dubois, Cazeaux et Lenoir l'ont portée dans la pratique; mais de ces cas individuels, résultant de l'appréciation morale et éclairée des maîtres, à une généralisation livrée à la discrétion de tous, il y a un abîme. Avant de songer à mettre une arme aussi absolue et aussi redoutable entre les mains de tous, il convient de rassembler les faits, de les discuter, d'en faire des catégories, de renfermer l'application du principe dans ses limites rigoureuses, en un mot, de prévenir au lieu de favoriser l'abus. Jusque-là, laissez à chaque médecin le droit d'agir suivant sa conscience et son droit, dans les cas où

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Encore le prix d'Argenteuil. Triomphe. — Agitation à l'Académie de médecine. — Petits conseils. — Deux questions professionnelles. — Société médico psychologique. — Fausse peur.

La CHRONIQUE n'a pu ou su se procurer, pour le menu d'aujourd'hui, un de ces gros et substantiels morceaux qu'elle s'empresse ordinairement de servir en première ligne, semblable à ces amphitryons avares qui ont soin de vous couper au plus tôt l'appétit par quelque ragoût solide, afin de mieux dissimuler la pauvreté des autres services. Elle croit donc utile de rappeler à ses rares convives que la gourmandise est le plus honteux des péchés capitaux, et qu'il est digne de personnes sages comme ils sont tous de se contenter d'une maigre pitance.

Une pièce de résistance, nous pourrions bien en faire avec le prix d'Argenteuil, dont l'Académie a été encore entretenue dans la dernière séance; mais consciencieusement, nous avons déjà accommodé de tant de manières ce gibier de feuilleton (1) que nous osons à peine le servir encore une fois. Puisqu'il le faut pourtant, nous tâcherons d'être expéditifs. On se rappelle que l'Académie, après quelques hésitations sur l'interprétation du testament, s'arrêta définitivement à la pensée de surseoir à l'adjudication du prix jusqu'à production de travaux plus importants, mais en répartissant sur plusieurs prix successifs les sommes demeurées disponibles, de manière à porter chaque fois ses faveurs sur *un seul* concurrent. Cette décision donnait raison, en un sens, aux principes qu'avait toujours soutenus la GAZETTE MÉDICALE : elle enterrait la proposition de partage antérieurement émanée d'une commission, et consacrait l'intégralité du prix. La GAZETTE MÉDICALE prétendait encore que le prix devait être adjugé tous les six ans, conformément à la volonté du testateur qui, prévoyant le cas où une période sexennale ne produirait pas, dans la thérapeutique des rétrécissements urétraux, un perfectionnement ***assez notable pour mériter le prix*** (ce sont les termes du testament), attribuait la récompense à l'auteur du perfectionnement ***le plus important apporté dans la même période au traitement des autres maladies des voies urinaires.*** Il est bien clair que les deux dispositions testamentaires, la disposition principale et la disposition subsidiaire, supposaient, à nos yeux comme aux yeux de tous, l'existence d'un perfectionnement : c'était la condition préalable de la récompense, dans tous les modes proposés. Mais nous faisions remarquer le soin pris par le testateur de stipuler, pour le perfectionnement de la thérapeutique des rétrécissements, un certain de-

(1) Voir 1846, p. 888 ; — 1850, p. 155 ; — 1851, p. 397.

le péril de la mère lui prescrira d'utiles quoique de périlleuses dérogations au code de la nature et de la société. Mais attendez, pour produire une telle pratique au grand jour, attendez, pour la vulgariser, qu'elle ait grandi et se soit consolidée dans la pratique contenue des maîtres de l'art.

Si la discussion ne devait continuer, nous nous empresserions de déduire plus explicitement nos motifs; mais ils seront sans doute produits avec l'autorité dont ils ont besoin à la tribune de l'Académie par ceux de nos collègues qui ont plus spécialement mission pour cela. Nous y aiderons d'ailleurs au besoin en examinant la suite de la discussion.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES GANGLIONS AUXQUELS ABOUTISSENT LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DES AMYGDALES; par M. le docteur RENDU, médecin à Compiègne.

Malgré les nombreuses recherches entreprises dans le but d'éclairer l'étude des lymphatiques, les connaissances acquises sur ce système de vaisseaux laissent beaucoup à désirer, et l'obscurité porte tout à la fois et sur la disposition des lymphatiques eux-mêmes et sur les ganglions auxquels ils aboutissent.

Pour compléter autant que possible la description de ces organes, il faut mettre à profit toutes les circonstances qui peuvent nous éclairer à ce sujet; et, sous ce rapport, la pathologie peut être d'un grand secours.

Les amygdales sont pourvues de vaisseaux lymphatiques, mais je ne sache pas que les injections aient démontré les ganglions vers lesquels ils se rendent, et l'on ne trouve dans les traités d'anatomie rien de positif ni de précis à cet égard.

Je crois pouvoir démontrer, à l'aide des deux observations qui suivent, le point vers lequel aboutissent les lymphatiques des amygdales, et l'on verra qu'il y a dans la connaissance de ce fait anatomique quelque chose de plus qu'un simple intérêt scientifique, puisqu'il sert à reconnaître la nature d'un engorgement ganglionnaire, et qu'il met sur la voie du meilleur mode de traitement à lui opposer.

OBS. I. — M. ***, boucher à Compiègne, âgé de 30 ans, d'une bonne constitution, était depuis longtemps sujet à des maux de gorge auxquels l'exposait le genre de vie active qu'il menait.

M. *** avait fini par tellement s'habituer à ces maux de gorge que lorsqu'ils survenaient il ne faisait plus venir de médecin et se contentait des quelques moyens que bien des fois déjà on lui avait conseillés. Enfin, le mal de gorge passa à l'état chronique et le malade ne s'en préoccupa pas autrement.

Cet état de choses durait déjà depuis quelque temps, lorsque des grosseurs apparurent dans les parties latérales du cou, derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Ces tumeurs indolentes, sans changement de couleur à la peau, étaient formées par des ganglions lymphatiques fortement engorgés. Les mouvements du cou étant devenus très-douloureux par le fait de la présence de ces tumeurs, je fus appelé.

Une saignée fut pratiquée, des dérivatifs sur les extrémités inférieures et sur le canal intestinal furent employés, des émollients furent appliqués sur la tumeur, rien ne fit, et enfin, après un traitement de près d'un mois, les choses en étaient à très peu près au même point que lorsque j'avais été appelé. Sur ces entrefaites, le malade fut pris, à la suite d'une course à la campagne, par un temps froid et humide, d'un redoublement de mal de gorge; j'examinai le gosier et je vis les amygdales hypertrophiées et leur surface parsemée d'érosions assez profondes. Je me demandai alors si l'état des amygdales ne pouvait pas être la cause de l'engorgement des ganglions du cou. Toute mon attention fut dès lors portée sur ce point; mais n'ayant pu, par divers moyens, obtenir la diminution de l'hypertrophie des amygdales et la disparition des érosions de leur surface, je proposai l'excision de ces organes.

L'opération fut pratiquée, et pendant les jours qui suivirent, l'engorgement des ganglions diminua rapidement.

Pendant longtemps encore après l'excision des amygdales on sentait les ganglions encore plus volumineux que dans l'état normal, mais ils avaient cessé de faire saillie sous la peau et ne causaient aucune gêne au malade.

Aujourd'hui, un an et plus s'est écoulé depuis l'opération, il ne reste aucune trace de l'hypertrophie de ces ganglions, et toute tumeur a disparu par le fait de l'excision des amygdales.

Il me paraît évident, d'après ce fait, que sous l'influence d'une hypertrophie des amygdales accompagnée d'érosion de ces organes, les ganglions du cou situés derrière l'angle de la mâchoire inférieure ont été atteints d'engorgement, comme nous voyons l'inflammation des ganglions de l'aine succéder à l'érosion des organes génitaux ou des extrémités inférieures, et que conséquemment les lymphatiques des amygdales vont se rendre aux ganglions cervicaux situés derrière l'angle de la mâchoire inférieure.

La seconde observation est peut-être encore plus concluante que celle-ci; la voici :

OBS. II. — Un homme jeune encore, 46 ans au plus, portait depuis longtemps de chaque côté du cou, derrière l'angle de la mâchoire inférieure, des tumeurs dont le volume variait depuis la grosseur d'un haricot jusqu'à celle d'une noix; ces tumeurs, sans changement de couleur à la peau, étaient indolentes par elles-mêmes, bien que parfois elles donnassent lieu à des douleurs qui s'irradiaient sur les côtés de la face et du cou.

A l'examen, il était facile de reconnaître un engorgement des ganglions lymphatiques qui siégent derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Il y avait un an et plus que ces tumeurs existaient, et rien n'avait pu les dissiper. A diverses reprises, le malade avait consulté, et tour à tour il avait été soumis à un traitement antiscrophuleux, puis à un traitement antisyphilitique. Le timbre de la voix était altéré, celle-ci était rauque. La déglutition, généralement facile, devenait parfois douloureuse sous l'influence d'une irritation quelconque. Les amygdales étaient hypertrophiées, d'un rouge foncé, et parsemées, à leur face interne principalement, d'érosions nombreuses; çà et là même on apercevait de véritables ulcérations. Je proposai l'excision des amygdales comme seul moyen de faire disparaître les maux de gorge et les tumeurs ganglionnaires qui n'en étaient que la conséquence.

J'excisai l'amygdale du côté droit, qui était la plus volumineuse et celle sur laquelle les érosions étaient les plus prononcées; c'était aussi de ce côté du cou que les tumeurs ganglionnaires étaient les plus volumineuses. Le malade ne put consentir à se faire exciser, dans la même séance, l'autre amygdale; plus tard il ne voulut plus se soumettre à l'opération.

Les ganglions du côté opéré diminuèrent rapidement de volume, et trois semaines après l'opération ils ne faisaient plus saillie sous la peau. Ils persistèrent longtemps encore dans un état léger d'hypertrophie, et aujourd'hui que près d'un an s'est écoulé depuis l'opération, il ne reste aucune trace d'engorgement.

Malgré l'amélioration rapide que le malade voyait survenir dans les ganglions

---

gré proportionné à l'importance de la somme léguée, tandis qu'aucune condition de ce genre n'était imposée aux perfectionnements apportés dans le traitement des autres maladies des voies urinaires; on semblait vouloir assurer ainsi l'emploi des fonds et prévenir une accumulation qui rendrait de plus en plus impossible cette proportion désirée entre l'importance des travaux et celle du prix, et qui bientôt contrasterait singulièrement avec la valeur des récompenses les plus hautes de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences. Le prix d'Argenteuil, dans le système adopté, est déjà de 12 000 fr.; s'il n'est pas accordé cette fois, il ne montera pas à la prochaine échéance, avec la part supplémentaire qu'il faudra détacher de la somme disponible, à moins de 15 à 18,000 fr. Si l'on adjugeait toute la somme disponible, le prix vaudrait aujourd'hui 16,000 fr., et en 1856, quelque chose comme 25,000 fr. Il y avait, comme on voit, dans ces conséquences nécessaires du système adopté par l'Académie, de quoi inspirer quelques scrupules. Les exécuteurs testamentaires ont pensé que les dispositions du testament étaient formellement méconnues et qu'il y avait lieu à révocation. Ainsi que nous l'avons annoncé en temps et lieu (1851, p. 398), ils ont appelé l'Académie devant le tribunal de première instance. La cause est venue le 18 février dernier. Les exécuteurs testamentaires demandaient, par l'organe de Me Villepin, que les devoirs de l'Académie, en ce qui concerne l'accomplissement du legs, fussent fixés judiciairement. Sur la question de partage, il n'y avait plus de difficulté, puisque l'Académie elle-même a résolu de concentrer le prix, augmenté comme nous avons dit, sur une seule tête. Restait donc uniquement la question des échéances, emportant celle de la somme à attribuer. Disons-le tout de suite, le tribunal a donné raison à l'Académie et condamné les demandeurs aux dépens. L'Académie a eu de tout point gain de cause, sur la plaidoirie... de M. Orfila! Oui, c'est M. Orfila, président de l'Académie à l'époque de l'assignation, c'est lui qui, avec le zèle, le talent d'argumentation et la fermeté qu'on lui connaît, s'est chargé de répliquer à Me Villepin. Il y avait là cependant, pour assister l'Académie, un homme qui n'a guère besoin d'aide, M. Chaix-d'Est-Ange en personne. Mais si nette, si heureuse a été la réplique de M. Orfila, que l'éminent avocat a cru inutile d'intervenir. On voit qu'il ne s'était pas trompé.

Quant à nous, que nous reste-t-il à faire? Quand M. Villepin a été battu, aurons-nous la vanité de batailler encore? Non, certes. Toutes les remarques qu'ont pu nous inspirer les plaidoiries, tous les éléments que nous pourrions en tirer pour répliquer à notre tour, nous en faisons le sacrifice sur l'autel de l'union et de la confraternité. L'Académie était toute joyeuse en entendant M. Orfila lui rendre compte de l'audience; nous sommes joyeux de sa joie; cela nous suffit, et nous mêlons de bon cœur nos applaudissements à ceux dont elle a couvert son ancien president. Nous tirerons seulement de tout ceci une moralité. Il serait bon désormais d'aviser aux moyens de prévenir de semblables difficultés. Quand des legs de cette nature arrivent à l'Académie, avec des stipulations dont l'esprit n'est pas suffisamment spécifié ou développé par la lettre, l'Académie ne devrait-elle pas débattre avec la succession et préciser dans un acte public le sens qu'elle entend attribuer aux conditions exigées d'elle et qui motive, à ses propres yeux, son acceptation? C'est une simple idée que nous prenons la liberté d'émettre, sans y attacher plus d'importance que de raison.

du côté opéré, il ne put se décider à l'excision de l'amygdale gauche. Je dus donc chercher, par divers moyens, à remédier aux excoriations et à l'hypertrophie de l'amygdale gauche. Je pratiquai à diverses reprises des cautérisations avec le nitrate d'argent, et sous l'influence de cette médication les érosions s'amendèrent, l'amygdale diminua de volume et les ganglions du même côté diminuèrent également.

Aujourd'hui près d'un an s'est écoulé depuis ce traitement; les ganglions de l'un et de l'autre côté ne font aucune saillie sous la peau, et c'est à peine si on les sent sous la peau.

Ces deux observations me paraissent prouver, de la manière la plus évidente, que :

1° Les lymphatiques des amygdales se rendent aux ganglions du cou, situés derrière l'angle de la mâchoire inférieure ;

2° Les érosions et ulcérations des amygdales hypertrophiées peuvent déterminer l'engorgement de ces ganglions ;

3° Les moyens de traitement doivent être dirigés non vers la tumeur ganglionnaire, mais bien vers les amygdales ;

4° Qu'il suffit d'être prévenu de ce fait anatomique, à savoir la terminaison aux ganglions cervicaux des lymphatiques des amygdales, pour ne pas confondre ces engorgements ganglionnaires avec ceux qui reconnaissent pour cause une diathèse scrofuleuse.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'IPÉCA (lu à l'Académie nationale de médecine le 3 juin 1851); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales.

(Suite et fin. —Voir les nos 6, 7, 8 et 9.)

OBS. V. — Guittard, 18 ans, matelot aux équipages de ligne, entré à l'hôpital le 20 décembre 1850, atteint d'une bronchite apyrétique, seule maladie dont il ait offert les symptômes jusqu'au 31 décembre.

Le 31, à la visite du soir, il présente les symptômes suivants : face vultueuse, pouls plein et fréquent; toux douloureuse, expectoration difficile de crachats sanguinolents; douleur vive au côté gauche inférieur de la poitrine, avec un peu de matité; frottement pleural en avant, râle crépitant en arrière.

Saignée du bras de 500 grammes.

Le 1er janvier, le matin, même état que la veille au soir sans rémission.

Saignée de 500 grammes; potion à 2 grammes d'ipéca.

Trois heures du soir. Peu d'amendement; la respiration est haute et anxieuse; seulement les crachats sont moins colorés. La potion a beaucoup de peine à être tolérée; on y ajoute 8 gr. de sirop d'opium.

Trois ventouses scarifiées sur le point pleurétique.

2. Le pouls est encore dur et fréquent; les crachats sont rouillés, la douleur de côté est moindre; la matité a augmenté au point douloureux; râle crépitant plus obscur, léger souffle bronchique. Dans la nuit, deux vomissements, deux selles diarrhéiques, une petite épistaxis.

Potion d'ipéca opiacée *ut suprà*. Saignée de 500 grammes.

3 heures du soir. La potion ne peut être tolérée, on la suspend. Deux ventouses scarifiées au point douloureux.

A huit heures du soir, diminution sensible du point de côté, quelques crachats purement muqueux.

3, matin. Un peu de mieux, moins de fréquence et de développement dans le pouls, les crachats sont redevenus rouillés.

Douze sangsues au côté; on reprend la potion suspendue la veille.

3 heures du soir. L'amélioration a fait des progrès; la douleur de côté disparaît; la potion est tolérée.

4, matin. Point de changement depuis la veille, toujours du sang dans les crachats; persistance des bruits anormaux dans le poumon malade; pouls constamment un peu fébrile.

Potion *ut suprà*. Saignée de 500 grammes.

5. Le pouls a perdu sa fréquence et sa dureté; traces de sang à peine sensibles dans les produits moins visqueux de l'expectoration; vers le soir, transpiration abondante.

Potion à gramme, 1,50 d'ipéca; deux bouillons.

6. Nuit bonne, point de fièvre, crachats bronchiques assez rares; râle crépitant humide, respiration libre et facile.

On suspend l'ipéca; deux soupes.

Le 7, le malade commence à prendre de légers aliments; convalescence qui, les jours suivants, se confirme.

Le 13 janvier, Guittard demande à sortir de l'hôpital, conservant encore du râle sous-crépitant dans le poumon gauche, mais du reste dans un état de santé très-satisfaisant.

OBS. VI. — Souchet, agent des chiourmes, a été atteint plusieurs fois de fièvre intermittente, entre à l'hôpital le 20 décembre 1850, dans l'après-midi, malade depuis le matin; face vultueuse, céphalalgie, peau chaude, pouls large et fréquent, toux, crachats visqueux et rouillés, douleur vive au côté droit de la poitrine, tiers inférieur, râle crépitant; la matité ne dépassant pas les limites normales du foie, ne peut être prise en considération.

Eau gommée; saignée de 500 grammes; looch simple.

21, matin. Le malade a peu dormi, beaucoup toussé; très-peu de crachats qui n'ont point été recueillis; pouls à 110, douleur de côté un peu moins vive; bouche amère, langue saburrale, quelques vomiturifions au bout des quintes de toux.

Deux ventouses scarifiées *loco dolenti;* deux loochs; potion à 3 grammes d'ipéca, avec sirop d'opium 10 grammes.

3 heures du soir. Un peu de mieux; pouls à 100, très-peu de crachats visqueux, sans trace de sang; toux toujours fréquente; moiteur; quelques nausées, sans vomissements, produites par l'ipéca.

22, matin. Un peu de sommeil pendant la nuit; pouls à 68; moins de toux, crachats rares, légèrement rouillés; très-peu de douleur au côté. Tolérance parfaite de la potion.

Potion d'ipéca, à grammes 2,50; vésicatoire au point douloureux.

3 heures du soir. Pouls à 62; épistaxis dans la journée; langue nette. Deux loochs.

23, matin. Un peu de sommeil dans la nuit. Le matin, céphalalgie, toux, crachats bronchiques; la douleur de côté n'est sensible que dans les fortes inspirations; persistance du râle crépitant; pouls à 68.

3 heures du soir. Pouls à 64, quelques nausées.

Potion *ut suprà*.

24. La toux a diminué, le pouls est à 68; l'ipéca est prescrit seulement à 2 grammes; on accorde deux bouillons au malade.

A trois heures du soir, le pouls est à 76; l'ipéca provoque des nausées.

25. Le pouls s'est élevé à 100; il est survenu un peu de diarrhée; les nausées auparavant avaient cessé, et toute la potion de la veille avait été consommée. On

— Ce mouvement de satisfaction, naturel à tout plaideur qui gagne son procès, a été remplacé, dans la dernière séance de l'Académie, par une vive agitation. La discussion s'est ouverte sur la question de l'avortement provoqué. M. Paul Dubois s'est jeté aussitôt dans la lice; M. Cazeaux l'y a suivi, et des deux côtés ont été décochés des traits d'autant plus perçants que le fer était plus poli. On trouvera ailleurs une appréciation raisonnée du débat; la CHRONIQUE n'en veut considérer que le côté moral. Suivant elle, l'Académie fera sagement de sortir le plus promptement possible, ou mieux de ne pas s'approcher, de ce côté de la question qui regarde exclusivement la conscience. On peut l'embrasser, la discuter, la résoudre dans un travail individuel et, à cet égard, la dissertation de M. Cazeaux est remarquable, bien qu'elle n'embrasse pas tous les éléments de la question théologique, parmi lesquels il faut compter l'âge du fœtus. S'autorise qui veut de ces exemples. Mais il est de l'intérêt et même du devoir de l'Académie, en tant que corps officiel, de ne pas s'engager sur un terrain de cette nature. Elle n'est pas une assemblée de pères de l'Église, ni un concile; elle n'a pas qualité pour établir la *règle absolue* demandée par M. Lenoir dans le travail qui a été la source de cette discussion. Une décision favorable de l'autorité ecclésiastique lèverait les scrupules qui peuvent rester encore dans quelques esprits; une décision de l'Académie, hors du litige scientifique, serait inutile à l'égard de ceux qui partageraient son avis et serait comme non avenue pour ceux qui ne le partageraient pas. Pourquoi dès lors cet empiétement de compétence? Ajoutez que la question s'agite sur une pente qui mènerait aisément à des abus déplorables. Le jour où l'Académie déclarerait qu'il est moralement permis de provoquer l'avortement pour telle ou telle viciation de bassin, pour des vomissements incoercibles, etc., elle pourrait bien servir de mauvaises intentions et donner un passe-port au crime.

— Nous avons reçu d'un honorable confrère d'Autun, M. le docteur Valat, deux lettres dont chacune soulève une question d'intérêt professionnel digne de considération. 1° Pourquoi les médecins épidémistes ne reçoivent-ils presque jamais, comme tels, de récompenses honorifiques, tandis qu'on n'en refuse guère, dans tous les services publics, à ceux qui remplissent leurs fonctions d'une manière relativement distinguée; tandis qu'on en a institué spécialement pour les médecins vaccinateurs? 2° Pourquoi n'accorde-t-on pas une indemnité à tous les conseils hygiéniques d'arrondissement, quand on en accorde au conseil de salubrité du département de la Seine?

Sur le premier point, voici ce qu'on peut dire de plus favorable à l'état de choses actuel. Pour le commun des fonctionnaires, les distinctions honorifiques, souvent motivées sur la seule durée du service, constituent pour ainsi dire l'appoint d'un traitement d'activité ou de retraite généralement modique; et quant aux fonctionnaires de haut grade, la nature plus élevée de leurs services et la proximité où ils sont du pouvoir explique la large part qui leur est faite. L'institution de récompenses pour les médecins vaccinateurs a une origine toute spéciale; elle a eu pour but et pour résultat d'exciter en eux un zèle proportionné aux résistances que la vaccine a rencontrées à son début dans les populations. Maintenant cela abaisse-t-il en quelque manière le mérite des médecins épidémistes et justifie-t-il l'oubli où on les laisse trop souvent? Non, assurément. Ceux d'entre eux qui s'acquittent de leur devoir avec activité et conscience y emploient beaucoup de temps, de travail et d'intelligence. Ils ne sont primés, sous

suspend l'ipéca, craignant d'avoir à imputer à ce médicament une irritation gastro-intestinale, cause du retour de l'état fébrile et de la diarrhée.

Le 26, le pouls étant toujours aussi vif et aussi fréquent que la veille; les crachats redeviennent rouillés, le râle crépitant durant toujours; il n'y avait donc là que persistance ou recrudescence même de la pleuro-pneumonie, et loin d'avoir à renoncer à l'ipéca, on crut devoir y revenir.

Prescription : Saignée de 500 grammes; potion d'ipéca à 2 grammes, avec sirop d'opium, 15 grammes, pour en bien assurer la tolérance, ce qui eut lieu.

Trois heures du soir. Pouls à 84; peau un peu moins chaude et légèrement moite; crachats à peine rouillés; le sang de la saignée est recouvert d'une couche fibrineuse très-épaisse.

27, matin. Pouls à 68, faible; peu de toux, très-peu de sang dans les crachats; à trois heures du soir, expectoration purement bronchique; râle sous-crépitant.

Potion *ut suprà*.

28. Pouls normal; nuit très-bonne; crachats bronchique rares; très-peu de toux.

La potion est suspendue; deux loochs opiacés; deux soupes.

29. Amélioration soutenue; convalescence; le malade reprend ses forces, et sort dans l'état le plus satisfaisant le 6 janvier 1851.

Obs. VII. — Paulin, infirmier, 51 ans, constitution usée, s'enrhume souvent, a eu depuis quatre ans deux pleuro-pneumonies et une hémoptysie grave, abuse habituellement des boissons alcooliques.

Il entre à l'hôpital le 25 décembre, malade depuis quatre jours, sans traitement, et présente les symptômes suivants : pouls fréquent; peau chaude; toux; crachats rouillés; respiration courte; nulle douleur sur aucun point du thorax; matité et souffle bronchique dans la moitié du côté droit; un peu de diarrhée depuis le début de la maladie.

Eau gommée; saignée de 500 grammes; potion à 2 grammes d'ipéca, 8 de sirop d'opium.

26. Pouls moins fréquent, un peu moins de sang dans les crachats; la diarrhée continue; la langue est un peu rouge au limbe. Le soir, le pouls est mou et tend à se ralentir.

L'ipéca n'est prescrit qu'à 1,50 pour la journée.

27, matin. Même état; la diarrhée continuant, on suspend l'ipéca et l'on prescrit un quart de lavement laudanisé, 10 gouttes.

A trois heures, les crachats sont sanglants, le pouls faible, peu fréquent; un point pleurétique a éclaté sous la clavicule droite.

Deux ventouses scarifiées au point douloureux; un large vésicatoire au côté droit du thorax.

3 heures du soir. Pouls lent, peau fraîche, respiration assez régulière, moins de diarrhée depuis le lavement; somnolence.

28, matin. Même état du pouls; la diarrhée augmente, cinq selles dans la nuit; crachats jus de pruneaux; souffle bronchique et matité dans tout le côté droit.

Malgré la diarrhée, pour agir un peu sur le poumon, dont l'état s'aggrave, on prescrit deux loochs kermétisés, 0,25, avec 10 grammes sirop d'opium; on promène des sinapismes sur les membres inférieurs.

3 heures du soir. Pouls irrégulier, respiration gênée et luctueuse, parole lente et embarrassée.

Le 29, dans la nuit et le matin, ces symptômes s'aggravent, le pouls s'éteint, le râle laryngo-trachéal dure trois ou quatre heures, et le malade meurt à midi.

Nécropsie. — L'encéphale n'a pas besoin d'être examiné.

Thorax. — Quelques adhérences pleurales, récentes et anciennes, à droite; tout le poumon de ce côté est envahi par une hépatisation parfaitement caractérisée, hépatisation grise dans la moitié inférieure, rouge dans la moitié supérieure; on recherche avec beaucoup de soin si ce poumon ne contient pas de tubercules; il est impossible d'y en découvrir; cette absence de tubercules n'est pas sans intérêt en la rapprochant de l'hémoptysie survenue trois ans auparavant.

Le poumon gauche est crépitant, sain, mais gorgé de sang; congestion uniquement en rapport avec la gêne de la respiration dans les dernières heures de la vie.

Le cœur n'offre rien de particulier.

Abdomen. — Le foie, la rate, les reins sont sains.

La muqueuse gastrique présente la coloration grisâtre habituelle, sauf vers le grand cul-de-sac, où s'observent quelques marbrures rougeâtres.

La muqueuse de l'intestin est saine dans la portion supérieure de l'intestin grêle et dans le gros intestin; il existe quelques arborisations rouges vers la fin de l'iléon.

L'observation 7e est là seule, parmi celles qui sont consignées ici, qui constate un décès. On conviendra peut-être que le sujet offrait peu de chances de guérison, quelle qu'eût été la médication à laquelle on l'aurait soumis. L'ipéca n'a été administré que pendant deux jours, il n'en a été consommé que 3,50 grammes; aucun de nos malades n'en a reçu une si petite quantité. Une diarrhée opiniâtre l'a fait suspendre, afin que le médicament ne fût pas accusé d'avoir entretenu cette complication, qu'il n'avait pas fait naître, en tout cas, puisqu'elle était préexistante. Je n'ai pas cru devoir attribuer à l'action topique de l'ipéca les marbrures rougeâtres du grand cul-de-sac de l'estomac, parce qu'elles m'ont paru être tant un effet de cadavérisation qu'une lésion fréquente chez les buveurs, d'autant qu'il n'y a eu, pendant le traitement, ni nausées, ni aucun signe d'irritation gastrique; et quant aux signes d'entérite, placés d'ailleurs hors de la portée topique rigoureusement admissible de solutions chargées seulement des principes solubles de l'ipéca, ils s'expliquent parfaitement par les symptômes observés pendant toute la durée de la maladie.

L'ipéca a été impuissant, mais il n'a point été nuisible.

(Les observations qui précèdent ont été rédigées avec assez de détails pour montrer l'influence de l'ipéca à hautes doses sur les symptômes de la pleuro-pneumonie, et la manière dont j'en ai dirigé l'emploi; que l'on me permette donc d'abréger un peu mes dernières observations, récits fastidieux et arides quand ils sont trop prolongés, et dont il suffit, en définitive, de faire connaître les bases et les conclusions, quand on a donné des gages de sincérité dans le diagnostic de la maladie et dans l'appréciation du mode de traitement.)

Obs. VIII. — Rousseau, soldat au 75e régiment de ligne, malade depuis deux jours, entre à l'hôpital le 29 janvier 1851; on constate une pleuro-pneumonie du poumon droit, tiers inférieur, premier degré.

Saignée de 400 grammes; vingt sangsues au point douloureux.

30. Peu d'amendement; les crachats aussi rouillés que la veille.

Potion à 2 grammes d'ipéca.

Dès le soir, le sang diminue dans les crachats, le pouls tombe; sueurs abondantes; point de nausées, mais deux selles liquides sans coliques.

31. Le pouls s'est un peu relevé; crachats à peine colorés; douleur de côté très-peu sensible.

Continuer la potion. Pas de diarrhée dans la journée.

1er février. Pouls moins fréquent que la veille; crachats visqueux, blancs; pas de douleur de côté.

Potion a gramme, 1,60.

---

aucun de ces rapports, par les vaccinateurs d'aujourd'hui, qui n'ont plus guère qu'à promener leur lancette à travers des populations dociles. Ils ont donc autant que personne des droits aux faveurs du gouvernement.

Même solution pour la question des conseils de salubrité. S'il en est qui ne donnent que de faibles signes d'existence ou qui paraissent tout à fait morts, certains autres travaillent avec ardeur. La préfecture leur demande des manuels d'hygiène populaire, des notices sur les premiers soins à donner aux malades et aux blessés; ils interviennent souvent dans des questions d'hygiène locale, etc. Il n'est pas juste que le zèle porte la peine de l'indolence; c'est contre la parabole de la vigne, dans l'Écriture. Le grand nombre des conseils peut ne pas permettre de larges rétributions, dans certains départements surtout où les caisses ne débordent pas; mais de faibles appointements arrivant à jour fixe apportent dans la position des médecins de campagne un notable allégement, venu souvent plus à propos que les rétributions relativement plus considérables des membres du conseil de salubrité de la Seine.

Nous nous flattons que notre confrère d'Autun ne se plaindra pas de nos appréciations. Médecin des épidémies, auteur d'une bonne relation de l'épidémie de dyssenterie qui a régné à Roussillon (près Autun) en 1849; lauréat de l'Institut pour le prix relatif aux *arts insalubres*; membre et secrétaire du conseil de salubrité de son arrondissement; chargé de la rédaction d'un manuel d'hygiène pratique, il se trouverait assez bien, ce nous semble, de l'application des principes que nous venons d'émettre. Puisse-t-il en advenir ce que nous souhaitons de tout notre cœur!

— Une *société médico-psychologique* vient de se fonder à Paris. C'est la reprise d'un essai entrepris il y a quelques années dans des circonstances défavorables, et qui avait échoué. Tout fait espérer qu'il n'en sera pas ainsi cette fois. Formée d'une réunion de médecins, de philosophes, de jurisconsultes, la Société, si elle s'assied solidement, sera peut-être la première en France où auront été rassemblés et appliqués à la fois tous les instruments de l'analyse psychologique. On peut juger par là de son utilité. Le psychologue et le métaphysicien interrogeront avec fruit le physiologiste et l'aliéniste, qui eux-mêmes s'éclaireront aux lumières de la métaphysique et de la psychologie. Là aussi pourront s'agiter, avec les avantages qu'assure la possession de tous les éléments d'appréciation, ce redoutable problème de la folie morale qui trouble si souvent la justice criminelle et qui va être porté dans quelques jours devant les assises de Lyon. Celui qui écrit ces lignes a des raisons particulières de faire des vœux pour que cette société aujourd'hui constituée et qui doit entrer définitivement en fonctions sous peu de jours grandisse et se fortifie. Il plaide un peu *pro domo suâ*.

— La Chronique avait bien peur de quitter le lecteur sur une mauvaise nouvelle. La loi de février à la main, elle se voyait déjà dans la nécessité de tendre sa sebille pour acquitter les nouveaux frais de timbre et de poste. Mais il paraît que nous en serons quittes pour la peur. D'actives démarches de la presse médicale, auxquelles la prévoyante Gazette n'a pas manqué de prendre part, ont amené au moins un sursis, très-probablement une exception définitive, en faveur de journaux scientifiques. Moyennant quoi, très-chers et très-précieux abonnés, la prose de la Gazette dont vous vous délectez depuis si longtemps continuera à vous être débitée au même prix. Vous aurez, nous l'espérons bien, cette nouvelle pour agréable.

A. Dechambre.

Amélioration progressive jusqu'au 5; l'ipéca est baissé successivement à 1 gramme, 0,75, 0,50.

Convalescence parfaitement confirmée le 7. Une saignée, une application de sangsues, et l'ipéca dominant la médication, ont suffi pour juguler cette pneumonie, l'une des moins graves, du reste.

L'état de Rousseau inspire toute confiance pendant dix jours; mais le 18 février, il est atteint d'une variole maligne qui le fait succomber le quatrième jour.

L'autopsie nous montre les poumons parfaitement sains.

La pneumonie avait été guérie; ce décès ne doit donc pas figurer dans le nécrologe de l'ipéca.

Obs. IX. — Iriart, agent des chiourmes, 55 ans, constitution usée, atteint de catarrhe pulmonaire chronique; depuis quatre jours tousse davantage, se plaint de fièvre et de point de côté; il entre à l'hôpital le 10 mars 1851. On y reconnaît une pleuro-pneumonie gauche inférieure, à la fin du premier degré, commencement d'épanchement; crachats fortement rouillés et abondants.

3 heures du soir. Saignée de 500 grammes. Potion à 2 grammes d'ipéca.

8 heures du soir. Pas d'amendement; deux ventouses scarifiées *loco dolenti*.

11, matin. Pouls ralenti à 84; crachats muqueux; douleur de côté moindre. Ipéca, grammes 2,50; 15 sangsues *loco dolenti*.

3 heures du soir. Le pouls s'est accéléré; peau chaude, moite.

Saignée de 500 grammes. Amélioration dans la soirée.

Tolérance de l'ipéca dès le début; constipation depuis deux jours; un lavement émollient procure une selle.

12, matin. Pouls à 104; peau chaude; un point pleurodynique assez vif s'est développé dans l'hypocondre droit, sans frottement pleural ni râle crépitant; ces signes stéthoscopiques persistent à gauche, où l'épanchement n'a pas fait de progrès; râle sous-crépitant dans tout le reste de la poitrine; crachats muco-purulents.

Potion à 3 grammes d'ipéca; vésicatoire à droite *loco dolenti*.

3 heures du soir. Pouls à 116, large et plein; toux fréquente; crachats rouillés; les points de côté ont un peu diminué.

Saignée de 400 grammes. Amélioration dans la soirée.

13, pendant la nuit. Agitation et délire; le matin, encore trouble dans les idées; moiteur; pouls à 90; les crachats ne contiennent plus de sang; plus de douleur au côté gauche, encore un peu au côté droit.

Tilleul avec eau de fleur d'oranger et acétate d'ammoniaque, 8 grammes; potion d'ipéca à 2 grammes; deux loochs avec 4 grammes d'eau de laurier-cerise; deux vésicatoires aux mollets.

3 heures du soir. Un peu de jactation et de délire dans la journée; pouls à 106; constipation. Un lavement émollient, une selle. Même état toute la soirée.

14, matin. Nuit mauvaise et agitée, pouls dur et fréquent, expectoration difficile de crachats muco-purulents.

Même prescription que la veille, plus une saignée de 400 grammes; 0,50 d'ipéca ajouté à la potion.

3 heures du soir. Amélioration sensible qui se continue toute la soirée.

15. Le mieux se soutient; la potion d'ipéca est suspendue; l'acétate d'ammoniaque est continué jusqu'au 20; les vésicatoires sont successivement supprimés.

Le 21, la convalescence de la pleuro-pneumonie est confirmée, et le malade n'offre plus que les symptômes du catarrhe dont il est affecté depuis longtemps. L'ipéca a été constamment toléré.

Obs. X. — Péol, 23 ans, matelot aux équipages de ligne, entre le 10 mars 1851, avec une pleuro-pneumonie latérale gauche inférieure, au deuxième degré; crachats fortement rouillés.

Saignée à 500 grammes; potion à grammes 2,50 d'ipéca.

11. Forte douleur de côté, crachats sanglants, pouls à 104; cependant moins d'anxiété et un peu de râle crépitant de retour.

Saignée de 500 grammes; 3 grammes d'ipéca; 2 loochs laurinés. A midi, même état; trois ventouses scarifiées *loco dolenti*.

3 heures du soir. Léger amendement dans la douleur de côté.

8 heures du soir. Amélioration sensible; le pouls a diminué de force et de fréquence; moiteur.

12, matin. Transpiration abondante dans la nuit, moins de sang dans les crachats; la douleur de côté a presque disparu.

L'ipéca est continué à 3 grammes.

3 heures du soir et toute la soirée. Moins de sang dans les crachats, moiteur ou sueur; plus de point de côté, peu de fièvre.

13, matin. La potion est difficilement tolérée; elle entretient un état nauséeux constant, provoque quelques vomissements; elle répugne au malade, on la suspend; constipation depuis le début de la maladie; un lavement avec 40 grammes de sulfate de soude procure deux selles abondantes.

Dans la journée du 13, le pouls s'élève à 120, la peau devient chaude et sèche, il y a de l'anxiété; les crachats sont encore rouillés, une épistaxis survient dans la soirée, la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, un peu rouge à son limbe.

Tilleul avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque, deux pots; saignée de 500 grammes; deux loochs laurinés.

14. Encore de l'agitation et de l'anxiété, moins de fréquence dans le pouls, soif vive.

Tilleul avec acétate d'ammoniaque, 10 grammes, trois pots; deux loochs laurinés; potion purgative avec 30 grammes de tartrate de soude.

15. Le purgatif a produit plusieurs selles; peu de sang dans les crachats; râle crépitant de retour très-abondant; amélioration sensible.

On continue l'acétate d'ammoniaque.

16. Plus de sang dans les crachats; le râle crépitant a passé au sous-crépitant; presque plus de toux, pouls à 90, langue saburrale, épistaxis, constipation.

Acétate d'ammoniaque *ut suprà*; lavement avec sulfate de soude, 40 gram.

3 heures du soir. La peau, sèche et chaude depuis quelques jours, est devenue moite.

17. Plus de fièvre, langue nette, convalescence; aliments légers jusqu'au 21 mars, où le malade est admis à la demi-portion; il a dû quitter l'hôpital à la fin du même mois.

Obs. XI. — M. N..., 25 ans, constitution faible, très-sujet aux affections de poitrine, atteint, depuis 1847, de six pleuro-pneumonies et d'une hémoptysie grave, entre à l'hôpital le 8 mars 1851, malade depuis la veille, atteint pour la septième fois d'une pleuropneumonie.

Midi. Toux fréquente, crachats légèrement rouillés, fièvre, matité au côté gauche du thorax, absence de bruit à la base du poumon, râle crépitant obscur à la partie moyenne, plus sensible en arrière; point pleurétique.

Saignée de 500 grammes; potion d'ipéca à 2 grammes.

3 heures. 15 sangsues *loco dolenti*.

8 heures du soir. Même état; nausées et vomissements aux premières cuillerées de la potion, qui a été ensuite tolérée.

9 mars, matin. Crachats visqueux fortement rouillés, pouls fréquent et concentré, prostration.

Saignée de 400 grammes; potion *ut suprà*.

3 heures du soir. Un peu de mieux; pouls peu développé, moins fréquent, moiteur; le sang a disparu des crachats; constipation.

Un lavement mélassé sans résultat.

10 mars, matin. Le pouls s'est relevé, vibrant, à 126; crachats légèrement rouillés; moins de matité; râle crépitant très-abondant dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche.

Potion *ut suprà*, lavement mélassé avec 20 grammes de sulfate de soude, qui procure une selle.

3 heures du soir. Même état; crachats encore plus rouillés.

Saignée de 500 grammes.

11, matin. Nuit agitée, pouls à 116, crachats moins colorés que la veille; le point de côté est toujours sensible.

Potion, à grammes 2,50 d'ipéca, 8 gram. d'eau de laurier-cerise dans chacun des deux loochs; trois ventouses scarifiées *loco dolenti*.

3 heures du soir. La douleur de côté continue, pouls fréquent, un peu d'anxiété, la respiration est plus gênée que le matin.

Saignée de 500 grammes; vésicatoires au point douloureux.

12, matin. Nuit meilleure; pouls à 104, plus souple, plus large; constipation; peu de toux et de sang dans les crachats.

Potion *ut suprà*; lavement avec 30 grammes de sulfate de soude; deux selles après.

13, matin. Pouls à 110; nuit calme, sommeil, peu de sang dans les crachats; amélioration sensible; le soir, même état.

Deux loochs et potion *ut suprà*.

14. Un peu de délire dans la nuit, grande faiblesse; le malade se découvre continuellement, pouls fréquent, serré; crachats encore rouillés.

Même prescription que la veille, plus deux vésicatoires volants aux cuisses.

15. Nuit meilleure, nouvelle amélioration, crachats à peine colorés.

Potion à 2 grammes d'ipéca, un houillon.

16. Pouls presque normal, expectoration bronchique; la matité est peu considérable au côté où il n'y a plus de douleur; le râle crépitant est en partie remplacé par le sous-crépitant; l'amélioration progresse jusqu'au 20; l'ipéca est prescrit une fois encore à gramme 1,50 puis suspendu, et remplacé pendant quelques jours par des loochs faiblement kermétisés.

Le 20 mars, la convalescence est très bien établie, et le 25, M. N... allant de mieux en mieux, se disposait à quitter l'hôpital, quand je cessai de le voir pour cause de départ.

XVII.

Sur les onze cas de pneumonie qui viennent d'être rapportés, il n'y a eu qu'un décès; mes expériences sans doute n'ont pas encore porté sur un assez grand nombre de faits pour que l'on puisse chiffrer la valeur de l'ipéca appliqué au traitement de cette phlegmasie; mais si restreinte qu'elle soit, cette statistique constate des résultats trop satisfaisants pour ne pas arrêter l'attention des praticiens; on ne pourra l'accuser de n'avoir eu pour éléments que des cas de peu d'intensité ou offrant dans leur expression symptomatique une grande analogie, car si l'on y trouve des pneumonies au premier degré, on en trouve en plus grand nombre qui étaient parvenues au deuxième degré, et si les unes n'ont offert que des symptômes franchement inflammatoires, si d'autres ont été observées chez des sujets jeunes et robustes, d'autres aussi se présentent avec de grandes variétés, tant dans les dispositions antérieures des individus que dans leurs complications ou

leurs épiphénomènes. L'ipéca a donc exercé une influence également heureuse, qu'il y eût ou non état bilieux des voies digestives, symptômes typhoïdes, réaction inflammatoire ou oppression des forces vitales, quels que fussent l'âge et le tempérament des sujets.

Résumons les effets principaux de cette médication :

L'ipéca a été généralement toléré par l'estomac avec assez de facilité; il l'a été plus complétement encore par le tube intestinal, et loin de déterminer de la diarrhée, comme le font si souvent les antimoniaux, il a parfois laissé persister une constipation qu'il a fallu vaincre par des lavements laxatifs;

Il a ralenti, déprimé le pouls, tantôt progressivement, tantôt avec une promptitude remarquable;

Il a presque constamment provoqué de la moiteur ou des sueurs plus ou moins abondantes;

Il a changé promptement les caractères pathognomoniques des crachats et facilité l'expectoration;

Il a paru activer la résolution des engorgements pulmonaires, la résorption des épanchements pleuraux;

C'est dire, qu'en somme, il a modifié dans le sens le plus désirable les symptômes les plus expressifs et en même temps les plus graves de la pleuropneumonie.

L'ipéca, il est vrai, n'a pas été le seul élément actif du traitement auquel j'ai soumis mes malades, j'en conviens; mais je n'ai jamais non plus traité les pneumonies exclusivement par les préparations antimoniales, et cependant je ne doute point de leur haute efficacité. Dût-il être plus difficile de dégager la notion de l'action réelle de l'ipéca en l'employant concurremment avec les émissions sanguines, les vésicatoires, ou tous autres moyens réclamés par des indications spéciales, je n'hésiterai point à placer au-dessus d'une question de théorie pharmacodynamique le devoir qui incombe à tout clinicien probe et consciencieux, d'expérimenter dans l'intérêt absolu du malade. Or je crois que, dans l'immense majorité des cas, toute pneumonie doit être attaquée par la saignée; auprès d'elle ou après elle, l'ipéca, comme l'antimoine, ne sera peut-être considéré que comme un adjuvant, qu'importe ! on guérit des pneumonies par les émissions sanguines seules, je doute qu'on en guérisse autant et si bien par les médicaments hyposthénisants exclusivement employés; mais il n'en reste pas moins acquis que ces médicaments prêtent à la saignée un concours utile, qu'ils permettent de restreindre les soustractions sanguines, que leur action dynamique modifie profondément l'économie, et à ces titres, une large part leur est réservée dans la thérapeutique des lésions des organes respiratoires.

Les potions d'ipéca que j'ai employées dans les pneumonies ont été préparées par infusion ou par décoction ; leur mode d'administration a été le même que celui que j'ai indiqué (X), je n'ai donc pas à y revenir ici. Seulement, quand j'ai employé l'infusion, je n'ai fait servir la poudre qu'une fois, et jamais plusieurs fois, comme dans la méthode brésilienne. J'ajouterai qu'au lieu d'attendre le deuxième ou le troisième jour du traitement, je prescris les potions d'ipéca, ainsi que les potions antimoniales, dès le début, faisant marcher les unes ou les autres de front avec les émissions sanguines; on fait ainsi, comme par la méthode des saignées coup sur coup, de l'hyposthénie permanente, et tout en proportionnant cette hyposthénie aux forces des sujets et à l'intensité de la maladie, je crois qu'il est essentiel de la maintenir sans relâche pendant toute la durée de l'état aigu des phlegmasies pulmonaires.

Il m'a semblé aussi que les potions contro-stimulantes sont mieux et plus promptement tolérées quand on y a recours dès le premier jour du traitement; alors, en effet, le malade possède encore toute sa force de réaction, et il ne cède pas au premier choc d'une véritable intoxication par des altérants aussi énergiques que l'ipéca ou l'antimoine; lorsque, au contraire, il a déjà été débilité par les émissions sanguines, pareil aux sujets accidentellement affaiblis ou naturellement débiles qui n'offrent pas de résistance vitale à l'action des poisons, il supporte plus difficilement le surcroît d'hyposthénie que les médicaments précités introduisent dans l'organisme.

Des expériences et des observations consignées dans ce mémoire, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'action topique de l'ipéca est irritante, mais non d'une manière égale sur tous les tissus, et toutes les préparations de ce médicament ne sont pas non plus irritantes au même degré.

2° L'action dynamique de l'ipéca est indépendante de son action topique ; quand on l'administre à l'intérieur, son action topique irritante étant, non-seulement inutile, mais nuisible à la réalisation des effets thérapeutiques que l'on veut obtenir, il est bon de l'éviter; dans l'emploi externe, au contraire, il peut être utile de la provoquer.

3° L'action dynamique de l'ipéca est sédative et altérante.

4° Des faits nombreux et irrécusables attestent l'efficacité de ce médicament dans la dysenterie.

5° Son influence n'est pas moins puissante sur les lésions des organes respiratoires, et il paraît appelé à prendre un rang important dans le traitement de la pleuropneumonie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MODE DE TERMINAISON DES NERFS DANS LA PEAU DES DOIGTS; par M. RUDOLPHE WAGNER.

Monsieur le rédacteur,

Je m'empresse de vous communiquer les résultats nouveaux auxquels le célèbre physiologiste Rudolphe Wagner est arrivé en examinant avec un soin tout particulier la distribution des nerfs dans la peau des extrémités des doigts; il en a pu faire la première communication à la Société royale des sciences de Goettingue, le 26 janvier passé.

Voici les faits principaux.

Ce qu'on a appelé jusqu'à présent les papilles du toucher présente deux formations distinctes :

1° Celles qui ne reçoivent que des anses vasculaires (papilles vasculaires) ;

2° Les papilles nerveuses qui se trouvent placées entre les premières.

Les papilles nerveuses ont la forme conique, et renferment chacune un petit corps également conique.

Ce corpuscule repose dans la papille comme le noyau dans son enveloppe; il reçoit les plus fins des fils nerveux qui s'y terminent.

Chaque fil nerveux primitif se divise en un grand nombre de petites branches au bout desquelles les corpuscules (*corpuscula tactus*) sont attachés.

Le type de la distribution des nerfs est en général le même que pour le système musculaire.

Chaque fibrille nerveuse règne pour ainsi dire sur un certain nombre de corpuscules du toucher. Le total de ces points divers, qui appartienneut à une fibrille, correspond à un point simple dans le cerveau et dans la moelle épinière; ils ne produisent qu'une simple impression de sensibilité, qu'ils soient touchés isolément ou dans leur ensemble.

Il existe un rapport numérique très-curieux entre les papilles vasculaires et nerveuses des divers endroits des doigts et de la surface de la main.

Agréez, etc.

S. FELDMANN, D. M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

III. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DU FOIE ; par le docteur FALOT.

Le but, non pas unique, mais principal de l'auteur, est de confirmer par quelques observations l'opinion des médecins d'Afrique qui font dériver les maladies du foie, la fièvre intermittente et la dysenterie, d'une même source, à savoir, l'imprégnation miasmatique. En mettant de côté l'une des observations, intéressante à d'autres égards, où l'affection hépatique, terminée par un abcès, a succédé à une violence extérieure, il en reste encore cinq, dont voici les circonstances les plus importantes.

Dans la première, refroidissement, vomissements bilieux ; tension à l'hypocondre droit; douleur s'irradiant vers l'épaule droite; inspiration douloureuse à droite, sans modification du bruit vésiculaire; matité très-étendue à la région hépatique. *Ce sujet a eu il y a cinq ans des fièvres intermittentes.* — Application de sangsues à l'hypocondre d'abord, puis à l'anus; calomel à l'intérieur; frictions mercurielles. Guérison rapide.

Dans le second cas, suppression brusque de la transpiration; douleurs lancinantes à l'épigastre et dans la région du foie; son mat très-étendu dans cette région ; râle ronflant et sonore (probablement aussi à la base du côté droit de la poitrine); hémoptysie légère et épistaxis; ictère partiel; vomissements bilieux et constipation. *Ce sujet a eu longtemps des accès de fièvre intermittente.* La maladie cède aux émissions sanguines, au calomel et aux vésicatoires, et l'on constate une grande diminution du volume du foie. Au bout d'un mois, indigestion; retour de la douleur et des vomisse-

ments. On revient à une application de sangsues à l'épigastre, au calomel et aux vésicatoires. Guérison.

Le troisième cas est relatif à un soldat, *qui avait eu pendant dix-huit mois, en Afrique, des fièvres intermittentes et la dyssenterie*. Cette dernière maladie avait récidivé en France; elle avait à peu près cédé au traitement par les sangsues, les astringents et l'opium, quand, sans cause appréciable, survint, au niveau de l'hypocondre droit, une vive douleur, suivie de tous les signes d'une affection grave du foie. La mort eut lieu et l'on constata, en effet, dans le lobe droit du foie, une vaste poche remplie d'un pus blanc et crémeux.

Le sujet de la quatrième observation *avait eu également en Afrique, deux ans auparavant, une fièvre tierce qui avait duré six mois*, puis un point de côté à droite. Revenu en France, il éprouva, à deux reprises, une vive douleur à la région hépatique, paraissant se rattacher la première fois à une marche précipité, sous une pluie battante, et la seconde fois à de copieuses libations. A cette douleur succédèrent tous les symptômes d'une hépatite, avec gonflement considérable de l'organe. Les antiphlogistiques, le calomel, les vésicatoires et plus tard les toniques, pour remédier à une diarrhée rebelle, amenèrent la guérison.

Enfin, dans la cinquième observation, il s'agit d'un individu né en Afrique, *ayant eu, dans son enfance, une première dyssenterie de trois mois de durée, puis une seconde en France, à l'âge de 18 ans*. Cette dernière dura cinq ou six ans. De plus, *dans les deux dernières années de sa vie, il fut pris de fièvres intermittentes*. C'est alors que, à la suite d'un refroidissement, il ressentit à l'hypocondre droit une vive douleur, s'irradiant jusqu'à l'épaule. Crachats puriformes; râle muqueux et gargouillement à la base du poumon droit; le foie, dont la percussion indique le développement anormal, fait saillie au-dessous du rebord costal. La fièvre intermittente et la dyssenterie reparaissent. Enfin, on sent à l'hypocondre une tumeur fluctuante. La potasse caustique est appliquée; mais la mort arrive avec la chute de l'escarre. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Comme il est dit dans le cours du travail, M. Haspel regarde les fièvres intermittentes, l'hépatite et les dyssenteries d'Afrique comme dépendant également des miasmes marécageux. Il faut même ajouter que cette opinion lui est commune aujourd'hui avec plusieurs autres médecins. Mais, d'un autre côté, des praticiens distingués qui ont observé sur le même théâtre se refusent à ce rapprochement et établissent entre la fièvre intermittente, d'une part, et les deux autres affections, d'autre part, une séparation étiologique. Ainsi, pour M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital de Tlemcen, qui a publié de bonnes recherches *sur la dyssenterie du nord de l'Afrique, et sur la cachexie paludéenne* (Voir GAZ. MÉD., 1851, p. 701), la fièvre intermittente ou pseudo-continue procède seule de l'élément palustre; la dyssenterie et l'hépatite, qui marchent souvent de pair, ont leur origine dans des conditions climatologiques et hygiéniques. Dans les régions d'Afrique où il y a beaucoup de fièvres d'accès, la dyssenterie n'est pas fréquente; dans celles où les fièvres sont moins nombreuses, la dyssenterie est très-commune. La dyssenterie se montre en hiver, alors que le miasme palustre est engourdi. Tel est, avec quelques autres faits du même ordre, le fondement de l'opinion de M. Catteloup. On comprendra facilement que les cinq observations de M. Falot, intéressantes chacune individuellement, ne peuvent peser d'un grand poids dans une question de ce genre. On remarquera, en effet, qu'il n'y a pas grande conséquence à tirer de la simple coïncidence, chez quelques malades, de la fièvre intermittente avec la dyssenterie et l'affection hépatique. En effet, les pays où ont été recueillies les observations, c'est-à-dire Saint-Laurent-d'Aigouze (Gard) pour les deux premiers, et l'Afrique pour les trois autres, étant des pays marécageux et riches en fièvres d'accès, il est clair qu'on rencontrerait les mêmes coïncidences de quelque côté que voulût se tourner l'observation. Pour être autorisé à établir une communauté d'origine entre la fièvre intermittente et la dyssenterie, il ne faudrait pas seulement montrer que la fièvre avait existé chez un certain nombre d'individus dyssentériques ou affectés d'hépatite, mais encore que la dyssenterie et l'hépatite sont très-communes chez les individus antérieurement atteints de fièvre intermittente. Ce second élément de la question est à coup sûr plus important que le premier; il est de nature à donner la solution que l'autre pourrait tout au plus faire entrevoir.

Ceci soit dit sans aucun blâme à l'adresse de M. Falot, qui a voulu seulement rapprocher des faits tombés sous son observation l'opinion de M. Haspel, et qui ne pouvait connaître le travail de M. Catteloup, publié tout récemment. Dans les cinq cas dont il donne la relation, il y avait eu, antérieurement à l'hépatite, des accès de fièvre intermittente; mais, nous le répétons, c'est une condition ordinaire chez les habitants des pays où l'on observait, chez ceux qui ont le foie très-sain comme chez ceux qui l'ont malade; et, de plus, les trois sujets d'Afrique avaient eu également la dyssenterie, dont les rapports avec l'hépatite ne sont pas contestés.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'oblitération du sac lacrymal comme moyen de guérison de la fistule lacrymale*; par M. Stœber. 2° *Recherches sur les intervalles lucides*; par M. Renaudin. 3° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg du premier avril au premier août 1850*; par M. A. Bruch. 4° *De la transposition des ventricules du cœur du nouveau-né, cause de mort peu de temps après la naissance*; par M. Stoltz. 5° *Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies*; par M. Bertherand. 6° *Extraction de dents; chloroforme; mort*. (Il s'agit du fait de madame Simon, à l'occasion duquel a eu lieu un procès dont la GAZ. MÉD. a rendu compte récemment.) 7° *Note sur l'eau médicale de Soultz-sous-Forêts*; par M. Reinsch. 8° *Note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari*; par M. Sédillot. (Conclusions favorables motivées par 8 cas de succès, bien qu'ils ne soient pas relatifs à la lésion des artères principales des membres.) 9° *Rapport à la commission de surveillance de l'asile public d'aliénés de Stéphansfeld, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850*; par M. Dagonet. 10° *Peut-on prévenir la formation d'une cataracte secondaire dans l'opération par scléroticonyxis*; par M. Gerbard. (L'auteur recommande d'inciser en plusieurs sens avec l'aiguille le feuillet antérieur de la capsule cristalline, pour l'empêcher de devenir consécutivement opaque.) 11° *Observation sur la naissance d'un enfant hydrocéphale, accompagnée de circonstances intéressantes sous les rapports physiologique et pratique*; par M. Stoltz. 12° *Anesthésie; mort par le chloroforme*; lettre de M. Sédillot. (L'article récent de la GAZ. MÉD. a reproduit les indications principales contenues dans cette lettre.)

DE L'OBLITÉRATION DU SAC LACRYMAL COMME MOYEN DE GUÉRISON DE LA FISTULE LACRYMALE; par M. STŒBER.

L'opinion généralement répandue sur la cause de la fistule lacrymale est que l'inflammation du sac lacrymal provient de ce que les larmes y sont retenues. La conséquence de cette idée est qu'on guérit cette inflammation en détruisant l'obstacle qui arrête le cours naturel du fluide.

Sans vouloir établir l'innocuité de la stase des larmes dans le sac, M. Stœber fait remarquer qu'on voit des personnes dont le canal nasal est obstrué pendant des mois et même des années, et qui peuvent, en comprimant le sac, faire refluer par les points lacrymaux du mucus limpide sans que leur sac lacrymal s'enflamme.

D'un autre côté, on a souvent vu le cours des larmes être rétabli par une opération, sans que pour cela l'inflammation chronique du sac, non plus que le larmoiement, cessassent.

C'est que le larmoiement ne dépend pas seulement de l'impossibilité qui existe pour les larmes de s'écouler dans le nez, mais aussi, et principalement, de ce que la phlegmasie du sac se propage à la conjonctive et de là à la glande lacrymale, dont la sécrétion, par suite, est augmentée.

S'il n'en était pas ainsi, si la majeure partie des larmes—à part les cas d'excitation plus forte—n'était pas évaporée ou absorbée à la surface de la conjonctive, l'occlusion complète du sac devrait certainement donner lieu à un larmoiement continuel. Or, bien au contraire, dans tous les cas où l'on a détruit le sac lacrymal, le larmoiement, qui jusque-là avait existé, a cessé, excepté dans les circonstances où l'œil est irrité soit par son exposition au froid, au vent ou au contact de corps étrangers, soit par l'inflammation ou l'excitation — de cause morale — de la sécrétion lacrymale.

La cessation du larmoiement après la destruction du sac lacrymal s'explique si l'on admet que, dans l'état normal, la sécrétion des larmes n'est pas assez abondante pour donner lieu à un écoulement permanent dans les narines, et que, dans le cas de fistule lacrymale, il y a larmoiement seulement, parce que l'irritation du sac se communique à la conjonctive et à la glande lacrymale et augmente la sécrétion de celle-ci.

Partant de ces principes, M. Stœber, après Delpech, Nannoni, M. Desmarres, etc., a traité une fistule lacrymale en cautérisant le sac lacrymal avec la potasse caustique. Le sac s'oblitéra complètement, et la malade, qui jusque-là avait été fatiguée par les récidives opiniâtres de sa fistule, fut complètement guérie. On la revit deux mois après l'opération, et elle affirma n'avoir jamais de larmoiement que lorsque l'œil était exposé à un vent froid.

Quant au manuel opératoire, M. Stœber recommande d'inciser le sac, d'étancher les mucosités ou le pus qui le remplissent, puis de promener sur toute sa surface un crayon de potasse caustique, en ayant soin d'appuyer un peu plus sur la partie inférieure qui correspond à l'entrée du canal nasal. — On devra aussi, afin de garantir la peau voisine, n'introduire le caustique qu'à travers une canule peu profonde et assez large

pour permettre de le porter librement sur toute l'étendue de la face interne du sac.

DE LA TRANSPOSITION DES VENTRICULES DU CŒUR DU NOUVEAU-NÉ, CAUSE DE MORT PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE; par le docteur J.-A. STOLTZ.

OBSERVATION SUR LA NAISSANCE D'UN ENFANT HYDROCÉPHALE; par le même.

Nous ne faisons que signaler l'observation relative à l'enfant hydrocéphale. Le grand nombre de vices de conformation et de transpositions dont l'hydropisie encéphalique était accompagnée nécessiterait une description trop longue. Elle a d'ailleurs beaucoup d'analogues dans la science, et l'auteur ne l'a fait suivre d'aucun commentaire. Quant aux deux cas d'anomalie du cœur, ils offrent un intérêt particulier en ce qu'ils paraissent être les premiers exemples de transposition des ventricules sans inversion des oreillettes. Nous les rapporterons donc succinctement, et nous verrons, avec M. Stoltz, comment de pareilles altérations entraînent rapidement la mort du nouveau-né.

ENFANT MORT CINQ JOURS APRÈS LA NAISSANCE.

OBS. I. — Le petit cadavre, examiné vingt-quatre heures après la mort, était tout marbré de bleu et de blanc; la roideur presque nulle.

Les poumons étaient ramassés dans les gouttières vertébrales; leur sommet et leur bord antérieur étaient seuls colorés en rouge clair et crépitants; tout le reste, et notamment les lobes inférieurs, tout le lobe moyen du poumon droit et la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche présentaient la couleur brune et la densité du poumon d'un fœtus ou d'un enfant qui n'a pas respiré.

Le thymus était volumineux, occupait toute la partie antérieure et supérieure de la poitrine et couvrait le cœur par sa base.

Cœur plus volumineux qu'à l'état normal. Il mesure du sommet à la base: $0^{mm},045$; à la base, il présente $0^{mm},04$ de largeur et $0^{mm},035$ d'épaisseur.

Avec l'oreillette droite qui est très-spacieuse, s'abouche, comme à l'ordinaire, le sinus des veines caves, et dans celui-ci s'ouvrent les veines coronaires. Le trou de Botal s'aperçoit à la partie tout à fait postérieure de la cloison interauriculaire; sa valvule est très-développée; appliquée sur l'ouverture, elle le ferme complétement, mais son bord antérieur n'en est pas moins libre.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est très-large et bordé de deux croissants à bords convexes; c'est une vraie *valvule mitrale*. Ventricule droit également spacieux; ses colonnes charnues sont fortes et bien saillantes, ses parois épaisses. A sa partie antérieure et supérieure, immédiatement au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, existe un orifice artériel garni de trois valvules sygmoïdes et plutôt situées sur la substance du cœur qu'à l'origine du vaisseau même. En examinant ce dernier, on reconnait l'*aorte* qui forme sa crosse à 2 centim. de son émergence et se comporte ensuite comme à l'ordinaire.

Oreillette gauche très-petite, presque insignifiante. Sinus des veines pulmonaires, au contraire, très-développé.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est étroit et garni d'une valvule à trois divisions distinctes ou *triglochines*. Immédiatement au devant de cette ouverture, tout à fait à côté de l'aorte, on voit l'origine de l'artère pulmonaire, garnie également de très-fortes valvules sygmoïdes. A un centimètre de son émergence, l'artère pulmonaire envoie à l'aorte un canal de communication (canal artériel); ensuite elle se divise en ses deux branches ordinaires. Le tronc de l'artère pulmonaire est extrêmement large ($0^{mm},013$), tandis que ses branches pulmonaires sont étroites. Ventricule gauche moins spacieux que le droit; ses parois plus épaisses, et ses colonnes charnues moins détachées.

ENFANT MORT TRENTE-SEPT JOURS APRÈS LA NAISSANCE.

OBS. II. — A l'ouverture de la poitrine, on est frappé du volume excessif du cœur. Couché en travers sur le diaphrame, sa pointe touche à la paroi pectorale gauche, tandis que la base atteint le côté droit du thorax. Le thymus le recouvre. Les poumons sont d'un rose un peu pâle, parfaitement crépitants et n'offrent aucune trace de maladie. Pas d'épanchement dans les plèvres.

Veines jugulaires très-distendues par du sang noir caillé, la droite surtout. Il en est de même des sous-clavières et de la veine cave supérieure.

Le cœur mesure de la base à la pointe 75^{mm}; sa largeur à la base est de 58^{mm}; son diamètre antéro-postérieur de 45^{mm}. Il pèse, avec le péricarde, 122 grammes (un cœur de fœtus à terme ne pèse que 15 grammes au plus); sans le péricarde, 56 grammes. Quantité notable de sérosité dans le péricarde. Oreillette *droite* très-distendue. Rien de particulier dans l'oreillette gauche qui contient peu de sang. Trou de Botal garni d'une valvule complète, mais libre à son bord antérieur.

Les ventricules présentent une fermeté très-grande; l'épaisseur de leurs parois est considérable; cependant le ventricule droit ***est plus petit que le gauche et vide***, tandis que ce dernier renferme des caillots de sang noir. Les colonnes charnues des deux ventricules sont développées en proportion des parois.

Après avoir soigneusement disséqué les vaisseaux émergents, on reconnait, en y engageant successivement une sonde de femme, que ***l'aorte part du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche***. L'artère pulmonaire est tellement distendue qu'elle a l'air d'un sac anévrismal, se terminant tout à coup par trois branches: le canal artériel, court et large, et les deux branches pulmonaires. Enfin les valvules auriculo-ventriculaires sont au nombre de deux à *droite* et de trois *à gauche*.

Les deux observations précédentes offrent, comme on a pu voir, la transposition des ventricules à deux degrés. Dans le premier cas, le ventricule droit est pourvu d'une valvule *mitrale* et donne naissance à l'aorte; mais il a conservé à peu près son excès habituel de capacité sur le ventricule gauche; celui-ci est pourvu d'une valvule triglochine, mais il est étroit et ses parois sont épaisses. Dans le second cas, la transposition est plus complète; le ventricule droit est plus petit que le gauche en même temps qu'il porte une valvule mitrale et fournit l'aorte.

La normalité conservée dans la position respective des oreillettes, malgré l'inversion des ventricules, avait ici un fâcheux résultat. Le sang veineux apporté par l'oreillette droite passait ainsi dans le système artériel, et le sang vivifié par les poumons revenait dans le système veineux. On comprend qu'un tel état de choses n'eût pas été compatible pendant plusieurs jours avec la vie si la persistance du canal artériel n'eût permis à l'artère pulmonaire, comme le remarque très-bien l'auteur, de prêter à l'aorte une partie du sang hématosé qu'elle recevait du ventricule gauche. Les deux enfants sont morts d'asphyxie, le premier beaucoup plus rapidement que le second, sans doute à cause de l'obstacle que, chez celui-ci, les poumons paraissent avoir apporté eux-mêmes à la respiration.

Enfin, nous ne pouvons qu'approuver l'auteur quand il attribue le développement du cœur chez l'enfant qui a vécu plus d'un mois, à l'embarras de la circulation générale qui devait résulter du vice de la conformation.

V. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros d'août et septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De la rétroversion de matrice pendant la grossesse; observation et réflexions*; par M. Garin. 2° *Imperforation de l'hymen, rétention du sang menstruel, opération, guérison*; par M. Chavériat. 3° *De l'emploi de la salsepareille dans le cancer*; par M. Foltz. 4° *Compte rendu du service chirurgical de M. Barrier*; par M. Philipeaux. 5° *Extraction d'un calcul volumineux par l'urètre quatorze heures avant l'accouchement naturel d'un enfant mort; incontinence d'urine; guérison*; par M. Brevard. (La pierre, du volume d'un petit œuf de poule, formée autour d'une aiguille à tête en verre, fut délogée et extraite au moyen d'une tige métallique recourbée, introduite entre elle et la paroi de l'urètre.)

SUR LA RÉTROVERSION DE MATRICE PENDANT LA GROSSESSE; OBSERVATION ET RÉFLEXIONS; par M. GARIN.

M. Garin a voulu profiter, ou, pour mieux dire, faire profiter ses lecteurs de l'occasion qui l'avait rendu témoin d'un cas aussi rare que la rétroversion de matrice: il en a donc accompagné la relation d'un précis clinique succinct, mais complet, sur l'histoire générale de cet accident. Le défaut d'espace nous empêche seul d'admettre dans notre analyse ce résumé substantiel, et nous devons nous borner à reproduire les détails du fait si judicieusement observé et traité par l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBS. — Madame Mora, monteuse de parapluies, âgée de 38 ans, a eu, outre une fausse couche, quatre enfants nés à terme, mais qu'on dut tous extraire par le forceps. Trois de ces enfants moururent en naissant, et les deux derniers avaient sur les côtés du front un enfoncement de près d'un centimètre avec fracture de l'os.

Le 27 mai 1851, étant arrivée sans accident au troisième mois d'une sixième grossesse; elle avait depuis deux jours un peu de constipation et de difficulté à uriner, lorsque, après une fatigue, elle fut prise de coliques, avec pesanteur dans le bassin; des efforts d'expulsion ne tardèrent pas à se déclarer. Devenant de plus en plus fréquents, ils firent croire à l'imminence d'une fausse couche. M. Teissier, son médecin, voulut toucher. Mais, à son grand étonnement, il rencontra à l'entrée de la vulve une tumeur dure, du volume du poing, obstruant le vagin et forçant l'indicateur de passer sous l'arcade pubienne pour aller à la recherche du col utérin. Il lui parut alors que la présence de cette tumeur était la cause et de la difficulté qu'on avait éprouvé à terminer les précédents accouchements, et des fractures du crâne présentées par les deux derniers enfants. (Topiques émollients, potion calmante.)

Le soir, le travail continuant, accompagné des mêmes douleurs, mais sans amener de résultat, M. Teissier fit appeler M. Garin auprès de la malade. A ce moment l'angoisse était extrême; constipation datant de plusieurs jours, douleurs expulsives presque continuelles; col très-élevé et difficile à atteindre. Une tumeur dure, qu'on pouvait prendre pour l'utérus, se faisait sentir dans l'hypogastre et semblait se durcir sous la main à chaque contraction des muscles de l'abdomen. Tout faisait craindre un avortement; cependant le col restait fermé, nulle perte sanguine n'avait lieu. C'était donc cette tumeur qui mettait obstacle à ce que l'avortement s'effectuât.

Le danger pressait. Les souffrances horribles, des vomissements répétés, un

pouls petit et rapide inspiraient des craintes sérieuses. D'un autre côté, à chaque douleur, la tumeur se portait en avant : repoussant la vulve en haut et entr'ouvrant l'anus, comme le fait la tête d'un fœtus à la fin du travail, elle menaçait incessamment d'opérer une rupture et d'amener des accidents impossibles à calculer.

Les consultants, arrêtés quelques instants par l'imprévu d'un cas aussi ardu, éliminèrent successivement l'idée :

D'un calcul vésical enchatonné, d'après la consistance et le peu de poids de la tumeur;

D'un polype, en raison de la liberté de l'orifice utérin ;

D'une tumeur fibreuse, en considérant son défaut d'adhérence à la cloison recto-vaginale, et les mouvements qu'elle exécutait entre le vagin et le rectum ;

D'une tumeur adhérente de l'utérus, et qui par sa chute aurait déterminé les contractions abortives de cet organe; car jamais, avant la grossesse, rien n'avait pu faire soupçonner l'existence d'une maladie de ce genre. De plus, la tumeur paraissait de temps en temps plus molle.

Cette dernière circonstance, jointe à la mobilité de la tumeur, à son toucher tomenteux et vasculaire, finit par mettre les médecins sur la voie de la vérité, et les conduisit à penser qu'elle était constituée non par une production morbide adhérente à la matrice, mais par la matrice elle-même, complétement renversée en arrière dans le petit bassin.

Avec cette vue s'expliquait la dureté de la tumeur pendant les douleurs, et sa flaccidité après qu'elles étaient passées, la constipation et la rétention d'urine dont la malade était affectée.

Le diagnostic ainsi établi, les médecins commencèrent par évacuer la vessie. La sortie de deux litres d'urine procura un premier soulagement. On procéda ensuite à la réduction de l'utérus. La malade étant couchée sur le dos, les genoux relevés et le siége exhaussé par un coussin, M. Garin repoussa directement en haut le col de la matrice avec la main introduite presque tout entière dans le rectum, pendant que M. Teissier attirait en avant et en bas le col qu'il était parvenu à accrocher avec le doigt indicateur. La tumeur céda après quelques efforts; l'organe reprit brusquement sa place, comme par un mouvement de détente à ressort, qui était à la fois la preuve de la violence qu'il avait subie et celle du succès de l'opération.

Les douleurs cessèrent sur-le-champ, le calme se rétablit bientôt. Par prudence, et pour prévenir la récidive du déplacement, on appliqua un pessaire et l'on recommanda à la malade le repos le plus absolu. La nuit fut paisible. Le lendemain et pendant quelques jours, elle garda le lit, puis reprit ses travaux sans se ressentir davantage de cet accident, ni que la grossesse eût été interrompue dans son développement.

DE L'EMPLOI DE LA SALSEPAREILLE DANS LE CANCER ; par M. FOLTZ.

Beaucoup trop vantée par les auteurs du moyen âge, la salsepareille n'a-t-elle pas été victime d'une réaction plus ardente qu'équitable? La découverte faite récemment par M. Guillemond d'une quantité notable d'iodure de potassium dans ce végétal prouve au moins que, dans le cas de syphilis tertiaire, son administration ne saurait être considérée comme sans valeur. — M. Foltz ne vient pas la poser aujourd'hui en spécifique contre le cancer. L'observation suivante, la plus significative de celles qu'il a recueillies, montre à la fois le pouvoir de cet agent et les limites dans lesquelles son prudent apologiste juge lui-même convenable d'enfermer sa réputation d'anticancéreux.

Obs. — Une demoiselle, âgée de 50 ans, bien réglée jusqu'à 45 ans, commença, à cette époque, à souffrir des premiers symptômes d'une affection du rectum. Les hémorrhagies se répétant et la douleur devenant violente, elle s'adressa enfin à M. le docteur Barrier, lequel reconnut un cancer du rectum tout à fait inopérable, et se borna à conseiller quelques palliatifs.

Le 28 août 1850, M. Foltz constata chez elle l'état suivant : douleurs lancinantes très-vives dans le fondement et jusqu'aux reins; tumeur volumineuse, dure, avec points ramollis et ulcérés, remplissant la partie inférieure du rectum, une autre tumeur grosse comme le bout du doigt, blanchâtre, dure, et comme carcinomateuse sort par l'anus. Ulcération et perforation de la paroi recto-vaginale; la plus grande partie des matières sort par le vagin. Écoulement d'une sanie purulente très-fétide; hémorrhagies presque continuelles: ténesmes. Teinte jaune-paille très-prononcée, peau chaude et sèche, pouls fréquent et vif, avec exacerbation le soir; insomnie; inappétence; maigreur; anémie; œdème des membres inférieurs et supérieurs.

Le 20 octobre, l'état n'ayant pas changé, M. Foltz lui fit prendre trois fois par jour un verre de décoction de 30 grammes de poudre de salsepareille dans six verres d'eau; réduisez de moitié et filtrez.

Au bout de deux mois de ce traitement, une amélioration remarquable s'est prononcée; la teinte jaune-paille a entièrement disparu; pouls de 70 à 75; plus de fièvre; seulement, il y a la nuit une transpiration abondante; sommeil assez paisible; digestions meilleures. Les hémorrhagies se sont arrêtées entièrement. Cependant les tumeurs et les ulcérations n'ont pas sensiblement changé d'aspect. Les douleurs lancinantes ont diminué.

Le 7 mars, la malade cesse l'usage de la salsepareille, qu'elle a continué quatre mois. Il n'y a plus ni fièvre, ni hémorrhagie, quoique les désordres locaux ne semblent pas avoir diminué.

Le 20 mars, depuis qu'elle a cessé de boire sa décoction, de légères hémorrhagies reparaissent, et elle transpire moins.

Résumant les effets que la salsepareille a produits dans cette observation, malheureusement destinée à rester incomplète, M. Folz remarque :

1° Que la salsepareille a eu une action physiologique sur l'économie, en provoquant des sueurs qui n'existaient pas avant son administration, et qui ont cessé avec celle-ci.

2° Qu'elle a eu une action thérapeutique momentanée contre la cachexie cancéreuse, en éteignant la fièvre hectique, en faisant disparaître la teinte jaune paille, arrêtant les hémorrhagies et diminuant les douleurs.

— Ce demi-succès, constaté bien positivement par un observateur compétent et dans un cas tout à fait tranché, ne pourrait-il pas ouvrir la voie à des résultats plus satisfaisants, en inspirant l'idée d'administrer le médicament de meilleure heure et contre des affections de même nature, mais moins avancées dans leur évolution que ne l'était celle-ci?

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er MARS. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

NOUVELLE MÉTHODE DE CÉPHALO-SCIAGE.

M. Camille Bernard (d'Apt) lit un travail ayant pour titre : Nouvelle méthode de céphalo-sciage chez le foetus. Le but de ce travail est de démontrer qu'à l'aide du forceps assemblé imaginé par l'auteur, on peut porter la scie sur la tête du fœtus aux plus grandes hauteurs et la faire agir d'arrière en avant sans que dans aucun des temps de l'opération il soit nécessaire d'avoir recours à un aide.

STATISTIQUE DES AMPUTATIONS DES MEMBRES.

M. Sédillot adresse les résultats statistiques des amputations pratiquées par lui pendant la dernière année scolaire 1850-1851, suivis de considérations sur les moyens d'assurer la réussite des amputations des membres.

Ces amputations ont été au nombre de 10, ainsi réparties :

Amputations de cuisse	3	opérés	3	guéris	0	morts.
de jambe	4	—	3	—	1	—
du pied : tarso-tarsienne	1	—	1	—	0	—
des os métacarpiens	2	—	2	—	0	—
	10		9		1	

Si nous réunissons, dit l'auteur, ces cas particuliers à ceux que nous avons déjà communiqués à l'Académie, nous trouvons 4 morts sur 40 amputations ou 1 mort sur 10 amputations.

Amputations de cuisse	7	opérés	7	guéris	0	morts.
de jambe	14	—	12	—	2	—
de bras	2	—	2	—	0	—
d'avant-bras	4	—	4	—	0	—
du pied en totalité	1	—	1	—	0	—
partielles du pied	2	—	1	—	1	—
carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes	5	—	5	—	0	—
des phalanges	5	—	4	—	1	—
	40		36		4	

Sept succès continus d'amputation de cuisse, ajoute M. Sédillot, sont dignes d'attention, si l'on réfléchit à l'extrême gravité habituelle de cette opération, et les guérisons se sont en général accomplies avec tant de régularité et de promptitude qu'on ne saurait méconnaître l'influence toute particulière de la méthode opératoire sur ces heureux résultats.

La possibilité de n'imprimer aucun mouvement aux malades, de n'exercer aucune constriction sur le moignon, de supprimer des pansements inutiles et douloureux, de maintenir la plaie spontanément fermée et de laisser une libre issue à la suppuration, expliquent hautement les avantages de notre méthode.

PRÉSENCE DE L'IODE ET DU BROME DANS LES ALIMENTS.

M. Grange adresse des observations sur la présence de l'iode et du brome dans les aliments et les sécrétions, pour faire suite aux mémoires de l'auteur sur les causes du goître et du crétinisme.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les bromures et les iodures sont constamment mêlés à notre alimentation comme les chlorures, mais en quantité infinitésimale. Ces quantités sont si petites et les procédés d'analyse comparative si imparfaits qu'il est impossible d'obtenir autre chose que des approximations sur lesquelles toute théorie est au moins prématurée.

2° Les bromures et les iodures ne se trouvent pas en quantité appréciable dans les eaux des vallées supérieures *où on ne trouve jamais de goître*; dans les vallées aux pieds des glaciers, vallée du Rhin, de l'Aar, du Valais ou du Rhône, de l'Arve, de l'Arc, de l'Isère, de la Romanche, du Pô, etc., là où la

théorie et les analyses de MM. Cantu, Chatin et les miennes n'indiquent pas de traces sensibles d'iodures. On trouve l'iode plus abondamment dans les eaux et les sources de Lyon, de Genève, et où l'on ne rencontre des goitreux. Les iodures augmentent dans les eaux à mesure qu'on s'éloigne des hauteurs; le goître augmente ses ravages en partant des hauteurs où il est à peine sensible jusqu'à la limite des grands bassins. *La distribution de l'iode n'explique point la distribution du goître.* Il n'est pas douteux que les iodures n'aient une influence préservatrice; mais de là à admettre que leur absence soit la cause du goître, il y a une distance immense.

Dans un prochain mémoire, l'auteur se propose de donner, outre les cartes détaillées de la distribution du goître et la carte géologique correspondante du département de l'Isère, la série des analyses les plus importantes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA SÉCRÉTION DE LA SALIVE CHEZ LES SOLIPÈDES.

M. COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, adresse des recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive chez les solipèdes.

Des expériences relatées dans ce mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les diverses glandes qui composent le système salivaire des solipèdes agissent toutes ensemble pendant la mastication. Cependant chacune d'elles a son activité spéciale mise en jeu et modifiée par certaines influences.

2° Les parotides sécrètent inégalement dans un temps déterminé, bien qu'elles paraissent toutes les deux dans des conditions identiques. Elles alternent l'une avec l'autre; celle du côté sur lequel s'opère la mastication produit au moins un tiers de plus que l'autre; mais ordinairement elle donne le double et quelquefois même le triple de cette dernière.

3° Quand le sens de la mastication vient à changer, c'est-à-dire quand l'animal qui broyait les aliments sous les molaires droites vient à les broyer sous les molaires gauches, il s'opère une inversion correspondante dans la sécrétion parotidienne. La glande, qui d'abord était très-active, ralentit brusquement sa sécrétion, et l'autre achève la sienne avec la même rapidité.

4° Les alternatives d'accélération et de ralentissement dans l'action des parotides se succèdent suivant l'ordre des changements qui surviennent normalement dans le sens de la mastication. Elles sont aussi prononcées lorsque ces changements se renouvellent à des intervalles de quelques minutes que lorsqu'ils se produisent toutes les demi-heures ou toutes les heures.

5° Ces inégalités alternatives de la sécrétion sont tellement inhérentes au mode d'action des parotides qu'elles se manifestent encore pendant le temps assez court de la persistance de la sécrétion après le repas.

6° La sécrétion des glandes maxillaires ne présente pas le caractère de celle des parotides. Elle est régulière, sensiblement égale pour les deux, et sans variations correspondantes à celles de la mastication.

7° La somme de salive versée dans la bouche par toutes les glandes réunies est en moyenne de 5 à 6,000 grammes par heure lorsque l'animal mange des fourrages desséchés; elle augmente d'un tiers ou d'un quart quand il consomme des grains; mais elle se réduit au cinquième ou au quart pendant la mastication de racines aqueuses. Cette quantité varie, du reste, suivant les moments des repas; elle n'atteint son maximum qu'au bout d'un certain temps, diminue quand la mastication se ralentit et se réduit à très-peu de chose quand cette dernière s'arrête.

8° Les parotides donnent à elles seules plus des deux tiers de cette somme totale; les maxillaires le vingtième seulement; les sublinguales, les molaires et les glandules buccales le reste. Cette proportion entre les produits de diverses glandes est donc très-différente de celle que semblent indiquer les rapports pondériques.

9° La sécrétion des parotides et des maxillaires est à peu près complètement suspendue pendant l'abstinence, si ce n'est dans les moments qui suivent immédiatement les repas. La salive épaisse et visqueuse qui humecte alors la bouche pour être ensuite déglutie provient des sublinguales, des glandules buccales et palatines; elle représente environ la trente-septième partie de celle que fournit tout le système salivaire pendant la mastication.

10° La sécrétion de la salive paraît pour toutes les glandes sans exception excitée par suite de l'impression gustative des aliments sur la muqueuse buccale. Cette impression suffit sans le secours de la mastication pour faire affluer dans la bouche la salive parotidienne et la maxillaire.

La mastication n'agit, selon toute apparence, qu'en rendant cette impression plus forte et plus étendue par la division qu'elle opère dans les substances sapides.

11° Le mouvement des mâchoires et la mastication des substances sans saveur n'ont pas d'action sensible sur la sécrétion salivaire.

12° La vue des aliments, même pour les animaux qui souffent de la faim, ne produit pas de salivation appréciable, ni de la part des parotides et des maxillaires, ni de la part des autres glandes.

13° Les substances excitantes, telles que le sel marin, le poivre, le girofle, le vinaigre, l'assa-fœtida, etc., mises en contact avec la muqueuse buccale, n'augmentent que dans une proportion très-faible la sécrétion qui a lieu pendant l'abstinence. Elles portent spécialement leur action sur les maxillaires, les sublinguales et les diverses glandules de la bouche, quelquefois même aussi sur les parotides. Mais en somme elles sont loin d'agir d'une manière aussi efficace qu'on le pense généralement.

14° Les irritations produites sur les canaux excréteurs par l'injection de liquide stimulant n'amènent pas de salivation sensible. La gêne apportée dans la circulation des glandes par la ligature de la jugulaire ne produit pas non plus de salivation pendant le repas, ainsi que l'avait avancé Lower. La ligature de la carotide reste aussi, du moins immédiatement, sans influence sensible sur cette sécrétion.

15° La salive sécrétée par les diverses glandes n'est pas identique. Celle des parotides est constamment très-fluide et sans viscosité; celle des maxillaires est épaisse, visqueuse et filante comme un solutum de gomme concentré; enfin celle des sublinguales et des glandules sous-muqueuses que l'on obtient isolée après avoir établi des fistules aux parotides et aux maxillaires, possède une viscosité encore plus considérable.

16° Ces diverses salives, bien qu'ayant des propriétés physiques dissemblables, peuvent se suppléer réciproquement, puisque la mastication et la déglutition continuent quand on fait couler à l'extérieur les salives parotidiennes et maxillaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre de rappel du ministre de l'intérieur et du commerce.

— M. LIEGEY (de Rambervillers) adresse de nouvelles observations de fièvres intermittentes par l'effet d'une cause traumatique dans un milieu fébrile. (Com.: MM. Louis et Michel Lévy.)

— M. DEVILLIERS fils adresse un essai historique et critique sur l'avortement provoqué considéré au point de vue de la morale chez les peuples de l'Italie, suivi de la traduction d'un mémoire du docteur Cazzani contre l'avortement provoqué. (Comm. nommée, M. Cazeaux, rapporteur.)

— M. ED. CARRIÈRE adresse un travail intitulé : ÉTUDES SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DES EAUX SALÉES ET DES EAUX MÈRES DE SALINS (JURA), SUIVIES D'UN APERÇU SUR LE SOL ET LE CLIMAT DE LA CONTRÉE.

Ce travail se compose d'une série de divisions par chapitres, dans lesquelles l'auteur n'entre dans les détails des effets thérapeutiques qu'après avoir comparé les eaux allemandes aux eaux françaises, sous le rapport des éléments qui leur donnent la spécialité de leur action, comme le chlorure de sodium et principalement le bromure de potassium. L'auteur termine par des études sur le sol et le climat. (Comm. des eaux minérales.)

PROCÈS A L'OCCASION DU PRIX D'ARGENTEUIL.

M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie du jugement qui vient d'être prononcé à la suite du procès qui lui a été intenté par le légataire et l'exécuteur testamentaire du marquis d'Argenteuil. Il invite M. Orfila, qui a pris, dans cette circonstance, la défense de l'Académie, de vouloir bien exposer lui-même les incidents de ce procès.

M. ORFILA s'exprime en ces termes :

Messieurs,

L'an dernier, pendant ma présidence, l'Académie reçut des exécuteurs testamentaires de la succession du marquis d'Argenteuil, une assignation portant que son président serait tenu de comparaître devant le tribunal de 1re instance à l'effet d'entendre condamner l'Académie pour n'avoir pas exécuté les volontés du testateur, et notamment pour n'avoir pas encore décerné le prix fondé par lui. La cause, appelée en décembre 1851, fut remise d'audience en audience jusqu'à la fin du même mois. Votre président, qui n'avait jamais jusqu'alors manqué à l'appel, devait remettre ses pouvoirs à l'honorable collègue qui l'avait remplacé au fauteuil dès le commencement de cette année et rester étranger à l'affaire. Il n'en fut pourtant pas ainsi. Votre conseil d'administration et le nouveau président lui-même, se fondant sur les avantages qui pourraient résulter de confier la défense de nos intérêts à celui de vos collègues qui s'était en quelque sorte préparé de longue main à la faire valoir, insistèrent tellement auprès de moi pour m'engager à soutenir le procès, que je ne balançai pas à accepter une délégation qui m'honorait. Je me rendis donc de nouveau, en janvier dernier, au tribunal, qui, après plusieurs remises, retint définitivement la cause pour le mercredi 18 février dernier.

J'ai cru qu'il était de mon devoir d'exposer d'abord à la compagnie les motifs de mon intervention officieuse dans une affaire qui l'intéressait à un aussi haut degré.

Dès l'ouverture des débats, la parole fut donnée à M. Villepin, avocat des exécuteurs testamentaires, dont la plaidoirie détaillée, nerveuse et passablement incisive, ne devait pas manquer de produire chez les magistrats une impression défavorable à nos justes prétentions. Vous la trouverez textuellement reproduite dans le n° du samedi 28 février du DROIT et de la GAZETTE DES TRIBUNAUX, ce qui doit me dispenser de vous la faire connaître en détail; je crois pourtant indispensable, pour que vous puissiez juger de la valeur de ma réponse, de vous en présenter le sommaire.

1° L'Académie devait donner le prix, dit-il, en 1844 et en 1850, ce qu'elle n'a pas fait, et pourtant en 1846, la commission d'Argenteuil avait jugé que les maladies du canal de l'urètre avaient été l'objet de perfectionnements importants, et que l'un de ces perfectionnements était plus important que les autres, puisqu'elle reconnaissait qu'il y avait lieu d'accorder 4,000 fr. à M. Perrève, tandis qu'elle ne donnait à M. Béniqué qu'une somme de 1,000 fr.

2° En 1850, l'Académie décide qu'elle n'accordera que des mentions honorables, malgré l'esprit si formel du testament qui ne reconnaît pas de pareilles mentions.

3° L'Académie a institué un concours, ce que n'a jamais voulu M. d'Argenteuil, puisque, suivant lui, il fallait donner le prix au travail le plus important dans chaque partie du monde que ce travail eût pris son origine; en appelant des concurrents, c'était forcément limiter la lutte entre ceux qui voudraient prendre part au concours.

4° Dans la commission nommée par l'Académie (pour les prix de 1838 à 1844) figurent quatre spécialités bien connues. Peut-être en consultant les passions des hommes, leurs intérêts, leurs rivalités, pourrais-je expliquer jusqu'à un certain point les hésitations, les incertitudes, les scissions qui se sont manifestées dans la commission; mais ma mission n'est pas d'insister à cet égard, et je préfère rester à la superficie des choses.

5° L'Académie de médecine prétendra-t-elle qu'il n'y a pas eu depuis treize ans des travaux importants et dignes d'être récompensés? Mais, messieurs, voici un travail émané d'une commission spéciale qui témoigne au plus haut degré que l'importance des perfectionnements dans la partie de l'art de guérir que le marquis d'Argenteuil a voulu encourager, ne pouvait être méconnue. Il s'agit d'un rapport du savant M. Lagneau, dont les conclusions, adoptées par l'Académie, renferment ce passage :

« Un de nos savants compatriotes a reçu naguère de la plupart des Académies » de l'Europe et de l'Institut de France, ainsi que de plusieurs souverains étran» gers, des félicitations pour avoir découvert une étoile qui jusqu'à ces derniers » temps était restée inaperçue. Nous aussi, nous avons pris part à la satisfaction, » je dirai presqu'à l'admiration générale; mais si, comme l'a dit un des plus » grands genies dont s'honore la France (Voltaire), la découverte d'une plante » utile à l'humanité est beaucoup plus importante que la découverte d'un astre » nouveau, M. G. auteur d'une méthode nouvelle, au moyen de laquelle on gué» rit, aujourd'hui, complétement et radicalement une maladie aussi grave qu'elle » est fréquente et qui avant lui était tout à fait incurable, doit être encouragé » à persévérer dans ses travaux. »

6° M. Villepin dit en terminant que le tribunal doit prévoir le cas où l'Académie ne se prêterait pas à l'accomplissement du legs, tel qu'il l'aurait interprété, et dire aussi quelle commission, quels hommes, quel mode seront adoptés pour la distribution du prix d'Argenteuil.

Après cette plaidoirie, Me Chaix-d'Est-Ange, chargé des intérêts de l'Académie, se lève et se borne à donner lecture de conclusions tendant à faire rejeter la demande de MM. Dugon et Lambert, et à les condamner aux dépens.

Le tribunal m'ayant accordé la parole, je m'exprimai en ces termes :

Je remercie le tribunal de m'avoir permis de lui présenter quelques simples observations, en réponse aux attaques dirigées contre l'Académie.

C'est toujours une question très-aride et très-difficile que celle de la distribution des prix et récompenses; pour les Académies, c'est toujours un véritable embarras; on sait qu'il arrive ou que l'on donne le prix, ou qu'on ne les accorde pas, ou bien enfin qu'on les partage. Quand les travaux ne sont que d'un ordre et d'un mérite secondaires, les prix ne sont pas décernés. Je pourrais faire connaître des précédents nombreux d'Académies qui ont agi de la sorte; je me bornerai à en citer quelques-uns choisis parmi ceux qui concernent l'Institut.

En 1838, l'Académie des sciences refuse d'accorder le prix de mécanique, fondé par Montyon, ainsi que celui de statistique.

En 1837, le même corps savant remet la distribution du grand prix des sciences physiques à l'année 1839, et de cette année à 1843. L'Académie des sciences morales et politiques ne donne pas, en 1837, le prix Beaujour. Enfin, l'Académie des inscriptions et belles-lettres n'avait pas voulu décerner, en 1836, le prix Volney. Et pourtant de nombreux mémoires avaient été envoyés à ces Académies. On devrait s'étonner, s'il en était autrement à l'Académie nationale de médecine; nous ne voulons pas plus vous déshonorer que les autres corps savants, en signalant à l'attention publique des travaux qui n'ont pas une importance suffisante. Et ici je ferai remarquer au tribunal que nos décisions doivent être sans appel, parce que nous sommes juges souverains.

Avant de répondre à M. Villepin, que j'ai entendu avec plaisir, et afin de mieux faire ressortir la force de mes arguments, il me sera permis de faire un examen critique de la disposition testamentaire du marquis d'Argenteuil. Conçoit-on qu'il entre dans l'esprit d'un homme de *fonder à perpétuité* un prix qui devra être donné tous les six ans sur un sujet aussi restreint que celui qui a été choisi, et comment supposer qu'actuellement, et dans les siècles à venir, on produira à chacune des périodes sexennales un travail digne d'une aussi belle récompense? On ne commande pas au génie, et tout le monde prévoit que dix, quinze, vingt, trente années et plus puissent s'écouler sans qu'il ait surgi, je ne dirai pas un travail très-important, mais même des travaux d'une certaine importance. Voyez avec quelle sagesse nos Académies cherchent à éviter cet écueil quand elles proposent des sujets de prix; elles choisissent des questions qu'elles varient à l'infini et qui ont besoin d'être élucidées. Mais les difficultés dont je parle, et qui tiennent à la nature du sujet indiqué par M. d'Argenteuil, seraient considérablement aggravées, s'il fallait partager l'opinion émise par M. Villepin, savoir, qu'il faut faire un choix parmi les travaux publiés dans le monde entier. A coup sûr le prix ne serait jamais donné, si, comme l'ont voulu toutes les commissions d'Argenteuil, on tient à juger avec connaissance de cause. En effet, comment ces commissions ont-elles opéré? Vous croyez peut-être, messieurs, que l'on s'est borné à lire les travaux des auteurs, à examiner leurs instruments? Non, certes; on a voulu voir et palper, pour ainsi dire, non-seulement on a exigé que les procédés fussent appliqués devant la commission, mais encore on a suivi les malades, afin de mieux apprécier les résultats. Comment appliquer cette méthode, si probante et si rigoureuse, à des malades éloignés quelquefois de plusieurs centaines de myriamètres, et que l'on ne pourrait pas soumettre à l'observation. En voilà assez sur ce point, que je tenais pourtant à établir, parce qu'il justifie l'Académie de n'avoir pas encore donné le prix d'Argenteuil. Vous dites que l'Académie a établi un concours, malgré le désir et la volonté du testateur. Il n'en est rien, lorsqu'on institue un concours scientifique, on fait un appel à un certain nombre d'individus, réunissant des conditions spéciales d'âge, de grades, etc.; on trace un programme, des épreuves à subir, etc. Ici on s'est borné à publier, et il le fallait, le texte du testament, en laissant à tout le monde la liberté de se présenter.

M. Villepin, à l'occasion du rapport de la commission, en 1846, blâme l'Académie de n'avoir pas adjugé le prix, puisque cette commission reconnaissait des mérites divers à quatre candidats, et surtout à l'un d'eux. La réponse est toute simple : la commission proposait de partager le prix, et, suivant l'Académie, d'accord sur ce point avec un avocat célèbre, dont elle avait demandé l'avis, Me Paillet, ce prix devait être donné à un seul prétendant. Mais, dites-vous, il fallait alors rémunérer celui des quatre docteurs dont les travaux étaient en première ligne. Je répondrai que l'Académie ne devait pas agir ainsi, dès qu'elle ne considérait pas ces travaux comme offrant un mérite qui fût en rapport avec la beauté du prix.

A l'occasion des jugements rendus par les diverses commissions d'Argenteuil, je ne laisserai pas passer, sans la repousser, une insinuation blessante pour ses divers membres. M. l'avocat, après avoir fait connaître que plusieurs des académiciens qui les composaient étaient des spécialités bien connues, a voulu faire planer sur eux un reproche qu'il n'a pas qualifié, mais qu'il a suffisamment caractérisé en disant qu'il préférait rester à la superficie des choses. Si l'honneur et la loyauté de mes collègues n'étaient pas si généralement reconnus, et si justement appréciés, je me donnerais peut-être la peine de répondre à une assertion de cette nature; il me suffira de dire que toutes ces commissions renfermaient dans leur sein un certain nombre d'hommes qui n'étaient pas spécialistes, et dont quelques-uns n'exercent même pas la chirurgie. Qui ne sait que l'une de ces commissions était présidée par le docteur Rayer, dont le savoir et la probité ne seront contestés par personne? C'est d'ailleurs mal reconnaître le zèle de commissaires, tous haut placés dans la pratique médicale, tous, par conséquent très-occupés, et qui viennent consacrer, avec un désintéressement qui les honore, un temps précieux et fort long à l'effet d'accomplir un devoir qu'ils n'ont souvent accepté qu'à leur corps défendant. Il faut que le tribunal sache que telle des commissions d'Argenteuil s'est réunie plus de cinquante fois, à plusieurs heures par séance.

J'arrive à la partie la plus délicate de ma mission, à celle qui a pour objet de mettre dans tout son jour une observation faite par M. l'avocat, et qui a pu impressionner le tribunal d'une manière fâcheuse pour l'Académie : il s'agit du compétiteur dont les travaux ont été signalés avec tant d'éloge par notre honorable collègue M. Lagneau.

Voici comment les choses se sont passées :

Après la lecture du mémoire du docteur G., l'Académie nomme une commission de cinq membres qui désigna M. Lagneau pour rapporteur. Au moment où le rapport allait être lu par la commission, celle-ci ne se composait plus que de trois membres, deux ayant succombé depuis quelque temps; sur ces trois membres, l'on déclara qu'il ne signerait pas le rapport, un autre consentit à le signer s'il était modifié; on peut donc dire que le rapport était tout au plus l'œuvre de deux de nos collègues. Mais qu'importe? la jurisprudence constante de l'Académie a été de ne jamais adopter le corps d'un rapport qu'elle considère comme exprimant l'opinion des commissaires, et votre même celle du rapporteur, mais seulement de donner sa sanction aux conclusions. Or, dans l'espèce, les conclusions n'étaient pas celles qui ont été lues au tribunal par M. Villepin, mais bien celles-ci, en substance du moins : l'auteur sera remercié, et son mémoire sera renvoyé comme document à la commission d'Argenteuil.

Est-ce la faute de l'Académie si cette commission n'a pas jugé le travail dont il s'agit digne d'être placé à la hauteur à laquelle il aurait dû se trouver d'après M. Lagneau? Ainsi s'évanouit cette grande objection dont M. Villepin avait cru pouvoir tirer un si grand parti.

Je terminerai comme cet avocat, en parlant de la commission que le tribunal devrait nommer pour décerner le prix d'Argenteuil. Si cette mesure est dans les attributions du tribunal, et qu'il la prenne, l'Académie sera ravie de ne plus être chargée d'un travail pénible, fastidieux et onéreux pour elle; mais tant que les choses resteront en l'état, l'Académie ne procédera pas autrement qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Tel est, messieurs, le sens des paroles que j'ai cru devoir prononcer en qualité de délégué du conseil d'administration. Je m'estimerai très-heureux si elles obtiennent votre approbation.

Me Chaix-d'Est-Ange n'ayant pas cru nécessaire d'ajouter de nouvelles considérations, s'est abstenu de plaider.

Après cette communication, que l'Académie a accueillie par des applaudissements et des marques unanimes d'approbation, M. le président donne lecture du jugement dont la teneur suit :

Le tribunal, conformément aux conclusions de M. Goujet, substitut du procureur de la République, a statué en ces termes :

« Attendu que les intentions de d'Argenteuil, exprimées dans son testament, ne présentent rien d'obscur ni d'ambigu;

» Que le testament contient :

» 1° Une disposition principale, à savoir : l'institution d'un prix qui doit être donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important, apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre;

» 2° Une disposition subsidiaire, pour le cas seulement où, pendant la période de six ans, les moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, n'auraient

pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix institué, à savoir : la faculté pour l'Académie d'accorder ce prix à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant cette même période de six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires;

» Attendu que dans l'une comme dans l'autre hypothèse, le testateur a entendu s'en rapporter exclusivement au jugement de l'Académie de médecine; qu'elle ne peut être tenue de décerner un prix qui ne lui paraît pas mérité, de récompenser des œuvres médiocres ou des perfectionnements insignifiants;

» Qu'il appartient donc à l'Académie, et à elle seule, d'apprécier si, dans l'espace de six ans, il a été apporté aux moyens curatifs des rétrécissements un perfectionnement assez notable, assez important pour mériter le prix, et subsidiairement, en cas de négative, si, dans la même période, il a été apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires, un perfectionnement assez notable pour que l'Académie use de la faculté que lui laisse le testament;

» Attendu que le testateur n'a pas prévu le cas où l'Académie ne croirait devoir appliquer ni la disposition principale ni la disposition subsidiaire;

» Attendu que l'Académie a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix pour la première période (1838-1844), et que les fonds destinés à ce prix seraient réservés pour augmenter le prix de la période suivante;

» Attendu que si les héritiers, légataires ou exécuteurs testamentaires de d'Argenteuil jugent le mode adopté par l'Académie contrairement aux volontés du testateur, ils peuvent, dans leur intérêt personnel ou dans celui de la succession, en tirer telles conséquences que de droit, et se pourvoir, s'il y a échet, ainsi qu'ils aviseront, pour l'inexécution des conditions du legs accepté par l'Académie;

» Mais attendu qu'il est interdit aux tribunaux de prononcer par voie de disposition générale et réglementaire sur les causes qui leur sont soumises; qu'ainsi le tribunal ne peut statuer sur les prix à échoir ultérieurement, c'est-à-dire sur des faits non accomplis et qui peuvent ne pas se réaliser;

» Attendu pour ce qui concerne les prix relatifs aux deux périodes accomplies, que le tribunal ne peut ni s'immiscer lui-même ni conférer à des tiers le droit de s'immiscer dans l'appréciation de travaux ou la distribution de récompenses qui ne relèvent que de l'Académie;

» Déboute Dugon et Lambert ès noms de leur demande et les condamne aux dépens. »

Après cette lecture, M. le président propose de voter des remercîments à M. Orfila. Des remercîments sont votés par acclamation.

MATIÈRE GRASSE DU SANG VEINEUX DE L'HOMME.

M. Lecanu lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Gobley, ayant pour titre : Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux de l'homme. M. Gobley a été conduit, par ses expériences, à des résultats qui modifieront notablement, d'après M. le rapporteur, l'opinion des chimistes sur la composition de la matière grasse, objet de ses recherches.

1° Le corps gras phosphoré signalé par M. Chevreul, est de nature complexe. On peut en extraire, d'une part, de la cérébrine, c'est-à-dire l'un des principes constituants du cerveau, de la laitance des poissons, du jaune d'œuf; d'autre part, de la lécithine, autre principe immédiat du cerveau, de la laitance, du jaune d'œuf.

2° La margarine, l'oléine et la cholestérine font réellement partie des principes immédiats du sang normal.

3° La séroline, au contraire, n'existe pas.

Ces résultats fournissent, on le voit, une preuve de plus à l'appui de l'opinion d'après laquelle le sang contiendrait, tout formé, les principes si divers, si nombreux, de l'organisme animal, et tendent à démontrer la justesse de cette poétique pensée de l'illustre Bordeu : Le sang est une véritable chair coulante.

Les commissaires pensent que le mémoire de M. Gobley est digne de figurer dans le recueil des travaux de l'Académie, et proposent en conséquence d'en ordonner le renvoi au comité de publication. (Adopté.)

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports officiels sur des demandes d'exploitation de diverses sources minérales :

1° Sur l'eau minérale de Sermaize (Marne). Conclusion : Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

2° Sur les eaux sulfureuses d'Olette (Pyrénées-Orientales). Mêmes conclusions. (Adopté.)

3° Sur l'eau minérale sulfureuse de Tramezaigues, canton de Vieille-Aure, arrondissement de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). Mêmes conclusions. (Adopté.)

4° Sur l'eau de Calès, commune de Revel (Haute-Garonne). Conclusion : Il n'y a pas lieu d'accorder, *quant à présent*, l'autorisation de l'exploiter avant que des applications médicales nombreuses et variées n'aient bien constaté son efficacité. (Adopté.)

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PAR LES DOUCHES FROIDES.

M. Fleury lit une note sur le traitement de la fièvre intermittente par les douches froides. Il s'exprime en ces termes :

Un médecin auquel vous avez accordé l'honneur d'une commission académique chargée de répéter ses expériences, trace ainsi l'historique de sa découverte dans une brochure destinée à faire prévaloir un nouveau mode de traitement des maladies périodiques :

« Pendant l'été très-chaud de 1847, dit M. le docteur Baud, la commune de » Meudon, où j'exerçais la médecine, fut soumise à une épidémie de diverses » affections paludéennes, dont toutes les phases furent évidemment calquées sur » celles de l'abaissement de niveau, par évaporation, des nombreux étangs disséminés sur le territoire de la commune. Bien rares et bien privilégiés furent les malades qui n'eurent pas à lutter, par d'incessants retours à l'usage » du sulfate de quinine, contre les incessantes récidives d'une fièvre incoercible.

» Je ne fus pas de ce petit nombre, et pourtant c'est avec une conscienceuse » vigueur que je m'étais administré le spécifique au début, aussi bien que dans » les rechutes multipliées d'une fièvre tierce qui m'enlevait à mes malades au moment où je leur étais le plus nécessaire.

» A bout de moyens, lisant le fatal : *Medice cura te ipsum* sur le figure des » nombreux récidivés qui gémissaient autour de moi de l'*impuissance du quinquina*, j'eus recours aux douches froides, moins désireux encore d'obtenir ma » guérison définitive que de faire jouir mes compagnons d'infortune du résultat » de ma tentative si elle réussissait. *Une seule douche*, prise au moment même » du début d'un accès qui s'annonçait très-intense, suffit *pour guérir sans retour*. Des cures *radicales*, un peu moins rapides seulement, furent obtenues » sur divers fiévreux, cures dont le docteur Fleury a donné la relation dans une » notice adressée à l'Académie des sciences. »

Vous pensez sans doute, messieurs, qu'après un aussi beau résultat obtenu sur lui-même et sur plusieurs de ses malades, la reconnaissance, à défaut de tout autre sentiment, fit de notre confrère un ardent propagateur des douches froides? Il n'en fut rien : l'efficacité si bien constatée de ce modificateur ne servit qu'à faire éprouver à M. le docteur Baud le besoin de chercher un succédané au quinquina. De là l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, dont les merveilles ne paraissent pas devoir résister à l'épreuve d'une expérimentation suivie et rigoureuse.

C'est aujourd'hui le tour du sel marin. Puisse-t-il être plus heureux que son prédécesseur! Et je n'aurais élevé aucune réclamation en faveur d'une médication que je considère comme beaucoup plus simple et plus sûre, si l'honorable M. Piorry n'avait inséré dans son rapport, à propos des douches froides, une proposition dont on pourrait tirer des inductions qu'il importe de prévenir, dans l'intérêt de la vérité, de la science et de l'humanité.

« La diminution dans les dimensions de la rate, à la suite de l'administration » du sel marin, dit M. Piorry, est-elle seulement momentanée, et l'organe revient-» il à des dimensions plus considérables que celles qu'il présentait après l'ingestion du chlorure de sodium? Dans l'immense majorité des cas, le lendemain et » les jours qui suivaient celui de l'administration du sel marin, la rate restait » précisément circonscrite dans les figures qui avaient été tracées lors de la diminution primitive de l'organe. Il n'en était pas de l'action du sel marin comme » de celle des douches.

» M. le docteur Fleury a vu celles-ci promptement diminuer le volume de l'organe, et, partant, *fréquemment* guérir les fièvres d'accès; mais, *dans bien des cas*, le décroissement de la rate, qui survient à la suite des douches, n'est » pas de durée, et quelques heures ou *quelques jours après l'organe reprend*, » *en partie, ses proportions morbides*. »

Messieurs, dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences et inséré dans les Archives générales de médecine (numéro de mars 1848), j'établis :

Que tous les malades soumis à l'action des douches froides ont guéri.

Dans les cas de fièvre intermittente récente, avec ou sans augmentation du volume de la rate, deux ou trois douches ont suffi pour amener une guérison radicale.

Que dans les cas où la rate a présenté une augmentation de volume ancienne et considérable, les douches froides ont *constamment* exercé sur cet organe une action régulière, s'accomplissant suivant une *loi* qui peut être formulée ainsi : « Chaque douche amène instantanément dans le volume de la rate une diminution considérable, qui persiste pendant un temps d'autant plus long, que le nombre des douches administrées est d'autant plus grand; dans les intervalles qui séparent les douches les unes des autres, l'organe augmente de nouveau, *sans atteindre, toutefois, dans aucun intervalle, les dimensions qu'il présentait dans l'intervalle précédent*, et en passant ainsi par des alternatives de décroissement et d'accroissement de moins en moins considérables, *il revient enfin définitivement à ses limites physiologiques*. »

Ainsi, messieurs, votre honorable rapporteur a dit, avec raison, qu'à la suite des douches, la rate reprend, en partie, ses proportions morbides; mais il faut ajouter que le résultat ultime du traitement est *de ramener définitivement l'organe à ses dimensions physiologiques*.

Cette addition a une importance facile à saisir, car c'est elle seule qui permet de comprendre comment j'ai pu obtenir, par les douches froides, la guérison *radicale* de fièvres d'accès et de splénomégalies anciennes, graves, ayant résisté à l'administration méthodique du sulfate de quinine; et c'est aussi en m'appuyant sur elle que j'espère en guérir celles qui auront résisté à l'hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée, voire même au sel marin.

Cherchant à se rendre compte de l'action différente des modificateurs, votre savant rapporteur se pose les questions suivantes :

« Est-ce que le sel marin, comme la quinine soluble sur la trame de la rate, » modifierait, dans sa profondeur, le tissu malade, tandis que les douches froides » détermineraient seulement une constriction, un resserrement momentané du périsplène? »

Mais, quelques pages plus loin, on lit dans le rapport de l'honorable M. Piorry :

« En vérité, je ne saurais dire quel est le mode d'action du sel marin et de la » quinine sur la rate ; bien des raisons me portent à croire que l'une et l'autre » agissent soit sur l'enveloppe, soit sur le tissu fibreux de cet organe. Quant au mé- » canisme de l'action dont il s'agit, il est inconnu, comme celui de la plupart des » substances qui ont sur divers organes une action spéciale. »

Je ne me charge pas, messieurs, de découvrir le mécanisme de l'action exercée par le sulfate de quinine et le sel marin ; mais il me semble que la physiologie explique parfaitement celui de l'action exercée par les douches froides ; il s'agit tout simplement ici d'une *révulsion* puissante, à la fois mécanique et vitale, dont les effets se font sentir non-seulement sur la rate, mais sur tout organe qui est le siége d'une congestion sanguine non inflammatoire, sur l'utérus, les poumons, le foie.

Le 8 mai 1851, je présente un malade à MM. Andral et Piorry, en les priant de vouloir bien déterminer le volume du foie. La percussion est pratiquée par M. Piorry, des lignes sont tracées avec le nitrate d'argent, et ces honorables confrères constatent que l'organe hépatique a 18 centimètres verticalement, au niveau du mamelon, et que, transversalement, il dépasse la ligne médiane de 11 centimètres. Une douche est administrée séance tenante, et, immédiatement après MM. Andral et Piorry reconnaissent que le volume du foie a diminué de 6 centimètres et demi verticalement, et de 5 centimètres transversalement.

Dans un prochain travail, j'étudierai, avec tout le soin qu'elle mérite, cette importante action révulsive et anticongestionnelle des douches froides. Ici, je veux seulement, messieurs, reproduire les conclusions de mon mémoire sur les fièvres d'accès :

« 1° Dans le traitement de la fièvre intermittente récente, simple, périodique, » avec ou sans engorgement de la rate, les douches froides peuvent être substi- » tuées au sulfate de quinine.

» 2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, périodique ou irré- » gulière, ayant récidivé plusieurs fois, accompagnée d'un engorgement considé- » rable et chronique de la rate ou du foie, d'anémie, d'un état cachectique, c'est- » à-dire dans le traitement de l'intoxication paludéenne chronique, les douches » froides doivent être préférées au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus » sûrement que celui-ci, elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur vo- » lume normal, font disparaître les phénomènes d'anémie et de cachexie, sans que » l'on ait à redouter les accidents que les hautes doses de sulfate de quinine » produisent, parfois, du côté du système nerveux et des voies digestives.

» 3° L'action curative des douches froides est complète ; car non-seulement » elle guérit la maladie, mais elle en prévient encore les rechutes. »

Permettez-moi, messieurs, pour terminer, de vous faire remarquer qu'en proclamant la supériorité des douches froides pour guérir, non-seulement la fièvre et les congestions viscérales, mais encore, et ceci est bien plus important, l'empoisonnement miasmatique, l'anémie, la cachexie paludéennes, je n'entends établir cette supériorité qu'à l'égard du sulfate de quinine, et nullement quant au quinquina, que je n'ai pas expérimenté comparativement.

C'est qu'en effet, sans contester les précieux avantages justement attribués au sel de quinine, je crois, avec tous les hommes qui ont pratiqué dans les grands foyers endémiques, que l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique a exercé une influence funeste sur un grand nombre de médecins, en leur faisant oublier que, si le sulfate de quinine est le remède de la fièvre intermittente, le quinquina reste celui de l'intoxication paludéenne.

(Renvoyé à la commission des succédanés.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Cazeaux.

La parole est à M. Dubois. M. Cazeaux demande à présenter préalablement quelques observations.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. Cazeaux : Avant de commencer à discuter mon rapport, je prie l'Académie de me permettre une courte observation.

Depuis la publication de mon travail, quelques-uns de nos honorables confrères ont paru craindre qu'en adoptant les conclusions de la commission, l'Académie s'engageât dans une voie périlleuse et un peu compromettante pour sa dignité. Tout en remerciant plusieurs confrères de la bienveillance avec laquelle ils m'ont fait cette observation, je ne saurais admettre leur opinion ; et voici pourquoi :

La question dont nous avons à nous occuper étant très-importante, nous avons cru devoir la traiter avec quelques détails ; et, pour résumer en quelques mots les longs développements dans lesquels nous sommes entré, nous avons terminé notre travail par des propositions qui en sont comme la table analytique, le véritable résumé. Ces propositions sont, comme le rapport lui-même, l'œuvre particulière de la commission. C'est un document qui se joindra aux autres documents fournis probablement dans la discussion qui va s'ouvrir ; mais ils ne font nullement partie des conclusions définitives qui sont relatives au travail de M. Lenoir. Voter sur ces dernières, ce n'est donc pas voter sur notre rapport ou sur les conclusions qui en sont le résumé ; tel n'est pas au moins l'usage de l'Académie ; et nous ne comprenons pas pourquoi un ferait une exception dans ce cas particulier.

Ce n'est pas que nous retirions rien des conclusions qui résument notre travail. Nous sommes prêt à les soutenir si elles sont attaquées ; mais nous n'avons nullement la prétention de les imposer à la compagnie, et de lui demander un vote à leur sujet.

Si toutefois, vu l'importance de la question, vu l'incertitude qui règne encore dans de très-bons esprits, l'Académie croyait devoir sortir, dans cette circonstance, de sa réserve habituelle, et fixer par un vote la jurisprudence médicale, elle ferait, à notre avis, chose utile ; s'il nous était permis de dire ici toute notre pensée, nous croyons qu'il est de la dignité, nous dirions presque du devoir du premier corps médical de France, de réglementer, autant qu'il le peut, toutes les questions qui sont de nature à troubler la conscience du praticien.

Mais ce n'est, nous le répétons, qu'une opinion personnelle ; et nous n'avons pas assez d'autorité pour engager nous-même l'Académie dans cette voie. Aussi n'en avons-nous pas parlé dans les conclusions finales, qui se bornent, comme on l'a vu : 1° à remercier l'auteur de son intéressante communication ; et 2° renvoyer son travail au comité de publication.

M. P. Dubois : L'explication que vient de donner notre collègue ne change rien au fond des choses. Que les conclusions du rapport soient l'œuvre particulière du rapporteur ou l'œuvre collective de la commission, elles n'en sont pas moins le développement du désir exprimé par M. Lenoir à la fin de son travail, de voir l'Académie juger la question. Or l'acceptation de la conclusion finale du rapport, si les conclusions doctrinales qui la précèdent n'avaient pas été combattues, équivaudrait à l'adoption de ces conclusions.

Le rapport de M. Cazeaux comprenait deux parties, l'une relative à la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, l'autre relative à la provocation de l'avortement dans les cas de maladies très-graves de la mère, et en particulier dans les cas de vomissements opiniâtres. La première de ces deux questions était l'objet essentiel du rapport ; la seconde était une partie incidente, une digression qui me paraît avoir un double inconvénient, celui d'éparpiller la discussion sur des sujets divers, et celui d'ajouter à une question déjà grave et difficile une autre question qui peut paraître plus grave et plus litigieuse encore. Quoi qu'il en soit, lorsque j'ai demandé la parole après la lecture du rapport, c'était pour répondre à cette seconde partie du travail de notre collègue. Mais comme le sujet que je veux traiter est très-délicat et très-difficile, j'ai pensé que je n'en devais pas abandonner l'exposé et la discussion aux hasards de la parole et à l'expression peut-être incomplète et insuffisante de ma pensée, et j'en ai fait le sujet d'un travail écrit que je demanderai à l'Académie la permission de lui communiquer dans la prochaine séance, si la discussion actuelle n'est pas close. Néanmoins, puisque je suis à cette tribune, je présenterai quelques observations sur la première partie du rapport ; qu'il me soit permis de rappeler d'abord et très-succinctement les faits.

Une fille enceinte pour la troisième fois, et dont le bassin était très-rétréci, réclama les soins de M. Lenoir ; elle était alors peu avancée dans sa grossesse. Notre confrère, après quelques hésitations, se décida à provoquer l'avortement, afin d'éviter à cette malheureuse les chances trop graves d'une opération césarienne ou de l'embryotomie. L'avortement provoqué qu'elle avait subi déjà deux fois, mais par d'autres mains que celles de M. Lenoir, fut heureux quant à la mère. C'est l'observation de ce fait que notre confrère a communiquée à l'Académie. Il l'avait terminée par cette phrase : « J'ai pensé qu'il y aurait peut être quelque utilité, pour la pratique, à provoquer de la part de l'Académie un vote qui, empruntant à la haute position que ce corps savant occupe une autorité incontestable, servirait pour toujours de règle absolue.

Chargé de faire un rapport sur ce sujet, M. Cazeaux, après avoir puisé à des sources nombreuses et variées des arguments favorables à la provocation de l'avortement, dans le cas où M. Lenoir y avait eu recours, a cru devoir donner son entière approbation à la conduite suivie par notre confrère, et a terminé par les conclusions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation, que les lois divines et humaines, relatives à l'avortement, ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime ; elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce sens, le médecin peut et doit sacrifier l'enfant au salut de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence.

J'ai rappelé à dessein ces conclusions et la dernière phrase qui termine le travail de M. Lenoir, parce que les conclusions sont évidemment la formule du jugement demandé par M. Lenoir, et parce qu'à ce titre elles indiquent le caractère et l'importance de la décision qui est réclamée de l'Académie.

Était-il nécessaire, comme le pense M. Lenoir, que la question fût soumise au jugement de l'Académie ?

La proposition de provoquer l'avortement pour soustraire la femme enceinte et difforme aux dangers de l'opération césarienne, cette proposition n'est pas nouvelle. C'est vers le dernier tiers du siècle dernier qu'elle a été d'abord faite en Angleterre, qu'elle y a été acceptée et exécutée. Produite plus tard en Allemagne, elle y a rencontré des partisans et des adversaires.

Elle ne fut exprimée en France que beaucoup plus tard, parce que, aussi longtemps que l'autorité toute-puissante de Baudelocque et de ses successeurs immédiats resta prédominante, toute intervention de l'art ayant pour but de provoquer l'expulsion du fœtus avant le terme naturel de la grossesse, fut énergiquement repoussée ; ce fut même sous cette influence que beaucoup plus tard, en 1827, l'Académie, consultée par M. Costa sur la question de savoir s'il serait permis de provoquer l'accouchement prématuré chez une femme parvenue à une époque avancée de la grossesse et menacée de suffocation, l'Académie, dis-je, répondit formellement par la négative à cette question. Cependant Fodéré, en 1813, dans son Traité de médecine légale, n'hésite pas à déclarer que la provocation de

l'avortement, par un accoucheur, était licite quand la conformation vicieuse du bassin était assez prononcée pour exposer la femme à la nécessité de subir l'opération césarienne. Marc exprima la même opinion à l'article Avortement dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en 25 vol. Lorsque notre collègue, M. Velpeau, publia, en 1829, la première édition de son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENTS, il déclara qu'il ne balancerait pas à conseiller la provocation de l'avortement pour soustraire une femme mal conformée aux dangers futurs de l'opération césarienne.

Moi-même, en 1843, je publiai dans la GAZETTE MÉDICALE un article dans lequel je m'étais attaché surtout à établir une différence capitale entre l'avortement provoqué par l'art dans un but salutaire et l'avortement provoqué dans une intention criminelle. J'avais établi aussi nettement que je l'avais pu les droits du médecin. Ce premier article attendait, il est vrai, une suite qui n'a pas paru; mais cet article contenait des prémisses dont les conclusions favorables à l'avortement provoqué par l'art ne pouvaient pas être douteuses. D'ailleurs, j'avais fait plus que d'exprimer ces conclusions, car ce travail n'avait été publié qu'à l'occasion d'un avortement que, le 14 septembre 1842, j'avais provoqué publiquement à la Clinique d'accouchements, chez une femme dont le bassin n'avait que cinq centimètres et demi dans la direction du diamètre sacro-pubien.

J'avais donc, il y a près de dix ans, publié, enseigné et mis en pratique la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin. Quelques années après, M. Cazeaux pratiqua la même opération, précisément sur la même femme qui a été le sujet de l'opération de M. Lenoir, et je la répétai une fois encore après lui. Enfin M. Lenoir la pratiqua à son tour. Vous voyez donc, messieurs, que les praticiens qui voudraient aujourd'hui suivre l'exemple que M. Cazeaux, M. Lenoir et moi nous avons donné, ne manqueraient pas de précédents et d'autorités médico-légales valables pour les justifier, puisque M. Lenoir lui-même n'en a pas demandé d'autres. Il n'était donc pas réellement nécessaire que la question fût soumise au jugement de l'Académie.

L'appel qui lui est fait par M. Lenoir, et, pour me servir des expressions du rapport, la courageuse initiative de notre confrère était-elle opportune et pouvait-elle aboutir à un résultat? Je ne l'ai pas trouvé à l'époque où, venant de provoquer l'avortement pour la première fois, j'aurais pu soumettre la question au jugement de l'Académie. Je ne le pense pas encore, et je vais en exposer les motifs.

L'Académie n'est pas consultée en ce moment sur une question d'obstétrique ou de chirurgie, à proprement parler. Elle n'a pas à se prononcer sur le mérite relatif de l'avortement provoqué, de l'embryotomie ou de l'opération césarienne, considérés au point de vue de l'art; la question qui lui est réellement soumise, c'est celle de savoir si, placé dans l'alternative de sacrifier la vie du fœtus ou de compromettre très-sérieusement la vie de la mère, l'accoucheur peut et doit sacrifier l'existence du premier au salut de la seconde. Or cette question est toute morale, et elle est, en conséquence, de celles dont la solution doit être abandonnée à la conscience et aux lumières du médecin. C'est lui seul qui peut et doit la résoudre, selon les circonstances particulières et la nature des cas qui se présentent à lui. Voilà ce qui me semble devoir être en principe; j'ajouterai qu'il en doit être nécessairement ainsi dans l'espèce, et voici pourquoi.

La provocation de l'avortement a été surtout conseillée et mise en pratique dans les pays où les opérations césariennes ont été presque toujours mortelles; c'est ainsi qu'elle a, pour ainsi dire, pris naissance en Angleterre, parce que tous les cas d'hystérotomie, moins un, ont eu pour résultat la mort des opérées. En Allemagne, où les succès de l'opération césarienne ont été plus nombreux, la provocation de l'avortement a rencontré de nombreux adversaires. En France, c'est surtout dans l'école de Paris que cette opération a été acceptée et appliquée, parce que jusqu'à présent aucune opération césarienne n'y a été heureuse pour la mère. Si la pratique des grandes opérations obstétricales s'exerçait partout dans de telles conditions, les conclusions proposées par le rapporteur de la commission pourraient être assurément acceptées.

Mais ces conditions si défavorables aux résultats de l'hystérotomie ne sont pas, heureusement, générales; on les rencontre, en effet, à un moindre degré dans les villes de second et de troisième ordre, et surtout dans les petites localités et à la campagne. Aussi ne se passe-t-il presque pas d'années sans que l'Académie reçoive quelques observations d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par quelques-uns de nos confrères qui exercent dans des lieux éloignés des grandes villes. Il est donc certain que les conclusions du rapport ne sauraient être considérées rationnellement comme établissant une règle absolue pour ces localités relativement privilégiées. Supposons que l'Académie déclarât; par son vote, que le médecin, non-seulement peut, mais même doit provoquer l'avortement pour n'être pas, plus tard, dans la nécessité de pratiquer une opération césarienne, n'infligerait-elle pas sans le vouloir le reproche d'imprudence au moins au médecin qui, ayant pu se conformer à la décision de l'Académie, aurait donné la préférence à l'opération césarienne, et l'aurait pratiquée avec succès? Il y aurait là une inconséquence que l'Académie évitera certainement.

Indépendamment des raisons que je viens d'exposer, il en est une autre qui doit rendre l'Académie très-circonspecte à l'égard de la décision qu'elle prendra, car elle pourrait involontairement paraître adopter une doctrine grave que sa raison me paraît réprouver et qui est exprimée dans le rapport : c'est celle qui consiste à transformer l'enfant que la femme porte dans son sein et qu'elle a volontairement procréé, en un ennemi contre lequel elle a le droit de légitime défense. Dans cet ordre d'idées, l'enfant serait assimilé à un assassin, à un fou furieux qui se précipiterait l'épée à la main sur une personne inoffensive. Une telle doctrine peut-elle être acceptée à titre d'argument favorable à la provocation de l'avortement. Je ne le pense pas. Mais notre collègue n'a vu certainement ici qu'un des côtés de la question, ou plutôt l'un des deux intérêts engagés dans cette sorte de lutte. Si le pauvre enfant, qui n'est pas assurément coupable de sa procréation, et qui a déjà des droits que la loi lui garantit, pouvait défendre sa cause, ne dirait-il pas que ce n'est pas lui qui est l'ennemi de sa mère, et qu'il en est bien plutôt la victime? Je ne veux pas insister davantage sur cet argument d'une nature trop délicate, et qui aurait dû paraître suspect à l'esprit judicieux de M. Cazeaux. Je crois qu'il eût été plus sage de ne pas l'offrir à la discussion. L'abus qu'on en pourrait faire est trop facile à prévoir, et il n'était pas d'ailleurs nécessaire à la défense de l'avortement provoqué, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Mais, pour être juste, je dois ajouter que cette partie de l'argumentation de notre collègue ne lui est point propre; et, ainsi qu'il l'a indiqué dans son rapport, c'est un emprunt, mais un emprunt malheureux, à mon sens, qu'il a fait à l'œuvre d'un homme d'un grand mérite, de Naegèle, l'auteur du mémoire DE JURE VITÆ ET NECIS QUOD COMPETIT MEDICO IN PARTU.

En terminant, je propose à l'Académie de réduire à ces termes les conclusions du rapport :

La commission propose de remercier M. Lenoir de la communication qu'il lui a faite, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. CAZEAUX : Je n'ai que très-peu de mots à répondre à ce que vient de dire M. Dubois; car il n'a nullement attaqué le travail de la commission.

Avant qu'il ait pris la parole, j'avais déjà répondu au reproche qu'il nous fait de vouloir faire voter par l'Académie les propositions qui résument notre rapport, et je ne comprends pas, après l'explication très-nette du rapporteur, qu'il ait cru devoir insister aussi longtemps sur un reproche qui n'avait plus aucun fondement. Je ne répéterai donc pas ce que j'ai dit dès l'ouverture de cette discussion.

M. Lenoir, dit M. Dubois, n'avait traité la question de l'avortement que dans les cas de rétrécissement; la seconde partie du travail de M. Cazeaux, qui s'occupe de l'avortement dans les cas de maladies graves pendant la grossesse, est donc un hors-d'œuvre complétement inutile, et M. Cazeaux a eu tort de s'y arrêter si longtemps.

En vérité, cette objection me paraît bien puérile, et je ne comprends pas que, dans une question aussi grave, on vienne reprocher au rapporteur d'avoir agrandi le terrain de la discussion, en l'étendant dans toutes ses applications pratiques et en l'envisageant sous toutes ses faces. Si c'est une faute par moi commise, j'avoue que je ne m'en repens pas, et la bienveillante attention que m'a prêtée l'Académie me rend moins sensible au reproche de notre collègue.

M. Dubois fait remarquer que, dans la seconde partie de mon travail, je lui avais adressé une provocation. Je ne me permettrai jamais de provoquer M. Dubois; mais en faisant l'inventaire de la science, j'ai trouvé une opinion qui lui était propre : j'ai cru que je ne pouvais sans injustice la passer sous silence, et que j'avais le droit, que dis-je, le devoir d'en faire la critique.

Notre honorable collègue a prétendu que j'avais altéré sa pensée, qu'il n'avait jamais été aussi explicite; que les discours publiés par M. le docteur Laborie, dans l'UNION MÉDICALE, n'avaient pas été revus et corrigés par lui, et que par conséquent il n'en était nullement responsable; en un mot, que, sur cette question délicate de l'avortement, il était loin d'avoir une *opinion arrêtée.*

Oh ! sur ce point, monsieur, permettez-moi de ne pas vous croire, ou plutôt de penser que cette malheureuse expression vous est échappée. Comment! vous praticien illustre, qui sept ou huit fois au moins avez provoqué l'avortement, vous n'avez pas d'opinion arrêtée? comment! vous professeur, qui avez en 1848 fait une série de leçons sur ce sujet, leçons dans lesquelles vous avez conseillé à vos élèves de provoquer l'avortement dans plusieurs cas, précisés par vous avec le plus grand soin, vous n'avez pas d'opinion arrêtée? vous écrivain, qui dès 1843 avez publié un mémoire sur ce sujet, qui avez laissé publier par M. Laborie les leçons recueillies à votre clinique, vous venez nous dire que vous n'avez pas d'opinion arrêtée? Oh! retirez bien vite cette malencontreuse phrase.

M. P. Dubois, qui si longtemps a joui du bénéfice de cette dernière publication, la désavoue aujourd'hui comme inexacte. Je dois cependant vous faire remarquer, messieurs, que le docteur Laborie a la précaution de dire en commençant que tous les paragraphes guillemetés sont textuellement empruntés aux leçons orales, et que, bien que ces comptes rendus se soient prolongés pendant près d'un mois, M. Dubois qui, d'un mot adressé verbalement à M. Laborie, pouvait les corriger et les faire cesser, en a cependant permis la continuation.

Notre honorable confrère m'a très-sévèrement reproché d'avoir introduit dans mon rapport des arguments indignes d'être invoqués dans cette enceinte, d'avoir blessé le sentiment maternel dans ce qu'il a de plus sacré.

Je ne réponds à cette objection, messieurs, que parce qu'elle s'adresse non à moi, mais au plus illustre accoucheur des temps modernes, au célèbre Nægèle (de Heidelberg). C'est à lui, en effet, que j'ai emprunté ce paragraphe de mon rapport. Je n'ai pas besoin de faire voir tout ce qu'il y a d'exagéré dans ce que vient de dire notre collègue : il a involontairement, j'espère, et probablement pour s'en faire une arme d'opposition, donné aux rapprochements faits par notre zèle un sens qu'ils ne sauraient avoir; mais pour vous mettre à même de juger de la valeur de cette interprétation, permettez-moi de vous lire ce qu'écrivait M. Dubois lui-même en 1843, en parlant du travail de M. Nægèle : « Un accoucheur du plus grand mérite, et dont l'opinion jouit dans la science d'une autorité justement méritée, notre honorable ami le professeur Nægèle, a emphatiquement adopté le même principe dans une *dissertation lumineuse* sur le droit de vie et de mort, etc., etc. » Or, messieurs, j'atteste que le seul argument propre à M. Nægèle dans cette lumineuse dissertation, l'argument capital est celui que M. Du-

bois regarde aujourd'hui comme indigne de figurer dans un rapport académique.

Mais lui appartient-il bien, en vérité, de faire du sentiment dans une pareille question, lui qui a écrit les lignes suivantes (Gaz. Méd., 1849, p. 137) : « Quant aux arguments (produits par les auteurs) qui sont favorables à la provocation de l'avortement, ils nous paraissent s'adresser plutot au sentiment qu'à » la raison, et quoiqu'ils ne soient pas sans mérite à nos yeux, *nous ne croyons » pas cependant qu'ils aient une valeur décisive dans une discussion de cette » nature.* »

M. P. Dubois a déclaré que M. Lenoir avait eu tort de porter une pareille question devant l'Académie, et que la commission avait eu le plus grand tort d'appeler courageuse l'initiative prise par notre confrère. Nous ne pouvons accepter ce reproche, et nous sommes d'un avis tout différent. Quand un esprit aussi distingué, un praticien aussi éminent que M. Lenoir, s'est trouvé en présence d'une pareille nécessité, il a vivement senti toutes les difficultés de la situation. Bien qu'il les ait habilement surmontées, il a compris que bon nombre de confrères, moins favorisés par les circonstances, pouvaient hésiter et reculer devant ce qu'il croit être un devoir. Peut-on le blâmer, en vérité, comme le fait M. Dubois, d'avoir provoqué une discussion qui certainement est de nature à dissiper bien des préjugés et des hésitations.

Nous avons justement fait en qualifiant de courageuse l'initiative qu'il a prise, et nous maintenons l'expression. Oui, il y a du courage à provoquer de pareils débats, et la meilleure preuve que je puisse invoquer, c'est que vous, monsieur, malgré votre juste autorité en pareille matière, vous n'avez jamais osé saisir l'Académie d'une pareille question, et que, neuf ans après la publication d'une introduction purement historique, dans laquelle vous faites seulement pressentir votre opinion, comme pour sonder le sentiment public, nous attendons encore les articles dans lesquels vous promettiez de formuler nettement votre opinion.

Je m'arrêterai là pour aujourd'hui. J'ai répondu, je crois, aux reproches de M. Dubois, reproches qui ne s'adressent nullement au rapport. J'attendrai, pour demander la parole, qu'il ait enfin formulé une objection sérieuse.

La discussion est renvoyée à huitaine et la séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1852;
par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

1° Exemple de membrane hymen chez la jument; par M. A. Goubaux.

Ordinairement la membrane hymen n'existe pas chez la jument; une sorte de valvule, de forme semi-lunaire, formée par la muqueuse du vagin et placée en avant du méat urinaire, semble en tenir lieu.

Dans l'espace de quelques années M. Goubaux a trouvé deux fois cette membrane chez des juments qui furent sacrifiées pour les études anatomiques à l'École d'Alfort, et il met sous les yeux de la Société des pièces qui proviennent:

La première, d'une jument âgée de 5 ans, chez laquelle il existait, dans l'intérieur du vagin et en avant du méat urinaire, une cloison placée verticalement. Cette cloison était percée de trois ouvertures: l'une médiane, inférieure, et les deux autres latérales, supérieures;

La seconde, d'une jument âgée de 18 ans environ. En avant du méat urinaire, le vagin présente une cloison verticale qui laisse, de chaque côté, une ouverture de forme à peu près circulaire.

2° Exemple de gestation ovarienne chez la jument; par le même.

M. Goubaux présente à la Société un ovaire qu'il a recueilli sur une jument qui fut sacrifiée pour les travaux anatomiques de l'École d'Alfort. Cet ovaire (celui du côté gauche) présente le volume des deux poings d'un homme, tandis que celui du côté opposé avait son volume normal.

On sent dans son épaisseur des fragments osseux qui font croire à l'existence d'une gestation ovarienne. Une incision pratiquée dans le sens de son grand axe montre que cet organe contient une grande cavité remplie par de longs poils et par une petite quantité de liquide grisâtre. Ces poils sont longs et libres; d'autres, moins nombreux, sont encore implantés dans l'intérieur des parois de cette cavité qui présentent plusieurs prolongements qui divisent son intérieur.

Après avoir présenté cette pièce, M. Goubaux l'a soumise à l'ébullition, et il a retiré de l'épaisseur de cet ovaire des fragments osseux, parmi lesquels on reconnaît assez distinctement plusieurs os de la tête; d'autres n'ont aucune forme bien déterminée. Quelques morceaux de cartilage informes séparaient aussi quelques-uns des fragments osseux.

M. Goubaux a complété sa première communication en présentant à la Société ces différentes pièces osseuses dans la séance suivante.

3° Sur les variétés anatomiques des artères du cheval; par le même.

Dans une communication, M. Goubaux a énuméré les anomalies qu'il a rencontrées dans le système artériel du cheval. Ce travail, résultat de dix années d'observations, complète l'exposition de l'angéiologie par Rigot. (Voir aux Mém. de la Soc.)

4° Sur les sinus des cavités nasales chez le cheval; par le même.

M. Goubaux extrait d'un travail, qui concernera l'anatomie des cavités nasales du cheval, l'étude des sinus ou petites fosses nasales (Bourgelat), ou encore arrière-fond des cavités nasales. Cette description anatomique comprend : 1° les sinus sphénoïdaux, dont l'auteur a vu les différentes parties communiquer entre elles dans la généralité des cas; 2° le sinus frontal, principalement formé par le frontal et constitué par un plus grand nombre d'os, tels que l'ethmoïde, le cornet supérieur et le sus-nasal, à mesure qu'il augmente de capacité; 3° les sinus maxillaires dont le cloisonnement et le mode de développement sont établis et mis en rapport avec l'hippiatrique.

Après avoir constaté que les sinus contiennent de l'air et paraissent principalement destinées à augmenter le volume de la tête, sans en accroître le poids, M. Goubaux insiste sur l'utilité de cette étude au point de vue de la pathologie et de la chirurgie. Bien des chevaux, suivant lui, ont été abattus pour soupçon de morve, qui n'avaient qu'une carie dentaire, traduite par un écoulement nasal et simultanément par un engorgement des ganglions lymphatiques intermaxillaires. Lorsque la trépanation des cavités nasales est indiquée, M. Goubaux pense, avec Lafosse, qu'on devrait toujours faire deux ouvertures, l'une sur le sinus frontal, en traversant la table externe de cet os vers la partie moyenne, et l'autre sur la partie inférieure du sinus maxillaire, en traversant la table externe du grand sus-maxillaire, au-dessus de l'épine zygomatique. Il faudrait ensuite établir la communication entre les deux parties du sinus maxillaire en perforant la lame osseuse qui les sépare, si elle n'avait pas été détruite en un point quelconque de son étendue. L'écoulement des liquides injectés dans le sinus frontal se ferait ainsi par la partie la plus déclive.

5° Détails relatifs au canal lacrymo-nasal; par M. Béraud.

Sur deux pièces, M. Béraud montre de nouveau la valvule qu'il a décrite à la partie inférieure du sac lacrymal; mais aujourd'hui il vent attirer l'attention de la Société sur une pièce qui offre une disposition pathologique de cette valvule. Il montre, en effet, un conduit lacrymo-nasal où l'on voit la disposition suivante : la valvule au lieu d'être dirigée en haut, du côté du sac lacrymal, est tombée du côté du canal nasal où elle est devenue adhérente par ses bords latéraux, et elle n'offre plus que son extrémité de libre. Par suite de cette nouvelle disposition, le canal nasal se trouve divisé en deux parties : une très-étroite, l'autre ayant presque le calibre normal du canal. Lorsque l'on cherche à pénétrer dans le sac lacrymal par l'ouverture inférieure ou nasale, on parcourt d'abord facilement le canal nasal, mais vers la partie supérieure on rencontre un obstacle, et l'on croirait au premier abord qu'il y a une oblitération complète. On est arrêté là par le cul-de-sac de la valvule repliée en bas; mais si l'on cherché à pénétrer dans le canal nasal par la partie supérieure, en se servant d'un stylet assez fin, on arrive dans une espèce d'infundibulum, lequel se termine par un canal latéral, et on arrive ainsi jusque dans les fosses nasales. Cette disposition explique peut-être pourquoi, dans certains cas, on peut rencontrer un double canal nasal. L'auteur de la communication a eu l'occasion d'observer deux fois ce phénomène.

Mais une autre disposition a fixé les recherches de M. Béraud. Il a trouvé que le tendon du muscle petit oblique, après s'être inséré sur le rebord orbitaire au voisinage du sac, envoie sur la paroi externe de cet organe un tendon véritable qui va précisément s'insérer sur le point où existe la valvule inférieure. Il envoie en même temps une expansion aponévrotique qui vient renforcer la paroi du sac sur le côté externe.

Dans d'autres cas, et cette disposition se voit sur une pièce présentée par M. Béraud, le tendon tout entier s'insère sur la paroi inférieure du sac à sa réunion avec le canal nasal; de sorte que cette disposion aurait pour effet d'opérer une dilatation de cette partie des voies lacrymales au moment où le muscle petit oblique se contracte.

II. — Physiologie.

1° Influence du système nerveux sur la modification du sang; par M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard a observé qu'après la section des nerfs d'un membre la transformation du sang rouge en sang noir est difficile, et que cette même transformation se fait très-bien si on galvanise le membre paralysé. (3 janvier.)

2° Variations dans les phénomènes de la digestion chez les animaux; par M. Cl. Bernard.

1° Chez le chien, la digestion intestinale se fait attendre longtemps, et la viande cuite produit le chyle plus rapidement que la viande crue.

2° Chez les lapins, même à l'état d'abstinence, l'estomac ne se vide jamais complètement; les aliments nouveaux qu'on leur donne expulsent ceux qui se trouvaient déjà dans le cul-de-sac, et si l'on ouvre l'animal on ne trouve à observer que la digestion des aliments ingérés la veille.

Ces faits peuvent tromper dans les expériences tentées sur la digestibilité de certaines substances, de la graisse, par exemple, et mettent en garde contre des généralisations trop absolues.

III. — Pathologie et anatomie pathologique.

1° Exemple de muguet dans une affection aiguë; par M. Charcot.

Une malade, d'un âge adulte, est entrée à la Charité, dans le service de M. Rayer, atteinte d'une angine, et dans le cours de cette affection aiguë à laquelle elle a succombé rapidement, des abcès multiples et du muguet, étendu sur la muqueuse buccale, ont précédé la mort.

MM. Depaul et Verneuil rapportent à ce sujet qu'ils ont vu la manifestation du muguet dans plusieurs cas aigus, le plus souvent à la suite de la phlébite utérine; c'était toujours un symptôme fâcheux.

2° Observation d'atrophie du diaphragme, avec atrophie correspondante du nerf phrénique, et persistance des vomissements pendant la vie; par M. Béraud.

La nommée Chaufournier, âgée de 53 ans, éventailliste, est née à Paris où elle a toujours habité. Elle a été sujette à beaucoup de maladies dues à son tempérament lymphatique. A l'âge de 45 ans, elle est devenue amaurotique. A 51 ans il est survenu des douleurs violentes dans l'œil gauche, et elle ent bientôt des vomissements qui se manifestèrent avec d'autres troubles du côté des fonctions. Le 16 juillet 1851, on lui a prescrit un vomitif qui a produit des vomissements. Comme la tumeur orbitaire prenait tous les jours de l'accroissement, M. Manec, chirurgien de la Salpêtrière, consentit à lui faire une opération. L'œil fut extirpé le 15 octobre 1851. Le 25 décembre de la même année la plaie était presque cicatrisée; mais au bout de quelques jours de nouvelles douleurs se sont déclarées, et après une diarrhée colliquative la malade a fini par succomber le 2 janvier 1852. Ces renseignements sont fournis par M. Conrot, interne.

L'autopsie a montré dans divers points de l'organisme le développement de tumeurs cancéreuses; mais voici le fait qui a surtout fixé notre attention. En ouvrant la cavité abdominale, M. Conrot a été frappé de l'aspect particulier que présentait le *diaphragme;* au lieu d'une couleur rouge, c'était une coloration comme en offrent les aponévroses. C'est alors que nous l'avons examiné. Nous avons constaté que le côté gauche tout entier était altéré, tandis que le côté droit avait son aspect normal. Voici en quoi consistait cette altération. Dans le côté gauche, à partir de la ligne médiane, on pouvait voir que les fibres musculaires avaient complétement disparu; il n'y en avait plus de traces ni vers le centre phrénique, ni vers les insertions costales, ni en avant ni en arrière. La séparation entre l'abdomen et la poitrine existait bien encore; mais elle était formée uniquement par les deux séreuses adossées, le péritoine par en bas et la plèvre par en haut. Entre ces deux feuillets des séreuses, se trouvait un tissu cellulaire assez lâche, ce qui permettait de séparer facilement ces deux membranes l'une de l'autre. Il semblait que dans ces points les séreuses fussent épaissies; cela se voyait surtout du côté du péritoine.

Mais autre chose: en examinant les *piliers du diaphragme*, nous avons vu, M. Conrot et moi, que l'atrophie portait sur le pilier droit et non sur le pilier gauche. Celui-ci était réduit à des proportions tellement minimes qu'il fallait bien le chercher avec soin pour le découvrir. En l'incisant longitudinalement, nous avons pu voir encore quelques rares faisceaux de fibres musculaires; de sorte que cette disposition prouverait qu'il y a entre-croisement presque complet entre les fibres diaphragmatiques du côté droit et celles du côté gauche.

Le *nerf phrénique* du côté gauche était considérablement atrophié; comparé avec celui du côté sain, on voyait que son volume était réduit de la moitié; aucune tumeur située sur son trajet ne pouvait expliquer cette atrophie.

Voilà une observation curieuse à beaucoup d'égards. Nous avons vu que cette femme avait présenté des vomissements quelque temps avant sa mort, et cependant le diaphragme était altéré au niveau du point où il pouvait comprimer l'estomac. Cependant nous n'en concluons point que le diaphragme ne sert pas à remplir cet acte. Dans ce cas-ci, s'il n'a pas agi d'une manière active, il a servi d'une manière passive, parce que la cloison qui le replaçait était suffisante pour empêcher que l'estomac n'échappât à la compression des parois abdominales. Bien plus, nous croyons que la paralysie d'un des piliers du diaphragme rendait le vomissement plus facile. Ainsi nous voyons, dans l'observation, que cette femme a vomi deux fois d'une manière spontanée.

D'un autre côté nous voyons une atrophie croisée que le scalpel de l'anatomiste avait déjà prévue sans doute, mais non d'une manière aussi complète qu'ici; car encore une fois tout le pilier droit qui est le plus volumineux était réduit à une minceur extrême.

Enfin nous devons remarquer l'atrophie du phrénique; mais à quelle maladie rattacher ces accidents qui sont passés inaperçus du vivant de la personne? Il n'y a pas de tumeur sur le trajet du nerf; il faut donc que la maladie ait eu son point de départ ou dans le diaphragme ou dans le nerf phrénique. L'autopsie ne nous a pas éclairé pour décider cette question.

3° Kyste hydatique dans un muscle; par M. Follin.

M. Follin a rencontré un kyste à la face interne du muscle droit de l'abdomen chez un sujet adulte. En l'incisant, on voit quatre poches secondaires renfermant des cysticerques.

4° Kyste hydatique du foie ayant subi une transformation athéromateuse chez l'homme; par M. Davaine.

« Une des terminaisons les plus heureuses des kystes hydatiques est celle qui se fait par le dépôt dans ces kystes d'une sorte de matière athéromateuse ou crétacée, coïncidant avec la destruction ou la disparition des vers vésiculaires qui y sont contenus. Cette transformation a été observée dans les kystes hydatiques des animaux domestiques par M. Reynaud, qui en donne la description suivante (Dict. de Méd., art. Hydatides): « Les acéphalocystes sont sujets à périr comme les êtres organisés, ou au moins subissent-ils, dans quelques circonstances, des changements qui semblent se rapporter à la cessation de la vie. Le liquide contenu dans le kyste est résorbé ainsi que celui que renferment les acéphalocystes; les parois de ceux-ci reviennent sur elles-mêmes, se plissent, et il arrive que, dans une poche dont les dimensions avaient dû être beaucoup plus considérables, se trouve renfermé un plus ou moins grand nombre de membranes de la nature de celles des acéphalocystes, arrangées ensemble comme le sont les pétales du pavot encore renfermées dans le calice avant que la fleur soit éclose. En même temps un changement s'est opéré dans la sécrétion du kyste et dans celle des acéphalocystes elles-mêmes, car une matière sébacée ou d'apparence tuberculeuse tient réunies toutes ces parties et en forme une espèce de tumeur athéromateuse, qu'il est quelquefois nécessaire d'examiner attentivement pour lui assigner sa véritable nature. Cette transformation est commune dans l'espèce bovine, j'ai eu assez souvent l'occasion de la constater. » Notre collègue M. Livois a également observé cette transformation des kystes acéphalocystiques chez les animaux domestiques: « Dans cet état, je n'ai plus retrouvé, dit-il (Thèse sur les échinocoques, 1843), la moindre trace d'échinocoques au milieu de ces feuillets membraneux, qui finissent eux-mêmes par disparaître complètement; il ne reste plus alors dans le kyste revenu sur lui-même que la matière jaune qui, avec le temps, se transforme en matière crétacée. » D'après ces descriptions, on voit que ces kystes athéromateux ou crétacés sont regardés comme ayant été primitivement des kystes acéphalocystiques. Les caractères invoqués peuvent laisser des doutes sur leur véritable nature. Le fait suivant est plus explicite.

Je dois à l'obligeance de M. Charcot d'avoir pu examiner un kyste acéphalocystique recueilli chez l'homme, et qui avait subi cette sorte de transformation athéromateuse. A l'autopsie d'une vieille femme, morte à l'hospice de la Salpêtrière d'une maladie des organes de la respiration, M. Charcot trouva dans le foie un kyste de la grosseur d'un œuf de poule; ce kyste, à parois épaisses, ayant été incisé, contenait une matière d'un gris jaunâtre disposée par couches, et offrant çà et là quelques débris membraniformes assez analogues, pour l'apparence, à des restes d'hydatides. La matière jaunâtre avait l'aspect et la consistance du mastic des vitriers à l'état frais; mise dans l'eau, elle s'y mêlait comme une substance plâtreuse; au microscope, elle offrait en grande quantité des cristaux de cholestérine et une poussière amorphe, dont une partie était formée par du carbonate de chaux. Dans cette matière, en quelque point qu'on l'examinât, on ne pouvait constater ni des crochets, ni ces globules oviformes que l'on rencontre constamment dans les échinocoques ou dans leurs débris; mais en examinant attentivement la surface des fragments gélatiniformes, semblables à des restes d'hydatides, je trouvai un assez grand nombre de ces crochets parfaitement conservés. Quant aux globules oviformes, qui ne sont que des corpuscules de carbonate calcaire, je n'en ai point retrouvé de traces.

La présence de crochets dans cette tumeur en détermine la nature; ils ne peuvent provenir, en effet, que des échinocoques qui y ont existé, et qui ont disparu par le fait de l'envahissement de la tumeur par cette matière athéromateuse.

Ce fait vient donc confirmer l'opinion des observateurs qui ont regardé comme une transformation athéromateuse de kystes hydatiques certaines tumeurs assez fréquentes chez les animaux domestiques, et qui contiennent une matière d'apparence crétacée, avec des débris plus ou moins nombreux de membranes semblables à des restes d'hydatides. Il permet de conclure, en outre, que chez l'homme aussi bien que chez les animaux, les kystes hydatiques peuvent être envahis par une matière athéromateuse, et que, cessant alors de s'accroître, ils offrent ainsi une terminaison heureuse de cette maladie. Enfin, ce fait est une nouvelle preuve de l'utilité de l'examen microscopique pour déterminer la nature des tumeurs.

5° Acéphalocystes du rein et fistule réno-pulmonaire; par M. Fiaux.

M. Fiaux expose les pièces anatomiques et donne les détails d'un cas d'acéphalocystes du rein du côté droit, avec cette particularité qu'il y a eu expulsion de ces acéphalocystes par les voies urinaires pendant la vie, et formation d'une fistule réno-pulmonaire située en dehors du foie, et ensuite, quinze jours avant la mort du sujet, par une expectoration purulente.

6° Cancer de la mamelle chez la chienne; par M. Bouley.

M. H. Bouley montre une tumeur cancéreuse de la mamelle provenant d'une chienne, et sur laquelle existe une transformation osseuse fort remarquable. Quelquefois il y a des noyaux osseux épars au milieu du cancer chez les animaux, mais la dégénérescence n'est jamais si complète.

IV. — Tératologie.

1° Monstruosité par défaut, ou privation des extrémités abdominales et de l'avant-bras gauche; observation de M. le docteur Lecadre (du Havre). — Rapport de M. Follin, au nom d'une commission.

Nous extrayons les points principaux de ce travail:

« Le mémoire de M. le docteur Lecadre a pour but de faire connaître l'histoire détaillée d'un monstre qui vit encore aujourd'hui, et qui offre des altérations curieuses des membres. Il s'agit d'une nommée Césarine Gaillard, âgée de 30 ans, et qui fut, il y a trois ans déjà, l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, par M. le docteur Jamet. Étudiée de nouveau par M. Lecadre, cette femme a servi de base à son travail.

» Nous ferons connaître à la Société le caractère fondamental de cette monstruo-

sité : le bras droit est normal, mais le bras gauche n'a que l'humérus et ressemble à un moignon d'amputé. On n'y voit aucun rudiment d'avant-bras ni de mains, seulement une empreinte circulaire dans un point et vis-à-vis un corps mou pédiculé immobile, long tout au plus de 3 centimètres ; à travers les téguments on sent les deux tubérosités de l'humérus, mais rapprochées l'une de l'autre, de sorte que l'os, au lieu d'être aplati d'avant en arrière, est presque arrondi.

» A la place des extrémités inférieures existent deux moignons longs tout au plus de 18 centimètres, de la grosseur d'une cuisse ordinaire, et en rapport avec l'obésité du sujet, permettant par leur mobilité au sujet de s'asseoir sur un tabouret. Le moignon gauche offre à sa base un gros orteil muni de son ongle ; ce gros orteil présente deux phalanges qui se meuvent librement, et une articulation de la première phalange avec un segment du fémur ; on sent cette articulation à travers les chairs, mais cette exploration est douloureuse.

» Mais c'est le moignon gauche qui offre à l'observation les particularités les plus intéressantes : au lieu d'un orteil, on y voit une espèce de mamelon mou, sans os à l'intérieur, resserré à sa base par une sorte de sphincter et immobile. M. le docteur Lecadre rapporte à ce fragment de cuisse droite un très-singulier phénomène : c'est, dit-il, une sorte de battement semblable à celui du cœur quand les mouvements de cet organe sont secs et précipités. Ce battement n'est point isochrone à celui du pouls ; il est beaucoup plus vif ; la femme Gaillard peut l'activer, le provoquer et l'arrêter.

» M. Lecadre examine longuement les diverses théories qui peuvent de près ou de loin expliquer cette monstruosité. Nous n'avons guère de prédilection pour ces recherches qui n'éclairent rien quand elles ne s'appuient sur aucune observation positive. Et d'ailleurs, ce fait ne s'explique ni par une maladie de l'embryon, ni par une de ces causes mécaniques, brides fibreuses ou cordon ombilical, qui séparent plus ou moins complétement un membre. Nous ne croirions pas jeter un grand jour sur la question en disant qu'il s'agit ici d'une altération primitive du germe.

» M. Lecadre termine son travail par l'examen de ce bruit singulier qu'on observe dans la cuisse gauche. Après avoir montré qu'il ne s'agit ici ni d'un battement artériel ni d'un frémissement musculaire, l'auteur conclut à un mouvement brusque qui se passerait dans l'articulation, et il rappelle à l'appui de son opinion certains bruits que plusieurs individus produisent dans l'articulation temporo-maxillaire, et ceux que font entendre dans la plupart des articulations les jongleurs indiens.

» L'observation directe de Césarine Gaillard nous permettrait seule d'émettre notre avis à cet égard ; mais en admettant cette dernière explication, nous avons peine à comprendre ici l'emploi du mot battement. »

2° MAMELLES SURNUMÉRAIRES CHEZ LA FEMME ; par MM. EUDES DESLONGCHAMPS et RAYER.

M. Rayer communique une observation et un dessin de M. Eudes Deslongchamps, correspondant de la Société, relatifs à une femme d'une trentaine d'années, originaire de Neufchâtel (Seine-Inférieure), et qui porte trois mamelles. Cette femme a habité assez longtemps Paris, où son mari fait un petit commerce. Elle a eu plusieurs enfants qu'elle a allaités, et jouit d'une bonne santé. Avant qu'elle fût devenue mère et nourrice, elle avait remarqué une espèce de mamelon sous le sein gauche, mais elle supposait que c'était une simple verrue. Lorsqu'elle allaita pour la première fois, la base de cette prétendue verrue se gonfla beaucoup, devint dure, et les liens de ses vêtements qui venaient s'appuyer dessus lui causaient de la gêne. Bientôt elle remarqua que sa chemise était mouillée et comme empesée vis-à-vis de la verrue ou plutôt du mamelon ; enfin, à son grand étonnement, elle en vit sortir une humeur blanche qu'à son odeur et à sa saveur elle reconnut pour être du lait. A chaque enfant qu'elle a de nouveau allaité, la mamelle surnuméraire s'est gonflée et a sécrété du lait. Cette mamelle surnuméraire est assez peu saillante et comme noyée dans le tissu cellulaire graisseux, cette femme ayant un embonpoint assez prononcé. Mais, par le toucher, on reconnaît facilement cette glande à sa dureté et à sa forme arrondie. Son volume est environ de moitié moindre que celui des deux autres mamelles normales. Le mamelon est arrondi, saillant, et pourvu d'une aréole proportionnée.

M. Rayer ajoute qu'il a observé en 1847, chez une femme demeurant à Paris, rue de la Tour-d'Auvergne, une anomalie du même genre ; seulement au lieu de trois mamelles, cette femme en avait *quatre*. Au-dessous de deux seins bien conformés et volumineux, on remarquait un mamelon surnuméraire. Du côté droit, la mamelle surnuméraire, plus petite des deux tiers que la mamelle normale, était cependant très-facile à reconnaître par le toucher. Du côté gauche, on ne sentait qu'un rudiment glanduleux au-dessous du mamelon surnuméraire. Cette femme, accouchée plusieurs mois auparavant, avait fourni du lait par les deux mamelles du côté droit et par une seule du côté gauche ; le mamelon surnuméraire de ce côté n'en avait pas donné.

On sait que les exemples analogues ne sont pas très-rares et que Percy en a rassemblé un assez grand nombre dans son mémoire *sur les femmes multimammes*.

V. — BOTANIQUE.

1° SUR LA MULTIPLICATION DES CHARAGNES PAR DIVISION ; par M. MONTAGNE.

Tout le monde connaît les chara, et un grand nombre de savants distingués en ont fait une étude approfondie sous les différents rapports de leur organisation, de leurs fonctions et de leur classification. Chacun sait encore que ces plantes, qui habitent les eaux douces, stagnantes ou courantes, sont pourvues des deux sexes réunis ou séparés, et se reproduisent le plus ordinairement par des fruits qu'on nomme sporanges. Il est pourtant une espèce remarquable de cette famille, le *chara* (*nitella*) *stelligera*, qui, vu la rareté de ceux-ci, se perpétue par un autre moyen. La nature l'a pourvue de nœuds stelliformes qui se développent çà et là au niveau des articulations ou ndophragmes du filament principal et sont constitués par un amas de cellules dans lesquelles il se forme de la fécule.

Ce sont ces espèces de concrétions, d'apparence calcaire et de couleur d'ivoire, qui, se détachant à une certaine époque et tombant au fond de l'eau dans la vase, y poussent des radicelles et de nouvelles tiges.

C'est surtout la structure encore mal connue de ces organes qu'il compare aux bulbilles des plantes supérieures, que M. Montagne s'est appliqué à scruter avec soin à l'aide du microscope et à décrire avec détail.

Enfin, dans des individus recueillis par M[me] Dufrenoy, à Chabreville, arrondissement de Libourne, l'auteur de ce mémoire a été assez heureux pour en rencontrer qui viennent prouver, ce qu'on ne faisait que soupçonner auparavant, à savoir, que ce sont, dans l'espèce en question, les nœuds astéromorphes qui la propagent en poussant de nouvelles tiges tout à fait semblables à celles de la plante mère. Pour appuyer d'autant plus son opinion, confirmée d'ailleurs par les faits, M. Montagne passe en revue les exemples analogues de reproduction que fournissent non-seulement les plantes cotylédonées, mais encore, et plus particulièrement, les végétaux cellulaires.

2° VÉGÉTAUX PARASITES SUR UN INSECTE DU GENRE BRACHYNUS ; par M. CH. ROBIN.

M. Ch. Robin montre, sur le champ du microscope, des végétaux parasites, adhérant intimement par un pédicule au *brachynus crepitans* et au *brachynus explodens*, insectes qu'on trouve aux endroits humides, dans les Pyrénées, et toujours enduits d'une matière glutineuse.

3° PRODUCTION VÉGÉTALE PARASITIQUE CHEZ L'HOMME ; par M. GUBLER.

Un homme, jeune encore et d'une forte constitution, reçoit, dans la main droite, une balle qui la traverse d'un côté à l'autre. On soumet le membre à l'irrigation continue. Comme cela se passe ordinairement, on voit d'abord l'épiderme macéré devenir blanc et opaque, s'épaissir et se vider comme s'il était trop large pour la surface cutanée qu'il avait à recouvrir. Les choses restèrent dans cet état jusque vers le cinquième jour, époque où il se manifesta sur la face dorsale de la main et des doigts, quelques petits boutons blancs, analogues aux vésicules d'eczema déterminées par des cataplasmes. Les jours suivants, ces boutons augmentèrent de volume et de nombre en s'accompagnant d'une douleur prurigineuse qui, pour n'être pas très-vive, n'en était pas moins insupportable par sa continuité. Le blessé, très-impatient d'ailleurs, voulait s'en débarrasser en les ouvrant, et il détacha avec l'ongle deux ou trois des principales élevures. Chose remarquable, elles ne recélaient pas la moindre quantité d'une matière liquide, ce qui éveilla les soupçons de M. Gubler sur la nature végétale de ces productions. L'examen microscopique y fit découvrir, en effet, des filaments byssoïdes analogues à ceux du muguet.

Ces filaments très-longs, plusieurs fois divisés, ont paru à l'auteur de la communication moins diaphanes que ceux du muguet lui-même et moins distinctement articulés. Toutefois, les cloisons existent ; elles sont même beaucoup plus rapprochées dans les branches secondaires et vers les extrémités terminales des filaments primitifs. Les rameaux naissent souvent d'un seul côté et se détachent à angles plus ou moins aigus, en s'incurvant du côté de l'axe qui leur donne naissance. M. Gubler a vu l'un d'eux terminé par un renflement cellulaire qui n'est probablement autre chose qu'une fructification naissante ; mais il n'a pas rencontré de spores arrivés à leur entier développement, qui fussent encore fixes sur les filaments byssoïdes. Toutes les sporidies nageaient librement dans l'eau, ajoutée pour l'examen. Ces sporidies ellipsoïdes, droites ou légèrement courbes, sont coupées transversalement par une cloison qui les partage ainsi en deux cellules ou cavités. Il y avait encore des vésicules arrondies, dont quelques-unes étaient munies d'un noyau et qui ne pouvaient être confondues avec de jeunes cellules épithéliales. Enfin, il existait, outre les éléments épidermiques, une matière amorphe finement granuleuse, qui paraissait servir d'humus au champignon en question.

M. le docteur Montagne, consulté par M. Gubler, sur cette observation intéressante, n'a pu préciser l'espèce probablement nouvelle, à laquelle appartient cette production parasitique ; toutefois, elle semble à notre savant collègue se rapprocher du genre Leptomytus entre les algues et les mucédynées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1851, par le docteur VASSEUR,

Lu dans la séance du 30 janvier 1852.

Messieurs,

En 1850, vous aviez écrit à toutes les Sociétés médicales de Paris que vous recevriez avec plaisir les membres de ces Sociétés qui voudraient bien venir assister à vos séances ; vous demandiez en même temps que la même faveur vous fût accordée. Appréciant les motifs qui vous avaient inspiré cette mesure de bonne confraternité, presque toutes les Sociétés y ont immédiatement adhéré, et vous ont envoyé des visiteurs. Celle du 2e arrondissement, qui n'avait pas encore pris de détermination à cet égard, vous a envoyé son adhésion au commencement de cette année. Usant de ce nouveau privilége, plusieurs d'entre vous se

sont rendus au sein de Sociétés voisines, et ils vous ont entretenus de la bienveillance avec laquelle ils avaient été partout accueillis.

C'est dans une de ces visites (dans le 6e arrondissement) que M. Duclos a recueilli le fait suivant, qu'il a jugé digne de vous être communiqué, et qu'il vous a exposé dans la séance de janvier.

Il s'agissait d'un confrère qui, consulté sur ce qu'on devait faire du produit d'une grossesse de deux mois, avait répondu qu'on pouvait le jeter, comme cela se fait habituellement pour des produits aussi peu avancés. Mais à la suite de l'avortement, la femme mourut; la déclaration à la mairie porta : « Morte d'une péritonite, suite de couches; » et comme la mairie n'avait pas reçu de déclaration de naissance, elle réclama l'intervention du commissaire de police, qui instruisit l'affaire. Le médecin fut poursuivi, et peu s'en est fallu qu'il ne fût condamné. Vous étant demandé à quelle époque la déclaration était obligatoire, vous avez tout d'abord pensé que la loi n'avait rien spécifié à cet égard, et qu'il y avait là une lacune qui pouvait présenter des conséquences fâcheuses pour les praticiens, et qu'il était dans l'intérêt de tous de combler. Mais avant de faire des démarches auprès des autorités compétentes, vous avez ajourné la discussion à la séance suivante afin de vous éclairer dans l'intervalle; vous avez fait appel aux lumières spéciales des médecins vérificateurs des décès de l'arrondissement, et invité le confrère incriminé à venir vous donner lui-même les détails qui pourraient vous manquer.

Après toutes les recherches possibles, vous vous êtes trouvés devant une loi complètement muette. Ni codes, ni ordonnances ne prévoient le cas en question. Il fallait donc que les médecins restassent continuellement menacés d'être poursuivis pour des faits qui arrivent journellement dans la pratique. Vous ne l'avez pas pensé ainsi, et vous avez chargé M. Frère de faire un rapport sur la question, d'adresser ce rapport au Procureur de la République, et de lui demander une réponse écrite qui pût nous servir de guide ou de sauvegarde. Au mois de juin, M. le Procureur répondit en effet, mais sa réponse laissait subsister tous les doutes. M. Jacquemin vous a rappelé que, dans un travail de médecine légale, M. Tardieu avait émis l'opinion que la déclaration devait être faite, quel que fût l'âge du produit. M. le Procureur ne va pas si loin; il ne la réclame que lorsque ce produit est parvenu à l'état de fœtus, et il doute qu'elle soit exigible tant qu'il n'est qu'un embryon informe n'ayant que quelques semaines de vie intra-utérine. Puis il pose, sans rien décider, cette question (précisément celle que vous lui adressiez) : « A quelle époque l'embryon devra-t-il être considéré comme » fœtus? » De sorte qu'il conclut en vous disant, comme M. Tardieu, que « dans » le doute, il vaut mieux faire une déclaration inutile, que s'exposer à ne pas » faire une déclaration nécessaire »

Peu renseignés et peu tranquillisés par cette lettre, vous avez voulu pousser plus loin vos investigations, désirant avec raison que ceux qui se chargent de punir les infractions vous disent au moins quand il y a infraction. C'est pourquoi vous avez décidé qu'un nouveau rapport serait adressé cette fois au Ministre de la justice; et pour donner plus de poids à votre demande, vous avez sollicité vos confrères des autres arrondissements de vouloir bien s'adjoindre à vous pour former une commission composée de délégués de toutes les sociétés de Paris et chargée de requérir une solution. Vous avez désigné pour en faire partie MM. Frère et Rigaud, et comme la question intéresse essentiellement tout le corps médical, un grand nombre de Sociétés vous ont envoyé les noms de leurs délégués. Vous avez en outre fait part de vos démarches à la Société de prévoyance des médecins de la Seine, qui vous a encouragés à les poursuivre et vous a promis son appui.

En février, M. Frère vous a donné des détails curieux sur une difformité du bassin. Il avait été appelé l'année dernière auprès d'une femme en couches; la sage-femme et un médecin déjà présent n'avaient pu terminer l'accouchement. Il existait en effet un rétrécissement assez considérable du bassin. Cette femme avait déjà eu six enfants; les trois premiers étaient venus sans difficulté, mais pour les autres, les accouchements étaient devenus de plus en plus difficiles. On se décida à faire la version, ce qui eut lieu, non sans peine. L'enfant mourut et la femme courut des dangers, mais elle se rétablit. Cette année, elle est encore devenue enceinte. Consulté par elle, M. Frère constata un rétrécissement antéro-postérieur du bassin encore plus considérable. La grossesse datait de cinq mois et demi. M. Velpeau, appelé à donner son avis, conseilla d'attendre jusqu'à sept mois, et de provoquer l'accouchement. M. Chailly (Honoré), consulté à son tour, fut d'avis d'attendre que le huitième mois fût accompli pour provoquer l'accouchement dans la première semaine du neuvième mois, époque à laquelle le fœtus prend le plus grand développement. Cette époque arrivée, on se réunit en effet, mais après exploration, on décida de laisser les choses suivre leur marche naturelle. L'accouchement survint plus tôt qu'on ne l'avait calculé, huit jours environ après la réunion, et il se fit dans les mêmes conditions que le dernier, c'est-à-dire qu'au bout de quelque temps les douleurs ne produisirent plus d'effet, et la tête arrivée à un certain point n'avança plus. On fit la version, et on termina l'accouchement comme le précédent. (Cette femme est encore enceinte de nouveau.)

M. Duclos, appelé auprès d'une femme de 26 ans, dans les douleurs de l'enfantement, voulut pratiquer le toucher, mais il lui fut impossible de pénétrer et d'arriver jusqu'au col. Il en fit part à la mère de cette femme, qui lui apprit qu'à l'âge de 16 ans, sa fille étant malade et souffrant de pesanteurs dans le bassin, après plusieurs traitements impuissants, le médecin visita les organes et trouva la membrane hymen complètement close. Une ouverture faite avec le bistouri avait donné issue à un liquide sanguinolent assez abondant. Depuis ce temps la santé était revenue, mais il paraît que le mariage n'avait pas achevé la destruction de la membrane. M. Duclos en compléta la rupture avec les doigts, non sans difficulté, et l'accouchement se termina simplement.

M. Duparcque avait eu occasion de rencontrer un obstacle d'un autre genre. A la suite d'un accouchement, il y avait eu sphacèle de la surface interne du vagin, puis un rétrécissement énorme. La femme étant redevenue enceinte, M. Duparcque put, au moyen d'éponges, dilater suffisamment le vagin et terminer heureusement l'accouchement.

Au mois de mars, M. Duparcque vous a rapporté le fait suivant : appelé, il y a dix-huit mois ou deux ans, auprès d'une femme de 34 ans, il apprit que cette femme, qui avait eu deux enfants, âgés actuellement de 10 et 12 ans, n'était plus très-bien réglée et éprouvait des pertes assez abondantes. Il examina la malade, et n'ayant trouvé rien de remarquable, il se borna à conseiller les toniques et la campagne. Au bout de huit mois, il revit la malade, et cette fois le toucher lui fit reconnaître, à la partie inférieure de l'utérus, une saillie dans le cul-de-sac inférieur. Il chercha à introduire le doigt dans le col et rencontra une petite tumeur. Il conseilla alors le seigle ergoté, qui détermina des contractions violentes, et le lendemain il put sentir une tumeur présentant le volume d'un œuf de pigeon qui s'engageait dans le col. Nouvelle prescription de seigle, et le jour suivant la tumeur est encore plus engagée. Comme il y avait une hémorrhagie assez abondante, M. Duparcque désira s'adjoindre M. Robert, et tous deux furent d'avis d'opérer immédiatement. M. Robert put, non sans peine, introduire les doigts dans l'utérus, passer derrière la tumeur et la détacher comme il eût fait d'un placenta.

Cette tumeur, que vous a présentée M. Duparcque, avait la forme d'une grosse poire; son plus grand diamètre était d'environ 9 à 10 centimètres, et le plus petit de 7 à 8; elle portait à l'une de ses extrémités un pédicule très-remarquable.

En avril, une longue et intéressante discussion s'est engagée à propos d'une saignée pratiquée dans les circonstances suivantes : Une jeune femme avait été chlorotique et guérie de cette affection un an avant son mariage. Enceinte de sept mois, elle fut atteinte d'éclampsie. Appelé pour lui donner des soins, M. Rigaud emploie plusieurs moyens qui restent impuissants; il raconte le fait à M. Duclos et ajoute que son intention est de pratiquer une légère saignée. Le confrère n'est pas de cet avis, et prédit une fausse couche Cependant, comme les accidents nerveux continuaient toujours, M. Rigaud se décide à faire la saignée, qui fut en effet suivie d'avortement. M. Rigaud demande alors si la saignée est cause de l'accouchement prématuré ou s'il ne faut pas plutôt l'attribuer aux accidents nerveux qui durèrent cinq jours.

MM. Patissier, Huron, Duparcque et la majorité des membres présents sont en effet de cet avis. — Néanmoins M. Duclos persiste dans son opinion; il dit qu'il n'a jamais fait de saignée après cinq mois de grossesse, qu'il n'a jamais eu d'accidents, et qu'en faire est, selon lui, une imprudence. — M. Duparcque répond à M. Duclos que sa théorie n'a rien d'absolu; que la saignée n'a pas, dans la grande majorité des cas, l'influence qu'il lui attribue; et qu'en présence d'accidents nerveux pareils à ceux cités par M. Rigaud, il n'eût pas hésité à agir de même. Il sait parfaitement que la tendance du jour est de supprimer les saignées qui, autrefois, il le reconnaît, étaient un moyen dont on a abusé; mais aujourd'hui on paraît vouloir tomber dans un excès contraire. M. Cazeaux, par exemple, dans un mémoire nouvellement publié, s'oppose formellement à la saignée chez les femmes qui ont atteint leur quatrième mois de grossesse. — M. Lombert fait remarquer, au contraire, que s'il y a des raisons de s'abstenir de saigner avant quatre ou cinq mois, ces raisons disparaissent après cette époque. — Enfin la discussion fit connaître que la grande majorité des membres de la Société admettait l'innocuité de la saignée; et on termina par cette remarque, que si elle avait l'influence qu'on semblait lui accorder, peu de femmes amèneraient leur enfant à terme, car le nombre de celles qui se font saigner pendant leur grossesse est très-considérable.

Dans cette même séance, il fut aussi longuement parlé des paralysies faciales, et, entre autres remarques, M. Léger a rappelé que la déviation de la langue était souvent accompagnée de celle du voile du palais, et que M. Longet, qui avait appelé l'attention des praticiens sur cette particularité, l'attribuait au filet moteur du nerf facial. Dans ce genre d'affection, l'électricité, la strychnine et le sulfate de quinine avaient également réussi entre les mains de différents membres de la Société. Au sujet du sulfate de quinine, M. Patissier a désapprouvé les doses élevées auxquelles on l'emploie aujourd'hui, ajoutant qu'à la dose de 0,20 centigr. il en a toujours obtenu de bons effets sans craindre les accidents d'intoxication.

M. Michéa, confrère visiteur, vous a rapporté le fait très-intéressant d'une hémorrhagie intestinale chez un aliéné, hémorrhagie qui durait depuis quelque temps et avait amené le malade à un état tel d'amaigrissement et de faiblesse qu'il ne pouvait plus se soutenir. Un demi-verre d'essence de térébenthine fut administré par jour en lavement, et au bout de huit jours tous les accidents disparurent.

En juillet, M. Snasso a présenté à la Société deux ténias, dont un d'une dimension remarquable, et qu'il avait fait rendre au même individu au moyen d'une décoction d'écorce de racine de grenadier (60 gr.) et de racine de fougère mâle (30 gr.).

Une discussion s'est engagée au sujet de la contagion de certaines maladies; et les faits observés présentent de telles anomalies que la question reste et restera probablement longtemps encore irrésolue. Ainsi vous avez vu parmi vous M. Jacquemin reconnaître la contagion de la rougeole et de la scarlatine, et douter de celle du croup; M. Duparcque l'admettre dans ces trois maladies, et M. Marx la nier même dans la rougeole, en rapportant la présence simultanée de ces affections aux mêmes influences locales et particulières auxquelles sont exposés les enfants d'une même localité ou d'une même famille.

M. Chayet, partisan de la contagion, est convaincu que le coryza lui-même est contagieux. Il cite à l'appui de son assertion une expérience qu'il a faite avec un de ses amis souvent atteint de cette maladie. Leurs ouvertures nasales étant mises dans le contact le plus parfait, M. Chayet inspira l'air qu'expirait cette per-

sonne, et dans la nuit même il fut pris d'une bronchite très-violente, lui qui n'en avait jamais été affecté. Il attribue la production d'une bronchite au lieu d'un coryza à ce que les inspirations furent faites trop fortement. Il compte, du reste, renouveler l'expérience pour la rendre plus concluante.

En août, M. Duclos vous a entretenus d'une plaie de la fesse avec hémorrhagie. L'abondance et le caractère de cette hémorrhagie ne laissaient aucun doute sur la division de quelque branche des artères fessières. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus avec du sparadrap, un spica de la fesse appliqué, et la guérison fut complete au boot de cinq jours.

M. Frère cite un fait qu'on peut classer, dit-il, dans la série des morts inconnues. Une personne, dont il n'était pas le médecin, est prise un lundi, à la suite d'une transpiration abondante, d'un léger frisson avec oppression; le mardi, l'oppression continue; il y a de la courbature et de la céphalalgie; le médecin prescrit un bain et des boissons adoucissantes; à la suite du bain, il y a encore un léger frisson, le pouls est petit et fréquent; le jeudi la respiration est encore plus gênée et accélérée, le pouls est toujours petit et le corps couvert d'une sueur froide; aucun bruit anormal bien remarquable dans la poitrine. Ces symptômes continuent et augmentent, et le malade meurt au bout de sept jours. Le médecin croit qu'il a succombé à une fièvre typhoïde; M. Frère n'est pas de cet avis, et plusieurs d'entre vous ont cru devoir plutôt attribuer cette mort à une affection du cœur.

Un point encore contesté en médecine légale est de savoir si une femme peut être surprise par un accouchement et accoucher à son insu. Deux faits vous ont été rapportés qui prouvent qu'à la rigueur les choses peuvent se passer ainsi, et qu'il ne faut pas trop se hâter de croire à un crime en pareille circonstance. — M. Duclos fut appelé auprès d'une primipare, enceinte de sept mois, qui éprouvait de vives douleurs. Elle eut besoin d'aller à la selle, et les pieds de l'enfant se présentèrent. Si la femme eût été pluripare avec des couches faciles, l'enfant pouvait arriver dans un effort et disparaître dans la fosse d'aisances. — M. Jacquemin reçut la visite d'une jeune fille qui venait le consulter pour savoir si elle était enceinte; elle fut prise de violentes douleurs, et accoucha chez lui d'un fœtus de quatre à cinq mois.

Au mois d'août vous avez reçu du docteur Clot-Bey une brochure ayant pour titre: Coup d'œil sur la peste et les quarantaines, à l'occasion du congrès sanitaire réuni à Paris au mois de juillet 1851. Vous avez chargé M. Léger de vous faire un rapport sur ce travail, et ce rapport, qui vous a été lu dans la séance de septembre, a captivé l'attention de la Société d'une manière toute particulière. L'expérience de M. Clot-Bey en matière de peste, et l'étude raisonnée et approfondie que M. Léger a faite de son travail, exigeraient, pour qu'il en fût fait un compte rendu digne des deux auteurs, une étendue qu'il est malheureusement impossible de donner dans un procès-verbal. J'essayerai donc, tout en respectant les points principaux, de vous en donner une analyse aussi succincte que possible.

M. Léger a suivi dans son rapport la division du travail de M. Clot-Bey en cinq chapitres.

Dans le premier chapitre (étiologie), M. Clot-Bey commence par prévenir qu'il est armé, pour soutenir ses idées, des observations qu'il a pu faire pendant les cinq épidémies qui ont ravagé l'Égypte depuis 1824. Puis, rappelant les vingt-huit conclusions du rapport du docteur Prus, acceptées par l'Académie de médecine en 1846, il s'attaque surtout à la seconde conclusion ainsi conçue: « Dans » tous les pays où l'on a observé la peste spontanée, son développement a pu » être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande » partie de la population. Ces causes sont surtout: l'habitation sur des terrains » marécageux, près de la Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate, le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud » et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une » alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et mo- » rale. » A cela M. Clot-Bey répond au contraire: 1° qu'il est des localités où ces causes se trouvent réunies, et où la peste n'apparaît jamais, tandis qu'elle frappe des pays qui sont dans les meilleures conditions; — 2° qu'il n'y a jamais plus de matières animales en putréfaction qu'à la fin des épidémies, et il cite à ce propos qu'à la suite d'une épizootie, les cadavres de 700,000 bêtes à cornes disséminés sur la terre d'Égypte répandirent une odeur infecte à huit ou dix lieues à la ronde, sans développer la peste; — 3° que si les causes d'insalubrité, qui sont permanentes en Égypte, suffisaient pour produire la maladie, elle devrait y régner tous les ans, comme les fièvres intermittentes dans les contrées paludéennes. — Il conclut donc en soutenant que la peste tient exclusivement à des causes météorologiques; que les causes d'insalubrité n'ont aucune influence sur son développement, et que, quoi qu'on fasse, la peste sera toujours le fléau de l'Orient, comme le choléra est le fléau des Indes, et la fièvre jaune celui des Antilles.

Voilà, dit M. Léger, une de ces doctrines si désolantes qu'on ne peut les admettre que lorsqu'elles sont devenues incontestables; mais heureusement il n'en est point ainsi, et cette question étiologique est vivement controversée. Les preuves historiques et l'observation directe tendent à démontrer que si la peste règne en Égypte à l'état d'épidémie dont on ne peut expliquer la cause, elle a d'abord un caractère d'endémicité qu'elle doit aux déplorables conditions hygiéniques de ce pays, et qui la fait surgir là plutôt qu'ailleurs. On doit donc, contrairement à l'assertion de M. Clot-Bey, espérer qu'en tarissant la première source du foyer pestilentiel, ce foyer une fois détruit, ou du moins amoindri, la peste épidémique n'aura plus de raison d'être. Telle est du moins l'espérance que M. Léger met en opposition au fatalisme tout oriental de M. Clot-Bey, tout en respectant ses convictions.

Le deuxième chapitre, le plus étendu comme le plus important, traite de la contagion. C'est ici surtout que je regrette de ne pouvoir reproduire les faits nombreux invoqués par M. Clot-Bey à l'appui de ses assertions; mais l'ouvrage restant dans vos archives, je vous rappellerai seulement ses conclusions et celles de M. Léger. M. Clot-Bey commence par diviser les maladies contagieuses en deux classes: les maladies virulentes et les maladies miasmatiques. Puis il ajoute que la peste ne peut appartenir à la première classe, puisqu'elle n'en présente aucun des caractères, ni pustules, ni éruptions (car on ne peut considérer comme telles, ni les bubons, ni les charbons, ni les pétéchies); de plus elle n'est pas inoculable. Quant aux maladies miasmatiques, il croit avoir prouvé qu'on ne peut ranger la peste dans cette deuxième classe, en démontrant qu'elle n'est point produite par des causes d'insalubrité. Mais, vous a dit M. Léger, c'est fonder une seconde démonstration sur une première qui est loin d'être complète et rigoureuse. Pour M. Clot-Bey, la peste est uniquement épidémique et n'a son origine ni dans la contagion, ni dans l'infection; pour M. Léger, elle est souvent épidémique, en effet, mais il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle ne puisse avoir son origine dans un foyer d'infection. En résumé, M. Léger, en désaccord complet avec M. Clot-Bey sur ce point du foyer primitif d'infection, se range à l'opinion de l'Académie et d'un grand nombre d'observateurs éclairés et consciencieux pour reconnaître comme vraies et fondées ses deux autres assertions, c'est-à-dire l'absence du principe virulent et la non contagion. Or c'est là le véritable nœud de la question; car si la peste n'est pas contagieuse, si, en n'admettant même pas comme le veut M. Clot-Bey qu'elle soit uniquement épidémique, on veut qu'elle soit uniquement infectieuse, il faudra reconnaître que les règlements quarantainaires doivent être profondément modifiés, puisque ces règlements sont basés sur le principe de la transmission par contagion.

Le troisième chapitre, qui traite des quarantaines, est une conséquence naturelle des idées émises dans le précédent; on devrait y demander l'abolition des quarantaines; mais l'auteur reconnaissant qu'il est des préjugés tellement enracinés qu'ils ne peuvent être détruits que par le temps, il se borne à proposer des réformes que, dans l'appréciation qu'il vous en a faite, M. Léger vous a désignées comme facilement praticables et sagement combinées.

Quant aux deux autres chapitres qui contiennent: l'un, l'analyse d'un rapport lu à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, par le docteur Secondo Polto; l'autre, la description de la peste, M. Léger n'ayant eu aucune observation nouvelle à vous faire sur leur contenu, vous pourrez en prendre connaissance dans l'ouvrage lui-même.

Enfin M. Léger termine en vous rappelant que sur le point capital, la contagion, il partage l'opinion de M. Clot-Bey lorsqu'il nie cette contagion, et qu'il n'en diffère qu'en reconnaissant un principe primitif d'infection que M. Clot-Bey refuse d'admettre.

En septembre, M. ...... vous a entretenus d'une expérience qu'il venait de faire afin de prouver un point jusqu'alors contesté, celui de la possibilité d'inoculer la syphilis de l'homme aux animaux, et réciproquement. Dans ce but, il s'était fait inoculer par M. Auzias du virus pris sur le chancre d'un singe inoculé lui-même. Mais vous avez considéré l'expérience actuelle comme peu probante, en ce que le bouton ulcéreux qui vous était présenté ne vous parut pas offrir les véritables caractères du chancre. Puis sur l'observation qui lui fut faite du danger qu'il y avait à tenter de pareilles expériences, M. ...... répondit qu'ayant passé par toute la série des accidents secondaires et tertiaires, il était prémuni désormais contre leur retour; qu'on admettait actuellement, et qu'il était lui-même convaincu qu'une personne dans ces conditions ne pouvait plus contracter que des accidents locaux, écoulements ou chancres simples. — Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Patissier ayant dit que de son temps on considérait tous les chancres comme des signes d'infection syphilitique, M. Léger fit observer que la question n'était pas encore jugée, mais que M. Ricord prétendait que tout chancre ne déterminait pas des accidents secondaires ou tertiaires, et que le chancre induré était le seul qui donnât nécessairement lieu à la syphilis constitutionnelle. — Un membre ayant ensuite demandé quel intérêt de pareilles expériences pouvaient présenter pour la science ou l'humanité, M. Jacquemin répondit que toutes celles que l'on tente en si grand nombre en ce moment n'étaient pas appelées à offrir des résultats sérieux, mais que quelques-unes d'entre elles pourraient avoir par la suite une très-grande importance si elles réussissaient; qu'en ce moment on en pratiquait, en Italie, sur les filles publiques auxquelles on inocule la syphilis autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à ce qu'une dernière inoculation ne produise plus aucun effet; que les partisans de la nouvelle école prétendent qu'elles seront alors réfractaires à la syphilis, et qu'elles ne pourront plus contracter que des écoulements ou des chancres simples; enfin qu'à la préfecture de police il est question de tenter ces expériences dans l'espérance d'arriver à une diminution notable de cette redoutable maladie.

Au mois d'octobre, M. Morcan rapporte un cas d'hydrocéphalie avec présentation du siége, qu'il a observé dans les conditions suivantes. La femme avait en six ans auparavant un accouchement avec présentation de la face, suivi d'une hémorrhagie qui n'avait cédé qu'à la compression de l'aorte; plus tard, elle avait fait une fausse couche à cinq mois. Elle se trouvait donc à sa troisième grossesse. M. Moreau reconnaît de bonne heure la présentation du siége, et comme les douleurs sont lentes il se décide à faire la version, puis il administre le seigle ergoté. Mais malgré les contractions déterminées par le seigle et les tractions opérées par lui sur le corps de l'enfant, l'accouchement ne se termina pas. Il tente plusieurs applications de forceps, mais en vain. Il réclame alors l'aide d'un confrère, M. Duclos. Les jambes et le tronc sont alors en dehors, l'épaule gauche s'appuie sur le pubis, et la droite sur le périnée. De nouvelles applications de forceps sont tentées, dans lesquelles la difficulté de réunir les branches fait reconnaître la grosseur de la tête; enfin, après bien des efforts, elle peut être saisie et amenée au dehors. Elle offrait un volume considérable et se vida en très-peu de temps par un jet qui pouvait avoir de 0,20 à 0,25 centim. de hauteur, et qui s'échappait par un petit pertuis situé sur la partie latérale. La femme fut promptement rétablie.

A la suite de cette observation, M. Rigaud donne connaissance d'un fait semblable qui eut un résultat bien différent. Appelé par un confrère, et les efforts tentés par tous les deux demeurant infructueux, on sembla peu rassuré par leur présence, et on les pria d'accepter l'assistance d'un troisième médecin s'occupant exclusivement d'accouchements. Ce praticien manifesta son étonnement de ce qu'on n'eût pu terminer la délivrance; puis il fit des tractions à son tour, et réussit..... à décoller la tête de l'enfant qu'on ne put extraire ensuite qu'avec une peine extrême en introduisant la main dans l'utérus. La femme mourut douze heures après.

M. Rigaud ajoute qu'il ne connaissait, avant la communication de M. Moreau, que deux cas d'hydrocéphale avec présentation des extrémités inférieures, celui dont il vient de faire mention, et un autre rapporté par M. Duparcque.

M. Perrin lit à la Société une observation curieuse d'affection goutteuse, et dans les réflexions qu'elle lui suggère il fait surtout ressortir le tort, selon lui, des auteurs modernes qui ne veulent étudier les maladies que dans l'anatomie pathologique, système applicable en effet dans la plupart des cas, mais qui ne doit pas être exclusif: son observation en est une preuve. Son malade était atteint d'un accès de goutte intense qui disparut sans laisser aucune trace, mais immédiatement après il fut pris de douleurs intestinales très-vives qui n'étaient autres que de la goutte interne; et, en effet, sous l'influence d'un purgatif drastique et de fomentations excitantes aux articulations, les accidents du ventre disparurent et la goutte revint à son siége primitif. De même, ajoute M. Perrin, les apoplexies ne sont pas rares chez les goutteux; les symptômes articulaires disparaissent alors, et la seule médecine à faire consiste à les rappeler le plus tôt possible.

En novembre, M. Foulard cite un cas d'éclampsie chez une primipare; il y avait déjà eu trois attaques. Il fait une saignée, et quatre heures après l'accouchement se termine sans que les accidents aient reparu.

M. Frère donne connaissance à la Société du fait suivant: Il est appelé auprès d'un enfant atteint du croup; en présence de l'époque avancée de la maladie et de l'indocilité du petit malade qui ne voulait rien prendre, M. Frère demande pour le lendemain le concours d'un confrère de l'hôpital des Enfants. On se réunit, on pratique immédiatement la trachéotomie, et la guérison est complète au bout de vingt jours.

En décembre, M. Perrin donne lecture de quelques observations d'apoplexie séreuse chez des sujets anémiques, entre autres celle d'une jeune fille chlorotique qui mourut avec les accidents les mieux caractérisés d'une pareille affection, observation qu'il regarde comme devant être rangée parmi les cas de ce genre déjà cités par MM. Andral et Duchassaing. Parmi les différentes causes d'apoplexie séreuse, M. Perrin signale aussi l'existence antérieure plus ou moins récente d'épanchements dans quelqu'une des grandes cavités séreuses. Ainsi, il a vu plusieurs malades atteints d'ascite, d'épanchement pleurétique, ou d'œdème général ou partiel du tissu cellulaire sous-cutané, être pris tout à coup d'accidents aigus du côté du cerveau, et succomber rapidement des suites d'un épanchement de sérosité dans les ventricules et les méninges. Et comme exemples, il cite plusieurs observations intéressantes, entre autres celle d'un jeune garçon de 11 ans qui, à la suite d'un refroidissement dans la convalescence d'une scarlatine, fut pris d'anasarque avec albuminurie, puis tout à coup d'accidents d'épanchement du côté du cerveau, mortels en moins de vingt-quatre heures. Les faits rapportés par M. Perrin sont autant de preuves nouvelles de ce fait pathologique que signalait Bichat, en invoquant l'analogie des tissus, et qui explique l'inflammation successive ou simultanée de plusieurs séreuses plus ou moins éloignées; et ils ont sous le rapport clinique une véritable importance, en apprenant au praticien à se tenir sur ses gardes devant la possibilité de pareils accidents.

En avril, la Société a reçu de M. le docteur Lesèble, une lettre qui lui annonçait la formation d'une société philanthropique fondée par les docteurs Lesèble et Lagrue, sous le nom de Providence médicale. On vous demandait en même temps la liste des médecins de l'arrondissement qui seraient disposés à prêter leur concours à cette nouvelle institution. Un imprimé, sous forme de traité, et qui devait servir de prospectus, accompagnait la lettre du docteur Lesèble. Après en avoir pris connaissance, et après avoir reçu de plusieurs membres présents les renseignements qu'ils avaient pu se procurer à ce sujet, vous avez pensé que, comme institution philanthropique, elle aurait probablement le sort d'un grand nombre de ses devancières établies sur les mêmes bases, et qui avaient complétement avorté: puis vous avez cru démêler, sous cette forme philanthropique, un levain de spéculation que vous refusiez d'encourager. C'est pourquoi vous avez décidé qu'il ne serait pas fait de réponse, et vous avez passé à l'ordre du jour.

Au mois de juillet suivant, la Société médicale du 4e arrondissement vous a envoyé un rapport du docteur Payen, publié par la GAZETTE DES HÔPITAUX, et qu'elle avait adressé au maire de son arrondissement, en réponse à une lettre de ce magistrat qui demandait l'opinion de la Société sur la Providence médicale (qui se disait instituée sous le patronage des maires). En lisant les conclusions de ce rapport, vous avez été satisfaits de voir que les opinions que vous aviez émises antérieurement se trouvaient partagées par vos confrères du 4e arrondissement.

Vos prévisions se sont, du reste, trouvées justifiées, car la Providence n'a pu fonctionner.

De ses visites dans les sociétés voisines, M. Duclos vous a rapporté la communication d'un fait qui démontre encore une fois l'avantage des sociétés médicales. —Deux médecins d'une société voisine sont appelés pour un cas grave, si grave que le malade meurt. Leurs honoraires leur sont refusés, et ils se présentent devant le juge de paix de l'arrondissement. Ce magistrat, peu apte à juger un point de science médicale, et oubliant la gravité de son caractère, se permet, en audience, au sujet des deux médecins, des plaisanteries renouvelées de Molière. La Société médicale de l'arrondissement s'émeut, des entrevues ont lieu, et le juge de paix revient à de meilleurs sentiments envers le corps médical.

En opposition à ce récit, je vous rappellerai qu'en mai, M. Chayet vous a donné connaissance d'une mesure prise par la Société du 3e arrondissement, relativement aux différends qui surviennent entre les médecins et leurs clients. Cette société s'est entendue avec le juge de paix de son arrondissement, et lui a proposé une commission consultative de cinq membres qui a été acceptée. Non-seulement vous avez approuvé cette mesure, mais vous avez immédiatement chargé MM. Duclos, Jacquemin et Duparcque de se présenter chez le juge de paix du 7e arrondissement pour lui communiquer la résolution prise dans le 3e, et lui proposer le concours des renseignements d'une commission médicale.—En juin, M. Duclos vous a donné lecture d'une lettre du juge de paix qui acceptait très-volontiers votre proposition, et dans la séance de juillet, vous avez composé votre commission de MM. Duclos, Jacquemin, Duparcque, Patissier et Lembert. Vous avez en outre décidé que ces membres seraient élus pour un an, et rééligibles, mais que comme cette élection serait faite à l'avenir au mois de janvier, cette première commission conserverait ses fonctions jusqu'en janvier 1853.

Vers la fin de l'année dernière, les médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, réunis en commission spéciale, s'occupèrent, à propos du nouvel impôt dont on chargeait le corps médical, de la question de rémunération des médecins des bureaux. Je vous rappelais dans mon dernier compte rendu quels avaient été les vœux formulés, et j'ajoutais qu'ils allaient être portés devant une commission centrale composée de délégués de chaque arrondissement. Je dois vous dire actuellement que cette commission centrale se réunit, mais qu'en opposition à vos conclusions si nettement et si clairement posées, il surgit une si grande variété de nouveaux projets, qu'on ne put s'entendre. Les médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement se chargèrent donc seuls de formuler leurs vœux, de les faire approuver par le plus grand nombre de leurs confrères, et de les présenter à l'autorité municipale. Une demande fut rédigée, portée à domicile, et reçut très-promptement un très-grand nombre de signatures; mais comme ce mode de les recueillir occasionnait beaucoup de démarches et de perte de temps, on se contenta des adhésions de la moitié des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, et la demande fut remise à l'autorité. Peu de temps après, il fut en effet question d'un projet de règlement d'administration qui devait être présenté aux délibérations du conseil municipal; mais ce projet était tellement étrange et contraire aux idées émises par tous les médecins des bureaux et les personnes aptes à en juger, qu'il y a lieu d'espérer qu'il passera par le remaniement général que subissent en ce moment toutes nos institutions.

La Société n'a perdu cette année aucun de ses membres. Elle s'est au contraire augmentée de quatre membres nouveaux, MM. Firmin (février), Perrin (juin), Alix (novembre), et Kerlock (novembre).

Comme preuve de la continuation des bons rapports qui n'ont cessé d'exister entre la Société et l'autorité municipale de l'arrondissement, je vous rappellerai qu'en juillet M. le maire vous a demandé de lui désigner un candidat aux fonctions de médecin du bureau de bienfaisance. Vous avez proposé M. Perrin qui fut accepté.

Il a été, dans la dernière séance, procédé au renouvellement du bureau. Ont été nommés:

Président.	M. CH. LÉGER.
Vice-président	M. RIGAUD.
Secrétaire-archiviste.	M. PERRIN.
Secrétaire annuel. . .	M. FIRMIN.
Trésorier	M. MOREAU.

Ici, messieurs, se termine ce compte rendu, et, avec lui, les fonctions dont vous aviez bien voulu m'honorer. Lorsque mon honorable prédécesseur vous faisait, il y a trois ans, ses adieux, il vous rappelait ces paroles prononcées par M. Duparcque en quittant le fauteuil de la présidence: « Je suis heureux de » pouvoir proclamer que les liens de bonne confraternité, base et premier but de » notre association, se sont de plus en plus consolidés; » puis encore celles-ci: « Ainsi, messieurs, nous pouvons hautement proclamer que la Société médicale » du 7e arrondissement est définitivement établie sur des bases qui lui assurent » une existence solide et durable. » Il suffit que je vous rappelle ces paroles pour que vous reconnaissiez que, pendant les trois années qui ont suivi, la Société a continué de marcher dans les mêmes voies. Vos réunions de familles et vos causeries tout intimes, quoique scientifiques, ont amené entre la plupart des membres qui suivent vos séances des rapports qu'on pourrait presque ne plus appeler de bonne confraternité, mais de bonne amitié; et votre Société s'est tellement posée sur des bases sages et utiles que les autorités, avec lesquelles vous avez eu occasion de vous mettre en rapport, vous ont prouvé qu'elles reconnaissaient et appréciaient l'utilité et le dévouement du concours que vous leur avez toujours spontanément offert. Je suis heureux de pouvoir constater à mon tour ce double résultat.

Quant à moi, messieurs, c'est avec un vif sentiment de reconnaissance que je remercie les membres de la Société de la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée, et qui m'a rendu ma tâche si douce et si facile; ce n'est, du reste, que parce que je comptais sur cette bienveillance que j'acceptai, il y a trois ans, les fonctions que vous voulez bien me confier, et j'en garderai, croyez-le, un long et bon souvenir.

Le secrétaire-archiviste,
Dr L. VASSEUR.

30 janvier 1853.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA PÉRIODICITÉ. — ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET MÉDICALE SUR LA FORCE VITALE ET SON ALLIANCE AVEC LE SENS INTIME; par M. THÉODORE PERRIN, docteur en médecine, etc. — Broch. in-8°. — Lyon, 1851.

La dissertation dont nous allons un instant entretenir nos lecteurs s'éloigne trop, par son sujet et par l'esprit dans lequel elle est conçue, du caractère habituel des publications dont nous avons journellement à rendre compte, pour que nous n'éprouvions pas le besoin, avant d'en présenter l'analyse, de rappeler en quelques mots l'état actuel de la science au point de vue des doctrines et des tendances diverses des écoles, afin de poser quelques jalons qui puissent nous guider dans le sentier quelque peu ardu dans lequel nous allons nous trouver engagé.

La médecine, prise dans son acception la plus générale comme science de l'homme, est trop vaste et trop complexe pour qu'il ait été donné jusqu'ici à aucun homme, ni à aucune école, ni à aucune époque, d'en embrasser tous les faits dans une systématisation générale, capable de réunir l'assentiment unanime et de servir de règle fixe et invariable à l'exercice de l'art. Placée en présence de deux ordres de faits différents, les uns matériels et sensibles, les autres abstraits et du domaine plus exclusif de l'intelligence, elle a, suivant l'esprit et la philosophie dominante des époques, alternativement penché vers l'un ou l'autre des systèmes corrélatifs à ces deux ordres de faits. Cet antagonisme, que l'histoire nous révèle dans toutes ses phases, s'est perpétué à travers les siècles jusqu'à nos jours, où nous le voyons encore se personnifier en France dans deux écoles rivales et également célèbres, bien qu'à des titres très-divers, l'École de Paris et l'École de Montpellier; — l'une qui, depuis près d'un demi-siècle, exclusivement vouée à l'étude des faits matériels de l'organisme humain, a entièrement abandonné aux prétentions des métaphysiciens tout ce qui est étranger à l'observation des phénomènes sensibles, semblant n'avoir d'autre but que de poursuivre jusqu'à ses dernières conséquences le problème proposé par Morgagni, la recherche des causes matérielles et du siége des maladies; — l'autre, au contraire, plus particulièrement préoccupée de l'étude des forces et du dynamisme humain, et qui, revendiquant à son profit les faits psychologiques, tend à placer la physiologie et la médecine elle-même au rang des sciences métaphysiques. Il n'entre point dans notre objet d'établir en ce moment un parallèle, et moins encore de soulever une question de prééminence entre ces deux écoles, également recommandables par les services qu'elles ont rendus à la science, la première par les découvertes et les progrès incontestables qu'elle a introduits dans la pratique de l'art, la seconde en perpétuant des traditions et en développant un dogme physiologique dont il est réservé à l'avenir d'assigner le rôle dans le vaste travail de fusion qui reste à faire entre les deux ordres de faits que chacune de ces écoles envisage plus spécialement. Notre but a été de signaler simplement ces deux tendances, dont la diversité même et dont les objets respectifs démontrent mieux peut-être que tout autre argument cette dualité humaine qu'un malentendu seul ou une préoccupation exclusive ont pu faire méconnaître à quelques sectes physiologiques.

Ces prémisses étaient nécessaires pour assigner au travail de M. Perrin le caractère et le rang qui lui appartiennent. Le travail de M. Perrin est, en effet, de l'ordre de ces ingénieuses élucubrations du dynamisme physiologique auxquelles l'illustre professeur de physiologie de Montpellier a donné tant de retentissement.

M. Perrin, dans un court préambule, se place tout d'abord sous l'égide de l'autorité. C'est assez dire qu'il ne s'agit point ici d'édifier quelque théorie nouvelle, quelque hypothèse plus ou moins gratuite. Son but est de chercher à ramener l'ordre particulier de phénomène qu'il s'est proposé d'étudier, à l'unité et à l'intégrité des dogmes de la science, qui, suivant lui, doit recevoir son impulsion d'une autorité supérieure à la raison individuelle; cette autorité, c'est la tradition. Il veut, suivant la maxime d'Aristote, discerner et séparer ce qu'il y a de premier dans l'homme, les forces qui l'animent. Pour admettre l'existence des forces primordiales, point ne serait besoin de preuves; l'autorité d'Hippocrate, et au besoin celle de la Genèse lui suffiraient pour proclamer l'existence de deux ordres de forces qui régissent l'organisme, le principe de vie et le principe psychique, l'esprit et l'âme, ou, pour parler un langage plus moderne, la force vitale et le sens intime. Mais le but de M. Perrin n'étant pas seulement d'établir cette vérité, qu'il considère comme un axiome, mais bien d'étudier le rôle que chacun de ces principes remplit dans l'économie, soit dans l'activité physiologique, soit dans l'évolution morbide, il a dû rechercher dans quelques-uns des phénomènes les plus généraux de l'organisme humain, les faits capables de mettre en relief l'action de chacune de ces puissances.

C'est dans l'étude des phénomènes de la périodicité qu'il va trouver cette démonstration. Il nous montrera, en effet, dans la périodicité, une loi, un attribut spécial de la vie, propre à démontrer l'existence de l'âme ou du sens intime. Il nous fera voir la périodicité comme le type commun, bien qu'avec d'innombrables variétés, d'une force d'impulsion à laquelle tout obéit dans l'univers, corps célestes, êtres animés, végétaux. Pourquoi faut-il que, dès le début, nous trouvions une contradiction entre cette proposition générale et cette autre proposition dont le développement formera le texte principal de son travail, à savoir que la périodicité dans les maladies est l'attribut exclusif de l'homme et de l'homme adulte et en possession de ses facultés mentales? Cette contradiction est-elle dans la nature même des choses ou ne résulte-t-elle pas plutôt d'une analogie forcée établie par l'auteur entre des faits d'un ordre différent? Elle fait ressortir, dans tous les cas, l'inconvénient de s'élever à de trop grandes généralisations. Laissons-là ces rapprochements spécieux entre l'homme et l'univers, la vie de l'individu et la vie universelle, qui sont toujours un écueil pour la logique, et poursuivons la thèse de l'auteur sur un terrain moins glissant. La périodicité dans les actes de la vie animale, tel est l'objet unique dont nous ayons à nous occuper.

La périodicité dans les phénomènes physiologiques et morbides de l'homme émane du concours des deux forces qui l'animent, la force vitale et le sens intime, et par une sorte de réciprocité elle en démontre l'existence. C'est là à peu près le sens de la thèse que soutient M. Perrin. Le champ est, comme on le voit, assez vaste pour ne point chercher à l'étendre et à le noyer dans des considérations encore plus abstraites. Il faut préalablement admettre avec M. Perrin, avec Barthez et M. Lordat et toute l'École vitaliste de Montpellier, que le sens intime et la force vitale sont deux forces différentes, ayant des attributs distincts, et que c'est sur l'alliance de ces deux forces dans l'homme que repose le caractère fondamental qui le sépare du reste de l'animalité.

Le phénomène de la périodicité lui-même fournit un premier argument en faveur de cette distinction. La périodicité, cette loi commune à la plupart des phénomènes organiques, cède en effet dans certaines circonstances devant une force d'un autre ordre, la volonté, qui peut suspendre momentanément les mouvements réguliers de la respiration, tenir en suspens la contractilité musculaire, maintenir l'activité des sens, repousser le sommeil, etc. Cette première manifestation d'une lutte entre deux forces, l'une instinctive, impersonnelle, qui n'a pas conscience de ce qu'elle est; l'autre personnelle et libre et ayant conscience d'elle-même, fournit à l'auteur un argument contre l'opinion de l'école allemande et de Burdach en particulier, laquelle n'est au fond que celle de Stahl, qui tout en reconnaissant l'impuissance du matérialisme et la nécessité d'un principe actif pour rendre compte du phénomène de la vie, n'admettent cependant qu'une seule et même cause, opérant des actes intellectuels et vitaux.

Poursuivant l'étude de ces deux forces, tantôt dans leur concours d'action synergique et simultané, tantôt dans leur état de lutte et d'antagonisme mieux fait pour faire ressortir l'expression spéciale de chacune d'elles, M. Perrin trouve et signale de nombreux témoignages de leur existence dans les manifestations les plus élevées de l'activité humaine, dans ses créations intellectuelles et artistiques où l'on peut toujours découvrir plus ou moins distinctement trois éléments : la *pensée* qui correspond à l'intelligence, le ***rhythme*** ou le ***mouvement*** qui correspond à la vie, le ***style*** qui est le terme d'union de l'une et de l'autre et correspond à la personnalité humaine. Nous regrettons de ne pouvoir citer ici quelques pages où cette analyse délicate et savante est présentée avec un talent et un charme de style dignes du sujet. Mais revenons à l'objet principal de ce travail, à la périodicité morbide mise en regard de ces deux éléments du dynamisme et des influences qu'elle en éprouve.

Un premier fait, digne de remarque, qui ne pouvait échapper à la sagacité de M. Perrin, et qui a été également constaté par les naturalistes, par les médecins et par les hippiatres, c'est que la forme périodique par laquelle se manifestent certaines affections chez l'homme, et, en particulier, la fièvre paludéenne, est entièrement étrangère à la pathologie des animaux chez lesquels cette dernière affection se traduit par des typhus charbonneux et des inflammations gangréneuses sans réaction fébrile. Non-seulement la périodicité morbide semble être un privilége exclusif de l'humanité, mais elle n'a lieu chez l'homme lui-même que dans certaines conditions de développement et de perfection, c'est-à-dire à l'état adulte et alors qu'il est en puissance de toutes ses facultés, et cesse de se produire ou s'efface plus ou moins complétement dans les circonstances de la vie où il se rapproche le plus de l'animalité, dans l'enfance et dans l'état d'idiotisme. S'il faut en croire même quelques médecins qui ont exercé dans les régions équatoriales, les nègres se montreraient en général réfractaires à ce mode de manifestation de l'influence paludéenne. Ce qui vient d'être dit de la périodicité dans les affections provenant des miasmes des marais serait également applicable, avec quelques restrictions toutefois, aux accès fébriles intermit-

tenis produits par d'autres causes morbides et plus généralement même à la réaction fébrile, ainsi qu'à tous les actes dynamiques qui se résolvent dans un fait de résistance à l'action des causes morbides.

Bien qu'il soit difficile d'apercevoir par quel lien secret le fait de la périodicité qui semblerait devoir être plus particulièrement inhérent à la force vitale, se rattache à l'existence du sens intime, ce rapport n'en est pas moins une circonstance digne d'attention. Faudrait-il, toutefois, en inférer avec l'auteur que la périodicité doive être considérée comme une fonction exceptionnelle d'un ordre supérieur, comme une sorte de mouvement on d'effort conservateur, qui serait l'expression la plus haute de la force médicatrice, nous n'osons pas dire avec lui « comme un acte intelligent destiné à combattre une cause hostile à l'existence? » Non, évidemment. Ce serait non-seulement forcer la conséquence de la signification donnée à cet acte, mais ce serait fausser cette signification elle-même. Qu'on voie l'expression d'un effort conservateur dans la période de réaction d'un accès fébrile, c'est ce sur quoi tout le monde tombera d'accord; mais voir un effort conservateur dans l'accès lui-même, c'est ce qu'en thèse générale les pathologistes ne sauraient concéder. Sans doute, nous ne méconnaissons pas, et la science en fournit quelques exemples, que dans certaines circonstances des accès fébriles intermittents ont joué, par rapport à des affections antécédentes plus ou moins graves, le rôle d'une sorte de solution critique. Nous n'ignorons pas, non plus, que la guérison de certains accès fébriles, dont la cause était ignorée ou méconnue, a quelquefois été suivie d'accidents beaucoup plus graves qu'on a cru pouvoir attribuer à la cessation de ces accès; ce qui les a fait considérer comme un besoin de l'économie, comme un bienfait relativement à un mal plus grand dont ils la préservaient, et partant leur guérison comme une cure intempestive. Mais, tout en admettant ces faits comme dûment établis, bien qu'ils eussent besoin peut-être d'une observation un peu rigoureuse, nous n'admettrions nullement l'assimilation complète qu'on en voudrait faire avec les accès fébriles produits par des miasmes marécageux dans lesquels on ne saurait logiquement voir autre chose qu'un mode morbide spécial en rapport avec la cause spécifique qui lui a donné naissance. Et, s'il en était autrement, comment expliquerait-on cette différence entre le mode de réaction de l'économie contre l'action du miasme paludéen et celui qu'on lui suppose dans les autres affections. Pourquoi une réaction périodique intermittente dans ce cas-ci? Pourquoi point de réaction ou une réaction à type continu contre cet autre miasme, cette autre cause morbide inconnue, qui produit la fièvre typhoïde, la fièvre jaune ou le choléra, contre l'action du toxique qui circule avec le sang dans le sein de l'économie? Si, comme le pense M. Perrin et comme il l'exprime très-explicitement, la périodicité pathologique était un acte motivé, produit dans un but de conservation, une fonction d'un ordre supérieur, une exaltation du principe de vie, son élévation à la plus haute puissance, ne se produisant que là où le sens intime peut donner son appui, on ne comprendrait pas pourquoi il ne se produirait que dans une certaine classe d'affections bien déterminée et non dans tous les cas où la vie est mise en danger par une cause morbide ou délétère, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature.

Nous n'entendons pas, par ces quelques observations, nier l'importance et la haute signification physiologique du fait de la périodicité qui est à coup sûr un des phénomènes les plus dignes de l'intérêt et de la méditation du médecin philosophe; mais nous croyons que l'auteur, dans l'intérêt d'une thèse pour laquelle il ne manquait d'ailleurs pas d'arguments, a exagéré son rôle en le généralisant au delà des limites que comporte l'observation des faits pathologiques.

Quant aux autres questions de haute métaphysique médicale soulevées dans cet opuscule, nous n'avons pas la prétention d'en faire l'objet d'un examen critique qui n'exigerait pas moins d'une brochure au moins égale en étendue au mémoire de l'auteur, et qui demanderait en quelque sorte page pour page. Notre but, plus modeste, a été uniquement d'exposer quelques-uns des points principaux d'un travail remarquable à tous les titres et bien digne d'être signalé à l'attention de ceux de nos lecteurs, et nous nous plaisons à croire que ce sont les plus nombreux, qui ne sont point tout à fait insensibles à l'attrait des questions philosophiques et de la haute littérature médicale, dans laquelle M. Perrin nous paraît devoir prendre d'ores et déjà un rang des plus distingués. A ceux qui ne sauraient aucun gré à notre savant confrère de Lyon d'avoir consacré un temps probablement précieux à l'examen d'un sujet aussi abstrus, et à l'humble auteur de cet article d'avoir cherché à s'en faire le pâle écho, nous répondrons par ces dernières lignes, que nous empruntons à M. Perrin lui-même; « Si les théories des phénomènes vitaux sont souvent considérées comme des mystères impénétrables, comme des abstractions sans utilité réelle, cela tient à deux causes opposées à leur point de départ, et qui ont un résultat semblable : l'empirisme qui ne veut se rendre compte de rien, et la science qui veut se rendre compte de tout. »

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

I. — CONCOURS DE 1850-1852.

Première question. « Exposer d'après les faits acquis à la science et, au besoin, par des expériences nouvelles, la théorie de l'intoxication par les surfaces de rapport. »

N. B. La pyoémie n'est pas comprise dans cette question.

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs*.

Deuxième question. — « Tracer l'histoire médicale des maladies charbonneuses, en insistant sur les diverses formes qu'elles revêtent chez nos animaux domestiques, ainsi que sur la part que prennent dans leur évolution la culture, l'assolement d'une contrée et les productions cryptogamiques qui attaquent les plantes fourragères. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs*.

II. — CONCOURS DE 1850-1853.

« Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuropneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes. »

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs*.

III. — CONCOURS DE 1051-1853.

Première question. — « Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,500 *francs*.

Deuxième question. — « Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les resections osseuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 400 *francs*.

Troisième question. — « Exposer l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris. »

Prix : *Une médaille d'or de* 400 *francs*.

Quatrième question. — « Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. »

N. B. En adoptant cette question, l'Académie a surtout en vue de réunir en faisceau les connaissances acquises à la science depuis les travaux modernes.

« Les concurrents pourront donc se dispenser de discuter longuement sur les tumeurs phlegmoneuses externes, sur l'anthrax et sur quelques autres productions parfaitement connues. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs*.

Cinquième question. — « Faire une nouvelle étude chimique du *Veratrum album* et des alcaloïdes qu'il renferme. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs*.

IV. — CONCOURS DE 1850-1854.

« Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs*.

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu :

Pour les questions du premier programme, avant le 20 mars 1852; pour celle du deuxième, avant le 20 mars 1853; pour les questions du troisième programme, avant le 1er juillet 1853; et pour celle du quatrième programme, avant le 20 mars 1854.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires;

3° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Bruxelles, le 15 février 1852.

Le Secrétaire de l'Académie,
D. Sauveur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

UN MOT SUR LA SUPPRESSION DU CONCOURS.

Nous n'avons pas l'intention de discuter le nouveau décret sur l'enseignement public. Nous en sentons d'autant moins le besoin que le *considérant* annonce formellement une loi sur la matière, laquelle, selon toute probabilité, sera soumise à la délibération du corps législatif. Les lecteurs de la Gazette Médicale verront bien, dès aujourd'hui, en quoi ses vues particulières sont contrariées ou servies par le décret. Quand le moment sera venu, quand l'enseignement supérieur aura été l'objet d'une complète et définitive réorganisation, il sera temps de nous expliquer, et nous le ferons sans aucune restriction. En ce moment, nous ne voulons que dire un mot d'une des dispositions qui occupent le plus le monde médical, parce qu'elle touche une question très-importante et très-controversée, la question du concours. Le concours est supprimé pour les places de professeur titulaire dans les Facultés : le ministre proposera au président de la République un candidat choisi, soit parmi les docteurs âgés de 30 ans au moins, soit sur une double liste de présentation émanée de la Faculté à pourvoir et du conseil académique.

La Gazette Médicale n'a jamais déserté le principe du concours ; elle l'a défendu à l'occasion du projet de loi présenté à la chambre des pairs en 1847 ; elle l'a défendu après février 1848. Mais, en même temps, elle n'a cessé d'insister sur les vices du mode d'application qui vient de disparaître ; et pour qu'on ne l'accusât pas de prendre une position commode sur des hauteurs purement spéculatives, elle a pris la peine de formuler ses idées sur le remaniement de l'institution elle-même. Elle entend rester fidèle à ses convictions. Un concours sérieux, armé de garanties, ouvert à tous les hommes de progrès et de haute intelligence, ou pas de concours. L'esprit du temps devait conduire l'enseignement à cette dernière solution ; elle n'a rien d'inattendu pour personne. Quant à nous, au lieu de nous en chagriner, au lieu de tirer mauvais augure de la large part faite à l'autorité supérieure, nous ne voulons songer qu'au bien devenu possible avec le nouveau régime. Si des intentions ou des faiblesses qui ne sont pas à prévoir peuvent aisément abuser de telle ou telle disposition, des intentions droites, fermes et intelligentes peuvent les faire tourner au profit de la science et de l'équité. Un concours où la mémoire et la faculté d'improvisation ont une énorme prépondérance sur le jugement, sur le travail, sur les droits acquis ; un concours où de grandes chances peuvent naître d'une certaine habileté à faire tenir toute la science sur de petits carrés de papier pour l'apprendre plus facilement par cœur, et dont la matière ne varie pas sensiblement de l'externat au professorat ; un concours où le hasard distribue toutes les épreuves et peut faire échouer contre une question imprévue le savoir le plus consommé ; un concours qui a laissé en dehors des Facultés de médecine tels hommes que nous pourrions appeler de leurs noms ; un concours de ce genre méritait de tomber. Le système actuel se présente donc tout d'abord sous la forme d'un service rendu. C'est là son premier mérite. Il met ensuite entre les mains du pouvoir un instrument qui, bien dirigé, ferait brèche à l'enceinte fortifiée de la science officielle et l'amènerait à compter, plus qu'elle n'a l'habitude de le faire, avec la science du dehors. Par là encore, il peut devenir propice aux vues de la Gazette Médicale. Il ne s'agit pas seulement ici des progrès réalisés en dehors des Facultés et que le concours empêche parfois d'y pénétrer en barrant le passage, pour des raisons de plusieurs sortes, aux inventeurs eux-mêmes ; ce n'est là qu'un des côtés de la question. Nous entendons parler aussi des doctrines et des tendances médicales. Les écoles sont exclusives ; on leur fait souvent ce reproche. Comment ne le seraient-elles pas ? comment même les générations qui vivent dans la sphère de ces écoles ne le seraient-elles pas également ? Les Facultés fournissent aux jurys de concours un contingent des deux tiers ; elles pressent donc d'un poids considérable sur la portion empruntée à l'Académie, et décident de la nomination. Or il est naturel qu'elles cherchent à ne s'assimiler que des hommes qui soient avec elles en conformité de doctrines. Et ainsi se renouvelle indéfiniment, sans changer sensiblement de nature, le sang des Facultés, qui l'infusent de leur côté à la jeunesse groupée autour d'elles. Encore une fois, nous ne disons pas que le décret soit à nos yeux le meilleur remède à un tel mal ; croyant à la possibilité d'organiser le concours, nous nous en tiendrions, sur ce point, à une modification dans la composition du jury ; mais nous constatons que le mal peut disparaître par l'application intelligente et sage du nouveau mode. Notre remarque n'a pas d'autre portée.

Nous espérons qu'on voudra bien se contenter, malgré l'importance du sujet, des quelques observations qui précèdent. Nous ne pourrions en dire davantage sans mettre le pied sur un terrain qui nous est formellement interdit.

A. Dechambre.

TOXICOLOGIE.

NOTE SUR LA SOPHISTICATION SATURNINE DES BOISSONS (1); par M. Noel Guéneau de Mussy.

Les sophistications accidentelles ou involontaires des boissons, par les préparations saturnines, ont souvent donné lieu à des phénomènes d'empoisonnement qui, se manifestant simultanément chez un grand nombre d'individus ont été plusieurs fois attribués à des influences épidémiques. Wepser, le premier, détermina la véritable cause de ces accidents ; depuis lors les observations de ce genre se sont multipliées et sont devenues vulgaires dans la science. Néanmoins, les accidents saturnins sont tellement regardés dans la pratique comme l'apanage de certaines professions, qu'ils peuvent être méconnus lorsqu'ils se présentent en dehors de ces conditions communes, et cela surtout si leurs caractères ne sont pas très-tranchés. Il est, je crois, utile, quand des faits semblables se présentent, de les signaler à l'attention des médecins.

Obs. I. — Le 8 janvier dernier, un homme âgé de 25 ans fut admis à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans une des salles dont j'étais chargé ; il était pâle, maigre ; sa peau présentait une coloration jaunâtre ; il avait l'apparence cachectique. J'appris de lui qu'il était malade depuis deux mois ; il y avait peu de temps que cet homme avait quitté le service militaire ; depuis lors il avait vécu avec un de

(1) Une partie de ce travail a été lue le 28 janvier à la Société médicale des hôpitaux.

Feuilleton.

LETTRE DU Dr DAREMBERG A M. LE Dr SALVATORE DE RENZI (DE NAPLES), SUR UN PASSAGE DE CELSE, RELATIF A LA DIVISION DE LA MÉDECINE.

Mon cher et savant confrère,

J'ai reçu avec un grand plaisir les premières feuilles de votre nouvelle édition de Celse, dont nous nous étions souvent entretenus à Naples. Vos études antérieures, qui vous ont fait regarder, avec juste raison, comme un des soutiens les plus zélés et les plus érudits de l'histoire et de la littérature médicales, ont été une longue préparation à cette nouvelle édition. Après les efforts persévérants de Targa pour la constitution du texte, et après le travail remarquable de M. des Étangs pour la traduction et pour l'interprétation médicale, il reste encore plusieurs questions importantes à élucider. Votre plan, mon cher confrère, promet une ample moisson aux amateurs de notre ancienne littérature ; il est certains auteurs d'une fécondité telle dans leur brièveté, qu'ils sont une source perpétuelle de commentaires et de discussions. On ne les a jamais, même après les avoir lus et médités vingt fois, sans y trouver encore quelque chose de nouveau et qui avait passé inaperçu ; sans reconnaître une vérité qu'on avait méconnue, sans rencontrer une difficulté sur laquelle on avait d'abord glissé légèrement, sans être arrêté, enfin, par un passage dont le texte est incertain ou obscur. C'est là le propre de presque tous les grands écrivains de l'antiquité, et de Celse en particulier. Esprit positif et judicieux, écrivain élégant et concis, Celse, vivant dans un pays où la médecine était une espèce de *parasitisme*, a su s'approprier la science des Grecs qu'il a imprimé à son Traité de médecine un caractère d'originalité et, en même temps, une direction pratique qui font de son livre une des plus belles et des plus utiles productions que nous ait léguées l'antiquité. Ce livre, où le travail de compilation est dissimulé par une habile systématisation, a aussi un autre genre d'utilité, c'est qu'il renoue la tradition entre les derniers écrivains médicaux de l'école d'Alexandrie, et les premiers médecins du temps des empereurs. Nous pouvons donc, en décomposant les divers éléments qui ont été si heureusement mis en œuvre pour former le Traité de médecine, faire l'histoire de toute une époque et nous représenter l'ensemble de la science grecque dont nous n'aurions qu'une idée incomplète et, pour ainsi parler, *fragmentaire*, si nous avions recours aux seuls auteurs grecs qui nous restent. Galien lui-même, dans ses volumineux ouvrages, ne nous fournit pas le moyen de reconnaître avec précision les acquisitions faites dans l'école d'Alexandrie ; la dogmatique et la polémique dominent dans ses ouvrages, et d'ailleurs il a plutôt cherché à établir un système régulier, une doctrine générale, qu'à nous présenter le tableau exact de la médecine à l'époque où il vivait, et ce n'est qu'en travaillant pour sa propre renommée qu'il a servi notre histoire.

ses frères sans exercer aucune profession. Pendant les dix ou douze premiers jours de sa maladie, il avait ressenti des malaises, de l'inappétence, de la faiblesse générale, des douleurs quelquefois accompagnées de crampes dans les membres inférieurs, très-vives surtout dans la plante des pieds, lorsque le matin, en se levant, il appuyait cette partie sur le sol, ou lorsqu'il remuait les orteils. Bientôt, à ces symptômes s'ajouta une rachialgie violente qu'il soulageait en plaçant un coussin sous ses reins.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, des coliques se déclarèrent, continues, mais sans exacerbations, revenant par accès irréguliers qui duraient de trois à quatre heures.

Ces douleurs occupaient toute l'étendue de l'abdomen, la pression les adoucissait momentanément; souvent elles étaient accompagnées de rétraction douloureuse des testicules. Des nausées et des vomissements survenaient quelquefois pendant ces accès, dont le malade atténuait un peu la violence en plaçant son tronc et ses membres dans une flexion aussi complète que possible.

Le sommeil était presque nul; il y avait des vertiges sans céphalalgie; les selles laborieuses, constituées par des matières d'un noir foncé, n'avaient lieu que tous les cinq ou six jours; il n'en avait pas eu depuis douze jours lorsqu'il sollicita son admission à l'hôpital.

Il lui était impossible de supporter aucune nourriture; excepté le vin et la tisane, tout ce qu'il ingérait dans son estomac était immédiatement rejeté par le vomissement.

Les urines étaient habituellement troubles; les facultés génitales étaient complétement anéanties depuis le début des accidents.

L'ensemble de ces symptômes me fit immédiatement admettre une intoxication saturnine. L'examen des gencives me montra le liseré caractéristique qui venait confirmer mes présomptions; restait à découvrir la source de cet empoisonnement, que je ne trouvais pas dans la profession du malade ni dans le milieu qu'il habitait.

Je me rappelai alors avoir été consulté il y a une dizaine d'années, par un Polonais que l'on traitait depuis plusieurs mois pour une prétendue gastro-entérite; il accusait des coliques, des vomissements, une faiblesse extrême dans les jambes, des crampes, des douleurs articulaires. Sa physionomie portait l'empreinte des longues souffrances qu'il avait éprouvées. En interrogeant ce malade, j'appris avec étonnement que cette gastro-entérite, à laquelle on avait inutilement opposé mainte application de sangsues, était accompagnée d'une constipation opiniâtre; l'inspection des gencives me fit voir le liseré ardoisé qui accuse la présence du plomb dans l'organisme. Cet homme buvait habituellement du cidre, je pensai que ce cidre avait pu être renfermé dans des outres de plomb, ou sophistiqué par quelque préparation saturnine. Je traitai le malade dans cette vue par les purgatifs et les sulfureux; je lui interdis l'usage du cidre, et j'eus la satisfaction de le voir rendu à la santé.

Ce fait était resté gravé dans ma mémoire; je demandai au malade de quelle boisson il faisait usage; il me répondit qu'il buvait exclusivement du cidre; j'en fis prendre une bouteille chez le débitant qui le lui fournissait, les résultats de l'analyse furent négatifs; je n'en persistai pas moins dans ma première impression, pensant que le même débitant pouvait avoir des cidres de diverses provenances, comme les recherches de la police l'ont démontré depuis.

Le malade fut traité par l'emploi alternatif des purgatifs et des bains de vapeur; tous les soirs il prenait un julep avec 10 centigrammes d'extrait de belladone. Le soulagement fut immédiat, la guérison fut rapide. Une fois les coliques apaisées et la constipation vaincue, des bains sulfureux combinés avec l'usage interne d'un opiat soufré contribuèrent à achever sa cure. Quand je retournai le voir, vers le 20 janvier, huit jours après l'avoir quitté, je remarquai que la coloration jaunâtre de la peau s'effaçait, que son teint s'animait de couleurs plus naturelles; il n'éprouvait plus aucune douleur; il m'annonça qu'il avait eu, la nuit précédente, un témoignage du retour des facultés viriles; il se regardait comme guéri.

Voilà le premier fait qui éveilla mon attention.

Obs. II. — Le 13 janvier, je reçus à l'hôpital Saint-Antoine, une femme âgée de 58 ans, employée dans la caserne de la rue de Reuilly; six semaines auparavant, elle avait commencé à ressentir quelques coliques dans les régions épigastrique et ombilicale, avec un sentiment de constriction au niveau du diaphragme. L'appétit avait diminué, les selles étaient naturelles; elle éprouvait dans les masses musculaires des cuisses des douleurs qui rendaient la marche difficile.

Quinze jours avant son entrée, les douleurs abdominales étaient devenues plus intenses; elles étaient continues avec des exacerbations, quelquefois assez violentes pour lui arracher des larmes. La pression la soulageait, bien qu'il y eût habituellement un peu de sensibilité à l'épigastre.

Le teint de cette malade était pâle, jaunâtre, la langue blanche; elle n'avait pas eu d'évacuation alvine depuis l'avant-veille. En examinant la bouche, l'apparition du liseré saturnin m'éclaira sur la cause des symptômes qu'elle éprouvait, et qui n'avait pas été saisie par ceux qui jusque-là lui avaient donné des soins. Je lui demandai quelle était sa boisson habituelle, elle me répondit qu'elle faisait usage du cidre. Les jours suivants, trois autres cas analogues se présentèrent à mon observation, et je sus de mes malades que plusieurs de leurs parents ou commensaux soumis au même régime avaient été affectés de la même manière.

Ce fait me parut tellement grave que je crus devoir le signaler à l'autorité, pendant qu'un habile chimiste, M. Gobley, analysait, à ma demande, une bouteille que j'étais parvenu à me procurer. J'appris alors que l'attention des magistrats avait déjà été appelée sur ce sujet, par le docteur Bonvallet, et par un fabricant du faubourg, patron d'une des malades que je soignais dans mes salles; celui-ci avait appris de ma malade que le cidre dont il faisait usage était la cause d'accidents qu'il éprouvait lui-même, et dont la nature n'avait pas été jusque-là reconnue.

Les analyses de M. Gobley concordèrent avec celles que la police faisait exécuter en même temps pour démontrer qu'une quantité très-notable de sels de plomb existait dans les cidres examinés. Des recherches faites d'après les indications du docteur Bonvalet et d'après les miennes, amenèrent la découverte d'immenses quantités de cidres sophistiqués. Une de ces maisons, celle où s'approvisionnait ma seconde malade, fournissait à toutes les cantines de la garnison. J'ai demandé qu'on appelât sur ce fait l'attention de nos confrères préposés aux hôpitaux militaires, pensant que chez des soldats qui ne font qu'exceptionnellement usage du cidre, les accidents auxquels cette boisson aurait peut-être donné lieu pouvaient être assez obscurs, assez masqués pour échapper à la sagacité la plus attentive quand elle n'est pas avertie. Le fabricant de ces cidres, interrogé par la police, a avoué qu'il avait employé du sous-acétate de plomb pour les clarifier: il avait espéré d'ailleurs qu'étendu dans une aussi grande masse de liquide, le principe vénéneux n'aurait aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs; lui-même avait bu de ce cidre, et bien qu'il n'eût éprouvé aucun accident, l'interne de mon service, qui l'a examiné, a trouvé sur ses gencives le signe accusateur de l'ingestion du plomb.

Je n'ai observé personnellement que six faits d'empoisonnement par ces cidres saturnés; aussi n'ai-je pas la prétention d'en déduire des conclusions générales sur les modifications apportées à la marche et à la physionomie des accidents saturnins par ce mode particulier d'intoxication. Je dirai seulement ce qu'il y avait de commun et de saillant dans les cas que j'ai étudiés.

Tous ces malades faisaient un usage à peu près exclusif du cidre. Les effets du poison ont été généralement rapides; au bout de quinze jours chez un; un autre n'en avait bu que six ou sept bouteilles; il est vrai qu'elles

---

Vous avez bien voulu, mon cher ami, me demander quelques notes pour votre nouvelle édition. Je vous remercie de cet honneur dont je sens tout le prix, et pour répondre à l'appel flatteur que vous me faites, je commence par vous envoyer, sous le couvert de la Gazette Médicale, les réflexions que m'a suggérées un passage diversement interprété du *préambule* de Celse.

Après avoir parlé d'Hérophile et d'Érasistrate, l'écrivain romain ajoute: « Iisdemque temporibus *in tres partes medicina diducta est*, ut una esset *quæ victu*, altera *quæ medicamentis*, *tertia quæ manu mederetur*, primam διαιτητικήν, secundam φαρμακευτικήν, tertiam χειρουργικήν Græci nominarunt. » — « La médecine fut, vers cette époque, divisée en trois branches, l'une traitant par le régime, la seconde par les médicaments, la troisième avec le secours de la main. Les Grecs appelèrent la première *diététique*, la seconde *pharmaceutique*, la troisième *chirurgicale*. »

Suivant Daniel Leclerc (1), il s'agit d'une division matérielle de la médecine en trois branches, qui firent l'occupation de trois catégories de praticiens; en d'autres termes, il y eut, sinon trois ordres, trois degrés de médecins, au moins trois espèces de gens traitant les malades. Les uns s'occupaient des affections qui réclamaient le *régime* dans toute l'étendue ancienne de ce mot; les autres se réservaient les maladies dont le traitement consistait principalement dans l'application des moyens externes; enfin, les opérations étaient du domaine d'une troisième classe.

(1) Hist. de la méd., p. 334.

Cette opinion, qui ne s'appuie même pas sur le texte de Celse, est également partagée, au moins en partie, par Sprengel (1), par M. Choulant (2) et par presque tous les historiens de la médecine.

Hecker (3) professe une opinion mixte. La médecine, dit-il, fut, il est vrai, comme cela arrive dans toutes les sciences qui ont pris un grand développement, divisée en trois parties, la *diététique*, la *pharmacie* (voy. plus bas) et la *chirurgie*; mais chacune de ces branches ne devint pas le domaine de trois classes d'hommes, seulement il résulta de ce partage que chacun, suivant la tendance de son esprit, s'attacha à l'une de ces branches, plus particulièrement qu'aux autres, et contribua ainsi à leur perfectionnement.

Comme les développements dans lesquels je suis obligé d'entrer pour réfuter l'opinion tranchée de Leclerc, serviront en même temps à démontrer l'inexactitude de la seconde proposition de Hecker, il convient de s'attaquer d'abord à l'historien de Genève; mais avant d'opposer le témoignage même de l'histoire à cette interprétation du passage de Celse, il est nécessaire de se faire une idée nette des matières comprises dans chacune des trois branches de la médecine. Cette seule exposition suffirait déjà pour montrer l'impossibilité pratique d'une division telle que Leclerc la conçoit. Pour savoir à quoi nous en tenir sur ce

(1) Versuch einer pragm. Geschichte d. Arzneik., éd. Rosenbaum, tome I, p. 540.
(2) Tafeln zur Gesch. der Med., p. 2.
(3) Gesch. d. Heilkunde, t. 1, p. 314.

étaient les dernières tirées de la pièce, et les préparations de plomb doivent, en vertu de leur pesanteur spécifique, se concentrer au fond des barriques. Un de mes malades vit deux fois les coliques se réveiller avec une violence extrême pour avoir bu un seul verre de ce cidre, après avoir été forcé d'en suspendre l'usage.

Si chez quelques malades, comme chez le sujet de la première observation, les accidents étaient tellement caractérisés qu'il était impossible d'en méconnaître la nature, chez d'autres ils étaient beaucoup plus obscurs, et eussent été d'une détermination beaucoup plus difficile si les gencives n'avaient pas été marquées du cachet de l'intoxication saturnine. Ce liséré ardoisé est certainement un des signes les plus constants, les plus caractéristiques de ces affections; il peut même exister et attester la pénétration du plomb dans l'économie avant qu'aucun trouble fonctionnel se soit encore manifesté. Plusieurs observateurs ont déjà fait cette remarque.

Tous les malades accusaient des coliques; ce symptôme le plus souvent avait précédé les autres. Chez quelques-uns, il a été dominé par les phénomènes arthralgiques; en général c'est la manifestation morbide dont le traitement a le plus facilement et le plus rapidement triomphé. Ces douleurs, dans lesquelles il semblait aux malades, suivant leur expression énergique, qu'on leur arrachait, qu'on leur tordait les entrailles, étaient tantôt intermittentes, tantôt continues avec des exacerbations. Occupant une partie ou la totalité de l'abdomen, elles s'irradiaient quelquefois dans les parois thoraciques, on étaient accompagnées d'un sentiment de constriction vers les attaches du diaphragme. La pression les soulageait un peu, bien que dans l'intervalle de ces crises l'épigastre fût sensible à la pression. Nous avons vu dans la première observation qu'elles étaient accompagnées d'une rétraction douloureuse des cordons spermatiques.

A côté de ces coliques et quelquefois sur le premier plan, se sont montrées des douleurs occupant les articulations ou la continuité des membres, dans les membres inférieurs surtout, s'exaspérant principalement dans les mouvements d'extension; en général diffuses, affectant rarement la forme névralgique; de la rachialgie, des crampes, des soubresauts, des anesthésies partielles. Chez le plus grand nombre des élancements douloureux se faisaient sentir dans la plante des pieds quand ils appuyaient cette partie sur le sol.

Chez tous il y a eu un affaiblissement très-prononcé des forces musculaires, de l'insomnie, et cette teinte cachectique de la peau qu'on a improprement désignée sous le nom d'ictère saturnin, et qui offre une grande analogie avec celle qu'on observe dans les maladies cancéreuses.

Les fonctions digestives ont été profondément troublées; la constipation n'a manqué qu'une seule fois; presque tous avaient des flatuosités, des éructations, des vomissements, quelquefois très-abondants, d'une bile épaisse, noirâtre, survenant assez souvent à la suite des coliques. Dans un cas, presque toutes les substances ingérées dans l'estomac étaient rejetées au dehors. J'ai observé une fois de la dysurie, une autre fois de l'impuissance; j'ai noté chez un malade des urines troubles et épaisses.

J'ai peu de choses à dire du traitement employé, basé sur les principes qui ont inspiré la fameuse formule de la Charité. Depuis longtemps je substitue les bains de vapeurs administrés tous les deux jours aux sudorifiques dont l'action est si souvent douteuse; il m'a semblé que spécialement dans cette forme où les phénomènes arthralgiques étaient très-prononcés, ce moyen amenait un soulagement très-rapide (1). J'ai préféré, en général, la belladone à l'opium, dans la pensée que ce médicament, outre son action générale stupéfiante, pourrait devenir un auxiliaire utile des moyens employés contre la constipation; enfin j'ai employé de bonne heure les bains sulfureux si justement préconisés dans les affections saturnines et spécialement dans les formes arthralgiques. (Tanquerel.)

Deux mots sur l'analyse chimique des boissons frelatées par les sels de plomb. La couleur pâle du cidre permet facilement de voir le précipité noir qui se forme quand on y verse de l'acide hydrosulfurique ou un hydrosulfate. Dans un vin de couleur foncée, il serait beaucoup moins aisé d'apprécier cette réaction. J'ai trouvé un procédé qui isole le sulfure de plomb de sa matière colorante; je prends un tube fermé à une de ses extrémités par une baudruche, et après y avoir fait un petit trou capillaire à l'aide d'une aiguille, j'y verse une solution concentrée d'hydrosulfate de soude. Je plonge ce petit appareil au fond d'un verre rempli du vin sophistiqué, en ayant soin que la colonne du liquide réactif n'atteigne pas la hauteur à laquelle le vin s'élève dans le verre. Aussitôt, instantanément en quelque sorte, une couche noire, floconneuse, de sulfure de plomb vient surnager la solution d'hydrosulfate. Si la colonne du réactif dépassait celle du vin, l'hydrosulfate se précipiterait dans le verre à travers l'ouverture de la baudruche et la réaction se ferait au milieu du vin. Il faut, pour que l'expérience réussisse, qu'elle ait lieu au niveau même du trou capillaire. Le sulfure formé s'élève dans le tube en vertu de sa légèreté spécifique.

Un tube éprouvette en verre percé d'un trou capillaire donne le même résultat.

Un autre procédé plus simple encore, mais qui ne permet pas comme celui-ci d'isoler le sulfure de plomb, consiste à verser dans un verre la solution d'hydrosulfate; on y place ensuite une petite feuille de liége sur laquelle on fait tomber goutte à goutte le vin qu'on veut analyser. Le vin surnage la solution aqueuse; mais bientôt entre les deux couches on aperçoit une zone noire, très-nettement distincte et constituée par du sulfure de plomb.

(1) Il est incontestable que la peau est une des voies d'élimination ouvertes au poison. On a vu la peau et les ongles noircir dans les bains sulfureux chez des individus qui avaient absorbé le plomb par les voies digestives. En faisant prendre successivement à un malade des bains sulfureux et des bains savonneux, j'ai vu cinq ou six fois de suite la peau noircir par l'action du soufre après avoir repris, sous l'influence des autres bains, sa couleur naturelle.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS NERVEUSES PAR LES ANNEAUX MÉTALLIQUES DU DOCTEUR BURQ; par M. EM. SALNEUVE, interne du service de M. MONOD, à la Maison nationale de santé.

Ayant eu occasion de voir à la Maison nationale de santé quelques cas

---

point, nous n'avons pas besoin d'aller bien loin; le livre même de Celse, dans lequel se trouve cette phrase, objet de tant de controverses, nous fournit les renseignements désirables sur la première question, puisque toute l'économie de ce livre repose précisément sur cette division de la médecine en trois sections inégales. Indiquer le plan général du TRAITÉ DE MÉDECINE, c'est donc résoudre en partie la difficulté.

La première partie, composée de quatre livres, comprend presque toutes les maladies dites *internes*, lesquelles, suivant les anciens, ne réclamaient guère que l'emploi du régime. Dans la seconde (livres V et VI) sont rangées les maladies pour la plupart externes et qui exigent les topiques. Enfin la troisième (livres VII et VIII) renferme ce que nous appelons la *médecine opératoire*, et, de plus, tout ce qui regarde le traitement des fractures et des luxations. De même que la *diététique* comprend l'étude des objets mêmes du régime, de même la *pharmaceutique* renferme, dans de certaines limites, l'étude des médicaments eux-mêmes, de leurs vertus et de leur préparation; le livre de Celse le témoigne: ainsi, dans les deux premières parties, il traite de la *matière de l'hygiène* et de la *matière médicale*, avant d'aborder l'histoire des maladies; et pour la *pharmaceutique*, il ne se contente pas d'indiquer la composition et l'action des topiques, il décrit aussi les préparations destinées à être prises à l'intérieur, soit contre les maladies internes, soit contre les maladies externes, et même en tête de la *pharmaceutique*, il a soin de vous dire, comme s'il voulait éviter toute fausse interprétation: « Ce qu'il importe avant tout de savoir, c'est que toutes les parties de la » médecine sont tellement liées entre elles, qu'il est impossible de les séparer » complétement, et le nom qui les distingue indique seulement la prédominance » des méthodes; celle, par exemple, qui est fondée sur le régime, s'adresse aussi » quelquefois aux médicaments; et celle qui s'applique principalement à combattre les maladies par l'action de ces agents thérapeutiques, est obligée d'y » joindre l'observation du régime dont l'utilité se fait si vivement sentir dans » toutes les affections du corps. » (Livre V, *Préamb.*, trad. de M. des Étangs.)

Ces réflexions de Celse n'établissent-elles pas clairement qu'il s'agit pour lui d'une *division des maladies purement scientifique et nosologique fondée sur la thérapeutique*, division imaginée pour soulager la mémoire et pour permettre une classification plus ou moins régulière des objets d'étude d'après leur manière d'être la plus générale, en tenant compte des empiétements réciproques?

Mais, oublions pour un instant le propre commentaire de Celse, et considérons les choses en elles-mêmes: ne vous semble-t-il pas comme à moi, mon cher confrère, qu'il serait déjà très-difficile de concevoir, au point de vue de la pratique, une division de la médecine telle que Leclerc veut l'établir, surtout en ce qui touche la délimitation des deux premières parties qui se pénètrent incessamment l'une l'autre, ainsi que Celse lui-même le déclare? Toutefois, comme les modernes eux-mêmes ont partagé la science en *médecine* et *chirurgie*, d'après des règles fort arbitraires, et que ces deux divisions correspondent assez bien, la première à la *diététique* de Celse, et la seconde à la *pharmaceutique* et à la *chirurgie*, abstraction faite de la partie purement pharmacologique sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, rien n'empêchait absolument d'admettre que la division de Celse est toute matérielle, et même les réflexions du médecin romain sur les empiétements réciproques des diverses parties, et particulièrement des deux premières, ne seraient pas un obstacle à cette opinion, car nous voyons

de névrose traités avec succès par les anneaux métalliques du docteur Burq, alors que les moyens ordinaires avaient échoué, nous avons cru devoir en recueillir les résultats et les publier tels qu'ils s'étaient produits. Ces observations, prises sous les yeux de notre affectionné chef, M. Monod, viendront naturellement s'ajouter à celles non moins intéressantes que nos anciens collègues, MM. les docteurs Pierre et Caffin, ont publiées dans la THÈSE INAUGURALE du docteur Burq (février 1851). Pour faciliter l'intelligence, nous les faisons précéder d'une courte analyse des travaux de M. Burq, travaux entièrement propres à l'auteur, que nous nous abstiendrons de juger et dont nous voulons lui laisser toute la responsabilité. (Voyez sa THÈSE INAUG., fév. 1851, DE L'ANESTHÉSIE ET DE L'AMYOSTHÉNIE AU POINT DE VUE DES SYMPTÔMES, DE LA MARCHE DU DIAGNOSTIC DE L'ÉTIOLOGIE ET DU TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES NERVEUSES EN GÉNÉRAL ET DE L'HYSTÉRIE EN PARTICULIER.

Toutes les idées thérapeutiques, nouvellement appliquées aux névroses par ce médecin, reposent sur le rôle important qu'il fait jouer aux lésions fonctionnelles de la sensibilité et de la motilité. Précédé dans l'étude de l'*anesthésie* par M. Gendrin (voyez la THÈSE INAUG. de M. Henrot ; Paris, 1847) et dans celle de l'*analgésie* par M. Beau (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1848, et THÈSE de M. Charles Delacour ; Paris 1850), M. Burq a su néanmoins ajouter quelque chose aux observations remarquables de ces deux habiles maîtres. Quant à ce que l'auteur appelle *amyosthénie* et que dans son observation et sa doctrine il place à côté de l'anesthésie et de l'analgésie, c'est un sujet neuf qui lui appartient exclusivement, aussi bien que les différents moyens qu'il indique pour en apprécier les divers degrés.

SENSIBILITÉ ET ANESTHÉSIE (page 6). — « La sensibilité générale se compose de deux sensibilités, aussi distinctes à l'état physiologique qu'à l'état pathologique : sensibilité du tact et sensibilité de la douleur. Elle est normale quand l'une et l'autre sont intactes. Il y a *anesthésie* toutes les fois que consécutivement à leur altération, les impressions tactiles n'arrivent plus au cerveau ou n'y déterminent que des sensations incomplètes.

» L'anesthésie peut ne porter que sur l'une des deux sensibilités seulement, et alors c'est toujours sur la sensibilité de la douleur, ou bien, ce qui est moins fréquent, les atteindre toutes les deux à la fois ; dans le premier cas, elle prend le nom d'*analgésie*, et dans le second elle conserve le nom d'*anesthésie*. (Voyez mém. de M. Beau.)

» L'analgésie varie depuis la simple obtusion du sentiment de la douleur par une des deux excitations le plus habituellement employées pour la constater, piqûre et pinçon, jusqu'à son extinction complète dans les opérations les plus graves de la chirurgie ; mais arrivée à ce point il est bien rare, si tant est même que cela existe, que le sentiment du tact soit dans toute son intégrité. — L'anesthésie vient toujours après l'analgésie, dont elle n'est que le second degré, à moins, ce qui est fort rare, qu'elle ne se montre en même temps.

» L'analgésie et l'anesthésie s'avancent toujours des parties superficielles vers les parties profondes, à peu près uniformément pour une même région. Elles laissent entre les parties qu'elles affectent des surfaces complétement sensibles. Elles ne respectent aucune des régions du corps accessibles à nos moyens d'exploration, et peuvent, à n'en pas douter, atteindre tous les viscères qui reçoivent des nerfs de sentiment.

» On les remarque d'abord aux membres supérieurs, à la région externe des avant-bras, beaucoup moins souvent aux jambes, et exceptionnellement sur le tronc ; nous ne les avons jamais vues débuter par les muqueuses.

» Il y a sensibilité de douleur ou de tact au *second temps de la piqûre*, toutes les fois que l'épingle, de perpendiculaire devenant horizontale, pour sortir par une seconde ouverture de la peau, détermine l'une ou l'autre de ces deux sensibilités, alors que, dans un premier temps, où elle passait progressivement de l'anesthésie à un reste de sensibilité, elle ne les avait pas rencontrées.

» Les derniers refuges de la sensibilité sont : 1° le *creux épigastrique;* 2° les angles inférieurs des omoplates ; 3° la *plante des pieds* et la *paume des mains.*

» LES CARACTÈRES ESSENTIELS DE L'ANESTHÉSIE sont : une mobilité extrême, qui n'est égalée que par celle de la maladie, hystérie, hypocondrie, et dont elle est le symptôme ; — de procéder par places de la périphérie au centre ; — de n'affecter le plus souvent qu'une partie de la sensibilité, — et de laisser ordinairement des lacunes ou anomalies qui ne permettent de la rapporter à aucune affection organique ; — d'exciter, avec un cortége de symptômes dont elle mesure et règle la marche, de concert avec un autre signe, l'*amyosthénie*, — et de partager avec l'amyosthénie la propriété remarquable de disparaître entièrement sous l'influence de l'application répétée de certains métaux.

» MOBILITÉ ET AMYOSTHÉNIE (p. 10). — Il y a *amyosthénie* lorsque la motilité est au-dessous de la force indiquée par le volume des muscles, leur rigidité et l'exercice habituel auquel ils sont soumis, le moment de leur action et l'état général de l'individu. — L'amyosthénie varie suivant une foule de circonstances, dont le dynamomètre peut seul faire apprécier les variations (1).

» L'amyosthénie s'offre dans les mêmes conditions et tout aussi souvent que l'anesthésie : comme celle-ci, elle peut manquer ou occuper un membre à elle seule ; réunies, c'est l'amyosthénie qui presque toujours s'est montrée la première. — Plus souvent que l'anesthésie, elle débute par les membres pelviens, et dans un certain nombre de cas, elle paraît les affecter de préférence. »

« SES CARACTÈRES ESSENTIELS sont à peu près les mêmes que ceux de l'anesthésie ; mais elle est moins mobile et a une tendance à la fixité de laquelle peut quelquefois résulter une difficulté pour le diagnostic, et plus ou moins de résistance au traitement métallique. »

Plus loin, p. 14, l'auteur s'exprime ainsi sur l'importance de ces deux phénomènes :

« Il n'existe peut-être pas dans toute la pathologie un autre symptôme qui ait autant de valeur que l'anesthésie et l'amyosthénie. Causes ou effets, ces deux lésions n'existent jamais impunément ; elles suivent la névrose dans toutes ses phases, augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion, disparaissent seulement avec son dernier signe, et ne restent absentes que tout le temps que dure la guérison. Il y a sous ce rapport, aussi bien que sous celui des renseignements et des indications de toute sorte dont il est la source, tant de ressemblance entre ce symptôme et le pouls des inflammations, que nous n'hésitons pas à le

(1) L'auteur se sert d'un dynamomètre de son invention, qui est d'un usage aussi sûr que commode ; mais avec cet instrument, on ne peut, bien entendu, avoir que des évaluations relatives sur la force.

tous les jours les chirurgiens recourir tant bien que mal à la médecine proprement dite, et les médecins, à leur tour, entrer à main armée sur le terrain des chirurgiens, si le cas l'exige, lors même que les uns et les autres n'embrassent pas ordinairement la science dans toute son étendue.

Mais en présence de l'histoire, une pareille question n'a que faire du raisonnement, des suppositions et des comparaisons. Interrogeons donc l'histoire, et voyons si, dans l'antiquité, il y a eu en réalité trois classes de médecins correspondant aux trois grandes divisions, appelées vulgairement *diététique*, *pharmaceutique* et *chirurgie*. Eh bien ! aucun texte ne vient, à ma connaissance, répondre par l'affirmative ; tous, au contraire, permettent de conclure dans le sens opposé. D'abord il n'y a aucun témoignage direct sur lequel on puisse l'appuyer, et Celse lui-même n'eût pas manqué de remarquer cette particularité si elle eût existé. En second lieu nous voyons, par toutes les citations, par tous les fragments qui nous font connaître les médecins de cette longue période qui sépare Érasistrate de Celse, que tous, les plus obscurs comme les plus illustres, aussi bien parmi les dogmatiques que parmi les empiriques, ont pratiqué en même temps les trois branches de l'art de guérir. Pour vous en convaincre, vous n'avez qu'à ouvrir les BIBLIOTHÈQUES MÉDICALES ET CHIRURGICALES de Haller ; vous trouverez précisément la confirmation de mon assertion, et cependant, chose étonnante, Haller lui-même partage l'opinion de Leclerc, de sorte qu'il détruit d'une main ce qu'il cherche à édifier de l'autre ; car vous trouvez dans l'une et l'autre bibliothèque, Mantias, Andreas de Caryste, Hicésius, Zénon, Glaucias, Apollonius, Sérapion, Héraclide et tant d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Dans mes leçons au collége de France, j'ai poursuivi cette démonstration dans ses moindres détails ; mais le résumé que je soumets aujourd'hui à votre appréciation me semble suffisant, mon cher confrère, pour porter la conviction dans votre esprit.

Dire avec Hecker que par suite du partage purement scientifique de la médecine en trois branches, il est arrivé que chacun, suivant son goût particulier, s'est plus spécialement attaché à l'une ou à l'autre de ces branches, c'est dire trop ou ne rien dire du tout. Dans le premier cas, c'est revenir au sentiment de Leclerc par une voie détournée, d'une manière moins explicite et dans un sens moins absolu ; mais cette simple prédilection ne ressort même pas de l'histoire, et on ne voit pas qu'il y ait eu, du moins d'une façon générale, des médecins qui se soient plus occupés de la seconde que de la première partie. On voit, au contraire, qu'ils étudiaient avec un soin égal tout ce qui concernait l'art de guérir. Prétendre que quelques individus se sont plus particulièrement attachés à une partie qu'à une autre, c'est, je le répète, ne rien dire du tout, car cela ne constitue pas une division pratique de la médecine ; il n'y a là qu'une tendance individuelle sans influence sur l'ensemble de la pratique.

Je tomberais moi-même dans une grave erreur si je n'admettais aucune division dans l'exercice de l'art de guérir ; mais cette division ne répond pas du tout à celle de Leclerc, de Haller et de ceux qui ont partagé leur sentiment. Il paraît, d'après le témoignage de Celse lui-même et d'après celui de Galien, qu'il y eut, à Alexandrie et à Rome, des individus qui s'adonnaient spécialement à la chirurgie. Celse dit positivement, dans le préambule du livre VII, qu'après Hippocrate la chirurgie, distinguée des autres branches de l'art de guérir, fut exercée par des hommes spéciaux. L'histoire nous a conservé quelques renseignements sur des

» regarder *métaphoriquement* comme le véritable pouls de l'hystérie et » de diverses autres névroses. — Les renseignements qu'il fournit sur la » névrose sont d'une grande exactitude et quelquefois plus sûrs que ceux » qui résultent des réponses des malades, dont elles permettent, à la ri» gueur, de se passer.

» PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR EXPLORER LA SENSIBILITÉ. — Toute » exploration doit, autant que possible, se passer hors de la vue des ma» lades, et on fera sagement de faire précéder celle qui a lieu par l'épingle » d'une petite leçon sur la différence des sensibilités de tact et de douleur, » pour éviter que, se sentant piquées dans l'analgésie simple, les femmes » surtout se plaignent, par habitude ou par amour-propre.

» Bannir en général des explorations délicates, plaques et tiges de mé» tal; nous en exceptons cependant l'épingle, et encore préférons-nous » celle de platine, et veiller à ce que la surface en suspicion n'ait pu être, » quelques instants auparavant, en rapport avec une surface métallique, » une baignoire, un barreau de fer, etc. — Avoir toujours présent à la » pensée que, pour une analgésie ou même une anesthésie légère, il suffit » quelquefois d'une forte excitation pour la faire cesser momentanément, » et par conséquent graduer celle-ci sur la profondeur présumée de l'a» nesthésie; — s'adresser, avant tout, aux parties superficielles, puisque, » si l'épiderme, par exemple, est sensible, les autres le sont pareillement; » — dans tous les cas, employer concurremment le pinçon et la piqûre, » parce que plusieurs faits nous ont appris que les deux sont nécessaires » pour reconnaître si la sensibilité est normale; — n'avoir recours qu'ex» ceptionnellement et à titre de renseignements aux agents, comme le froid » et le chaud, dont il n'est pas possible de limiter l'action; — ne déclarer » l'anesthésie complète que lorsqu'il n'y a plus ni sentiment de douleur » ni sentiment de tact, soit à un pincement énergique, soit au deuxième » temps de la piqûre, soit enfin à l'enfoncement de longues aiguilles à acu» puncture dans l'épaisseur des muscles.

» Pour les muqueuses, employer alternativement la piqûre et le cha» touillement, puis les irritants capables de réveiller, en même temps que » la douleur, le sens qu'on suppose avoir été affecté. »

Dans les chapitres suivants de sa thèse, M. Burq, les yeux toujours fixés sur l'anesthésie et l'amyosthénie, qu'il appelle symptômes négatifs ou asthéniques, par opposition aux autres symptômes, douleurs, spasmes, convulsions, etc., qu'il désigne sous le nom de positifs ou sthéniques, commence par diviser toutes les névroses en deux grandes classes :

1° Névroses qui, comme l'épilepsie et la chorée, ne paraissent jamais offrir par elles-mêmes des phénomènes *continus* d'anesthésie ou d'amyosthénie ;

2° Névroses qui, comme l'hystérie, l'hypocondrie et le plus grand nombre des névralgies, présentent toujours, sauf peut-être quelques rares exceptions, des phénomènes continus de l'un ou de l'autre symptôme, et le plus souvent des deux.

« Toutes les névroses de la seconde classe, les seules dont nous voulions » nous occuper ici, dit l'auteur, ne sont ordinairement qu'une seule et » même affection, dont le degré et la forme varient suivant certaines con» ditions, mais qui finalement dérivent d'une cause commune et nécessi» tent au fond le même traitement. » Il ne leur reconnaît, d'ailleurs, que deux ordres de symptômes :

Premiers symptômes, positifs ou sthéniques, qui se rapportent à une simple augmentation ou à une exagération des fonctions ou des propriétés sensitives, motrices, circulatoires, caloriques, sécrétoires, etc., d'un ou plusieurs organes;

Deuxièmes symptômes, négatifs ou asthéniques, qui se rapportent, au contraire, à une diminution ou à une annulation complète des mêmes fonctions ou propriétés.

M. Burq, établissant ensuite la relation parfaite qui lui semble exister entre ces deux espèces de symptômes et l'impossibilité où l'on est, suivant lui, d'agir efficacement sur les uns sans avoir la même action sur les autres, arrive enfin par la théorie, les faits et le raisonnement, à prendre pour type de tous les phénomènes nerveux l'anesthésie et l'amyosthénie, et à les présenter comme le meilleur moyen d'éclairer le diagnostic, l'étiologie et le traitement.

DIAGNOSTIC. — « La constance et la continuité de l'anesthésie ou de » l'amyosthénie, leur réunion habituelle, leur mobilité et leurs anomalies, » l'invasion périphérique et partielle de l'analgésie d'abord, de l'anesthésie » ensuite, le rapport constant de ces deux symptômes avec tous les phé» nomènes positifs de la névrose, la possibilité de les faire cesser le plus » souvent par des applications de métal, plus les antécédents et l'état exté» rieur du malade, suffisent dans le plus grand nombre des cas pour établir » le diagnostic différentiel des affections nerveuses de la deuxième classe » d'avec les autres maladies qui peuvent donner lieu à quelque confusion. »

ÉTIOLOGIE. — Adoptant la définition du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES pour l'anesthésie, M. Burq l'applique aux autres symptômes du même ordre ou négatifs qu'il attribue ainsi, *à une suspension dans l'action de la force nerveuse*, à un défaut de conductibilité des nerfs dans les parties qui en sont le siége, tandis que les symptômes positifs ou sthéniques seraient dus à un afflux nerveux trop considérable.

Ces derniers spasmes, migraines ou simple névralgie, pour les cas les plus légers; convulsions hystériques ou désordres hypocondriaques de toute nature pour ceux où l'anesthésie, l'amyosthénie, l'aménorrhée, etc., existent à un plus haut degré, sont dans sa doctrine une conséquence forcée des phénomènes négatifs et le résultat d'une sorte de pléthore nerveuse, dont la nature s'efforce à prévenir l'augmentation par une foule d'artifices, tels que perte du sommeil, dépravation du goût, dyspepsie, etc., qui ont pour but de tarir les sources où le système nerveux puise incessamment sa force et que la médecine réussit le mieux à faire taire par toute médication capable d'arriver au même résultat.

D'où cette définition que l'auteur fait de l'hystérie et des autres maladies de la même classe :

« L'hystérie représente une simple lésion de fonctions du système ner» veux dont les premiers symptômes, tantôt négatifs, tantôt positifs (l'auteur » voudrait pouvoir dire anerviques et hypernerviques) affectent le plus » souvent quelques organes de préférence, mais dont toutes les formes, » quelque variées qu'elles puissent être, sont dues à un défaut d'équilibre » entre la production et la dépense normale de l'influx nerveux. »

(La suite au numéro prochain.)

---

praticiens appelés *chirurgiens*; mais entre le fait de la séparation de la chirurgie (et encore de la *chirurgie opératoire*) au profit de quelques individus, tandis que l'art de guérir était étudié et pratiqué dans toutes ses parties par la majorité des médecins, et un partage réel de la médecine en trois branches exercées par trois classes de praticiens, il y a une distance immense sur laquelle il n'est pas besoin de s'arrêter davantage. Ces *chirurgiens* sont précisément les gens qui ont été poussés par un goût particulier ou par la nécessité vers une partie de l'art de guérir plutôt que vers une autre. D'ailleurs nous voyons que ces praticiens peuvent être le plus souvent rangés dans la classe des *spécialistes* proprement dits, classe qui n'était pas moins nombreuse dans l'antiquité que dans les temps modernes, ainsi qu'on le voit par Galien (1). Si Galien est forcé d'admettre les spécialités, il s'élève contre les spécialistes, en tant que ces *demi* ou ces *quart* de médecins, comme il dit, voulaient considérer leurs *spécialités* comme des parties distinctes de la médecine, qui est *une*, quelles que soient ses divisions.

On voit, d'après ce que nous raconte le médecin de Pergame, qu'il y avait des oculistes, des opérateurs de la cataracte, des dentistes, des chirurgiens herniaires, des gens qui pratiquaient uniquement la paracentèse, la lithotimie, l'opération du cathétérisme, qui s'occupaient des oreilles, des maladies de l'anus. Il y avait des médecins appelés *diététiques*, *pharmaceutiques* et même *botanistes*, parce qu'ils se servaient plus particulièrement de la diète, des médicaments composés ou des herbes. Ceci se rapporte au temps de Galien, et il s'agit bien ici d'un système thérapeutique; il y a même des gens qui s'appelaient *donneurs de vin ou d'ellébore* (1). Ces spécialités, comme le remarque l'auteur DES PARTIES DE LA MÉDECINE, ne pouvaient s'exercer que sur de grands théâtres; autrement le métier n'aurait pas suffi pour faire vivre ceux qui s'y livraient. La spécialité avait revêtu toutes les formes, et l'antiquité, sous ce rapport, n'a rien à nous envier. Il y avait même des spécialistes de plus bas étage; on trouve des médecins qui s'exercent à bien donner des clystères, à saigner les veines ou les artères (Gal., t. V, p. 150).

Je dois faire remarquer cependant que les *chirurgiens*, du moins quelques-uns, ne se restreignaient pas seulement à la branche appelée *chirurgie* par Celse, car on voit qu'ils s'occupaient aussi des maladies externes qu'on traitait à l'aide des médicaments. Ainsi cette séparation même de la chirurgie et l'extension qu'on donnait à ce mot prouvent péremptoirement que la division en trois branches était purement scientifique et n'avait pas de représentation exacte dans la pratique.

Affirmons donc, pour clore la première partie de ces remarques, que les plus grands praticiens de la période comprise entre la fondation de l'école d'Alexandrie et Celse, furent à la fois médecins et chirurgiens. La séparation de la chi-

(1) L'HYGIÈNE EST-ELLE UNE PARTIE DE LA MÉDECINE OU DE LA GYMNASTIQUE? chap. 24, t. V, p. 846, suiv., et DES PARTIES DE LA MÉDECINE, chap. 2, t. IV (*in* Spuriis libris), f° 16; éd. Iunt.

(1) Je n'ai pas besoin de rappeler, qu'au dire d'Hérodote, la médecine était aussi exercée en Égypte par des *spécialistes* de toute nature, ou plutôt que la médecine paraît avoir été divisée dans ce pays en de très-nombreuses spécialités.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

INTRODUCTION DANS LA VESSIE D'UN PORTE-PLUME MÉTALLIQUE; EXTRACTION APRÈS SIX ANNÉES DE SÉJOUR PAR LA TAILLE BILATÉRALE ; observation recueillie dans le service de M. le docteur FONTANT à l'hôpital de Niort.

OBS. — Charles Pacault, de la campagne, âgé de 21 ans, d'une constitution primitivement assez forte, présentait depuis six ans les symptômes rationnels d'un calcul vésical. Après avoir éprouvé d'incessantes difficultés pour uriner, des douleurs profondes vers la vessie et l'anus, ses parties génitales s'enflammèrent et immédiatement au devant des bourses, il se forma un abcès dont l'ouverture devint fistuleuse par le passage continuel de l'urine. Aussi ce liquide ne sortait jamais par jet et, quand les envies s'en faisaient sentir, le malade poussait des cris horribles, trépignait des pieds, s'appuyait sur ses genoux et restait dans cette position pendant des heures entières.

Vaincu par tant de souffrances, Pacault se détermina à entrer à l'hôpital-hospice de Niort où il fut reçu le 6 octobre dernier.

Ou le sonda et le cathéter rencontra un corps dur produisant un son mat que l'on reconnut être un calcul assez gros et engagé en partie dans le col de la vessie.

A cette époque, le malade était dans un état d'épuisement extrême; la fièvre ne le quittait plus, la diarrhée était continue, il y avait de la bouffissure au visage et de l'œdème aux extrémités. Malgré son mauvais état de santé, Pacault réclamait l'opération, et l'on dut se décider à la faire comme offrant la seule ressource qu'on dût opposer à des accidents qui semblaient ne pas laisser au malade plus de quinze jours d'existence.

La taille a été pratiquée par la méthode bilatérale, le 15 du mois d'octobre, en présence de MM. les docteurs Gaussé et Lunier.

Le malade préparé et assujeti comme de coutume fut soumis à l'action stupéfiante du chloroforme; l'incision des parties molles offrit une épaisseur anormale et une sorte d'induration des tissus du périnée; la présence du calcul dans le col de la vessie ne permit pas non plus au lithotome double son plein développement, de sorte que pour inciser la vessie assez largement il fallut avoir recours à un long bistouri boutonné.

A l'ouverture de la plaie, le doigt rencontra une masse calculeuse grosse comme un œuf de poule et très-friable au toucher. On ne put l'extraire que par fragments, et en se rapprochant de son centre ou noyau, les tenettes donnèrent la sensation d'un corps plus dur, allongé, cylindrique et fortement enclavé au côté gauche du bas-fond de la vessie. Quel pouvait être ce corps étranger, et surtout comment l'extraire? Le bout du doigt y touchait à peine et le tenettes ne pouvaient y atteindre; après quelques tentatives inutiles, on glissa sous ce corps, avec le doigt index servant de conducteur, l'extrémité d'une longue tige métallique au moyen de laquelle on lui fit faire bascule, et bientôt après les tenettes amenèrent au dehors un porte-plume en cuivre jaune verni en noir et de la longueur de 8 centimètres.

Devant ce témoin accusateur, Pacault, toujours discret jusqu'alors, avoua qu'il y a six ans environ (il avait 15 ans alors), il se trouvait en compagnie de jeunes gens qui avaient la vicieuse habitude de l'onanisme, qu'il voulut faire comme eux, et que dans cette manœuvre immorale il s'enfonça le porte-plume dont il s'agit dans le canal de l'urètre d'où il tomba ensuite dans la vessie. Cependant le sentiment de la honte fut plus fort chez lui que celui de la douleur, c'est pourquoi il supporta sans rien dire, pendant six longues années, une affection cruelle qu'un premier aveu de sa part pouvait faire cesser aussitôt.

Quant à l'opération, elle fut longue et difficile à cause des diverses complications que l'on n'avait pu prévoir, mais elle n'a été suivie d'aucun accident notable; point d'hémorrhagie, point de phlogose, peu ou point de fièvre traumatique; aujourd'hui 25 novembre la fistule du scrotum est guérie, les urines ont repris leur cours naturel, et la plaie de l'opération est entièrement cicatrisée.

Pacault se dispose à sortir incessamment de l'hôpital.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du traitement de l'hydrocèle par l'injection de teinture d'iode pure*; par M. R. Clark. (L'auteur employant la teinture non étendue d'eau, trouve à cette conduite l'avantage de n'avoir besoin d'en injecter qu'une très-petite quantité. 4 grammes suffisent pour opérer la cure.) 2° *Cas de diabète sucré, montrant les effets d'un régime ténu et l'oblitération du conduit cystique*; par M. Brown 3° *Origine, progrès et terminaisons différentes des tumeurs chroniques de l'ovaire*; par M. Tilt. 4° *Des actions morbides du système nerveux*; par M. Williams, 5° *Considérations sur la pratique de la médecine*; par M. Child. 6° *Notes sur la structure des dents*; par M. Bate. 7° *Considérations sur le climat de l'Italie relativement au traitement des maladies chroniques*; par M. Pollock. 8° *Plaie pénétrante profonde du mollet par une faucille; hémorrhagie abondante*; par M. Hussey. (Le blessé avait perdu beaucoup de sang quand on put lui donner les premiers soins. On agrandit la plaie par une incision verticale divisant le soléaire. L'artère tibiale postérieure fut trouvée lésée; on en lia chaque bout ainsi que quelques branches musculaires. L'hémorrhagie fut ainsi arrêtée, mais le blessé très-affaibli, succomba quarante-huit heures après l'accident.) 9° *Essai sur les inflammations de mauvaise nature*; par M. Gallwey. 10° *Sur les effets de la commotion de la moelle épinière*; par M. Grantham. 11° *Corpuscules blancs du sang*; par M. Balman. 12° *Cas d'empoisonnement par l'arsenic*; par M. Ogston. 13° *Cas de rupture partielle de la portion moyenne du muscle premier radial*; par M. Grantham. (Une longue échelle tomba de manière que son poids porta violemment sur l'extrémité de l'indicateur. Depuis lors le malade ne put fléchir la main, et l'on reconnut à une tuméfaction indolente, le siége de la solution de continuité. Le repos, puis quelques embrocations stimulantes assurèrent la guérison.) 14° *Bons effets de la créosote dans le traitement de la diarrhée*; par M. Kesteven. 15° *De la péricardite principalement à l'état latent*; par M. Fearnside. 16° *Sur l'anatomie du genou*; par M. Coole. (Explication du mécanisme par lequel le genou susceptible d'une forte flexion, ne peut subir l'extension au delà de la ligne droite, et accomplit la rotation en tous sens, quand il a été préalablement fléchi.) 17° *Remarques sur le fongus qui existe dans le favus*; par M. Griffith. 18° *Deux cas d'obstruction intestinale avec une hernie ancienne; mort par suite de rupture de l'intestin*; par M. Latham Ormerod. 19° *Sur quelques points relatifs au mécanisme de l'articulation de la hanche*; par M. Holden. 20° *Sur la séparation de la sensation, de la volition et du pouvoir involontaire*

---

rurgie proprement dite et considérée dans son ensemble ne fut certainement pas aussi généralement acceptée dans l'antiquité que de nos jours, et je n'ai pas besoin d'ajouter que cette séparation n'est pas consacrée en principe dans les écoles et qu'elle ne repose sur aucune donnée scientifique.

Quelques historiens, entre autres Sprengel (*l. l.*, p. 541), tout en suivant d'une manière générale le sentiment de Leclerc, s'en sont écartés sur un point important et ont introduit une erreur de plus dans la discussion. Nous avons vu que l'historien de Genève savait parfaitement quelles parties de la médecine comprenaient les divisions admises par Celse; son seul tort, c'est d'avoir cru que chacune de ces divisions correspondait à une classe spéciale de praticiens. Mais le professeur de Halle commet à la fois une double faute, l'une qui lui est commune avec Leclerc, l'autre qui est d'avoir cru que par *pharmaceutique* Celse entendait la *rhizotomie* ou *apothicairerie*. En regardant la *rhizotomie* ou *apothicairerie* comme répondant à ce que Celse appelle *pharmaceutique*, Sprengel commet pour ainsi dire plus d'erreurs qu'il n'écrit de mots. D'abord Celse déclare positivement, dans la préface du livre v, que la *pharmaceutique* est la partie de la médecine qui combat les maladies, principalement par les médicaments. Les livres v et vi tout entiers ne sont qu'un développement de cette définition; seulement, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, l'histoire des médicaments composés est jointe à la nosographie et à la thérapeutique proprement dite, comme dans la première partie la matière de l'hygiène est comprise sous le nom de *diététique*.

Comment a-t-il pu venir dans l'esprit de Sprengel que Celse ait considéré comme une partie de la médecine la *pharmacopolie* telle qu'elle était exercée dans l'antiquité? C'était un véritable métier de charlatans et de fraudeurs!

Sprengel aurait eu au moins une ombre de raison en regardant comme identiques la *pharmacopolie* et la *rhizotomie*, quoiqu'au fond cette identité n'existe pas, ainsi que je le démontrerai plus bas. En tous cas, la *pharmacopolie*, et la *rhizotomie* à plus forte raison, ne sont pas comparables à notre *apothicairerie* ou *pharmacie*. C'est un point que j'aurai l'occasion d'établir en reproduisant la partie de mon cours qui regarde l'histoire des pharmacopoles et des rhizotomes. J'établirai en même temps que ni l'une ni l'autre profession n'ont jamais été regardées comme faisant partie de la médecine; c'est là une invention des historiens modernes. Ce que je veux établir dans ce moment, c'est que l'art de confectionner les remèdes n'était point dans l'antiquité séparé de la médecine, et que les médecins, du moins au temps de Celse, ne s'en rapportaient qu'à eux-mêmes pour la préparation et la vente des médicaments. Les matières premières leur étaient fournies en grande partie par les rhizotomes et par les pharmacopoles. L'officine du médecin servait tout à la fois aux opérations et à la *pharmacie*; tous les médecins se livraient aux manipulations; elles n'étaient le domaine exclusif d'aucun en particulier. Plus tard les rhizotomes et les pharmacopoles empiétèrent sur les droits des médecins, que ces derniers le permissent ou non. Encore si les pharmacopoles préparaient les médicaments, ces médicaments passaient-ils par les mains des médecins pour arriver aux malades. En un mot, les médecins ne formulaient pas une ordonnance que le pharmacopole remplissait; il ne faisait que s'approvisionner auprès du pharmacopole pour l'usage de sa clientèle. Quand les pharmacopoles

dans le cerveau, la moelle allongée et la moelle; par M. Swan. 21° *Des différentes manières dont la mort arrive*; par M. Richardson. 22° *Instrument en remplacement du spéculum dans quelques formes des maladies utérines*; par M. Inman. 23° *Cas relatifs aux signes de la virginité*; par M. Kesteven. 24° *Fièvre rémittente chez les enfants, dans ses rapports avec le diagnostic de l'hydrocéphale*; par M. Taylor. 25° *Cas de ramollissement rouge du pont de Varole*; par M. J. Brown. 26° *Cas de cancer du pylore*; par M. Brush. 27° *Des scrofules ou strumes, nature, variétés, causes et traitement*; par M. W. Smith. 28° *Signification pathologique de quelques-uns des premiers signes stéthoscopiques de la phthisie pulmonaire, considérés par rapport à la présence des tubercules*; par M. Cheltenham. 29° *Les scrofules considérées comme affectant les glandes lymphatiques externes*; par M. Barman. 30° *Essai sur les inflammations de mauvaise nature*; par M. Gallwey. 31° *Cas d'imperforation de l'anus*; par M. Pretty. (On ne put atteindre l'intestin, qui se déchira consécutivement, la mort fut la suite de l'épanchement de son contenu dans le péritoine.) 32° *Cas relatifs aux accouchements*; par M. Radford. 33° *Sur le diagnostic physique des maladies de l'abdomen*; par M. Ballard. 34° *Description de nouvelles preparations d'or pour le tamponnement des dents cariées*; par M. Tomes. 35° *Sur les abcès de la paroi antérieure de l'abdomen*; par M. Mauley. 36° *Maladie par putréfaction des poumons, comme conséquence de l'apoplexie pulmonaire*; par M. Fearnside. 37° *Remarques sur les saignées*; par M. Wells. 38° *Observations d'obstruction intestinale*; par M. Phillips. (Un cas d'iléus, un d'obstruction par direction vicieuse de l'intestin, et un causé par des adhérences.) 39° *Lésion du rein*; par M. Hewer. 40° *De l'aptitude du corps humain à résister aux lésions de cause extérieure*; par M. Hinton. (L'auteur raconte seulement plusieurs exemples d'accidents où les blessés ont survécu à l'action d'une cause vulnérante très-intense.) 41° *De l'inhalation du chloroforme, ses effets anesthésiques, et ses usages pratiques*; par M. Dunn. 42° *Sur la luxation de l'extrémité sternale de la clavicule*; par M. Milton. 43° *Sur l'empoisonnement par l'acide sulfurique, et sa constatation dans le sang et les viscères*; par M. Geoghegan. 44° *Cas d'étranglement interne de l'intestin*; par M. Tane. 45° *Opération de trachéotomie faite sous l'influence du chloroforme*; par M. H. Smith. 46° *Sur le développement des cartilages flottants des articulations*; par M. Kingdon. (Explications empruntées à l'étude des cellules et n'ayant que peu de conséquences pratiques.) 47° *Cas de phlébite puerpérale ou d'infection purulente du sang; guérison*; par M. Brow. 48° *Sur les muscles du dos*; par M. Holmes Coote. 49° *Sur la coutume de bander le ventre après l'accouchement*; par M. Kesteven. 50° *Série de faits montrant l'effet des altérations de l'artère pulmonaire sur le traitement des maladies du cœur et des poumons*; par M. Norman Chevers. 51° *Influence des variations de la tension électrique comme cause de maladie*; par M. Craig. 52° *Sur le spéculum du vagin*; par M. Hull. (Remarques sur l'emploi abusif de cet instrument.) 53° *Cas d'épilepsie franche survenue durant l'accouchement*; par M. Dickinson. 54° *Laryngite par cause locale*; par M. Kingdon. 55° *Luxation de l'extrémité sternale de la clavicule*; par M. Brown. 56° *Cas d'épilepsie occasionnée par l'irritation d'une alvéole*; par M. Baly.

DEUX CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE AVEC UNE ANCIENNE HERNIE; — MORT PAR RUPTURE DE L'INTESTIN; par M. LATHAM ORMEROD.

Ces deux cas montrent le dernier degré ou plutôt les conséquences possibles de l'état que M. Guignard a si bien décrit (voy. GAZ. MÉD., 1846, p. 1017). Ici le rétrécissement intestinal ne paraît pas avoir été provoqué par l'étranglement. Ce qui ressort de plus important de ces observations, c'est la localisation de la tuméfaction abdominale, qui a pu servir à préciser durant la vie le siége de la lésion; c'est, d'autre part, la promptitude de la mort qui a eu lieu avant que la rupture intestinale eût eu le temps de susciter dans les parties ambiantes les phénomènes de l'inflammation.

OBS. I. — M..., âgé de 56 ans, fut atteint le 20 août 1849, pendant une épidémie de choléra, d'un dévoiement qui céda à de petites doses de calomel. Le lendemain il fut subitement pris de hoquet et de vomissements. Ces symptômes persistant, l'auteur fut appelé à voir ce malade conjointement avec M. Oldham.

Le pouls était à 84, sans douleur dans l'abdomen. On constata une hernie inguinale volumineuse à gauche, datant de plusieurs années, qui rentrait aisément, et pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage. L'anneau inguinal était entièrement libre; on pouvait y introduire trois doigts.

Tous les moyens employés n'opérèrent qu'un soulagement passager. L'acide cyanhydrique, le chloroforme, les boissons effervescentes réussirent surtout à accomplir ce but. Un lavement ne produisit pas d'effet sensible.

Le 22 août, l'abdomen était plus douloureux à la pression du côté gauche; mais ce symptôme céda à un sinapisme. On désira avoir l'avis de M. Furnez; mais un moment avant à son arrivée, le malade sentit comme quelque chose qui se rompait dans son ventre. Il le trouva livide, abattu, et la mort eut lieu deux heures après cet accident, trente-six heures à partir du commencement du hoquet et des vomissements.

AUTOPSIE, dix-huit heures après la mort.

Le péritoine est injecté çà et là et contient quelques gaz, avec deux pintes de sérosité trouble et quelques flocons de fibrine récemment épanchée. L'intestin n'est pas notablement distendu, et ne présente d'autre altération que d'avoir ses circonvolutions unies irrégulièrement par places au moyen d'anciennes adhérences. Un de ses paquets intestinaux, situé dans le sac, est de couleur brune, œdémateux. Sur l'un de ses plis existe une fissure longue d'un pouce et exactement parallèle aux valvules conniventes.

Dans cette étendue, la muqueuse est congestionnée, et dans certains points, elle manque. La congestion est également marquée tout autour de la déchirure. Il n'y a nulle part de traces d'ulcération ancienne ou de gangrène récente.

On ne trouve ni bande ni repli qui puisse expliquer cette lésion.

OBS. II. — Le 14 décembre 1850, l'auteur fut prié de voir un homme âgé de 69 ans, qui depuis deux ans souffrait de constipations revenant fréquemment. Il portait du côté gauche une forte hernie inguinale qui ne lui avait jamais causé d'incommodité et qu'il ne contenait point.

Depuis le 8 décembre, il n'avait pas eu d'évacuations alvines, quoiqu'il eût pris différents purgatifs, ainsi que des lavements.

Le 13, le hoquet commença à se manifester, ainsi que des vomissements, composés d'abord de fluides alimentaires, puis de mucosités acides mêlées de stries d'un sang noir.

Bon sommeil; langue large, molle, blanche; pouls à 96, petit, intermittent (comme il l'est d'habitude). L'abdomen est distendu, principalement vers le cæcum, et aussi un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Le côté gauche de

---

ou même les rhizotomes délivraient immédiatement des médicaments aux malades, ils agissaient comme nos droguistes ou herboristes qui font de la médecine populaire. Les médecins même qui ont écrit *ex professo* sur les médicaments s'occupaient également des autres parties de la médecine, ainsi que je l'ai établi dans mes leçons.

Les matières premières étaient donc fournies aux médecins par deux classes d'individus qui n'ont jamais fait partie du corps médical, mais qui ont trop souvent, je le répète, empiété sur les droits des médecins: c'étaient les *rhizotomes* et les *pharmacopoles*. Les rhizotomes, encore plus éloignés des pharmaciens que les pharmacopoles, avaient pour office de recueillir les plantes, ainsi que leur nom l'indique; ils les vendaient sur le marché, soit aux médecins, soit au public, soit enfin aux pharmacopoles eux-mêmes qui tenaient un établissement fixe et auprès desquels les médecins se fournissaient, attendu qu'ils tenaient toute espèce de drogues premières; ils réunissaient quelquefois les fonctions de droguistes et d'herboristes; ce ne fut que tardivement et avec le relâchement des mœurs que les médecins leur abandonnèrent en grande partie le soin de préparer les médicaments. Plus tard même il y eut des *pharmaceutes* en titre, chargés de l'application des remèdes externes; c'étaient des espèces d'infirmiers ou d'aides, comme étaient les aides des Asclépiades; encore ces derniers étaient-ils pour la plupart des *élèves* qui à leur tour devaient devenir des maîtres, car de tout temps les médecins ont eu des aides libres ou esclaves, comme on le voit par les livres de Platon et d'Hippocrate.

Ainsi ni la *rhizotomie* ni la *pharmacopolie* ne furent jamais une division de la médecine; autant vaudrait dire que la chirurgie ne comprenait que l'étude des instruments, et que la diététique n'embrassait que celle de la matière de l'hygiène.

D'ailleurs, avant les Alexandrins, du temps de Théophraste et certainement longtemps avant lui, il y avait des pharmacopoles, et jamais on n'a regardé leur art comme une division de la médecine.

Je n'en finirais pas, mon cher confrère, si je voulais vous rapporter et surtout examiner en détail toutes les opinions plus invraisemblables les unes que les autres, émises sur cette phrase de Celse par les historiens. Je ne discuterai donc ni celle de Schulze (HIST. MÉD., p. 419 suiv., pars II, cap. 5) partagée par Weber (SPEC. NOV. CELSI EDIT., p. 12); suivant ce dernier auteur, il s'agit du libre développement, dans toutes ses branches, de la médecine longtemps comprimée et resserrée par les Asclépiades et les philosophes (1); — ni celle de Jacobson (DE ANTIQ. MED., Halmst., 1766, in-4°, p. 9), qui prétend que Celse a entendu parler de l'enseignement et non de la pratique; idée ingénieuse, mais sans fondement; — ni celle de M. Rosenbaum; si j'ai bien compris sa pensée, il interprète le passage de Celse qui nous occupe d'une façon tout à fait inadmissible dans les notes ajoutées à la nouvelle édition de Sprengel; il suppose que Celse a entendu non point deux parties de la médecine par les mots *diététique* et *pharmaceutique*, mais deux systèmes médicaux d'après lesquels toutes les maladies étaient traitées par le régime ou par les médicaments. Il allègue en prenve les héro-

(1) « La médecine, dit-il, est une fleur dont les pétales d'abord resserrées dans le calice, rompent cette enveloppe et s'épanouissent au soleil. »

l'abdomen est mou et indolent. La hernie se réduit aisément et complétement.

Le 15, moins de hoquets et de vomissements. Même état de l'abdomen. A la seule vue, il paraît plus tuméfié du côté droit que du gauche. Toute pression sur le côté droit détermine le retour des hoquets et des vomissements.

Le 16, point de selles; l'anxiété augmente. (Dix sangsues à la région iliaque droite.)

Le 17, il y a eu quelques vents par en bas. Le lavement est sorti un peu coloré. Le hoquet et les vomissements ont cessé.

Le 18, le lavement a été encore davantage teint de matières. Le matin du jour suivant, il y eut une légère évacuation alvine, et déjà ses amis se félicitaient de ce résultat, lorsqu'en se mettant au lit après cette excrétion, il tomba en faiblesse et mourut au bout d'une heure.

Autopsie cinq heures et demie après la mort. — Abdomen très-distendu. Les intestins paraissent gonflés et de couleur brunâtre. Le péritoine est rempli de matières fécales fluides qui sortent d'une ouverture existant à l'origine du colon. Il y a là deux bandes de lymphe plastique friable; mais, à part un peu de rougeur des parois intestinales, ce sont les seuls signes d'inflammation récente qu'on découvre. Le cœcum est énormément distendu, et cet état continue, quoiqu'en diminuant, jusqu'à l'S iliaque, partie qui descend dans le sac, où elle est retenue par une ancienne adhérence.

La muqueuse de l'iléon est saine, quoique de teinte foncée. A l'intérieur du cœcum, il y a deux larges fissures, comme si la muqueuse avait cédé et que ses bords se fussent rétractés. Dans l'une de ces deux plaies dénudées existe une ouverture d'un quart de pouce de diamètre par laquelle les matières fécales ont passé. La muqueuse reprend son état normal en descendant le colon jusqu'au niveau de l'S iliaque. Là l'intestin, vu à l'intérieur, fait l'effet d'être épaissi et resserré. Il est solidement attaché par derrière, à l'aide d'un tissu fort et vasculaire, à la longue corde déjà indiquée. Au-dessus de ce point, les bandes musculaires longitudinales de la paroi intestinale sont énormément épaissies; au-dessous, tout rentre dans la texture naturelle. A l'intérieur, la membrane muqueuse manque en ce point dans l'étendue d'un pouce, se terminant, en haut et en bas de cette lacune, par un bord épaissi bien limité. Dans cet espace, le canal est rétréci de manière à admettre à peine un crayon de volume ordinaire. Il y a des fèces pultacées dans la stricture et au-dessous. Pas de scybales.

SUR QUELQUES POINTS RELATIFS AU MÉCANISME DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE; par M. Holden.

Dans les arts mécaniques, une demi-sphère destinée à rouler dans une cavité ne saurait y être maintenue si cette cavité ne représente pas plus qu'une sphère, ses trois cinquièmes, par exemple; mais cette disposition, favorable à la solidité, ne l'est pas autant à l'étendue des mouvements, qu'elle borne nécessairement dans quelques sens. Or la nature a prévenu cette cause d'imperfection pour l'articulation coxo-fémorale, en établissant au pourtour de la demi-sphère que l'acétabulum constitue un bourrelet, — le ligament cotyloïdien, — susceptible de former soupape en s'appliquant exactement contre la surface de la tête fémorale.

Ainsi la cavité cotyloïde se trouve hermétiquement fermée; aussi la capsule articulaire peut être distendue par un épanchement liquide sans qu'il en pénètre une goutte dans l'acétabulum. Mais lorsque le liquide est en même temps sécrété dans l'acétabulum même, alors le bourrelet valvulaire, soulevé de part et d'autre, cède, et le membre s'allonge, ou même se luxe si les ligaments ont été préalablement relâchés.

La pression atmosphérique retient la tête du fémur dans sa cavité; on s'en assure positivement en constatant qu'après avoir coupé toutes les parties molles qui entourent cette jointure, il faut encore une force considérable pour séparer l'une de l'autre les deux extrémités articulaires. Cette condition d'adhérence a été établie par la nature afin de soulager la contraction musculaire de l'effort, qui sans cela eût été nécessaire de sa part pour maintenir les surfaces en rapport. Cette force résultant de la pression atmosphérique peut être évaluée à 15 livres par pouce carré de la surface de l'acétabulum. Mais sans entrer dans ces supputations détaillées, il est sûr que ce secours physique est suffisant pour soutenir le poids de tout le membre inférieur lorsqu'il est librement suspendu en l'air.

Grâce à cette contention, le membre peut se mouvoir dans son articulation, et y accomplir d'une manière très prolongée ses fonctions relatives à la locomotion, sans que la fatigue en résulte. Lorsque l'un des membres inférieurs, dans la marche, est ramené en avant de l'autre, s'il avait fallu, pour le soutenir dans ce moment, une contraction musculaire, la lassitude aurait bien vite résulté de ces mouvements si multipliés. La pression atmosphérique épargne aux muscles cette part dans l'accomplissement de la fonction.

Examinant enfin les insertions, ainsi que la direction du ligament capsulaire et du ligament rond, l'auteur en conclut que leur principal usage est d'abord de maintenir le tronc droit sur le bassin, puis d'empêcher que le bassin éprouve un mouvement de rotation vers le côté gauche, par exemple, lorsque, le sujet étant debout, ne se supporte que sur la jambe droite.

INSTRUMENT EN REMPLACEMENT DU SPÉCULUM POUR QUELQUES FORMES DE MALADIES UTÉRINES; par M. Inman.

Ce n'est point dans ses attributions d'instrument d'exploration que l'auteur se propose de remplacer le spéculum; il a seulement cherché un mécanisme qui pût remplir l'office de conducteur aussi bien que lui et sans offrir les inconvénients inséparables de son emploi réitéré. En effet, lorsqu'il faut, à l'aide du spéculum, porter des topiques jusque sur le col utérin, l'introduction répétée de l'instrument fatigue les parties, et risque même d'y perpétuer l'inflammation chronique que l'on cherche à détruire.

M. Inman propose, dans ce but, une tige en gutta percha de 10 pouces de longueur, terminée par un bouton. Autour de ce bouton, on fixe une petite éponge du volume d'une noix. Après l'avoir imbibée d'eau, on la porte dans le vagin en la faisant tourner sur son axe jusqu'au fond de ce conduit. On le retire alors et on le plonge dans le liquide médicamenteux, une solution d'alun, par exemple; puis on l'introduit de nouveau de manière à le mettre en contact avec le col utérin, position dans laquelle on le maintient durant quelques minutes; après quoi, on le retire.

Le choix de la substance qui forme la tige est destiné à l'empêcher de blesser les parties profondes, inconvénient que pourrait avoir un corps rigide.

— Nous avons bien souvent nous-même épargné aux malades l'application du spéculum, en conduisant sur le doigt, préalablement introduit, un crayon de nitrate d'argent pour cautériser le col. Mais lorsqu'on se sert, suivant le conseil de M. Inman, d'un liquide, on s'expose à l'un ou l'autre des mécomptes suivants. S'il s'agit d'un agent simplement astringent par le frottement contre la paroi du vagin, il perd toutes ses propriétés, avant d'avoir touché l'orifice utérin. Si, au contraire, le liquide est un caus-

---

philéens et les érasistratéens; mais il est évident, et par le texte du médecin romain, par les explications que lui-même donne en divers endroits des mots *diététique* et *pharmaceutique*, enfin par tout son livre, qu'il s'agit bien certainement de *parties* et non de *systèmes*. D'ailleurs avec une pareille manière de voir que faire de la chirurgie? Pour admettre le système de M. Rosenbaum, il faut donner un membre de phrase où il est question de la chirurgie un tout autre sens qu'aux deux précédents; mais tous se tiennent par des liens étroits et l'ordre d'idées ne change certainement pas; il faut, de plus, admettre que, pour la chirurgie, Celse a entendu qu'il s'agissait d'une séparation d'avec le reste de la médecine, en un mot d'une partie distincte. Mais qui ne voit où conduit une pareille interprétation dont le critérium est dans l'imagination et non dans les textes?

En résumé, la division rapportée par Celse est toute scientifique; c'est une classification didactique fondée sur la thérapeutique comme d'autres ont été établies plus tard d'après des points de vue différents. Cette division n'a point de correspondance dans la pratique; elle s'explique très-bien par le développement de la science, par le besoin naturel à l'homme de classer les objets de ses connaissances et de ses études, afin de trouver un fil conducteur et de conserver dans sa mémoire ce que l'étude lui a appris; ajoutons enfin que c'est une grave erreur de regarder la *pharmaceutique* comme identique soit avec la *pharmacie*, soit avec la *pharmacopolie* et encore moins avec la *rhizotomie*.

Je remarque, en terminant, que la division dont parle Celse est plus ancienne qu'il ne semble le croire; puisqu'elle se retrouve déjà dans Platon à quelques différences près, et dans le traité hippocratique De la bienséance (p. 64, éd. de Mattbiae). Peut-être ce serait ici le cas de faire connaître les diverses divisions admises dans la médecine par les différents auteurs, ou suivant les systèmes en vigueur. Mais comme ces divisions toutes scolastiques se multiplièrent surtout vers le temps de Galien, et que cet auteur a écrit des livres spéciaux sur cette question, il sera plus convenable d'attendre pour traiter ce sujet que j'aie à vous adresser quelques observations concernant Galien, et j'espère que l'occasion s'en présentera bientôt.

Bon courage, mon cher confrère, je souhaite que votre travail soit bientôt achevé; je suis impatient de le posséder complet et de le faire connaître avec détail à nos médecins français.

Paris, ce 11 mars 1852. Ch. Daremberg.

P. S. — Je pense, mon cher confrère, qu'à l'imitation des éditeurs des classiques *variorum*, vous mettrez les *testimonia*, en tête de votre Celse (voyez l'édit. de Milligan). Vous savez aussi bien que moi que cet auteur a été très-peu cité dans les temps qui l'ont suivi immédiatement et dans la première période du moyen âge. Dans un article sur l'édition de M. des Etangs, j'ai indiqué deux des causes de cet oubli, tenant l'une à la forme même du livre de Celse, l'autre au peu de goût des médecins grecs pour les médecins latins. Ailleurs j'aurai l'occasion de faire connaître une troisième cause qui tient à la direction même des études de la première période du moyen âge. Aujourd'hui je veux vous signaler quatre *testimonia*; les uns sont déjà imprimés, et les autres encore inédits; ceux même qui sont imprimés se trouvent dans des livres si rares qu'ils ont pu vous échapper. Je ne trouve ces *testimonia* dans aucune des éditions de

tique, on risque de cautériser, avant et plus que le col auquel la médication était destinée, le vagin, qui n'en a aucunement besoin. On pourrait remédier à ces inconvénients en injectant par la canule-conducteur le liquide médicamenteux, qui irait ainsi imbiber l'éponge déjà en contact avec le col.

SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE;
par M. MILTON.

Nous n'insisterons point sur l'analyse de la partie dogmatique de ce travail; car elle ne contient que des considérations dépourvues d'originalité sur les luxations de la clavicule en général, et principalement sur celles de son extrémité scapulaire. Tout l'intérêt de la communication de M. Milton se trouve dans les observations qu'elle renferme, observations dont le lecteur saura bien préciser l'enchaînement et déduire les conclusions.

OBS. I. — Un homme âgé marchait dans la cour d'une maison dont le toit était en réparation lorsque quelques briques tombèrent sur lui d'une grande hauteur. Il fut conduit dans l'un des hôpitaux de Londres et pansé par un chirurgien duquel l'auteur était alors aide. La luxation était très-complète; mais le patient avait été blessé si grièvement qu'il mourut le troisième jour. L'autopsie ne put être pratiquée. (Le texte ne contient aucun autre détail.)

OBS. II. — Un gentleman, en faisant de la gymnastique, tomba d'une hauteur considérable. Le choc étant subit et violent, il heurta de l'épaule contre une pierre avec une telle force qu'on le crut mort sur le coup. On ne constata d'autre lésion qu'une luxation de la clavicule, si étendue que les ligaments coraco-claviculaires furent considérés comme ayant été déchirés. Le blessé était menacé de délire; on se borna à rendre le bras immobile.

Le lendemain 8 avril 1846, on maintint le bras élevé au moyen d'un bandage en 8 de chiffre, un coussin dans l'aisselle et une écharpe.

Au bout de vingt-quatre heures, on s'aperçut que le bandage ne remplissait point son but. Trop peu serré, il se relâchait et laissait le déplacement se reproduire, tandis que, avec un degré de constriction de plus, le patient ne pouvait l'endurer. On essaya l'appareil de M. Hancock; mais il privait le malade de sommeil, et le fit cruellement souffrir durant toute une semaine qu'on le tint appliqué.

On chercha alors à abaisser directement la clavicule. Pour cela, on assujettit de longues bandes emplastiques dont le plein passait sur la clavicule et dont les extrémités allaient se fixer, en avant et en arrière, au niveau du bassin. Elles y étaient maintenues par une large bande emplastique transversale, embrassant les côtes. Avec cet appareil, on eut prise sur la clavicule préalablement recouverte d'une compresse. On termina en maintenant l'humérus de la manière accoutumée.

Le malade demeura alors chez lui tout à fait tranquille, pendant une semaine. Au bout de ce temps, on ôta le bandage, et on en replaça un autre semblable. On ordonna une nourriture fortifiante, de l'exercice au grand air.

Le 3 mai, se trouvant en bon état, il demanda instamment qu'on lui ôtât son bandage, ce qui fut fait. Tout sembla bien aller d'abord; mais au bout de cinq jours on remarqua un retour assez marqué du déplacement, dû peut-être à l'usage trop actif qu'il faisait de son bras. On replaça donc le bandage; et, par précaution, on le laissa cette fois jusqu'au 1er juin. A cette époque, on l'enleva de nouveau. Il ne restait plus trace du déplacement. Depuis lors, il a recouvré l'usage complet de son membre; il a pu nager, boxer et se livrer à toutes sortes d'exercices sans aucune récidive du déplacement.

OBS. III. — Un ouvrier fut enseveli sous un éboulement de décombres. Dégagé de là, il ne se plaignait que d'une faiblesse de l'épaule, accompagnée de douleur. En l'examinant, on trouva qu'il avait la clavicule luxée. Le déplacement n'était pas aussi complet que dans les cas précédents, le ligament conoïde étant probablement resté intact. La clavicule était cependant quelque peu élevée, et l'on constata à plusieurs reprises qu'on pouvait la déprimer. Le blessé fut forcé d'entrer dans un hôpital, et l'auteur ne l'a plus revu.

A ces observations, dont la seconde a seule quelque signification, malgré les lacunes regrettables dans la description du déplacement dont elle offre l'exemple, nous ajouterons le fait suivant, que M. Brow rapporte dans un autre numéro du même journal.

OBS. IV. — M. B..., âgé de 54 ans, boucher, fit une chute dans laquelle le cheval qu'il montait s'abattit sur lui. L'épaule heurta contre le bord d'un trottoir élevé.

M. Brow, qui le vit le même jour, reconnut que l'extrémité sternale de la clavicule droite était luxée en avant. En portant les épaules en arrière, on réduisait le déplacement; mais aucun bandage ne put maintenir solidement cette attitude.

Deux ou trois des dernières vraies côtes à droite avaient aussi été fracturées. Il s'en suivit une pneumonie de ce côté qui se développa huit jours après l'accident, et se termina heureusement au bout de dix jours. Il retourna alors dans sa résidence habituelle, ne ressentant aucune incommodité de sa luxation, quoique la clavicule fit une saillie considérable avec engorgement des parties voisines. Quelques mois après, il avait complétement recouvré l'usage de son bras, si ce n'est qu'il se plaignait de manquer de force dans les mouvements de ce membre lorsqu'il était élevé et étendu. La proéminence causée par l'extrémité claviculaire avait déjà diminué.

Aujourd'hui, dix-huit mois après l'accident, l'état des fonctions du membre supérieur ne s'est pas amélioré, et la projection de l'extrémité de la clavicule persiste à un degré qui la rend très-évidente.

SUR LA COUTUME DE BANDER LE VENTRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT;
par M. KESTEVEN.

Quoique nos accoucheurs n'accordent pas au bandage de l'abdomen les nombreux et précieux avantages que M. Kesteven expose ici pour les réduire ensuite à néant, il n'y aura pas pour eux moins d'intérêt à voir d'après quels motifs on le recommande dans la pratique anglaise, et sur quelles considérations se basent aussi ses adversaires. La judicieuse réfutation que nous allons transcrire donne une idée exacte des opinions régnantes à ce sujet chez nos voisins.

Les bons effets qu'on suppose au bandage serré autour du ventre aussitôt après l'accouchement, sont :

1° De provoquer la contraction de l'utérus; mais dans l'infinie majorité des cas, l'utérus se contracte rapidement, suffisamment et définitivement, sans aucune aide de ce genre : les parturitions dans lesquelles la femme ne reçoit de soins de personne en sont la preuve manifeste;

2° De rendre les tranchées consécutives moins douloureuses : cette assertion implique contradiction avec la précédente; car un moyen qui active la contraction utérine peut bien abréger la durée des tranchées, mais il ne saurait rendre moins intense la sensation de souffrance qui les accompagne;

3° De prévenir l'hémorrhagie : le bandage n'a certainement aucun droit à faire valoir à cet égard; tous les médecins qui l'ont appliqué avec soin ont sans doute été parfois obligés de l'enlever, afin d'exercer sur l'utérus

Celse que je possède ou que j'ai vues dans les bibliothèques. — Il existe une vieille traduction d'Oribase comprenant une partie de la SYNOPSIS et du traité AD EUNAPUM, et imprimée à Bâle, en 1529, in-folio. Le traducteur a fait beaucoup d'additions au texte original; ainsi dans le livre qui est intitulé : MEDICINÆ COMPENDIUM AD EUSTATHIUM (lequel correspond au premier livre de la SYNOPSIS), à la suite du chapitre DE GENERIBUS FRICATIONUM EX GALENO (p. 285), on trouve une addition tirée du livre II, ch. 4, de Celse : « *Item alio modo Celsus fricationem Hippocratis dicit si vehemens sit, indurare corpus.... pendere quos demit.* » Il existe plusieurs manuscrits de cette traduction d'Oribase, entre autres un manuscrit de la ville de Laon que j'ai examiné avec beaucoup de soin; j'y ai retrouvé cette citation de Celse. — Outre cette traduction des deux livres d'Oribase, partiellement réunis on a aussi de très-anciennes traductions inédites de la SYNOPSIS seule, la bibliothèque nationale possède le plus ancien manuscrit : il est du cinquième siècle; eh bien! dans cette traduction il y a aussi des additions, dont quelques-unes sont tirées de Celse. J'ai remarqué les suivantes : *Ad scaviam (sic) Celsus :* Est genus scoriæ durior, etc. (V, 28, 18); *Ad impetigines Celsus :* Impetigines vero species sunt quatuor, etc. (ib. 17). L'addition que j'ai signalée plus haut, d'après l'édition de Bâle et d'après le manuscrit de Laon, se retrouve aussi dans le manuscrit de la traduction de la SYNOPSIS; mais ici le nom de Celse a été omis soit par le copiste, soit par l'auteur même de la traduction. — Vous connaissez sans doute un singulier passage de la CLAVIS SANATIONIS de Simon de Gênes; dans l'énumération des auteurs où il a puisé pour la rédaction de la *clef*, on lit : *Item ex libro Cornelii Celsi de medicina in* XIII (!) *particulus diviso; hic Cornelius à Plinio commendatur; deinde ex Cassio Felice qui et ipse a Cornelio multum extollit.* A tous ces *testimonia* qui me paraissent utiles à recueillir pour l'histoire littéraire de Celse, vous en aurez sans doute d'autres à ajouter, et vous n'oublierez pas le passage de Galien, tout incertain qu'il est. Si mes lectures ultérieures ou mes souvenirs me fournissent encore quelques renseignements, je ne manquerai pas de vous en faire part.

— Le concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris est terminé. Après plusieurs tours de scrutin, le scrutin de ballottage a eu lieu entre M. Bouchardat et M. Tardieu. Le premier a obtenu huit voix, le second six.

Ont voté pour M. Bouchardat : MM. Adelon, Laugier, Rostan, Requin, professeurs de la Faculté, et MM. Caventou, Soubeiran, Lecanu et Gérardin, juges de l'Académie de médecine.

M. Tardieu a obtenu les suffrages de MM. les professeurs Bérard, Trousseau, Bouillaud, Denonvilliers, Gavarret, et celui de M. Villermé, juge de l'Académie.

— Nous apprenons aussi le résultat du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de pathologie interne. C'est M. le docteur Dupré qui a été nommé, à une majorité de huit voix sur dix.

les pressions nécessaires pour maîtriser une hémorrhagie que le bandage n'avait pas empêché de se déclarer. L'application trop hâtive de compresses et de bandes sur l'abdomen met obstacle à ce que le médecin puisse donner à l'état de la matrice toute l'attention qu'il doit alors apporter. Sans le bandage, les premiers signes de la perte sont aisément reconnus; avec lui, on peut les laisser passer inaperçus et n'être averti de l'accident que lorsqu'il y a déjà péril;

4° De prévenir la syncope. Ce but est à coup sûr d'une haute importance, et il peut d'abord sembler que le bandage est ici indiqué par les mêmes raisons qui en rendent l'application nécessaire après l'opération de la paracentèse; mais l'analogie entre ces deux états n'est qu'apparente. En effet, à la suite de la ponction, le cœur est momentanément privé de sang, parce que ce liquide se précipite subitement dans les parties d'où la réplétion de l'abdomen l'avait depuis longtemps tenu éloigné. Au contraire, après l'accouchement, le sang qui remplissait les vaisseaux dilatés de l'utérus rentre dans le système circulatoire, et empêche que le cœur s'aperçoive du vide causé par la partie de ce fluide qui alors va occuper les vaisseaux des extrémités inférieures. Du reste, dans le cas d'accouchement, la femme peut et doit garder longtemps la position horizontale, qui permet beaucoup moins la syncope.

Tout est-il donc imaginaire dans les avantages attribués à la compression de l'abdomen après le travail? M. Kesteven ne le pense pas; mais il les réduit au rôle très-accessoire de procurer au ventre fatigué un soutien, et de contribuer à empêcher les téguments de rester ultérieurement trop relâchés. Mais pour qu'il réalise ces utiles effets, il ne faut pas le serrer trop fortement; il faut, dans l'appréciation du degré de constriction à lui donner, se rappeler que la femme doit en éprouver seulement une sensation agréable. On observera aussi de ne pas le placer avant qu'il se soit écoulé deux heures à partir du moment de l'accouchement.

SUR UN CAS DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL, AVEC QUELQUES REMARQUES CONCERNANT L'INFLUENCE DE LA DÉGÉNÉRATION GRAISSEUSE DES VAISSEAUX SUR LA PRODUCTION DU RAMOLLISSEMENT ET DE L'APOPLEXIE; par le docteur FRÉDERIC BARLOW.

La dissertation de l'auteur, en ce qui concerne spécialement l'influence de la dégénération graisseuse ou athéromateuse des artères cérébrales sur la production du ramollissement et de l'apoplexie, est presque toute historique; elle serait donc difficile à analyser. Mais nous tenons à constater ici l'opinion d'un observateur à qui la pathologie cérébrale doit déjà de bonnes recherches. On sait que cette influence des lésions artérielles a été niée par plusieurs auteurs, d'après des résultats statistiques. M. Barlow l'admet néanmoins, et nous croyons que c'est avec raison. Des considérations générales sur la liaison de la dégénération des artères du cerveau avec celle des vaisseaux d'autres organes, notamment du cœur, et sur l'analogie des altérations qu'elle entraîne dans diverses régions, appuient fortement cette opinion dans le mémoire de M. Barlow.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant : une notice de M. le docteur Gondret, au sujet de sa méthode de traitement des fièvres intermittentes par les ventouses (Comm. déjà nommée); et deux notes relatives à des remèdes secrets.

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant deux mémoires de M. Laroche, médecin à Gendrin (Gers), relatifs, l'un à l'épizootie des moutons en 1837, l'autre à la suette de 1849. Le premier de ces mémoires est renvoyé à une commission composée de MM. Rayer, Renault et Huzard; le second à la commission de la suette.

3° Une lettre du ministre de la guerre transmettant des échantillons d'opium algérien pour être soumis à l'examen de l'Académie. (Comm. : MM. Grisolle et Orfila.)

— M. LACOUR (de Crenilly) adresse l'observation d'un jeune enfant chez lequel il a pratiqué l'excision d'un peloton intestinal, résultat d'une invagination (iléus) d'un décimètre de longueur. (Comm. : M. Langier.)

— M. PETREQUIN adresse de nouvelles recherches sur l'emploi thérapeutique du manganèse comme adjuvant et comme succédané du fer. (Comm.: MM. Bouchardat et Rostan.)

— M. LEMOINE, pharmacien à Courbevoie (Seine), adresse un mémoire sur une nouvelle préparation du collodion qui a pour but de donner à ce produit l'élasticité nécessaire à l'emploi thérapeutique, en même temps que d'en augmenter la propriété adhésive. (Comm. : MM. Malgaigne et Soubeiran.)

— M. LEBLANC, médecin vétérinaire, soumet au jugement de l'Académie un travail qui a pour objet des recherches sur le fongus hématode chez le cheval, le bœuf et le chien. (Comm. : MM. Huzard et Rayer.)

— MM. MALAGUTI et SARZEAUD adressent un mémoire sur l'emploi de l'eau régale pour la recherche de l'arsenic localisé dans les viscères. (Commissaires: MM. Caventou et Bouchardat.)

— MM. LONDE et LAGNEAU demandent la parole à l'occasion du procès-verbal, pour des rectifications au compte rendu du procès du prix d'Argenteuil, communiqué par M. Orfila dans la dernière séance.

Sur l'observation de M. le secrétaire perpétuel, l'Académie décide que ces explications auront lieu à la fin de la séance au comité secret.

— M. GERARDIN rend compte à l'Académie, au nom des membres faisant partie du jury de concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine, du résultat de ce concours et de la nomination de M. Bouchardat.

ÉTABLISSEMENT DE BAINS MÉDICINAUX A TOURS.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur une demande d'autorisation pour former à Tours un établissement de bains medicinaux.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

INSTRUCTIONS SUR LA CULTURE DU PAVOT.

M. CHEVALLIER lit, en son nom et celui de MM. Bricheteau et Bouchardat, un projet d'instructions en réponse à une lettre adressée par M. Chérot, colon à Bou-Ismaël (Algérie), lettre par laquelle ce colon demande, dans l'intérêt de l'Algérie, des renseignements sur les méthodes qu'on emploie dans l'Orient pour cultiver le pavot, récolter l'opium et l'expédier. (L'Académie adopte.)

RÔLE DES ACCIDENTS ET DES MALADIES DANS LA MORTALITÉ DES DIVERS AGES DE LA VIE HUMAINE.

M. MARC D'ESPINE lit un mémoire sur le rôle que jouent les accidents et les différentes maladies dans la mortalité des divers âges de la vie humaine.

Son travail est fondé sur la totalité des décès qui ont eu lieu dans le canton de Genève pendant dix ans, 1838 à 1847, s'élevant à environ 12,500, les mort-nés non compris. Chacun de ces décès est, dans le canton de Genève, l'objet de deux notes médicales, données, l'une par le médecin chargé des visites mortuaires, l'autre par le médecin qui a soigné la dernière maladie. Ces doubles notes renferment souvent les symptômes caractéristiques et autres détails. C'est après avoir examiné et pesé la valeur de ces notes que M. d'Espine a classé chacun de ses 12,500 décès. La classification suivie est celle qu'il a adoptée depuis longtemps, et sur laquelle on trouvera des développements dans les précédentes publications (ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, NOTICE SUR LA MORTALITÉ DU CANTON DE GENÈVE EN 1838.)

L'auteur divise la vie humaine dans les treize périodes suivantes : de 0 à 1 mois *nouveau-nés*; — de 1 mois à 1 an *âge de lait ou des nourrissons*; — de 1 à 3 ans *bas âge*; — de 3 à 8 ans *enfance*; — de 8 à 15 ans *enfance pubescente ou pubère*; — de 15 à 22 ans *adolescence*; — de 22 à 35 ans *jeunesse*; — de 35 à 48 ans *âge mûr*; — de 48 à 60 ans *âge de retour*; — de 60 à 72 ans *première vieillesse*; — de 72 à 80 ans *seconde vieillesse*; — de 80 à 90 ans *caducité*; — et de 90 et au delà *grand âge exceptionnel*.

Pour arriver à représenter le mouvement qu'exercent les maladies dans leur action mortuaire aux divers âges, M. d'Espine a réparti les décès de chaque âge sous la rubrique des diverses espèces et divisions de maladie de sa classification. Voici l'action mortuaire de quelques-unes des maladies qui jouent le rôle le plus important.

Chez les nouveau-nés, la plupart des décès résultent de circonstances qui leur sont étrangères et tiennent, soit au mécanisme de l'accouchement, soit à l'état de santé des mères, etc. Toutefois, on voit paraître déjà dans le premier mois quelques espèces de maladies, entre autres l'apoplexie cérébrale, et déjà vers un mois la péritonite tuberculeuse. La phthisie pulmonaire commence à paraître dans la première année de la vie, son action grandit peu à peu; d'abord inférieure à celle de la phthisie abdominale dans l'enfance, elle devient égale, et dans l'enfance pubère elle grandit, tandis que celle de la phthisie abdominale tend à s'effacer. C'est dans la jeunesse, et particulièrement vers l'âge de 23 ans que la phthisie atteint son maximum, elle cause 51 pour 100 des décès de cet âge.

L'âge d'élection quant à l'action mortuaire de l'affection typhoïde est l'adolescence, où elle compte le cinquième du total des décès. Celui de la méningite tuberculeuse est l'enfance où elle revendique le quart des décès; le croup a aussi le même âge d'élection et cause le tiers des décès de l'enfance.

Les affections cancéreuses ont leur apogée à l'âge de retour, où ils causent le huitième des décès de cet âge, tandis que c'est la première vieillesse, qui est celui des apoplexies, où elles causent aussi le huitième des décès. L'apogée de l'action mortuaire du catarrhe chronique est dans la deuxième vieillesse, où il cause notamment vers 75 à 79 ans le sixième des décès.

Ce travail n'est qu'une première investigation dans un sujet que M. Marc d'Espine se propose d'envisager successivement, au point de vue de chaque sexe, de l'influence de l'habitation et des degrés d'aisance. (Comm. : MM. Louis et Villermé.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux.

M. Cazeaux a la parole pour un incident relatif au procès-verbal de la dernière séance.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. Cazeaux demande la permission à l'Académie de lui donner lecture d'une lettre écrite par M. P. Dubois dans l'Union médicale, et relative à l'opinion que ce professeur aurait émise dans une des leçons cliniques reproduites dans ce journal par M. Laborie, sur l'indication de l'accouchement prématuré dans les cas de vomissements incoercibles.

Voici la lettre de M. Dubois.

« Monsieur et très-honoré confrère,

» Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, j'ai dit qu'un travail, extrait en partie de mes leçons et publié dans l'Union médicale par un de mes anciens chefs de clinique, M. Laborie, ne me paraissait pas avoir fidèlement rendu mon opinion relativement à la provocation de l'avortement dans les cas de vomissements opiniâtres.

» Il m'avait, en effet, semblé que le conseil de recourir, en certains cas, à cette extrême ressource y avait été exprimé en des termes formels que je n'avais pas employés. Je viens de relire très-attentivement le mémoire dont il s'agit, et je m'empresse de reconnaître que l'opinion qui m'y est attribuée a été exprimée avec la réserve que j'avais mise dans mes leçons.

» J'établis une grande différence entre ce que l'état de la science peut permettre et ce qu'il impose : par exemple, dans un cas d'hémorrhagie grave compliquant le travail, l'accoucheur n'est pas seulement autorisé à provoquer la déplétion de l'utérus, qui doit mettre un terme à la perte du sang : c'est pour lui un devoir de le faire. Au contraire, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, l'avortement peut être provoqué dans le but de soustraire la femme aux dangers très-sérieux d'une opération césarienne; mais on ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer cette opération à toute autre. Ma dernière argumentation a roulé tout entière sur cette différence, capitale à mon sens.

» Je pense qu'il en est de même quant à la provocation de l'avortement dans les cas de vomissements opiniâtres et qui peuvent devenir mortels; l'état actuel de la science me semble la permettre dans quelques circonstances, mais il n'en fait pas un devoir. Je suis tout disposé à accepter la discussion sur ces termes réservés; je ne l'aurais pas acceptée sur des termes plus formels. Voilà pourquoi je m'étais défendu d'avoir donné un conseil de provoquer l'avortement, dans certains cas de vomissements opiniâtres, le caractère absolu que me semblait indiquer une phrase du travail inséré dans l'Union médicale; je reconnais qu'à cet égard je m'étais trompé.

» Telle est mon opinion sur la convenance de l'avortement provoqué, considérée en général dans les cas dont je viens de parler. Mais quel sera le moment opportun où l'application en devra être faite? quelles seront même les conditions précises qui justifieront cette application? Je n'ai pas, sur ces questions délicates, une opinion parfaitement arrêtée. Il faut laisser au temps, à l'étude et à l'expérience le soin de les éclairer.

» Vous le voyez, monsieur, en écrivant cette lettre, je n'ai point eu l'intention de rétracter ni même de modifier en quoi que ce soit mon opinion, au sujet de l'avortement provoqué, dans les cas de vomissements opiniâtres et dangereux; je l'affirme, au contraire, en la précisant. Mon but a été, avant tout, de réparer l'erreur qu'une lecture insuffisante m'avait fait commettre, et de rendre au travail d'un de mes anciens disciples la justice qui lui était due.

» Agréez, etc.

» P. Dubois. »

M. Cazeaux prend texte de cette lettre pour faire ressortir la contradiction qui existerait, suivant lui, entre les termes si précis, si nets et si explicites par lesquels M. Dubois exprimait son opinion en 1848 dans les leçons dont il s'agit, et celle qu'il exprime aujourd'hui. Il en résulterait que si M. Dubois a eu raison de se rétracter et de reconnaître la fidélité des comptes rendus de M. Laborie, il a tort de répéter, dans cette même lettre, ce qu'il a déjà dit plusieurs fois dans cette discussion, qu'il n'a point d'opinion arrêtée sur ce point.

M. P. Dubois fait remarquer qu'en 1848, époque où ont été publiées ses leçons, la question était complétement neuve, si bien qu'elle est neuve aujourd'hui même encore, et que les seuls documents que l'on pourrait invoquer pour sa solution sont ceux qu'il a introduits lui-même dans la science. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que son opinion ne soit pas encore fixée à cet égard, et que, mieux éclairé aujourd'hui par une expérience dont il n'a pu puiser les éléments qu'en lui-même, il croie devoir apporter aujourd'hui plus de réserve qu'il ne l'avait fait à l'époque où il avait formulé les préceptes rappelés par M. Cazeaux.

Cet incident vidé, la parole est donnée à M. Danyau.

M. Danyau : Les explications données par M. Cazeaux au commencement de la discussion qui s'est ouverte dans la dernière séance a désormais rendu inutile une partie des observations que je me proposais de présenter à l'occasion du rapport de notre savant collègue sur l'avortement provoqué. Je tiens cependant à faire une remarque qui ne paraît pas sans importance.

En venant communiquer à l'Académie un cas d'avortement provoqué, M. Lenoir n'a pas seulement voulu donner une nouvelle preuve de son habileté bien connue et de son aptitude à traiter des sujets divers, et obtenir pour son travail une marque plus ou moins haute d'estime; il ne s'est pas seulement proposé de provoquer dans cette enceinte, sur une question extrêmement délicate, l'expression d'un plus ou moins grand nombre d'opinions *individuelles* conformes au contraire à la sienne; il attendait et demandait plus, beaucoup plus: un jugement de l'Académie *entière* formulé en conclusions scientifiques pour servir *à l'avenir de règle absolue*. L'Académie était donc consultée, non pas par une autorité à laquelle elle eût été tenue de répondre, mais par un très-honorable chirurgien envers lequel elle était plus libre. Une question très-nette, très-précise lui était posée : Dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, peut-on ou ne peut-on pas, doit-on ou ne doit-on pas provoquer l'avortement pour éviter à la mère les chances si graves de l'opération césarienne? M. le rapporteur répond avec non moins de netteté et non moins de précision : le médecin *peut et doit*. L'Académie acceptera-t-elle la réponse qui lui est proposée, s'engagera-t-elle sur une question si délicate? Pour ma part, je ne le pensais pas. Vint alors l'explication de M. le rapporteur qui, présentant les hésitations et les répugnances de l'Académie, déclara que la commission dont il était l'organe n'entendait proposer au vote que ses conclusions finales, qu'elle réservait les premières, les conclusions scientifiques, pour la discussion qui allait s'ouvrir. Cette déclaration me parut très-sage, et je sus gré à M. le rapporteur du soin qu'il avait pris de réduire à une simple formule académique les points sur lesquels nous aurions à voter. Mais en agissant ainsi, devait-il répondre à l'attente de M. Lenoir, et l'Académie elle-même, en le suivant dans cette voie plus étroite, mais meilleure, aurait-elle fait la réponse qui lui était demandée? Évidemment non. Lors même que cette discussion se prolongerait pendant plusieurs séances et amènerait successivement à cette tribune tous ceux de nos collègues que la spécialité de leurs travaux et de leur position désigne comme les plus compétents dans la matière, les médecins disposés à suivre l'exemple de M. Lenoir ne trouveront toujours dans les opinions exprimées, fussent-elles unanimes, que des jugements individuels et non le jugement du corps entier. Le but de notre honorable confrère n'aura donc pas été atteint. L'Académie consultée ne répondra pas. Elle ne posera pas de règle, et en tous cas, elle se serait bien gardée, je pense, d'en poser d'absolue. Les futurs imitateurs de M. Lenoir n'auront, dans les circonstances délicates où ils pourront se trouver, d'autres guides que ceux qui l'ont dirigé lui-même, c'est-à-dire leur conscience, leurs propres lumières acerues, étendues peut-être par la discussion qui s'agite en ce moment, et celles des hommes plus haut placés qu'eux dont ils auront réclamé le concours.

En résumé, la déclaration de M. Cazeaux me paraît avoir changé la face de la question ; elle en a certainement diminué la portée en ce qui concerne l'Académie, et c'est ce que je tenais avant tout à constater.

Je n'examinerai pas, messieurs, si la discussion soulevée par la lecture de M. Lenoir et le rapport de M. Cazeaux est opportune ou non, si elle offre des dangers ou si elle n'en offre pas. Elle est ouverte, elle doit avoir son cours.

Le rapport de notre savant collègue se divise en deux parties : la première répond à la question de M. Lenoir. Le rapporteur y expose en grand détail les raisons qui, à ses yeux, légitiment le sacrifice du produit de la conception lorsque la mère est assez mal conformée pour que l'accoucheur n'ait à choisir qu'entre l'opération césarienne faite à terme et l'avortement provoqué dans les quatre premiers mois de la gestation. Pour tout ce qu'il dit à ce sujet en se plaçant au point de vue plus général de l'embryotomie pratiquée pendant le travail à terme ou à une époque avancée de la grossesse, je suis entièrement d'accord avec lui. La question qu'il a résolue scientifiquement, j'ai été souvent appelé à la résoudre pratiquement. Attaché depuis douze ans à l'hospice de la Maternité où les rétrécissements du bassin sont loin d'être rares, l'Académie ne sera pas étonnée d'apprendre que, soit seul, soit sous les yeux ou d'après les conseils de mon honoré maître, M. P. Dubois, je me suis, dans un assez bon nombre de cas, décidé au douloureux sacrifice que me semblait exiger l'intérêt bien entendu de la mère. Il y a donc sous ce rapport communauté de vues entre M. Cazeaux et moi. D'un autre côté le résultat malheureux des deux opérations césariennes que j'ai pratiquées et l'issue constamment fatale de celles faites à Paris depuis un demi-siècle ne me décourageant pas moins que l'honorable rapporteur, et je n'aurais aucune répugnance si l'occasion, que je n'ai point encore rencontrée d'ailleurs, m'était offerte d'avoir à me décider entre l'avortement provoqué et la perspective d'une opération césarienne inévitable au terme de la grossesse, je n'aurais, dis-je, aucune répugnance à suivre l'exemple de MM. Cazeaux, P. Dubois et Lenoir.

Est-ce à dire pour cela que j'accepte sans restriction la conclusion relative à cette partie du rapport? Qu'on puisse prendre le parti que cette conclusion indique, rien de mieux; mais le devoir absolument, mais y être obligé, voilà ce à quoi, pour ma part, je ne puis consentir, voilà ce que je repousse et que repousseront certainement bien des praticiens de la province. Je veux, dans tous les cas, conserver ma liberté d'action. Quelque peu partisan que je puisse être de l'opération césarienne, ne puis-je pas me trouver un jour, hors de Paris ou dans Paris même, en présence d'un cas évidemment favorable, et dont il me sera peut-être permis d'améliorer encore les conditions à l'époque de l'opération et pour toute la durée de ses suites? Et pourquoi me serait-il donc interdit alors d'espérer que la femme confiée à mes soins sera dans cet heureux quart qui surmonte tous les dangers et qui survit?

Dans la seconde partie de son rapport, M. Cazeaux passe en revue les indications de l'avortement provoqué autres que le rétrécissement extrême du bassin,

et s'occupe particulièrement des vomissements opiniâtres, incoercibles, portés au point de mettre la vie de la femme en danger. Pour notre honorable collègue, cet état, pourtant si grave, n'est pas une indication, et pour rejeter l'avortement provoqué en pareil cas, il se fonde : 1° sur ce que les vomissements, malgré leur intensité, ne sont pas le plus ordinairement mortels et se sont plus d'une fois arrêtés au moment où on désespérait de les voir cesser ; 2° sur le peu de succès obtenu des opérations pratiquées pour y mettre un terme et soustraire la femme à une mort imminente ; 3° sur l'impossibilité de déterminer avec précision l'époque à laquelle on ne peut plus rien attendre des efforts de la nature et des ressources de la thérapeutique et où il convient d'opérer.

1° Les vomissements de la grossesse, même intenses, même fréquents, et qui ont plus ou moins amaigri les femmes, ne sont pas, j'en conviens, le plus ordinairement mortels. Mais en est-il de même de ceux qui ont allumé la fièvre, desséché la bouche, produit l'acidité de l'haleine ? Je ne le pense pas, et avant que M. P. Dubois nous fasse connaître le triste nécrologe qu'il possède, M. Cazeaux me permettra de lui rappeler ou de lui indiquer quelques faits déjà publiés.

Les deux cas que Dance, cet habile et si regrettable observateur, a consignés dans le RÉPERTOIRE de Breschet, sont connus de tout le monde.

Celui que le professeur Forget a publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (juillet 1847), et qui concerne une femme qui succomba au sixième mois de sa grossesse, n'a pas eu moins de retentissement.

M. Vigla en a publié un quatrième dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (octobre 1846). La question de l'avortement provoqué devait être agitée dans une consultation à laquelle M. Vigla m'avait fait l'honneur de m'appeler, lorsque l'examen des poumons, déjà tuberculeux à leur sommet, le détourna de rien entreprendre. La femme succomba aux vomissements dont elle était atteinte bien avant que la tuberculisation eût fait assez de progrès pour la faire périr.

Ashwell (ON PARTURITION, 194) cite un cas de mort au septième mois de la grossesse.

Davis (OBSTET. MED., II, 871, et CHURCHILL'S DISEASES OF FEMALES, 412), rapporte un cas semblable, d'après Haighton. Les vomissements avaient alterné avec de la diarrhée.

Johnson (THE LANCET, Marsh 1838) en a fait connaître un autre, dans lequel la mort eut lieu au quatrième mois.

C'est au cinquième que la femme mourut, dans un cas que Lobstein a consigné dans son ouvrage sur le grand sympathique. Ce cas fut remarquable par le développement, à une époque avancée, d'une inflammation gangréneuse de la bouche et d'ulcérations sanieuses des doigts.

Notre collègue M. Chailly a observé et publié deux cas qui se terminèrent également par la mort. Des incertitudes prolongées, des dissidences entre consultants, empêchèrent de rien entreprendre.

Un onzième cas a été communiqué par M. le professeur Rigaud (de Strasbourg), et consigné dans la thèse de Schnallhach (thèse de Strasbourg, 1847). Il s'agissait ici d'une grossesse de quatre mois révolus.

Faut-il ajouter à cette liste deux cas, l'un de Breschet, l'autre de Maygrier, qui ne sont qu'indiqués dans la thèse de Schnelbach, et un autre que je ne puis que mentionner, d'après mon père, qui l'avait observé dans sa propre clientèle, il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, et qui m'en fit part alors ?

Pour moi, je n'ai vu d'autre cas malheureux de cette espèce que celui de cette dame italienne dont M. Laborie a donné l'histoire abrégée dans son compte rendu des leçons de la clinique d'accouchement. Mais ce fait a été recueilli par M. Dubois, et c'est à lui seul qu'il appartient de nous en faire connaître les détails.

D'après cette liste, déjà assez longue, on peut voir que les vomissements incoercibles de la grossesse en constituent une des plus graves complications, une de celles pour lesquelles il semble le plus permis de songer et peut-être de recourir à un parti extrême.

2° M. Cazeaux n'avait d'abord trouvé qu'un cas de succès après l'avortement provoqué pour des cas de vomissements rebelles : c'est celui de Churchill (*loc. cit.*, 412), qui ne laisse, en effet, rien à désirer pour l'étendue des détails. Depuis, il en a cité deux autres : un appartenant à M. le professeur Trousseau, et qui n'a pas été publié, je crois, et un second qui se trouve sur la liste de ceux que j'avais recueillis, et que j'indiquerai tout à l'heure. Avant tout, je veux faire remarquer combien, pratiquement parlant et en dehors de toute considération morale, la pensée de l'avortement provoqué a pu paraître naturelle, quand on songe aux résultats heureux, dans ces cas si graves, de l'avortement spontané ou de la mort du fœtus, ne dût-il être expulsé que plus tard et quelquefois beaucoup plus tard. Ainsi M. Chomel a fait connaître, dans ses leçons cliniques (1847), un cas d'avortement qui survint fort heureusement au moment où on désespérait des jours de la femme, et qui fit cesser tous les accidents. M. Griolet (même année) a cité un cas semblable.

D'un autre côté, Robert Lee rapporte (CLIN. MIDWIFERY, 2e éd. ; Philadelphie, 1849) celui d'une jeune dame qui, après avoir été réduite par des vomissements incessants à un état tel que l'avortement artificiel fut proposé, cessa tout à coup de vomir, accoucha quelque temps après d'un enfant mort dont le placenta était malade, et se rétablit complétement. J'ai vu en consultation un cas du même genre qui trouvera certainement sa place dans le mémoire que M. P. Dubois a promis de communiquer à l'Académie, et que je ne fais en conséquence que mentionner.

Maintenant qu'il me soit permis d'emprunter à divers auteurs des faits de guérison obtenus à la suite de l'avortement provoqué. C'est la réponse que je veux faire à la seconde objection de M. Cazeaux. Je comprendrai dans cette énumération trois cas que M. le rapporteur pourrait considérer comme étrangers au sujet, parce qu'il s'agit de trois femmes parvenues à une époque de grossesse où le fœtus était viable, mais qui ne paraissent, malgré cette circonstance certainement plus favorable, s'y rattacher entièrement. De quoi s'agit-il en effet ? Évidemment de prouver que la déplétion de l'utérus fait cesser les accidents et arrache les femmes à une mort qui paraissait certaine et imminente. Or c'est ce que ces trois faits prouvent tout aussi bien que ceux qui se rapportent à des femmes encore peu avancées dans leur grossesse.

a. Davis (OBST. MÉD., II, 871) a provoqué avec un plein succès l'avortement chez une femme parvenue au sixième mois de sa grossesse et réduite à la dernière extrémité par des vomissements incessants.

b. Le même auteur (*loc. cit.*) cite un cas à peu près semblable chez une femme parvenue à peine au même terme, malade antérieurement à sa grossesse, et dont l'état avait été tellement aggravé par les vomissements qu'elle semblait près de succomber. Après l'avortement provoqué, tous les accidents se calmèrent, et le rétablissement fut rapide et complet.

c. Robert Lee (*loc. cit.*, 115) a provoqué l'avortement chez une femme enceinte de quatre mois qui depuis plusieurs semaines vomissait incessamment et chez laquelle à la fin la fièvre était survenue. Tous les traitements employés avaient échoué ; la ponction des membranes fut faite, et le liquide amniotique fut évacué. Immédiatement les vomissements cessèrent et la fièvre tomba. Le fœtus ne fut pourtant expulsé qu'au bout de plusieurs semaines.

d. R. Lee (*loc. cit.*, 117) cite un second exemple de succès chez une dame enceinte de cinq mois passés, chez laquelle tous les symptômes étaient portés au plus haut degré, et qui était, en outre, tourmentée d'une violente névralgie faciale et auriculaire. Un état d'épuisement considérable et une profonde altération des traits, joints à une extrême fréquence du pouls, faisaient craindre une issue fatale. Les membranes furent perforées, et le lendemain le fœtus et le placenta furent expulsés avec une masse de caillots endurcis. Les accidents cessèrent immédiatement et la guérison fut très-prompte.

e. Un troisième cas est encore cité par le même auteur (p. 118), plus grave encore, dit-il, que les précédents. L'état de faiblesse et de maigreur était tel qu'il désespérait du succès. C'est cependant à l'opération que la femme dut la vie et le rétablissement complet de sa santé.

f. Vient maintenant le fait de M. Griolet, que M. Cazeaux avait cité après coup. Il se rapporte à la même femme, qui avait été une première fois sauvée par un avortement spontané et qui le fut une seconde par celui que provoqua cet honorable confrère au quatrième mois et demi de la grossesse.

g. On dit (CHURCHILL, *loc. cit.*) que Burns a en l'occasion de provoquer deux fois avec succès l'avortement chez la même femme pour des vomissements incoercibles. Je regrette de n'avoir pu, en consultant l'ouvrage même de Burns, dont je possède deux éditions, trouver le fait indiqué par son compatriote. Je me contente de cette simple mention.

h i j. Je terminerai cette énumération par l'indication des trois cas où l'expulsion du fœtus fut provoquée à l'époque de la viabilité. J'ai déjà dit pourquoi, le succès ayant été complet, il me semblait qu'ils pouvaient être à bon droit rapprochés des précédents. Le premier, qui appartient à Merriman, se rapporte à une femme enceinte de sept mois et demi, et se trouve dans le troisième volume des TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES. Le second est cité par Davis (*loc. cit.*). La femme était enceinte de huit mois. Le troisième, enfin, est consignée dans NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, IV, 246. La grossesse était parvenue à sept mois environ. Dans ces trois cas, l'enfant naquit vivant.

Les faits qui précèdent me paraissent mettre hors de doute la possibilité de sauver par l'avortement provoqué les femmes en proie à des vomissements que rien ne peut arrêter, et cet heureux résultat n'est pas, on a pu le voir, aussi exceptionnel que M. Cazeaux l'a affirmé. D'un autre côté, j'ai prouvé par des faits nombreux, en attendant ceux plus nombreux encore qui ont été recueillis par M. P. Dubois, que la mort, quand on ne recourait pas à l'opération, n'était pas aussi rare qu'il l'avait prétendu. En conclurai-je tout de suite que l'avortement doit être provoqué dans les cas de vomissements qui résistent à tous les moyens thérapeutiques ? Une conclusion aussi impérative est bien loin de ma pensée. Mais, en tenant compte de tous ces faits, je me garderai de dire, comme M. Cazeaux, qu'il ne doit pas l'être. Quoique j'aie vu un grand nombre de cas de vomissements très-prolongés et très-fatigants pendant la grossesse, je n'en ai, Dieu soit loué ! rencontré aucun parmi mes propres clientes qui m'ait donné les graves inquiétudes qu'inspirent ceux dont nous nous occupons dans cette discussion. Si le sort m'en réserve de ce genre, il me sera impossible, je l'avoue, de ne pas prendre en grande considération les faits que je viens d'avoir l'honneur d'indiquer à l'Académie. Aux incertitudes que feront certainement naître dans mon esprit les faits moins favorables, se joindront sans doute celles qui résultent de l'extrême difficulté de préciser le moment opportun pour opérer. Je suis loin de méconnaître cette difficulté, qui forme le troisième et à mon sens le plus important des arguments de M. Cazeaux. Mais de nouvelles observations, la réflexion et le temps la lèveront peut-être. D'ici là la question reste à l'étude et me paraît ne devoir être tranchée ni dans un sens ni dans l'autre. Surtout en la traitant, c'est, comme l'a dit M. P. Dubois, à la raison et non au sentiment qu'il faut s'adresser, et il ne faut pas ici être plus rigoriste que dans la question du rétrécissement extrême du bassin. Sous ce rapport, notre honorable collègue me paraît avoir été un peu sévère pour la mère, qui, anéantie et à bout de forces, sent la vie lui échapper, quand, après tout ce qu'il a dit dans la première partie de son rapport, il semble trouver mauvais que l'instinct de la conservation fasse taire chez elle la voix du sang.

Je dirai, en terminant, mon opinion, sur les conclusions finales du rapport. S'il ne s'agit, en les votant, que de donner un haut témoignage d'estime à un habile et honorable confrère, dont personne n'estime plus que moi la personne

et le talent, je suis prêt à donner mon vote. Si, au contraire, ces conclusions doivent en quoi que ce soit engager la responsabilité de l'Académie, je me rallierai à la proposition de M. P. Dubois, qui demande le dépôt aux archives au lieu du renvoi au comité de publication.

La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

M. Leblanc, vétérinaire, met sous les yeux de l'Académie des pièces d'anatomie pathologique, relatives, autant qu'il nous a été possible d'entendre, à un cas d'anévrisme du cœur.

M. Lucien Boyer présente une tumeur encéphaloïde extraite de la région axillaire d'une malade âgée de 60 ans; la section involontaire d'une veine afférente à la sous-clavière et d'une branche artérielle se rendant à l'axillaire, nécessita la ligature de la veine sous-clavière et de l'artère axillaire. Malgré ces conditions défavorables, l'opérée se trouve dans de très-bonnes conditions. M. Boyer fera connaître ultérieurement les résultats définitifs de cette opération.

L'Académie se forme en comité secret avant cinq heures pour entendre les réclamations relatives au procès d'Argenteuil.

BIBLIOGRAPHIE.

De la possibilité de redresser d'une manière permanente l'utérus en rétroversion; par M. Amussat. — Broch. in-8°.

De la rétroversion de l'utérus, considérée particulièrement sous le rapport du traitement curatif de ce déplacement (thèse inaugurale); par le docteur Ernest Robert.

Bien que la thèse de M. Ernest Robert embrasse l'histoire entière de la rétroversion de l'utérus, il est manifeste qu'elle a été composée uniquement dans le but de préconiser un mode particulier de traitement curatif. Ce mode est précisément celui qui est exposé dans la brochure de M. Amussat, et c'est à M. Amussat qu'ont été empruntées les quatre observations de la thèse. Notre rôle se trouve par là fort limité; il doit se borner à l'appréciation du moyen thérapeutique.

Les déplacements utérins font souvent, on le sait, le désespoir des chirurgiens. Les éponges, les pessaires, introduits dans le vagin après la réduction de la matrice, peuvent bien la maintenir plus ou moins dans la rectitude; mais ce n'est là qu'un redressement factice, qui ne se maintient presque jamais après qu'on a ôté les instruments de contention. Les pessaires de Simpson paraissent avoir mieux réussi entre les mains de plusieurs praticiens, de M. Valleix en particulier, qui a publié un travail sur ce sujet; de M. Maisonneuve, qui les vante beaucoup dans ses conférences cliniques; de quelques autres encore. M. Amussat se plaint néanmoins de n'avoir pu en obtenir une seule guérison solide. Ce qu'il y a eu outre de certain, c'est qu'ils sont difficilement supportés dans les cas où l'utérus, indépendamment de la rétroversion, est engorgé au col, douloureux et affecté de catarrhe. D'ailleurs, tous ces instruments ont, dans l'espèce, un double inconvénient: le premier d'amener, par le seul séjour dans les parties génitales, des écoulements, des inflammations, parfois des érosions; le second d'être d'une application difficile en raison de la position vicieuse du col, et de ne pouvoir être confiés qu'à un homme de l'art, inconvénient que la nécessité de changer souvent le pessaire rend parfois très-désagréable. On remarquera que nous ne condamnons en aucune manière les instruments de contention; nous croyons qu'ils peuvent rendre et ont rendu, dans des circonstances favorables, de véritables services; mais très-certainement ils sont loin, très-loin, de répondre à toutes les exigences de la pratique, et c'est pour cela que nous contribuons avec plaisir à la divulgation d'un moyen qui a déjà donné des résultats très-encourageants. Le voici, d'après la description de M. Amussat.

On applique le caustique de potasse et de chaux solidifié sur la lèvre postérieure du col, puis on essuie légèrement. La portion de substance active restée libre après l'épuisement de l'action caustique suffit ordinairement pour cautériser la portion correspondante de la paroi vaginale. Les deux ulcérations contiguës qui en résultent deviennent le point de départ d'adhérences et déterminent une véritable soudure du col utérin à la paroi postérieure du vagin. Le col ainsi ramené en arrière fait basculer l'utérus et porte conséquemment le corps en avant. Dans quelques cas graves, on fait la cautérisation transcurrente du cul-de-sac vaginal ou de la paroi postérieure du vagin, pour mieux assurer la formation d'une ulcération sur ce point. Plusieurs fois enfin, après avoir porté le caustique seulement sur la lèvre postérieure, les brides formées n'ont pas été assez fortes ni assez étendues pour produire un redressement suffisant, et il a fallu en venir ultérieurement à la cautérisation vaginale, qui a complété la guérison.

Les quatre observations rapportées par M. Amussat paraissent très-concluantes. En outre, dans la thèse de M. Robert, nous en trouvons une, non relatée dans la brochure, mais empruntée à un autre travail de M. Amussat *sur la rétroversion dans l'état de grossesse*, et qui est la plus remarquable de toutes. L'utérus était resté rétroversé à la suite de plusieurs grossesses. Des cautérisations successives ont fait disparaître des accidents sérieux contre lesquels ceintures, éponges, pessaires, avaient échoué complétement. Le pessaire de Simpson n'avait pu être introduit. Nous avons eu nous-même occasion de constater chez cette femme, et l'existence d'une forte bride attachant la lèvre postérieure du col au vagin, et le redressement de l'organe. Elle nous a raconté combien beaucoup d'accidents qu'elle éprouvait du côté de l'utérus, et qui lui rendaient extrêmement pénibles ses fonctions de garde-malade, avaient entièrement disparu après la cautérisation.

Dans les deux publications que nous analysons ici, il n'est question, on le voit, que de la rétroversion de l'utérus, et nullement de l'antéversion. Il semble pourtant que la cautérisation de la lèvre antérieure et de la portion du vagin correspondante devrait avoir, dans cette forme de déplacement, les mêmes avantages que la cautérisation de la lèvre postérieure dans le déplacement en sens inverse. Il paraît néanmoins qu'il n'en est pas ainsi. Le paquet intestinal qui s'engage derrière le corps de la matrice renversé en avant oppose au redressement un obstacle très-difficile à surmonter. Cette question n'est du reste traitée ni par M. Amussat ni par M. Robert.

Nous nous sommes plusieurs fois demandé si, dans des cas difficiles, on ne pourrait pas combiner avantageusement la cautérisation avec le procédé imaginé par M. Desgranges pour la chute de l'utérus, et qui consiste, comme on sait, dans l'application d'un grand nombre de serre-fines sur les parois vaginales, de manière à former en beaucoup de points des plis que rend ensuite permanents le travail d'ulcération et de cicatrisation consécutives. De semblables plis formés du côté où penche le corps de la matrice auraient, ce nous semble, pour effet de le relever, et une légère soudure du col, provoquée par la cautérisation, y aiderait s'il était nécessaire. M. Maisonneuve nous a dit avoir eu la même idée, et ce nous est un sûr garant qu'elle serait d'une application avantageuse.

L'emploi des serre-fines aurait peut-être aussi pour effet de prévenir un inconvénient dont la seule cautérisation du col et du vagin ne nous paraît pas exempte: nous voulons parler de l'*inflexion* du col sur le corps. Nous voyons même très-positivement dans le mémoire de M. Amussat que chez une dame ainsi cautérisée une rétroflexion a succédé à une rétroversion, et l'on comprend très-bien qu'il en sera ainsi toutes les fois que le corps de l'utérus, retenu par des adhérences ou quelque autre obstacle, ne pourra pas exécuter le mouvement de bascule commandé par le redressement du col; celui-ci reviendra seul à la rectitude, en s'infléchissant sur le corps. Un rétrécissement d'une des parois du vagin, à sa partie supérieure, en refoulant toutes les parties sus-jacentes, n'aurait pas cet inconvénient.

Nous ne terminerons pas sans appeler l'attention sur quelques conseils de pratique donnés par M. Amussat à la fin de sa brochure, conseils vulgaires si l'on veut, mais qu'on cherche en vain dans les ouvrages classiques, que les praticiens n'appliquent jamais, et dont l'oubli expose tout simplement à chercher longtemps le col utérin sans le trouver jamais. Nous sommes de l'avis de M. Amussat: « la difficulté est toujours très-grande, même pour des praticiens exercés. » « Pour éviter, ajoute-t-il, cet embarras, pénible pour la malade et pour le chirurgien, il faut *d'avance, dans tous les cas*, commencer par préciser la position relative du col, par le toucher pratiqué dans la position qu'on devra donner à la femme pour introduire le spéculum. Sans cette précaution, on dirige naturellement le spéculum, s'il y a rétroversion, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et l'on a beau incliner l'instrument à droite, à gauche, en avant ou en arrière, on ne parvient pas à voir le col; même après avoir pratiqué le toucher, on éprouve souvent encore de grandes difficultés si la déviation du col est très-forte. Toutefois on hésite moins et l'on ne fait pas de tâtonnements inutiles et pénibles. » Nous nous sommes trop bien trouvé de l'observation de ces préceptes pour ne pas les recommander vivement aux praticiens.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

Décret sur l'enseignement public.

Voici ce qui intéresse l'enseignement de la médecine et de la pharmacie dans le décret inséré au Moniteur:

Louis-Napoléon,
Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,
Considérant qu'en attendant qu'il soit pourvu par une loi à la réorganisation de l'enseignement public, il importe d'appliquer dès aujourd'hui des principes propres à rétablir l'ordre et la hiérarchie dans le corps enseignant,
Décrète :

CHAP. Ier.—*De l'autorité supérieure de l'enseignement public.*

ART. 1er. — Le président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, nomme et révoque les membres du conseil supérieur, les inspecteurs généraux, les recteurs, les professeurs des Facultés, du collége de France, du Muséum d'histoire naturelle; les administrateurs et conservateurs des bibliothèques publiques.

ART. 2. — Quand il s'agit de pourvoir à la nomination d'un professeur titulaire dans une Faculté, le ministre propose au président de la République un candidat choisi soit parmi les docteurs âgés de 30 ans au moins, soit sur une double liste de présentation qui est nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit et au conseil académique.

Le même mode de nomination est suivi dans les Facultés des lettres, des sciences, de droit, de médecine, et dans les écoles supérieures de pharmacie.

ART. 3. — Le ministre, par délégation du président de la République, nomme et révoque les fonctionnaires et professeurs des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les employés des bibliothèques publiques, et généralement toutes les personnes attachées à des établissements d'instruction publique appartenant à l'État.

Il prononce directement et sans recours contre les membres de l'enseignement secondaire public :
La réprimande devant le conseil académique,
La censure devant le conseil supérieur,
La mutation,
La suspension des fonctions, avec ou sans privation totale ou partielle de traitement,
La révocation.

Il peut prononcer les mêmes peines contre les membres de l'enseignement supérieur, à l'exception de la révocation, qui est prononcée, sur sa proposition, par un décret du président de la République.

CHAP. II. — *Du conseil supérieur de l'instruction publique.*

ART. 5. — Le conseil supérieur se compose :
De trois sénateurs,
De trois conseillers d'État,
De cinq archevêques ou évêques,
De trois membres de la cour de cassation,
De cinq membres de l'Institut,
De huit inspecteurs généraux,
De deux membres de l'enseignement libre.
Les membres du conseil supérieur sont nommés pour un an.
Le ministre préside le conseil et détermine l'ouverture des sessions, qui auront lieu au moins deux fois par an.

CHAP. III.—*Des inspecteurs généraux de l'instruction publique.*

ART. 6. — Huit inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur :
Trois pour les lettres,
Trois pour les sciences,
Un pour le droit,
Un pour la médecine,
sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des Facultés, des écoles supérieures de pharmacie, des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et des établissements scientifiques et littéraires ressortissant au ministère de l'instruction publique.

ART. 9. — Les professeurs, les gens de lettres, les savants et les artistes dépendant du ministère de l'instruction publique ne peuvent cumuler que deux fonctions rétribuées sur les fonds du trésor public.

Le montant des traitements cumulés, tant fixes qu'éventuels, pourra s'élever à 20,000 fr.

Fait au palais des Tuileries, le 9 mars 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Par le président :
Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FOURTOUL.

—M. le professeur Bérard est nommé inspecteur général pour la médecine et membre du conseil supérieur de l'instruction publique.

— On lit dans la PRESSE d'hier :

Le MONITEUR doit publier, sous peu de jours, le règlement administratif pour le service médical de l'armée. On exigera que les chirurgiens militaires soient tous reçus docteurs en médecine. Un concours spécial serait ouvert chaque année dans chacune des Facultés de médecine, et huit inscriptions suffiraient pour y être admis. Les candidats qui auraient satisfait au concours seraient placés comme internes au Val-de-Grâce, qui recevrait le nom d'École de médecine militaire. Les internes, après être restés pendant un temps déterminé à cette école, seraient répartis dans les régiments avec le grade de chirurgiens de deuxième classe ou de chirurgiens-majors.

— Par décret du président de la République, du 12 décembre 1851, il est accordé, en récompense des services rendus pendant la dernière invasion du choléra dans la province d'Oran (Algérie), une médaille d'honneur à chacune des personnes dont les noms suivent :

MM. Robert, médecin ordinaire de 2e classe à Mascara;
Frasseto, médecin adjoint à Sidi-bel-Abbès;
Cordier, médecin adjoint à Mostaganem;
Coblentz, chirurgien-major de 2e classe au 12e léger;
Fasehille, chirurgien-major de 2e classe au 4e de chasseurs d'Afrique;
Deluy, chirurgien aide-major de 2e classe au 2e de chasseurs d'Afrique;
Bossard, chirurgien aide-major de 2e classe à l'ambulance de Gndhiel;
Servoisier, pharmacien aide-major de 1re classe à Oran;
Garreix, aumônier à l'hôpital de Tlemcen;
Barreau, aumônier à l'hôpital de Mostaganem;
Ronstans, chirurgien sous-aide à Tlemcen;
Driard, chirurgien sous-aide à Oran;
Robert, chirurgien sous-aide à Saint-Leu;
Massot, infirmier-major sergent à Gndhiel;
Carriol, infirmier-major sergent à Oran;
Assié, infirmier-major sergent à Arzew;
Guichard, infirmier-soldat de 1re classe à Tlemcen;
Booaard, infirmier-soldat de 1re classe à Arzew;
Lecouvreur, infirmier-soldat de 1re classe à Tlemcen;
Boanieu, infirmier-soldat de 1re classe à Tlemcen.

— Sur le rapport de M. de Surian, le conseil municipal de Marseille, dans sa séance du 23 février, vient d'adopter un projet d'une grande importance pour l'amélioration des établissements hospitaliers de notre ville.

L'Hôtel-Dieu actuel sera conservé, mais il sera assaini par la démolition d'un nombre considérable de vieilles masures. Sur leur emplacement seront créés de vastes promenoirs, de nouvelles salles seront édifiées, qui s'harmoniseront avec la partie de l'hospice reconstruite en 1754 sur les plans de Mansard, neveu de l'architecte de Louis XIV.

L'hospice de la Charité recevra également de nombreuses améliorations. Le plan inachevé de Puget sera complété, et il deviendra possible d'augmenter le nombre des vieillards admis dans cet établissement et d'y créer une section des ménages, à l'instar de celle qui existe à Paris.

Enfin, un nouvel hôpital sera construit au quartier du Petit-Camas, pour les malades du nord de la ville, pour les convalescents et pour les services de l'allaitement et de l'accouchement qui sont aujourd'hui entassés dans de vieux bâtiments dépendant de l'hospice de la Charité.

Ces importants travaux, qui témoignent de la sollicitude du conseil municipal et de l'administration des hospices pour la classe pauvre de la population, pourront s'exécuter, dit-on, sans qu'il en résulte une trop lourde charge pour les finances de la commune.

— On lit dans la GAZETTE DE LA HAVANE :

« M. Carron du Villars a été décoré, le 23 septembre dernier, de la croix de commandeur de l'ordre royal américain d'Isabelle la Catholique, en récompense des services qu'il a rendus aux Espagnols émigrés en France et aux militaires pauvres de la Havane. Nous félicitons M. Carron du Villars de cette distinction.

— On écrit de Vienne, 21 février :

« M. David, envoyé extraordinaire de France, a été reçu en audience par le prince de Schwartzenberg, qui lui a donné l'assurance que le gouvernement impérial a donné son adhésion à la convention internationale projetée par le congrès sanitaire, si toutefois quelques paragraphes se rattachant au système des quarantaines de l'Autriche, et qui se trouvent en opposition avec la législation autrichienne, reçoivent les modifications nécessaires. »

— Une épidémie assez grave de variole sévit dans la commune de Mirebeau depuis près de deux mois. Déjà plusieurs personnes ont été victimes de cette maladie. Ce qu'il y a de déplorable, c'est que la frayeur de ce mal éloigne du lit des malades presque tous ceux qui pourraient leur donner des soins.

— Une sorte d'épidémie sévit en ce moment avec beaucoup de gravité dans plusieurs communes du département de l'Allier, notamment à Pouzy, Mezunoy et à Larcy-Lévy. Elle se manifeste par de violents maux de tête et par des frissons qui parcourent les diverses parties du corps. Généralement la mort est presque instantanée.

—M. le docteur Liégey (de Rambervillers) vient de signaler à M. le préfet l'invasion d'une maladie dangereuse dans l'école communale des garçons de Domptail. C'est une espèce de fièvre croupale, qui, depuis le 1er janvier, a déjà enlevé dix enfants. M. le préfet s'est empressé de prendre les mesures nécessaires pour arrêter les progrès de cette maladie, qui a jeté l'inquiétude dans un grand nombre de familles.

— Une maladie épidémique s'est déclarée dans la commune de Xanray (Meurthe).

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Il est aisé de prévoir dès aujourd'hui le résultat de la discussion engagée à l'Académie de médecine sur l'avortement provoqué. L'Académie votera tel amendement qui lui paraîtra propre à dégager sa responsabilité morale, celui, par exemple, qui a été proposé par M. Bégin dans la dernière séance et qui a le mérite d'être très-net et très-explicite. Cet amendement, que nous attendions l'autre jour au bout du discours de M. P. Dubois ou de celui de M. Danyau, était, comme on dit, dans la logique de la situation. M. le rapporteur déclarait prendre à son compte personnel les propositions où la pratique de l'avortement, dans certaines circonstances, est présentée comme un droit et un devoir, et ne soumettre au vote que les conclusions tendantes à accorder à l'auteur du mémoire un témoignage de satisfaction. L'Académie craignait que les conclusions ne fussent liées si étroitement aux propositions, qu'on ne pût donner son approbation aux premières sans l'étendre implicitement aux secondes; il est donc naturel qu'elle cherche maintenant un moyen de répondre à la fois au désir du rapporteur et au sien propre, en fixant nettement la limite où elle entend s'arrêter.

Ce scrupule, que nous croyons très-général, de la compagnie témoignerait à lui seul, si l'esprit des discours ne levait pas déjà tous les doutes, de la prédominance du côté moral et religieux de la question sur le côté scientifique. A vrai dire, le débat scientifique manque à peu près de prétexte. On peut bien discuter sur le degré précis de rétrécissement du bassin qui ne permet plus la sortie d'un fœtus viable, sur ce qu'on peut attendre au juste des efforts de la nature, sur les chances de l'opération césarienne, sur la fréquence et le degré de gravité des accidents auxquels expose l'avortement, etc; mais quoi qu'en ait pu dire M. Bégin, la science possède sur tous ces points des données assez certaines pour permettre de poser, dans des circonstances aussi faciles à déterminer théoriquement qu'à constater dans la pratique, des indications positives et absolues. Est-il vrai qu'un bassin dont le plus petit diamètre n'atteint pas 5 centimètres, ne saurait donner passage à un fœtus viable? Est-il vrai que, en présence d'une femme devenue enceinte dans cette fâcheuse condition, l'accoucheur sera forcé d'opter entre l'opération césarienne à terme, l'embryotomie également à terme, et l'avortement dès les premiers mois de la grossesse? Est-il vrai que l'opération césarienne est presque toujours mortelle, beaucoup plus grave en tout cas que l'embryotomie, et l'embryotomie plus grave que l'avortement provoqué? Rien de tout cela n'est contestable; nous ajouterons même, avec M. Chailly, que, dans cette balance des dangers en perspective, celui de l'éventration pèse certainement d'un poids plus lourd que ne le disent les statistiques, trop souvent frustrées par la tombe d'éléments indispensables. Pourquoi donc l'Académie hésite-t-elle? Pourquoi un accoucheur expérimenté comme M. Danyau, qui ne blâme pas l'avortement, qui en admet l'indication dans des circonstances déterminées, ne veut-il pas néanmoins s'engager à la préférer toujours à l'éventration? Pourquoi tient-il autant à poser une réserve vague qu'aucun fait expérimental, aucune prévision, ne motivent jusqu'à présent? C'est, nous le répétons, que la question scientifique ne peut s'isoler de la question morale et religieuse; c'est que la conduite hautement conseillée par la science obstétricale et à laquelle le salut de la mère est attaché, nécessite un sacrifice qui pèse à la conscience. Dans l'extrême et trop juste désir où l'on est de ne recourir à un tel sacrifice qu'en cas de nécessité rigoureuse, on veut faire la part de l'imprévu; et comme il ne peut y avoir de règle pour l'imprévu, on s'arrête à un parti qu'on se reprocherait de prendre sur toute autre question; on reste confiné dans le fait particulier.

Voilà le véritable caractère des dissidences qui se sont produites. Il n'y en a pas eu d'autre nature, et M. Bégin lui-même n'a pu retenir cette parole: *Il y a des cas extrêmes et* POSITIFS *qui semblent à la rigueur pouvoir* JUSTIFIER *l'avortement.*

On sait que nous sommes nous-mêmes, et par la raison que nous venons de dire, contre la fixation d'une règle de conduite. Nous voudrions effacer du rapport le passage où la provocation de l'avortement est commandée comme un *devoir* à l'accoucheur. Assurément, ce que nous conjurons l'Académie de ne pas faire, nous n'irons pas le faire nous-mêmes; nous ne donnerons de conseils à personne. Qu'on nous permette seulement d'établir ici une distinction dont ne se sont pas assez préoccupés ceux qui, à l'Académie et ailleurs, n'ont pas exclusivement touché la question obstétricale. On en sentira mieux combien la matière est délicate et périlleuse.

Les motifs *théologiques* proprement dits ne sont pas les seuls qu'on puisse consulter après les motifs scientifiques. Des considérations religieuses et morales se présentent à leur tour. Ce sont là des points de vue fort rapprochés, sans doute, mais distincts. Celui qui puise dans la notion chrétienne de l'être humain l'idée de l'inviolabilité générale et absolue de la créature; qui veut ne la troubler à aucune époque de son développement; qui la respecte même, avant qu'elle soit conçue, dans les éléments de sa future formation; celui-là, on le conçoit, n'a rien à demander à la science. Ses croyances lui fixent une règle souveraine. La mère et l'enfant périront si Dieu l'ordonne; mais lui, homme de foi chrétienne avant d'être médecin, il ne sacrifiera pas l'un à l'autre. Ainsi ont jugé les théologiens. Mais supprimez ce point de vue. Voici un accoucheur qui n'interprète pas d'une façon si rigoureuse la loi divine. Il croit, celui-là, que la nécessité, la droiture de l'intention purifieront l'acte, quel qu'il soit, auquel il va se résoudre. Il songe alors que la femme confiée à ses soins, à son honneur, jouit de la plénitude de l'existence, qu'elle tient par toutes les fibres de son cœur à d'autres êtres qui n'en peuvent être séparés sans des déchirements douloureux, à un mari, à des enfants, à des amis. Pénétré de principes religieux, il se souvient que cette âme, s'il la laisse s'échapper dans une opération terrible, va tomber dans l'inconnu, et il se dit qu'il dépend de lui de retarder le moment fatal. Cette créature physiquement achevée, douée d'intelligence, de sentiment, centre et point de départ d'intérêts de toute sorte, à qui va-t-elle être sacrifiée? à un être incomplet, à un germe insensible, sans lendemain assuré dans ce monde, et que la mort détruira tout entier. Voilà les réflexions qui pourront naître dans l'esprit d'un médecin très-religieux et très-moral; et alors, dans sa conscience rassurée, il prendra la résolution de sauver la mère au détriment du fœtus. Lequel des deux médecins aura le mieux agi? Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que ce n'est ni à nous ni à l'Académie de médecine à le décider. Nous voulons seulement faire entrevoir dans quel labyrinthe on irait bientôt se perdre, si l'on mettait une fois le pied sur ce terrain; et nous ne disons pas encore tous les termes dont la question se compose, au point de vue théologique

Feuilleton.

RECHERCHES, RÉFLEXIONS ET MÉDITATION A PROPOS D'UN TRÈS-PETIT OBJET.

Nusquam magis quam in minimis, tota est natura.
(Plin., lib. II, cap. 2.)

Il y a peu de temps que, retiré solitairement dans mon petit asile rural, je me livrais à un travail relatif à notre profession, lorsque je vis subitement apparaître sur mon papier un de ces petits insectes arrondis, blanchâtres, véritable atome animalisé dont le nom générique est *ciron*. Or il me passa tout à coup par la tête de l'étudier quelques instants. L'insecte allait, venait, courait, s'arrêtait, puis recommençait sans cesse ses mouvements incertains. Rien de plus évident que, *se sentant* loin de son milieu ordinaire, de son monde, de sa patrie, il était inquiet et agité. Pauvre animalcule, dis-je en moi-même, qui es-tu? que vas-tu devenir? où as-tu commencé ta frêle existence? quel en sera le terme? Nous n'en savons pas plus que toi à cet égard sur nous mêmes, et pourtant nous nous disons les maîtres de la terre. Cette dernière idée, où il y avait à mon insu je ne sais quel reflet d'orgueil, m'éblouit et m'exalta. Tout à coup, en véritable tyran, par le droit du plus fort ou le droit du loup, je voulus dominer un instant la vie, les actions, en un mot, la destinée de cet être chétif tout à fait soumis à ma puissante volonté. Comme je tenais une plume à ma main, je la plaçai brusquement au devant de l'insecte courant au hasard. Le ciron s'arrêta court, le tonnerre de ma plume ayant fortement ébranlé son organe auditif; puis il reprit sa course et *pressentant* sans doute un danger inconnu mais imminent, il hâta ses pas et mes yeux ne pouvaient plus distinguer l'agitation de ses petites pattes, tant leur mouvement musculaire était énergique et précipité. Contrarié par cette *détermination* de mon prisonnier, ou plutôt, il faut bien l'avouer, par une sorte de fureur despotique d'observation, je ressaisis ma plume et j'enfermai l'animalcule dans un cercle d'encre, curieux de savoir le parti que prendrait cet insurgé. Oh! pour le coup, le pauvre ciron, l'objet, le martyr de mes persécutions, fut effrayé; le bruit de ma plume, la couleur noire de l'encre, peut-être aussi l'odeur de ce liquide, le contraignirent à s'arrêter, puis à parcourir quelques points de ce cercle infernal qui l'enveloppait. Mais à la fin, « *ciron* sur son chemin ayant *philosophé*, » il franchit la ligne formidable et continua ses mouvements. J'eus beau, dans la suite, tracer autour de lui de nouveaux cercles, petits, moyens, à larges diamètres, en raison de l'*expérience* qu'il avait acquise, il les franchit hardiment, se souciant fort peu de ce que je penserais de son audace.

Alors je le soumis à un autre tourment d'expérimentation; que voulez-vous? je voulais savoir jusqu'où s'étendrait ma suprême puissance sur ce ciron qui se défendait si bien, tout en lui conservant la vie. Comme il cheminait assez vite par

aussi bien qu'au point de vue religieux. Nous voudrions également, si la discussion se poursuit sur ce sujet, qu'on évitât de compter parmi les motifs de détermination, comme l'a fait M. Bégin, le caractère moral de la femme. C'est là une faute inexplicable de la part d'un esprit si droit et d'un cœur si bien placé. M. Bégin invoquait contre l'avortement provoqué le sentiment chrétien. Quel est donc le sentiment qui le dispose à faire bon marché d'une malheureuse rachitique, qui porte pour la troisième fois dans son sein un fruit illégitime? Le Christ, invoqué dans la discussion, défendit de jeter la pierre à Madeleine. Parce que cette fois Madeleine est contrefaite, méritait-elle plus d'être lapidée. La réplique de M. Cazeaux, toujours habile et pressante, a été particulièrement heureuse sur ce point.

A. DECHAMBRE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS NERVEUSES PAR LES ANNEAUX MÉTALLIQUES DU DOCTEUR BURQ; par M. EM. SALNEUVE, interne du service de M. MONOD, à la Maison nationale de santé.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT. — *Métallothérapie.* — « L'anesthésie et l'amyosthénie » doivent être considérées comme une sorte de pierre de touche placée à » côté de la maladie pour indiquer les moyens les plus propres à la guérir ; » car tout moyen, qu'il soit tiré de la thérapeutique, de l'hygiène, ou d'ail- » leurs, doit avoir sur elles une action directe ou éloignée, mais certaine, » sans quoi il pourra bien ne pas empêcher la guérison spontanée, mais il » ne sera certainement pour elle d'aucune utilité. D'où cette conclusion » extrême à tous les points de vue : que presque tout le traitement des » névroses de la deuxième classe consiste à trouver un agent quelconque » capable de faire cesser complétement l'anesthésie et l'amyosthénie.

» Le meilleur agent qui paraisse exister, celui dont l'action ne manque » presque jamais, est un métal bon conducteur de l'électricité, qui, sui- » vant certaines affinités encore inconnues, se trouve être tantôt du cuivre, » tantôt de l'acier, d'autres fois de l'argent, de l'or, etc., moins souvent du » platine et quelquefois un alliage défini de deux ou trois métaux. Toute la » difficulté du traitement consiste donc à déterminer le métal.

» Pour cela, se munir d'une boîte d'exploration, dont l'intérieur se com- » pose :

» 1° D'un dynamomètre ;

» 2° De 25 à 40 petites plaques de toutes sortes de métaux, à l'état sim- » ple et à l'état d'alliage ;

» 3° De quelques épingles à acupuncture.

» Arrivé auprès du malade, s'assurer d'abord, avec soin, de l'état de la » sensibilité et de la motilité ; appliquer ensuite successivement une ou » plusieurs des petites plaques, à commencer par celles de cuivre et d'a- » cier sur les points où la sensibilité est le plus en défaut, jusqu'à ce qu'on » arrive à en trouver une qui la fasse revenir au-dessous d'elle ; puis ce » premier résultat obtenu, faire disposer, avec le métal désigné par cette » première exploration, un anneau de 10 à 15 centimètres de large, assez » grand pour embrasser toute la circonférence d'un des membres, à la fois » anesthésique et amyosthénique, et si, au bout de quelques heures de son » application (une heure ou deux suffisent ordinairement), tous les phéno- » mènes, sauf la fatigue, qui ne saurait évidemment résulter d'une aussi » petite surface, qu'on avait le droit d'attendre, se sont produits, il ne reste » plus qu'à faire construire une armature générale composée de deux » grands anneaux pour chaque membre, et de deux larges plaques pour le » tronc.

» Le malade devra en faire usage le soir en se couchant, et rester ainsi » armé deux, quatre, huit et dix heures, suivant l'intensité des effets qu'on » aura besoin d'obtenir.

» Avec ce métal et quelques précautions hygiéniques accessoires, on est » toujours à peu près sûr de guérison, à moins, chose rare, qu'il ne vienne » à perdre son action. »

Viennent ensuite des observations de MM. Simon Pierre et Coffin, internes à l'Hôtel-Dieu et à Lourcine, précédées d'une note de l'auteur adressée, au mois de février 1850, à l'Académie des sciences, pour servir à l'histoire des effets physiologiques et thérapeutiques des armatures métalliques.

Dans ces intéressantes observations, nous y avons vu plusieurs malades affectés d'hystérie, d'aménorrhée, de névralgies, de paraplégies nerveuses et d'hypochondrie, traités par différents métaux, avec non moins de succès que ceux dont nous allons donner l'histoire.

HYSTÉRIE LÉGÈRE; GUÉRISON PAR LE MÉTAL DES CLOCHES LAMINÉ.

OBS. I. — Le 16 juin 1851, au n° 13 de la salle n° 2 de la Maison nationale de santé (service de M. Monod), est entrée mademoiselle C... Cette jeune fille, âgée de 16 ans, née et élevée en province, de coloration brune, n'offre qu'une petite taille, mais sa complexion est robuste, ses chairs sont fermes et ses muscles bien développés.

Il y a deux ans, sans avoir jamais ressenti de maux de tête, ni phénomènes nerveux d'aucune espèce, elle a commencé à éprouver des battements de cœur, des suffocations accompagnées parfois de défaillances, et plus rarement, d'évanouissements. Trois ou quatre mois après, la menstruation s'étant bien établie, ces divers accidents disparurent en partie jusqu'en septembre 1850, époque à laquelle, sans cause appréciable, survinrent de nouveaux troubles dans l'innervation. Un jour, un évanouissement ayant eu lieu, des sangsues sont appliquées aux cuisses ; après les sangsues, nouvel évanouissement, et le soir, attaque de nerfs violente qui dure quatre heures. Cette première attaque est suivie de crises fréquentes, surtout à l'époque des règles, sans que celles-ci soient nullement modifiées. Depuis un mois, les attaques, qui n'avaient pas paru depuis, sont revenues avec une nouvelle intensité, se produisant chaque jour et même trois à quatre fois dans la journée.

L'attaque n'a pas de prodromes, sa durée habituelle est de quatre à cinq minutes. Elle est annoncée brusquement par de violentes palpitations, après lesquelles on observe un gonflement considérable du cou, un renversement spasmodique de la tête en arrière, une accélération dans les fonctions respiratoires, suivie de suffocation et d'une sorte de strangulation. Pendant ce temps, la malade ne pousse aucun cri, ne perd point connaissance, et ses membres supérieurs sont seuls légèrement convulsés.

Rien de particulier dans l'état général, à part une diminution de l'appétit, un peu de dépravation du goût, et de la constipation.

---

monts et par *vaux* sur mon papier, je soufflai dessus avec une certaine force, le ciron s'arrêta, bien plus, voulant braver l'ouragan, il se cramponna à l'aide de ses griffes microscopiques, dans les anfractuosités du papier ; de mémoire de ciron, il n'avait peut-être pas connu un pareil danger. Un moment après, *bien assuré* que la tourmente était passée, il reprit sa course et même d'une manière assez rapide, car le danger pouvait reparaître. Plusieurs fois je recommençai l'expérience, et toujours le brave ciron tenait tête à l'orage par son immobilité prolongée. Enfin, en ma qualité d'être plus parfait et par conséquent dominateur, je redoublai de violence par mon souffle, je lançai l'infortuné ciron dans l'espace et je ne le revis plus, pensant néanmoins, honteusement fier de mon pouvoir, qu'un être infiniment au-dessus de moi dans l'ordre des puissances hiérarchiques de l'univers, avait probablement aussi le droit, peut-être la volonté de me livrer à ces effroyables malheurs qui écrasent si souvent les pauvres humains, et dont nous ignorons la cause. Que sommes-nous en effet pour ces esprits supérieurs? sans doute aussi de chétifs animalcules.

Le combat fini, la victoire obtenue, les inductions philosophiques de ce grand événement ne tardèrent à se présenter à mon esprit. Les mouvements du ciron, ses hésitations, ses résolutions diverses, son courage dans la lutte, me donnèrent beaucoup à penser. — Il *entendait*, puisque le bruit de ma plume l'arrêta court. — Il *voyait*, car la ligne noire de l'encre lui fit une vive impression et en avait transmis l'image à son cerveau moléculaire. — Il *odorait*, car l'odeur de l'encre, si faible pour nous, lui avait été très perceptible. — Il *réfléchissait*, puisqu'il hésita à franchir le cercle noir, vrai fleuve stygien dont je l'avais entouré, puisqu'il s'était cramponné dans sa frayeur du souffle qui menaçait de l'emporter, puisqu'il hâtait sa marche présumant que le danger passé pouvait reparaître, puisqu'il sentait que cette immense surface blanche sur laquelle il était perdu, égaré, était un pays inconnu, couvert de montagnes, véritable désert où il ne devait rien espérer pour sa subsistance. On ne peut donc douter que ce ciron a été pourvu d'organes des sens, mais comment concevoir leur effroyable petitesse! et pourtant l'organe auditif est sensible peut-être à la dix-millième partie d'une onde sonore ; les yeux ne sont pénétrés que par un globule de lumière, etc., et ces sensations ont suffi pour déterminer l'*âme sensible* de mon ciron, comme on disait autrefois ; en un mot, l'instinct, la *raison des bêtes*, pour l'engager à prendre un parti, pour fuir un danger actuel et pressant. Nous le savons, le grand et le petit ne sont rien en eux-mêmes, ils n'ont de réalité que dans notre esprit. En voici la preuve : ce chétif insecte a toutes les perfections qui conviennent au rang qu'il doit occuper dans l'échelle animale. Le ciron, tout ciron qu'il est, est un être complet dans son genre ; son *économie* est fabriquée, disposée pour que sa vie parcoure les phases diverses de sa durée ; son corps est un tout organique qui vit, qui croît, qui sent, qui se meut, se conserve et se reproduit ; *tout y conspire*, selon l'expression d'Hippocrate, pour un but déterminé, l'unité vitale. Malgré son extrême exiguïté, cet insecte a des muscles et des viscères ; les fonctions de la nutrition, de l'assimilation, s'y font régulièrement ; peut-être même le ciron est-il un animal carnassier, peut-être se nourrit-il d'atomes animés, car, remarquons bien que, dans l'échelle de l'animalité, il y a infiniment plus d'animaux ou d'animalcules au-dessous qu'au-dessus du ciron. On en découvre, en effet, d'une petitesse infinitésimale, dont le volume est à peine saisissable à nos instruments

Le 17 juin, lendemain de l'arrivée de la malade, M. Monod, qui déjà a essayé vainement en ville plusieurs moyens de traitement, la confie à M. le docteur Burq.

EXPLORATION. — Un examen attentif donne les résultats suivants : aux avant-bras seulement, *anesthésie* superficielle, mais *analgésie* profonde; la piqûre et le pinçon, quoique parfaitement sentis, ne donnent lieu à aucune douleur, sauf à la paume des mains et à la pulpe des doigts; partout ailleurs la sensibilité est normale.

La force musculaire des avant-bras, appréciée à l'aide du dynamomètre, a été trouvée bien au-dessous de ce qu'elle devrait être en raison des muscles fermes et volumineux de la malade.

La main droite donne 22 kilogrammes de pression;

La main gauche 20 kilogrammes.

Les membres inférieurs n'ont rien perdu de leur force ni de leur sensibilité. Ces deux fonctions ne sont donc lésées qu'aux membres supérieurs : M. Burq, voyant là la seule cause de la maladie, prétend la faire cesser s'il vient à trouver un métal capable d'y rétablir la *sensibilité* et la *force* musculaire.

Chez notre malade, l'exploration fut longue et difficile. Plusieurs métaux des plus usuels, diverses qualités de cuivre et d'acier n'eurent aucune action; pendant ce temps, les attaques persistaient dans leur fréquence et leur intensité.

Enfin, le 26 juin, rien n'était changé dans l'état de mademoiselle C..., lorsqu'on essaya deux petites plaques de l'alliage dit *métal de cloches*. Celles-ci ayant paru donner des résultats, un anneau du même métal fut placé à chaque avant-bras pendant la nuit du 26 au 27.

Le 27 au matin, mademoiselle C... dit avoir ressenti de la chaleur et des fourmillements sous les anneaux, elle a mieux dormi, la nuit a été moins agitée que les précédentes. La sensibilité est aujourd'hui à peu près normale aux deux bras, et la pression est montée à 30 kilogrammes de la main droite et à 25 kilogr. de la gauche. Pas d'attaques dans la journée.

28 juin. Le métal est resté appliqué jusqu'à ce jour; la sensibilité est parfaite des deux côtés. La main droite donne 32 kilogr., la gauche 26 kilogr.

Le traitement est ainsi continué tous les jours, et la malade qui, la veille encore de sa première application, avait eu trois attaques, n'en éprouve plus aucune.

8 juillet. Mademoiselle C.., quitte aujourd'hui la Maison dans un état très-satisfaisant; la sensibilité est intacte et la pression donne 38 kilogr, à droite et 27 à gauche.

Nous étant informé de la santé de la malade, le 10 août 1851, à son domicile (rue du Faubourg-Poisonnière, 162), nous avons appris que le 14 juillet elle avait éprouvé un évanouissement de quelques secondes. On nous dit qu'elle avait négligé de faire usage des anneaux depuis son départ de la Maison. Ceux-ci furent réappliqués la nuit suivante, et mademoiselle C.., ayant continué à les mettre de temps en temps, a joui jusqu'à ce jour de la plus parfaite santé.

Si nous analysons cette observation, nous voyons :

Qu'une jeune fille atteinte d'hystérie a des attaques répétées, mais peu intenses;

Que cette intensité se trouve en rapport avec celle des lésions fonctionnelles de la sensibilité et de la motilité;

Que deux bracelets du métal des cloches appliqués aux avant-bras ont suffi pour rétablir ces deux fonctions dans toute leur intégrité;

Enfin, que la cessation des attaques a eu lieu à partir de ce moment.

Chez cette malade, une armature complète du métal eût été inutile, le nombre des pièces métalliques devant être en rapport avec celui des parties du corps où se trouvent l'anesthésie et l'amyosthénie.

NÉVRALGIE OCCIPITO-TEMPORALE; GUÉRISON PAR L'ACIER ANGLAIS.

OBS. II. — M. B..., négociant génois, entre le 1er avril 1851 à la chambre n° 2 du pavillon. Ce malade, âgé de 48 ans, doué d'une constitution qui serait parfaite si elle n'était déjà altérée par de longues habitudes d'intempérance, n'a jamais fait de fortes maladies; la seule qui mérite d'être signalée est une névralgie semblable à celle qu'il ressent aujourd'hui et qui il y a quatre ans, le retint près de quatre mois dans une ville de la Transylvanie.

Il y a quelques jours, peut-être sous l'influence d'un redoublement d'excès de table, il lui est survenu de violentes douleurs au niveau de la région occipitale gauche, s'irradiant sur la partie antérieure et latérale de la tête. Intermittentes et de peu de durée au début, elles ont acquis aujourd'hui beaucoup d'acuité et s'étendent dans toutes les branches nerveuses de l'occiput, du front, de la tempe et du pavillon de l'oreille du côté gauche. Les accès douloureux se répètent tous les soirs vers huit heures, acquièrent rapidement leur summum d'intensité et durent une grande partie de la nuit, souvent même jusqu'à l'heure de la visite. La douleur est continue, mais sujette à des exacerbations; la pression la soulage; si, ce qui est fort rare, elle se manifeste dans la journée, ce n'est jamais que pour un temps très-court.

Les antipériodiques, l'opium, le chloroforme, voire même le cathétérisme du tympan ayant été sans résultat, M. Monod confie le malade à M. Burq le 22 avril.

EXPLORATION. — Analgésie complète à l'épingle des deux avant-bras. Une piqûre transversale à la base d'un large pli fait à la peau, est bien sentie, mais détermine un peu de douleur à droite seulement; au contraire, ces mêmes parties sont très-sensibles à un pinçon tant soit peu énergique.

Sensibilité normale à la paume des mains et à la pulpe des doigts. Les membres inférieurs et le tronc sont aussi analgésiques à l'épingle, mais à un degré moindre que les bras.

La force de pression examinée au bras droit donne 26 kilogr.; à gauche elle est de 25.

Un grand anneau d'acier anglais est mis à l'avant-bras droit, un second de cuivre rouge à l'avant-bras gauche, et un troisième de laiton au mollet gauche.

Après quelques minutes, fourmillements, chaleur et transpiration sous le bracelet de droite, rien sous les autres.

Après une demi-heure, sensibilité à peu près normale et pression de 37 kilogr. du côté de l'acier; au niveau du cuivre rouge et jaune, sensibilité la même qu'auparavant, et pression gauche, 26 kilogr.

Le 23 avril, à cinq heures du matin, les mêmes anneaux explorateurs sont mis à la place qu'ils occupaient la veille. A l'heure de la visite (huit heures), nous trouvons la sensibilité normale au bras droit; la pression du côté droit donne 28 kilogr.; un peu plus tard, 33 (1); à gauche, elle reste à 27, puis à 28.

(1) On pourrait être surpris de voir la force musculaire, qui, la veille, était représentée par 37 kilogr. après une seule demi-heure de l'application de l'acier anglais, marquer le lendemain 28 kilog. seulement après une application de cinq heures faite avec le même métal. Mais il faut être prévenu qu'il arrive quelquefois un moment où le métal qui agit réellement détermine l'abaissement de la force après l'avoir déjà fait monter, de telle sorte que, si on l'examine quelque temps après, on peut alors la trouver de beaucoup diminué. Rien n'est d'ailleurs plus facile à comprendre, dit M. Burq, que ce phénomène; il suffit de réfléchir un moment à l'action probable sinon certaine du métal sur la force nerveuse pour comprendre que celle-ci, épuisée au bout d'un certain temps d'une application, comme l'indique alors la fatigue des malades, vienne à se trouver insuffisante pour faire contracter les muscles avec toute leur énergie. Comme un des exemples les plus frappants de cet effet remarquable, nous avons entendu l'auteur citer plusieurs fois le fait d'un artilleur malade dans le service de M. Bondin à l'hôpital du Roule, auquel il avait laissé appliqué toute une nuit une armature de cuivre pour une fièvre intermittente, et qui le lendemain avait à peine assez de force pour se tenir sur ses jambes. Dans ce cas, la diminution de la force, qui ne peut être d'ailleurs que momentanée, est pour lui tout aussi significative que son augmentation,

---

les plus parfaits; il en est qui tiendraient quelque chose comme quatre milliards environ dans le dé à coudre d'une élégante Parisienne. La digestion du ciron annonce aussi, et incontestablement, une circulation, un cœur quelconque, des vaisseaux, mais avec des formes appropriées à l'être dont ils conservent la vie. Nous ne pouvons qu'admirer en termes vagues la multiplicité, la finesse, la force, la souplesse de ces organes. Mais leur structure intime, leur anatomie même, leurs actions et réactions, nous sont tout à fait inconnues. Ah! quel serait notre étonnement, si nous pouvions pénétrer dans ces profondeurs et promener nos regards dans cet abîme? Où est le savant qui parviendra jusqu'à ces extrêmes limites de la nature? Le grand Swammerdam a fait un in-folio sur le *poux;* Lyonnet, un magnifique ouvrage sur la chenille du saule; Strauss, sur le hanneton; un autre naturaliste, sur la mouche ordinaire; aucun n'a été assez présomptueusement hardi pour entreprendre l'histoire complète du *ciron*.

Aux fonctions dont nous venons de parler s'ajoute celle de la génération. C'est un but que la nature ne perd jamais de vue; on dirait même que les individus n'ont de prix pour elle qu'afin de perpétuer les races. Elle y met tant de sagesse, tant de précautions, que les êtres les plus faibles ne périssent jamais dans les familles, car la fécondité des espèces est toujours proportionnelle aux dangers qui menacent les individus (1). Mais quelles sont les amours du ciron? Eh bien! avouons-le franchement, en toute modestie, le voile d'un profond mystère les cache encore. Le ciron est-il hermaphrodite comme les pucerons? Les deux sexes y sont-ils distincts? La science n'a pas de réponse à cette grande question. On sait seulement que le ciron se propage, et cela depuis la création du monde. Dès l'origine des choses, la vie a passé d'un corps de ciron dans un autre; elle est peut-être éternelle, comme le grand être dont elle est émanée; or le ciron ne fait pas exception. Une chose non moins certaine, c'est qu'en sa qualité d'animal, il a sa part des plaisirs de l'amour, adorable et incompréhensible mystère où la jouissance est une création. Cette part est bien minime, sans doute, mais elle est réelle; or c'est une immense prérogative sur une infinité d'êtres plus importants en apparence. Très-probablement les astres en sont privés; un ciron à cet égard l'emporte sur cette foule de planètes, de soleils qui surpassent un million de fois notre soleil en grosseur, tant la vie a de supériorité sur les êtres qui en sont privés, même quand elle n'en est qu'à ses rudiments. A dire vrai, peut-être nous abusons-nous à cet égard, par la faiblesse de notre intelligence, peut-être que ces grands corps, en un mot, que l'océan de la matière, contient un principe universel d'animation ayant des modes variés de propagation. La vie est partout, dans tout, et la mort nulle part, au moins d'une manière absolue. En tout cas, il est évident que ce principe a un certain degré d'énergie dans le ciron soumis à mes tyranniques expériences.

En effet outre ses fonctions nutritives et de génération, ce misérable insecte a aussi ses fonctions de relation. Ne savons-nous pas

Que le burin des sens grave en nous la pensée.

Or le ciron a des sens, je crois l'avoir prouvé; donc il a des sensations, donc

(1) Leuvenhoek a observé que deux mouches en ont fait sept cent mille autres en moins de trois mois.

24 et 25. Pendant qu'on dispose une armature d'acier pour ce malade, M. Burq voulant nous démontrer que le succès des armatures ne doit pas être attribué à autre chose qu'au métal lui-même, à une influence d'imagination, par exemple, fait appliquer chaque nuit une armature de *cuivre jaune* en ajoutant la précaution de capter d'avance l'esprit du malade par des promesses qu'il nous dit à nous ne pas devoir se réaliser. En effet, chaque jour le malade nous assure avoir autant souffert que les nuits précédentes, et ne veut plus d'un remède qui, dit-il, ne sert qu'à lui causer un ennui de plus.

27. Ce matin la sensibilité et la force musculaire sont redevenues à droite ce qu'elles étaient avant l'exploration. Le malade a beaucoup souffert cette nuit; dans la journée, l'armature d'acier anglais lui est apportée. Le soir, la névralgie ayant reparu avec son intensité habituelle, M. B... s'en applique les différentes pièces. Les douleurs diminuent rapidement; au bout d'une demi-heure, elles ont à peu près cessé, et le sommeil arrive après une heure.

28. Au matin, le malade est examiné encore muni de ses anneaux. La place qu'ils occupent est toute souillée de rouille. La sensibilité est revenue partout, sauf du côté droit où elle est encore légèrement obtuse. Il a ressenti hier après l'application un fourmillement général, une grande chaleur, beaucoup de sueur et comme des crampes dans tous les membres. Sentiment de lassitude ce matin. La force donne 28 kilog. de la main droite et 26 de la gauche.

29. Nouvelle application, même succès.

1er mai. Ce matin, sensibilité parfaite, sommeil bon. Pression droite, 41 kilog.; 38 à gauche.

3. M. B... n'a plus senti de douleur; sa sensibilité est normale; sa force est montée à 45 kilog. du côté droit et 40 du côté gauche. Il quitte la maison.

HYSTÉRIE INTENSE; L'OR VIERGE SEUL RÉTABLIT LA SENSIBILITÉ, MAIS IL EST SANS ACTION SUR LA MOTILITÉ.

OBS. III. — Madem. D..., couchée à la chambre n° 4 de la Maison nationale de santé, est entrée le 10 septembre 1851 dans le service de M. Monod. Cette malade, âgée de 22 ans (demoiselle de magasin), est douée d'un tempérament nerveux des plus marqués; elle est née à la campagne qu'elle a habitée jusqu'à l'âge de 16 ans. Elle avait un caractère turbulent pendant son enfance; sujette à des migraines violentes dès l'âge de 12 ans. A 13 ans, vomissements presque journaliers pendant huit mois consécutifs. Déjà à ce moment, faiblesse musculaire qui lui donnait souvent le dessous dans ses luttes avec des compagnes beaucoup moins fortes qu'elle en apparence et diminution de la sensibilité suffisante pour ne la laisser s'apercevoir des coups qu'elle se donnait en jouant que par les ecchymoses qui en étaient la suite. A 15 ans la menstruation s'établit avec grande difficulté, et depuis elle n'a pas cessé de se montrer, peu abondante et toujours accompagnée de douleurs. A cette époque, les vomissements étant revenus, ils s'en allèrent de nouveau pour faire place à des douleurs névralgiques localisées tantôt au membre inférieur gauche, tantôt à la tête, au dos, à l'estomac, etc.

Arrivée à Paris à 16 ans, cette demoiselle s'établit dans un magasin où une vie trop sédentaire et diverses causes morales ébranlent davantage son système nerveux. Malade peu de temps après, elle entre une première fois à la Maison de santé dans le service de M. Duméril, qu'elle quitte au bout de quelques mois pour retourner dans sa famille où là seulement elle éprouve une grande amélioration.

Revenue à Paris un an après, elle fut assez bien les années suivantes, mais toujours sujette à différentes douleurs névralgiques.

Cependant l'été dernier surviennent de nouveaux troubles dans l'innervation: d'abord vagues et fugitifs, ils augmentent peu à peu pour se fixer vers les organes abdominaux et simuler une péritonite grave. Soulagée au bout d'un mois de traitement, elle nous quitte pour quinze jours, après lesquels M. Monod est encore appelé à lui donner des soins le 20 septembre. Cette fois ce sont des maux d'estomac, suivis bientôt de vomissements revenant un temps plus ou moins long après le repas, une constipation opiniâtre, une sensibilité anormale à l'épigastre, etc., tous les signes évidents d'une violente gastralgie,

Le sous-nitrate de bismuth, les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur, les eaux gazeuses, la glace, les vésicatoires, etc., sont tout à fait impuissants.

Il y a six semaines (nous sommes aujourd'hui le 27 octobre), une dose de morphine plus forte qu'à l'ordinaire est suivie d'une attaque violente d'hystérie avec perte de connaissance. Sept à huit jours après, deuxième attaque; et depuis, à de plus courts intervalles, quinze nouvelles crises de plus en plus rapprochées et d'une intensité croissante. Elles sont maintenant quotidiennes.

Chaque attaque est précédée de prodromes de deux ou trois heures de durée; ses caractères habituels sont ceux d'une attaque ordinaire d'hystérie, plus la perte de connaissance; sa durée de vingt à trente minutes.

A mesure que les attaques se sont rapprochées, les douleurs névralgiques de la tête ont disparu, et les vomissements qui avaient d'abord lieu dans l'intervalle se sont éloignés et ont fini par ne plus se montrer qu'un instant après la crise.

Le chloroforme et divers autres moyens étant sans aucune efficacité, la malade est confiée par M. Monod à M. Burq le 27 octobre.

ÉTAT ACTUEL. — Amaigrissement considérable, forces diminuées, variabilité excessive dans le caractère, impressionnabilité très-grande, passage subit d'une gaieté folle à une tristesse profonde. Nuits sans sommeil ou troublées par des visions. Inappétence, dégoût des substances nutritives; constipation excessive avec hémorrhoïdes; leucorrhée. Urines pâles et abondantes; fonctions respiratoires et circulatoires parfaites, à part quelques palpitations.

EXPLORATION. — Douleurs vives, lancinantes et presque continuelles dans la région de l'estomac; la pression y est très-douloureuse, et cependant la piqûre horizontale de la peau n'y est pas sentie. Points hyperesthésiques nombreux sur le rachis et sur le thorax. (Nous n'avons pas remarqué de différence entre le côté droit et le côté gauche.) Anesthésie complète des téguments des membres; le pinçon le plus fort n'est pas senti, et l'aiguille poussée jusqu'à un centimètre de profondeur ne détermine aucune espèce de sensation, et ce qui est singulier, ne laisse point échapper la moindre gouttelette de sang. La malade a perdu jusqu'à la conscience de la position de ses membres. *Une seule partie de la peau est restée parfaitement sensible, c'est la dernière phalange de l'annulaire gauche qui, au moment où nous l'examinons, est garnie d'un anneau d'or.* Au-dessous de celui-ci la piqûre est très-douloureuse.

La paume des mains et la plante des pieds ne sont sensibles à la douleur que profondément, et cependant le chatouillement y produit à peu près les sensations habituelles.

La sensibilité de douleur reparait un peu vers la partie supérieure des membres. Le tronc offre lui-même diverses parties analgésiques ou même anesthésiques, notamment le creux épigastrique.

La peau du crâne est anesthésique, et celle de la face seulement analgésique. Les muqueuses nasale, oculaire et autres sont dans leur état normal, à l'exception de celle de la bouche, qui est analgésique sur différents points de la langue, de la luette et du pharynx, qu'on peut titiller en ne déterminant qu'à la longue quelques nausées.

La *motilité*, examinée une première fois le 19 octobre, a donné aux membres supérieurs 40 kilogrammes de pression pour la main droite, et 25 pour la main gauche; ce même jour, les jambes étaient un peu sensibles. A ce moment, il n'y avait encore eu que sept attaques, et la dernière datait de trois ou quatre jours.

Le 20 au matin, la sensibilité est très-diminuée, la pression du côté droit donne 25 kilogr., et celle du gauche 20. Le soir, une attaque très-intense a lieu.

Le 21, pression du côté droit 20 kilogr.; celle du côté gauche 15.

Le 22, attaque d'une demi-heure de durée.

23, 24, 25, 26. Les attaques sont quotidiennes.

27. Pression du côté droit, 18 kilogr; à gauche, 15 kilog. Attaque la nuit suivante.

---

il a des perceptions, des idées; le ciron a son MOI. J'ai une si haute idée de l'œuvre du Créateur que, de ce qu'une chose peut être, j'en infère assez facilement qu'elle est. Ainsi les sens supposent eux-mêmes un *entendement* qui juge des faits, car les sens purement matériels ne *jugent* point, et la question est décidée. Incontestablement, ce moi d'un ciron nous paraît un prodige, mais tout n'est-il pas prodige dans la nature? Révérons la puissance éternelle, il ne nous appartient pas de la borner. Est-il besoin de dire que dans ce cas l'intelligence est dans une immense disproportion avec celle des animaux plus élevés dans l'échelle, et notamment avec l'intelligence capable de prédire une éclipse et d'observer la route des comètes? Mais aussi quelle différence entre un cerveau qu'on découvre à peine avec un microscope d'un fort grossissement, et un encéphale à vaste développement; toutefois ils sont de même nature. La courbe de Saturne ou de Jupiter diffère immensément de celle d'une coque de millet, ou de l'œuf d'un oiseau-mouche, mais au fond la forme est la même. Ainsi l'aperception, la comparaison, le raisonnement, sont des degrés du sentiment plus ou moins élevés, mais ils n'en constituent pas l'essence. Cette grande et importante vérité, plus approfondie et développée, prouverait que tous les êtres sont tissus des mêmes éléments, qu'il n'y a qu'un seul être *prototype* dont tous les modes ne sont que des variations prodigieusement multipliées. C'est, à dire vrai, ce qui caractérise le Créateur des esprits célestes et des vermisseaux : *il n'est ni plus grand dans les uns ni plus petit dans les autres* (1).

(1) Cette belle pensée est de saint Augustin : *Nec major in istis, nec minor in illis.* (DE CIVIT. DEI.)

Au reste, en parlant du cerveau moléculaire du ciron, et de son entendement, qui vous dit qu'en raison de l'extrême délicatesse de ses sens, cet animalcule n'aperçoit pas, dans le monde des infiniment petits, une multitude d'autres êtres ou des propriétés des corps qui nous échappent: le ciron a peut-être des qualités spéciales de perception dont l'homme est privé. Chacun de nous a reçu un rayon de cette lumière qui élève l'homme au-dessus de tous les autres animaux, mais il n'en est pas moins vrai que chacun d'eux est doué de certaines perfections physiques, instinctives, que nous n'avons pas; nous nous disons le chef-d'œuvre de la nature, soit; mais on conviendra que, sous bien des rapports, c'est un titre assez litigieux. D'ailleurs, en voyant ce ciron, heurté, contrarié, inquiété, prendre toujours, d'après *ses motifs*, la meilleure manière d'agir, il serait vraiment insensé de regarder, comme Descartes, d'après l'Espagnol Pereira (1), les animaux comme de purs automates. Assurément il faut que les besoins d'un système soient bien impérieux, pour poser en principe une si choquante absurdité. N'est-il pas démontré, au contraire, que tous les animaux, le ciron lui-même, ont un degré de sensibilité déterminé par leur mode d'organisation? Ces degrés sont extrêmement variés, mais nous acquérons par là une notion aussi juste que saine de l'immensité de la puissance créatrice. Le malheur est que toute cause est pour nous une cause occulte; les effets mêmes ou les phénomènes sont encore très-imparfaitement connus. A la honte de notre

(1) Le livre où ce médecin soutient que les bêtes sont des automates est fort rare. Il fut imprimé en 1554, in-folio, sous le titre d'ANTONIANA MARGARITA. Il lui donna ce titre pour faire hommage aux noms de son père et de sa mère.

EXPLORATION. — Un métal paraît être désigné par le phénomène que nous avons constaté à l'annulaire gauche de la malade, phénomène qui s'est d'ailleurs reproduit toutes les fois que nous avons porté l'anneau d'or à un autre doigt; mais la difficulté de se procurer ce métal nous oblige à en rechercher un autre. Dans ce but, un grand nombre d'explorations sont faites sous nos yeux; mais, ni les diverses qualités d'argent, de cuivre, cuivre et zinc, ni les différents aciers, ni le maillechor, ni le métal d'Alger, métal de cloches, etc., n'ont eu la moindre action sur la sensibilité. Au contraire, toutes les fois que l'or vierge, l'or deuxième titre, et l'or à moitié d'alliage ont été appliqués, sous forme de petits anneaux de 1 centimètre, le degré d'action sur la sensibilité a marché en raison de la pureté du métal; ainsi, tandis que, en moins de cinq à six minutes, la sensibilité revenait complétement sous l'or vierge, et à quelques centimètres au-dessus; sous l'or le moins pur, elle était très-obtuse, même après un quart d'heure. L'or étant donc bien désigné par l'exploration de la sensibilité, la malade s'était mise en demeure de faire l'achat d'une armature qui ne devait pas coûter moins de 1,500 fr., mais M. Burq, averti par d'autres faits que le métal peut ne pas avoir d'action sur la motilité (condition indispensable de son efficacité), a la prudence de ne faire disposer que deux grands anneaux explorateurs, l'un en or vierge, l'autre en or deuxième titre.

Le 29 octobre, la malade sent les prodromes d'une attaque. L'anesthésie des avant-bras est des plus considérables.

La pression du bras droit donne 10 kilogr.;

Celle du gauche, 15 kil

Deux bracelets de 10 centimètres de large environ, l'un d'or vierge, l'autre d'or deuxième titre, sont appliqués, le premier au bras gauche, le second au bras droit. Quelques minutes après, la sensibilité, dont nous avons mesuré toutes les gradations, se développe des parties profondes vers les superficielles, pour donner lieu à la sensibilité du tact, puis à celle de la douleur; de telle sorte qu'au bout de cinq à dix minutes, voici ce qu'on rencontrait au niveau du métal : superficiellement, encore anesthésie; sous l'épiderme, sensibilité du tact seulement; et dans l'épaisseur du derme, sensibilité du tact et de douleur réunies; fourmillement sous les anneaux, surtout à gauche.

Après un quart d'heure, sensibilité parfaite sous les anneaux; la malade, les yeux fermés, désigne le moindre attouchement et se plaint amèrement toutes les fois que l'aiguille traverse seulement l'épiderme; mais à gauche, où a été mis l'or vierge, la sensibilité du tact et de la douleur a presque atteint l'épaule, tandis que, à droite (or deuxième titre), elle est à peine arrivée jusqu'au coude et n'offre pas encore le même degré d'acuité.

De plus, nous observons le phénomène suivant : à gauche, les piqûres qui, la veille, ne donnaient la moindre trace de sang, quoique profondes, et restaient parfaitement blanches, maintenant superficielles, deviennent rouges et semblables à des piqûres de puces. A droite, au contraire, où le retour de la sensibilité a lieu plus lentement, elles ne sont encore que roses. Ce fait fort remarquable a été observé sur plusieurs autres malades du service.

Mais si maintenant la sensibilité ne laisse plus rien à désirer, il n'en est pas de même de la motilité, qui n'a rien gagné. La pression du dynamomètre continue à donner 16 kilogrammes de la main droite, et 13 kilogrammes de la gauche.

C'est en vain que ce jour-là et les suivants on insiste sur l'application de l'or, chaque fois l'anesthésie plus, ou moins revenue depuis la veille, quitte bien les parties qu'elle a envahies de nouveau, mais l'amyosthénie persiste invariablement au même degré.

Il est bien prouvé maintenant que le métal n'agit nullement sur la force musculaire; dès lors M. Burq s'abstient de faire construire une armature complète qui, suivant lui, peut tout au plus produire du soulagement. Cependant il s'efforce encore de rechercher un autre métal qui agisse sur la motilité. Celui des cloches laminé lui donne un moment quelque espérance, mais après plusieurs essais infructueux, il est obligé d'y renoncer. L'électricité à laquelle nous soumettons ensemble les muscles de la malade n'a qu'une action momentanée.

M. Monod propose alors d'autres moyens de traitement, tels que les affusions froides, la gymnastique, la belladone à l'intérieur, etc.; mais la malade quitte la Maison pour aller dans sa famille.

Cette observation, quoique négative dans ses résultats, nous montre plusieurs phénomènes remarquables qui se sont produits un grand nombre de fois chez notre malade; tel est, par exemple, celui du retour de la sensibilité sous l'application des lames d'or vierge. Notons qu'il ne s'agit pas ici de l'action plus ou moins problématique d'un médicament, mais bien d'un effet physique, mathématiquement constatable pour tout le monde.

Un autre phénomène très-digne de remarque est cette action isolée du métal sur la sensibilité à l'exclusion de la motilité. M. Burq avait bien vu trois cas semblables à l'Hôtel-Dieu, dont un a été publié par M. Pierre, externe de cet hôpital; néanmoins aucun d'eux n'avait été aussi frappant que celui-ci.

Nous avons pu constater aussi chez cette malade, chaque fois que nous l'avons cherché, après l'application des anneaux d'or, l'apparition de gouttelettes de sang et d'ecchymoses après les piqûres, tandis que ces mêmes goultelettes ou ecchymoses ont toujours été absentes dans les parties restées anesthésiques. M. Burq se sert de ce phénomène pour expliquer l'action dérivative du métal sur l'utérus, lorsque, chez les hystériques avec aménorrhée, il rappelle les menstrues.

Dans l'étude de notre malade, nous avons été frappé de la relation qui a toujours existé entre les altérations de la sensibilité et de la motilité et l'état de ses désordres nerveux : ainsi, à mesure que la sensibilité et la motilité ont été en décroissant, les attaques sont devenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus intenses. A première vue, il serait peut-être plus rationnel de renverser la proposition et de placer sous la dépendance des attaques les lésions de la sensibilité et de la motilité. Mais voici des faits qui, dans cette circonstance, nous portent à penser autrement : il a été on ne peut plus évident pour nous, et nous l'avons constaté un grand nombre de fois, qu'un abaissement de la sensibilité et de la motilité précédait ordinairement une attaque prochaine et intense, de telle façon qu'on pouvait annoncer l'apparition de cette dernière, alors même que la malade ne s'en doutait point et disait se trouver dans un meilleur état.

En outre, ayant plusieurs fois noté l'état de la sensibilité et de la motilité immédiatement avant et après une attaque, il nous a semblé que celle-ci, une fois passée, ces deux fonctions avaient acquis un amendement marqué. Ce dernier fait est diamétralement en opposition avec l'opinion de M. Gendrin, qui assure que chaque nouvelle attaque enlève une certaine dose de sensibilité aux malades.

M. Burq explique cette diversité d'opinions par la négligence ou l'impossibilité habituelle de constater l'état de la sensibilité avant l'attaque, ce qui ne permet pas, après l'accès, de juger de la différence.

(La suite au numéro prochain.)

---

orgueil, une partie de l'univers est encore sous le voile, et le peu que nous connaissons est continuellement sujet au doute, à l'incertitude, à la discussion. Comment s'en étonner? Nous raisonnons en hommes sur les œuvres d'un être qui agit en Dieu. Que diriez-vous d'un ciron qui prétendrait connaître les chefs-d'œuvre de l'intelligence humaine? Il y a même beaucoup moins loin de lui à nous, que de nous à Dieu, c'est-à-dire du fini à l'infini.

Mais je m'attends à une objection. Vous prétendez, dira-t-on, dans votre enthousiasme philosophique pour un ciron, que c'est un tout organique à rapports parfaitement combinés, que par conséquent il a en lui un principe de sensibilité; cet animalcule est donc aussi sujet à la douleur et même aux maladies. Pourquoi pas? Seulement dans les proportions de sa sphère organico-vitale. C'est un être doué de vie, il est par conséquent exposé à la souffrance et à la mort. Cependant, comme tous les animaux, il a sur nous deux avantages inappréciables : le premier de n'avoir jamais la pire des douleurs, la douleur morale; le second, d'ignorer le terme de son existence. L'homme aime la vie, et il a la certitude absolue qu'il doit mourir; or trouvez-moi une cause de douleur morale comparable à celle-là. Je ne sais quel philosophe chagrin a dit : *Un ciron qui pâtit accuse la Providence* : Ceci est une erreur et un paralogisme. Le ciron a ses avantages, on ne peut les contester, mais aussi il est exposé à de graves accidents comme tout être doué de l'existence. S'il dévore des animalcules plus minimes que lui, il est à son tour dévoré par d'autres animaux plus forts que lui : manger, être mangé, absorber et être absorbé, telle est la grande loi du monde, loi immuable et imprescriptible. A quelle fin? Nous l'ignorons. Pour que l'accusation fût juste, pour que ce ciron n'eût en rien à *pâtir*, il faudrait changer cette loi et de proche en proche une infinité d'autres lois, disons la vérité, il faudrait pour un ciron bouleverser l'univers. Le malheur est, il faut le redire, que nous n'avons sur ces grands objets que des idées vagues, parce que les lois ou les rapports des choses dépassent notre intelligence. Loin de pénétrer dans ce que Bacon nomme si bien *interiora rerum*, l'extérieur nous est à peine connu par les faits perceptibles. Nous concevons seulement que l'harmonie, ce principe inépuisable de toutes les existences possibles, tient à la permutation continuelle des êtres de la nature, que ce mouvement sans fin des principes élémentaires, cette éternelle variation des formes et des modes, prouvent que toute la matière est *germe*, et peut se résoudre en *germes*, que chacune de ses parties est active, transmutable, préformée pour toute combinaison végétale ou animale. Quant aux forces et aux lois, c'est-à-dire aux premiers moteurs, notre ignorance est complète, absolue. Il en résulte que nous ne savons si la vie est un être, une force, ou l'effet de certaines combinaisons des éléments primordiaux. Pour nous, la vie est un animal vivant, il nous est impossible d'aller plus loin. Mais quand l'animal a succombé, où donc est le principe qui l'animait? Que deviennent les atomes qui composaient ce tout organique? Par quelles révolutions ont-ils passé successivement? Combien, par exemple, de changements, de métamorphoses ont subis les particules qui composaient le vaste cerveau de Cicéron? Elles existent pourtant ces particules, car rien ne se perd dans l'univers, tout y a son emploi, sa fin et la meilleure fin possible. Cependant ces particules cérébrales, quoique privées du feu divin qui les animait lors de leur admirable agrégation, sont-elles entièrement, absolument dénuées de tout élément vital, parce qu'elles sont isolées? On ne saurait le croire, car la vie n'abandonne pas si aisément

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Névralgie simulée par une épingle avalée huit mois auparavant, et qui sortit par une ouverture aux téguments*; par M. Field. 2° *Cas de vomissements stercoraux et d'obstipation de l'intestin par une constriction carcinomateuse et valvulaire du colon*; par M. Filson. 3° *Observation d'opération césarienne, et remarques sur les principales sources du danger qui l'accompagne*; par M. Ch. West. 4° *Anévrisme poplité coexistant avec une maladie du cœur, guéri par la compression*; par M. Butcher. 5° *Considérations sur la résine du chanvre indien*; par M. Donovan. 6° *Du kousso contre le ténia*; par M. Nevill. 7° *Considérations sur la syphilis chez les femmes enceintes et les enfants*; par M. Egan. 8° *Abcès par suite de contusion terminé par une maladie du tibia; séparation de ses épiphyses; pyoémie et mort*; par M. Butcher. 9° *Luxation de la clavicule en bas sous l'apophyse acromion*; par le même. (L'accident était survenu pour avoir voulu changer de position un poids extrêmement lourd porté sur l'épaule et qui appuyait sur la clavicule. On réduisit en tirant l'extrémité supérieure de l'humérus en haut et en dehors, tout en portant son extrémité inférieure en avant. Au bout de cinq semaines de repos, la guérison était complète.) 10° *Remarques sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par les cathéters en gomme élastique*; par le même. (Apologie de la méthode, effectivement très-fructueuse, qui consiste à passer tous les jours des bougies d'un volume graduellement croissant.) 11° *Observations de chirurgie, avec réflexions*; par le même. 12° *Sur l'inflammation chronique de la conjonctive*; par M. Arthur Jacob. 13° *Sur les agents anesthésiques en chirurgie*; par M. Forsayeth. 14° *Cas de maladie de la tête du tibia*; par M. Nolan. 15° *Cas de ligature de l'artère iliaque externe*; par M. Halpin. (La ligature fut faite pour un ulcère rongeant de l'aine qui avait perforé la fémorale. L'hémorrhagie continua néanmoins et devint mortelle.) 16° *Observations cliniques dans les salles médicales de l'hôpital général de Belfast*; par M. Malcolm. 17° *Observations de contraction de l'utérus en forme de sablier*; par M. Lynn. 18° *Nouvelle méthode pour arrêter l'hémorrhagie utérine*; par M. Newill. 19° *Essai sur la vie et les opinions des principaux médecins alchimistes et chimistes, ou iatrochimistes*; par M. Donovan. 20° *Sur la cataracte ou opacité de la lentille cristalline*; par M. Jacob. 21° *Sur la pathologie de l'inflammation et de la fièvre*; par M. Freke. 22° *Cas simulant une maladie de la hanche*; par M. Sharkey. (Il s'agit seulement d'un cas de névralgie.) 23° *Essai historique des rapports de l'astrologie avec la médecine*; par M. Donovan. 24° *Cas de tétanos traumatique*; par M. Sharkey. 25° *Nouveau forceps pour l'ablation des polypes utérins par l'influence combinée de la compression et du caustique*; par M. O'Grady. 26° *Déchirure du corps caverneux ou fracture du pénis*; par M. Valentine Mott. 27° *Sur un type particulier de fièvre nerveuse, caractérisée par une excitation du centre cérébro-spinal*; par M. Dowell. 28° *Observations de rupture du foie, des poumons, etc.*; par M. Athol Johson.

NÉVRALGIE SIMULÉE PAR UNE ÉPINGLE AVALÉE HUIT MOIS AUPARAVANT, ET QUI SORTIT PAR UNE OUVERTURE AUX TÉGUMENTS; par M. FIELD.

L'enchaînement des symptômes, leur prompte disparition aussitôt après la sortie du corps étranger qui les entretenait, tout, dans cette observation, est un enseignement qui, outre l'intérêt de curiosité qui s'y rattache, pourra avoir sa portée pour éclairer le diagnostic dans quelques cas semblables. Voici en quels termes elle est rapportée par l'auteur.

Obs. — Mary M., âgée de 30 ans, et bien portante jusque-là, vint en pleurant, au mois de juillet 1842, au dispensaire. Elle disait qu'ayant des épingles dans la bouche, elle en avait involontairement avalé une qui s'était arrêtée au gosier. Je la sondai, et elle s'en alla se trouvant complétement guérie.

En octobre, je fus de nouveau appelé à la visiter. Elle accusait une souffrance atroce dans la hanche, s'étendant au membre inférieur du même côté, et tellement forte qu'elle succomberait, disait-elle, si l'on ne parvenait à la soulager de cette douleur, qui lui arrachait des gémissements et des cris.

Immédiatement je la saignai largement du bras, j'appliquai des ventouses scarifiées sur la région malade, et administrai deux grains d'opium.

Le lendemain, malgré un peu d'amélioration, la souffrance était encore très-grande. En somme, pendant deux mois je la traitai par tous les moyens que je crus indiqués, les narcotiques, les mercuriaux, les vésicatoires, les toniques, et lui donnai finalement le conseil d'entrer à l'hôpital. Elle y fut soignée non moins infructueusement, et renvoyée enfin pour changer d'air. Elle revint alors chez elle tout à fait émaciée. Mais après y être restée quelque temps, souffrant toujours de ces symptômes qu'on regardait comme ceux d'une forte névralgie, réduite à n'avoir plus que la peau et les os, n'attendant plus de soulagement que de la mort, elle déclara un jour que sa douleur avait soudainement cédé. Trois jours après, elle s'était entièrement dissipée. Depuis lors, elle recouvra rapidement sa santé et ses forces et put quitter le lit.

Au bout de peu de temps, elle vit se former sur le côté interne de la cuisse un simple bouton, qui malgré les cataplasmes et les emplâtres dont elle le couvrit ne put être cicatrisé. Elle vint alors au dispensaire. J'examinai ce bouton, et y trouvai au centre un corps pointu. L'ayant saisi avec des pinces, j'en fis l'extraction, et reconnus alors que c'était une grosse épingle. La maladie durait depuis huit mois. La guérison fut complète et solide.

REMARQUES SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE; par M. LEE.

Nous extrayons d'un discours prononcé par M. Lee dans la Société médico-chirurgicale, le passage suivant, qui montre combien la fusion sera difficile entre les deux doctrines anglaise et française, relativement aux indications de l'opération césarienne. Après une statistique assombrie des funestes effets de cette opération relativement à la mortalité de la mère, après avoir rapporté un cas où l'hystérotomie causa la mort d'une femme qu'on aurait très-bien pu délivrer en provoquant l'accouchement prématuré, il continue en ces termes :

« Cette rage pour les opérations cruelles et sanglantes se répand au loin et au large; et l'on fait aujourd'hui, sur tous tous les points de ce pays, des efforts pour pervertir et corrompre les saines et fondamentales doctrines de l'obstétrique anglaise. Comme professeur, comme homme occupant une position publique, ma conscience ne me permet pas de demeurer témoin silencieux de pareilles abominations. Ce sera là mon excuse pour l'importunité dont je me rends coupable en prenant si souvent, dans cette

---

qu'on le pense les êtres qui l'ont possédée. Faites macérer dans l'eau pendant quelque temps un morceau de *momie*, et vous y observerez, au microscope, une foule de petits animaux très-alertes, très-vivants, très-disposés à reconstituer des corps organisés sur une plus grande échelle. Malheureusement il y a ici une foule de problèmes insolubles, d'innombrables difficultés que nous ne pouvons surmonter; après cela nous nous disons savants ! A mon sens, rien ne prouve davantage la petitesse de notre esprit et l'enflure de notre orgueil. Oh ! qu'il serait heureux le philosophe qui pourrait contempler dans la paix de son cœur et à la lumière de son génie, ce spectacle immense, merveilleux, éternellement varié, éternellement renaissant que la création ne cesse de nous présenter, mais sur lequel une apathique habitude et de frivoles distractions semblent étendre un voile qui en dérobe les ineffables beautés.

Une des plus grandes difficultés, peut-être même impossible à vaincre, c'est de bien connaître les rapports qui lient chaque être avec les autres. Le *ciron*, ce chétif objet en apparence de mes recherches et de mes réflexions, jouet de mon caprice expérimentateur, a pourtant de nombreux rapports avec la nature; car si nous avions les moyens de pénétrer dans le secret de l'organisation de ce petit être, nous saisirions ces rapports avec les autres parties du monde. Mais les obstacles sont sans fin, et nous sommes arrêtés à chaque instant. En effet, pour exposer avec quelque étendue les rapports harmoniques de ce ciron avec la nature, il faudrait d'abord déterminer le rang qu'il occupe dans l'échelle des êtres; le pouvons-nous ? Je n'ose le croire. L'homme lui-même, malgré son orgueil, ne sait pas bien lui-même la place qui lui est assignée. L'échelle des êtres s'élève, d'après notre intelligence, graduellement des premiers éléments de la vie que nous ignorons, et elle va se perdre au delà des bornes qui nous sont inconnues; ainsi pour nous, le néant est à une extrémité, l'existence infinie se remarque à l'autre. Livrez maintenant votre imagination à sa pleine, à sa forte énergie et tâchez de concevoir la prodigieuse multitude d'êtres intermédiaires placés entre les deux extrémités. Sommes-nous au milieu ? sommes-nous en deçà ou au delà de cette limite ? Une solution complète de ces questions est impossible. Quand nous jetons un coup d'œil sur le monde des insectes et des animalcules qui rampent à nos pieds, nous nous estimons très-près du sommet de l'échelle. Lorsque levant les yeux, nous contemplons une multitude de globes immenses rouler dans des sphères plus élevées les unes que les autres, nous nous trouvons placés bien bas, et nous disons que l'homme *rampe* sur la terre. L'univers s'est agrandi à nos yeux depuis l'invention du télescope et du microscope, or que serait-ce si ces instruments doublaient et triplaient de puissance? D'un autre côté, nous avons découvert de la vie, du sentiment, de l'instinct où nous ne soupçonnions pas même du mouvement. Il est donc très difficile d'assigner le véritable rang du ciron dans l'échelle de l'animalité. Il y a sans doute, comme je l'ai dit, beaucoup plus d'animaux ou animalcules au-dessous qu'au-dessus de lui, et sans vanité il doit être assez fier de son partage. Seulement on peut être certain que cet insecte a des rapports plus ou moins variés avec les êtres qui lui sont inférieurs ou supérieurs, et par conséquent avec la nature considérée dans ses plus larges perspectives. Ainsi le ciron a des rapports avec la terre, le point d'appui de ses mouvements, la source des substances qui le nourrissent, où il trouve son origine et sa fin; il en a avec l'air en respirant par ses trachées, avec le calorique et l'électricité, par le principe de vie qui est en lui, avec le son par son organe auditif, avec la

Société, la parole sur le même sujet. Je terminerai en racontant un autre fait où le dénoûment tragique, dont j'ai donné précédemment un exemple, fut heureusement prévenu.

» A Cupar, en avril 1847, une femme échappa de la manière la plus providentielle et presque miraculeuse aux horreurs de l'opération césarienne. Le docteur Simpson déclare ce cas unique dans les annales tocologiques; et peu de personnes différeront d'avec lui sur ce point. La patiente, âgée de 34 ans, était une pauvre femme, atteinte d'une grande distorsion du bassin, par suite de ramollissement des os. Elle fut menstruée pour la dernière fois en juin 1846. On n'indique pas positivement la date du début de sa grossesse, mais elle fut vue, en mars 1847, par le docteur Simpson, avec trois autres praticiens : « Le sacrum était tellement droit en haut que le promontoire ne dépassait probablement pas le niveau du coutour du détroit. » Il fut alors décidé que « la grossesse était déjà assez avancée pour exclure, à un tel degré de difformité, l'idée de provoquer l'accouchement prématuré, et que l'opération césarienne devait être pratiquée. » Le 23 avril, le travail commença, et l'on prévint par un message le docteur Simpson, à Édimbourg, à trente milles de Cupar, de venir accomplir son exploit. Il se mit en route, accompagné de plusieurs confrères et amis, tous sans doute armés jusqu'aux dents de scalpels, aiguilles, éponges, bandes, éther, etc. Ainsi pourvus, ils marchaient vers Cupar. — Maintenant vous croyez peut-être que l'opération fut faite et suivie du résultat ordinaire, c'est-à-dire de la mort de la mère?... Vraiment non! aucune opération n'était nécessaire, et la pauvre créature est encore en vie. « En arrivant, dit le docteur Simpson, nous fûmes surpris d'apprendre que la malade avait accouché, et notre surprise redoubla encore quand nous sûmes qu'elle s'était délivrée sans le secours d'aucun instrument ! »

Après cette harangue, dont nous avons cru devoir reproduire les termes textuels, le docteur Lee, dit le journal, regagne sa place au milieu des cris d'enthousiasme de la Société, et des rires que la fin de sa communication a excités.

NOUVELLE MÉTHODE POUR ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE; par M. NEWILL.

Il s'agit ici d'un mode de tamponnement qui emprunte son efficacité moins à l'action compressive qu'à l'effet astringent qu'il exerce sur les parties. L'auteur préfère à la vessie de caoutchouc la vessie animale, précisément à cause de la faculté que celle-ci possède de laisser peu à peu transsuder le liquide contenu dans son intérieur. Elle communique avec deux tubes en caoutchouc vulcanisé maintenus béants, dont l'un y apporte le liquide et l'autre l'en évacue.

La vessie étant introduite en place, on met l'appareil en action. Le liquide est une solution d'alun, et l'on conçoit que, selon la longueur du tube afférent, la vessie se trouve distendue, et la partie malade pressée par le poids d'une colonne d'eau qui varie d'un à deux pieds et demi de hauteur. On la peut maintenir pendant vingt-quatre heures, sans que la malade en éprouve le moindre inconvénient.

Par suite de l'application prolongée de cet appareil, il se forme un caillot d'une espèce particulière, que l'auteur appelle *caillot alumineux*. Retenu en place par le tampon, ce caillot est entièrement semblable en apparence au caillot sanguin ordinaire. Il est d'une couleur foncée, sec et friable; sa cassure est celle du lait caillé desséché, sans odeur. Il paraît sortir de la vessie flétrie, ayant l'aspect du terreau de jardin demi-humide. Ce fut du moins ainsi que se passèrent les choses dans un cas que l'auteur rapporte, et où le résultat de cette application fut des plus avantageux.

M. Newill pense que le même moyen pourrait être opposé avec les mêmes chances de succès aux hémorrhagies du rectum et des fosses nasales.

— Pour nous, tout en reconnaissant le mérite qu'offre dans sa composition cet appareil, nous croyons que sa complication d'une part, de l'autre l'humidité qu'il entretient constamment à l'intérieur et à l'extérieur de la partie malade, le rendent de beaucoup inférieur à la simple vessie de caoutchouc insufflé. Celle-ci, une fois introduite, maintient une pression douce sur les surfaces saignantes qu'elle assujettit, en outre, à l'immobilité la plus complète. Ces considérations, appuyées sur les cas nombreux de succès dus à ce moyen si simple, et dont nous avons nous-mêmes rapporté plusieurs exemples dans la GAZETTE MÉDICALE, doivent, ce nous semble, lui assurer la préférence sur tous les autres mécanismes, quelque ingénieux qu'ils puissent être, imaginés dans le même but.

NOUVEAU FORCEPS POUR L'ABLATION DES POLYPES UTÉRINS PAR L'INFLUENCE COMBINÉE DE LA COMPRESSION ET DU CAUSTIQUE; par M. O'GRADY.

L'instrument dont M. O'Grady décrit la construction et marque les indications est une longue pince de 10 pouces en tout. Chaque branche se termine par une chambre demi-cylindrique d'environ un demi-pouce de longueur, mousse et arrondie à son extrémité, et ouverte par sa face interne, de manière à former une rainure pour recevoir le caustique.

Ces deux chambres ayant été chargées de nitrate d'argent, et les mors de la pince étant rapprochés, le caustique se trouve complétement enfermé. On peut donc ainsi l'introduire en toute sûreté dans le vagin ou dans l'orifice utérin; et quand les cuillers sont séparées pour saisir la partie qu'elles doivent embrasser, le caustique ne peut toucher que ce qui est pris par la pince. Il exerce alors une double action : d'abord les bords des chambres à caustique, pressant sur le polype, en détruisent les vaisseaux; puis, en second lieu, le caustique décompose sa substance avec une très-grande rapidité. La pince est retirée aussitôt que toute résistance à la pression a cessé, et on lave les parties avec une solution de carbonate ou d'hydriodate de potasse, qui décompose le caustique et l'empêche d'agir sur l'orifice ou le col de l'utérus. Les malades, avec les précautions usuellement adoptées, peuvent marcher comme si aucune opération n'avait été pratiquée; et à la visite suivante, le chirurgien trouve le polype détaché, soit dans le vagin, soit hors des parties génitales.

M. O'Grady rapporte deux cas où l'application de cet instrument a été faite par lui. Mais comme, chez les deux malades, il avait cautérisé la racine du polype avant de placer la pince, le succès ne peut être considéré comme entièrement dû à son emploi, et il faut donc nécessairement attendre d'autres observations plus concluantes, afin de juger cliniquement de sa valeur.

DÉCHIRURE DU CORPS CAVERNEUX, OU FRACTURE DU PÉNIS; par M. VALENTINE MOTT.

Cet accident assez rare, et fort improprement nommé *fracture*, jette ordinairement le malade et quelquefois le médecin dans une appréhension

---

lumière par ses organes de la vue; il en résulte que l'œil du ciron admettant quelques globules de lumière, a des rapports avec le soleil; or comme cet astre se lie à d'autres systèmes solaires, le ciron n'est nullement étranger aux mondes supérieurs multipliés dans l'univers. Véritablement il faut se prémunir ici contre les séductions de la surprise et de l'admiration, car dans les splendeurs de la création il faut s'attendre à tout.

En effet, dans ce système immense d'êtres coexistants et d'êtres successifs, système où l'*unité* de dessein nous conduit à l'unité d'intelligence, le ciron tient sa place; lui aussi est un chaînon nécessaire dans la grande manifestation des choses. Qu'il soit un très-petit mobile, cela peut être, mais il *conspire* avec d'autres mobiles d'une activité supérieure, à maintenir l'ordre général. Il faut qu'il y soit, il faut qu'il y contribue, un ciron de moins, et il y aurait une lacune dans l'univers. Ce que nous disons ici du physique s'entend également du moral. Une idée entre dans la composition du monde intellectuel, comme un atome dans celle du monde physique. Ainsi la perception de mon ciron, perception infinitésimale si l'on veut, mais qu'on ne saurait nier, a donc sa réalité, sa valeur, sa portée comme son but. Cette perception est un principe tout à fait élémentaire d'intelligence, qui se développe de plus en plus jusqu'aux animaux les plus parfaits, jusqu'à l'homme et même par delà, ne craignons pas de le dire, jusqu'à ces esprits, ces êtres supérieurs à nous, dont on peut concevoir la possibilité, disons plus, la nécessité. Si l'on admet la progression descendante, pourquoi se refuser à reconnaître la progression ascendante, sans qu'il nous soit permis de saisir les extrêmes limites de l'une et de l'autre? Il y a les infiniment petits, il y a aussi les infiniment grands en intelligence, par la grande raison que la progression harmonique des phénomènes et des lois du monde est un fait incontestable. Nier ces vérités, ce serait nier l'évidence même. Mais de nos jours, on hésite sur de pareilles études, on s'arrête au matérialisme scientifique, on craint de saturer les esprits de chimères; l'âme n'a-t-elle donc plus ces deux ailes dont parle un ancien pour s'élever dans les hautes régions de la pensée? Et moi je dis que quoique le monde des insectes et même le monde microscopique nous soient à peu près inconnus, nous en savons cependant assez pour concevoir les grandes merveilles qu'ils recèlent. Soyons d'ailleurs bien convaincus que la science est grave et pieuse lorsque dans l'infiniment petit, elle découvre autant de mystères que dans l'infiniment grand; partout elle découvre des lois admirables, d'étonnants phénomènes et un miracle permanent. « La vérité est la langue de Dieu, dit Quevedo, et la langue de Dieu n'a jamais été muette. »

REVEILLÉ-PARISE.

— M. le professeur Baud, de l'Université de Louvain, l'un des hommes les plus savants et les plus estimés de l'époque, vient de mourir à l'âge de 78 ans.

— AVIS. — MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'été, sont prévenus que la réunion, pour le choix des heures et des amphithéâtres, aura lieu jeudi prochain 25 mars, à midi, à la Faculté de médecine.

extrême. Les suites en sont néanmoins assez simples, comme on peut en juger par le cas suivant, dont nous empruntons la piquante relation à l'illustre chirurgien de New-York.

Obs. — A. B.., jeune homme, récemment marié, était séparé depuis quelques jours de sa femme qui avait dû aller visiter à peu de distance un parent malade. L'époux, se levant un matin, se trouva le pénis dans une vigoureuse érection. Dans son empressement à s'habiller, notre homme peu patient de sa nature, sans donner à cette tension physiologique le temps de s'abattre d'elle-même, frappa très-fortement le membre contre une colonne du lit. A ce moment, il entendit un bruit, comme si quelque chose se rompait, et le membre devint immédiatement plus souple. En y regardant, *la colonne du lit ayant été reconnue intacte, il conclut que l'accident était arrivé à son organe*; il répandit l'alarme dans sa famille, et bientôt le bruit courut qu'il s'était fracturé le pénis.

Une extravasation générale de sang suivit immédiatement la blessure, donnant au membre deux ou trois fois son volume naturel, une couleur livide, et en somme un aspect effrayant. L'anxiété du malade et de ses amis était portée à son comble. Vu la nouveauté et l'urgence du cas, on envoya demander des secours à la ville. Parmi les premières personnes accourues au bruit était la nouvelle mariée qui, informée de la nature de l'accident, faisait innocemment observer que « rien de tout cela ne serait sans doute arrivé si elle était restée à la maison. »

La tuméfaction de l'organe continua à augmenter pendant plus de vingt-quatre heures jusqu'à ce que le prépuce fût rabattu autour du gland comme dans les infiltrations séreuses, urineuses ou érysipélateuses de cette partie. On ordonna le repos absolu au lit, et un traitement antiphlogistique général. Le pénis fut maintenu contre le pubis, et couvert incessamment d'applications répercussives froides. Sous l'influence de ce traitement, le sang extravasé commença au bout de peu de jours à se résorber. Après un temps très-court, la résolution fut complète, et le membre recouvra sa configuration et sa fonctionnalité normales.

Observations de rupture du foie, des poumons, etc.; par le docteur Athol Johnson.

Dans ce travail, lu à la Société médico-chirurgicale de Dublin, l'auteur rapporte cinq observations de déchirure des principaux viscères thoraciques et abdominaux par suite de violence extérieure. Dans quatre cas, la mort a eu lieu dans un intervalle variant de deux jours à trois semaines, soit directement, par suite de la lésion viscérale, soit consécutivement à une altération de la moelle. Dans un cas où cette altération amena la mort seulement trois semaines après l'accident, une déchirure du foie fut trouvée presque entièrement cicatrisée. Le sujet qui a survécu paraît aussi avoir eu le foie écrasé : c'était une petite fille qui fut transportée à l'hôpital Saint-Georges après avoir été renversée par une charrette qui lui avait passé sur le ventre. L'abdomen était très-douloureux ; il y avait un collapsus profond. La face était pâle et exsangue. Les symptômes, non spécifiés dans le résumé que nous avons sous les yeux, annonçaient un écrasement du foie. La guérison cependant a eu lieu, on ne dit pas dans quel espace de temps. Enfin, chez un individu qui avait eu le foie et le rein droit écrasés, et qui ne mourut que trois semaines après, par suite d'une lésion de la moelle, les déchirures furent trouvées presque entièrement réunies.

Ces trois cas offrent cet intérêt particulier qu'ils tendent à montrer jusqu'où peut aller le pouvoir réparateur de la nature, et avec quelle activité il opère quelquefois. En faisant nos réserves sur la réalité d'une rupture du foie chez le sujet qui a guéri et dont nous n'avons pas l'observation détaillée, il reste encore deux exemples authentiques de déchirure du foie et des reins *presque complétement cicatrisée* au bout de trois semaines, et dans lesquels la guérison aurait eu lieu certainement, si la même violence extérieure qui avait lésé les viscères abdominaux n'eût en même temps atteint la colonne vertébrale. Nous ne savons si la chirurgie possède un seul fait de guérison avérée après de tels désordres; l'auteur du travail le nie, et personne de la Société médico-chirurgicale de Dublin n'a pu administrer la preuve du contraire.

A. Dechambre et P. Diday.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 mars. — Présidence de M. Piobert.

Mort par piqûre de scorpion.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une série de cas de mort chez l'homme, par piqûre de scorpion, avec quelques expériences de piqûres semblables sur des animaux.

Le scorpion dont il est question est le *buthus supertus* (Lucas), qu'on peut considérer comme existant sur tous les points de cette vaste mer de sable connue sous le nom de Sabara. C'est à ce même scorpion que doivent être rapportées les expériences faites en Italie, et les observations recueillies à Tunis par Mallet de la Boissière.

Un indigène de la secte des Aissaoua est piqué deux fois de suite à la tête par un scorpion qu'il avait mis sous son chichia (bonnet de laine rouge en usage chez les musulmans); cinq heures après il était mort.

Un autre indigène de la même secte, nommé Mohammed, est piqué deux ou trois fois à l'abdomen, par un scorpion qu'il avait placé entre cette partie et sa ceinture; il mourut neuf heures après.

En la même année 1845, un autre cas de mort par piqûre de scorpion eut encore lieu à Sousse (où les deux observations précédentes s'étaient présentées). Celui-ci fut fourni par le fils de l'israélite Mahalouf, enfant de 4 ans, qui reçut les soins empressés des sœurs françaises de la localité. Cet enfant, qui avait été piqué à la main, mourut huit heures après.

Un jeune Maure est piqué par un scorpion à la partie externe du pied. C'était à Tunis, au mois d'août et dans la soirée; le lendemain matin, le malade était mort.

Aussi à Tunis, un musulman d'un âge mûr était dans une mosquée comme on venait d'y apercevoir un scorpion. Ce scorpion, il s'oppose à ce qu'on le tue, parce qu'il appartenait à la secte des elsaouia; il cherche aussitôt à s'en emparer, il le saisit et le met sous sa chichia; quelques instants après, comme il fléchissait le genou pour faire une génuflexion, il tombe sans mouvement et sans vie.

Encore à Tunis, un scorpion s'était introduit dans les cheveux d'une jeune israélite comme elle venait de se couvrir la tête pour se coucher; bientôt après elle se sent piquer au cuir chevelu, et pendant qu'elle cherchait à se débarrasser de ce qui l'avait piquée, elle reçoit encore, coup sur coup, deux nouvelles piqûres. Les plus graves accidents ne tardèrent pas à apparaître; ils se terminèrent par la mort douze heures après.

Partout où existe le *buthus supertus*, ajoute l'auteur, personne ne met en doute la léthalité de sa piqûre, et dans un voyage qu'il a fait au Ziban, en 1847, on lui a cité des cas de mort par piqûre de scorpion dans presque toutes les populations qu'il a traversées.

Les premiers accidents produits par la piqûre du *buthus supertus*, comme ceux produits par tous les autres scorpions susceptibles de donner la mort à l'homme, consistent en des vomissements, des déjections alvines, des défaillances et en une grande prostration.

Il s'en faut pourtant beaucoup que cette piqûre ait toujours des suites fâcheuses. Loin de là : le plus souvent les accidents qu'elle détermine, si graves qu'ils soient d'abord, se dissipent naturellement dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures. Ainsi, pour ne citer ici qu'une localité, à Sousse, où se sont présentés trois des cas de mort ci-dessus rapportés, l'année dernière (1851), sur quatre individus qui furent piqués par des scorpions, aucun ne mourut.

M. Guyon termine par la relation de quelques expériences sur des animaux dont voici les résultats. Une seule piqûre de scorpion a amené la mort : chez un fort goëland adulte en deux heures; chez un rossignol en trente secondes; chez un cabiais mâle, non tout à fait adulte, en moins d'un quart d'heure; chez un chien, du poids de 25 kil., en cinquante minutes.

Fracture du crane et plaie pénétrante du cerveau par arme a feu.

M. Guyon communique, en outre, le fait suivant de fracture du crâne par coup de feu; plaie pénétrante du cerveau dans une grande étendue; mort douze jours après la blessure, le blessé ayant conservé sa connaissance jusqu'à l'avant-veille de la mort.

Le 2 novembre 1851, le zouave Tissort se trouvant à l'attaque d'un village kabyle, reçoit, presque à bout portant, une balle qui fracture le coronal à sa partie antérieure, moyenne et inférieure, au-dessus de la bosse nasale, et se perd ensuite dans le cerveau. Tissort tombe aussitôt à la renverse : relevé immédiatement, il est transporté à l'ambulance où l'on pratique, sur la blessure, une incision cruciale qui avait pour but la recherche du projectile. Cette recherche est faite sans succès, le projectile étant logé profondément dans le cerveau.

La lésion osseuse était circulaire et faite comme par un emporte-pièce. Elle communiquait des deux côtés avec les sinus frontaux.

Déjà le blessé avait perdu l'usage de la parole; il ne proférait que des sons inintelligibles. Toutefois, la sensibilité générale était conservée; il n'y avait point de paralysie, et l'intelligence était intacte. Le blessé était encore sur le champ de bataille.

Le lendemain, 3, Tissort est évacué sur Dellys, ville de la côte, où il n'arrive que le 5, à huit heures du soir. Son état était alors le suivant :

Décubitus dorsal, coma dont le malade sort facilement, hébétude; pouls au-dessous de l'état normal, quoique plein ; peau halitueuse ; respiration normale, bon état des voies digestives; point de paralysie, ni générale ni partielle; perte de la parole, mais intelligence intacte. Le blessé ne répond que par des sons mal articulés aux questions qu'on lui adresse. Point de céphalalgie, sensibilité générale conservée. (Orge miellé, pansement simple, saignée de 500 grammes.) La saignée était à peine terminée que le blessé, sur la demande qu'on lui en fait, répond : *Ça va mieux, major; merci*. Ce sont les seules paroles bien distinctes qu'il ait prononcées jusqu'à sa mort.

La nuit fut bonne, et, le lendemain au matin, le malade était moins abattu que la veille, en même temps que sa figure exprimait aussi moins d'hébétude. Cependant on ne pouvait obtenir que des oui et des non aux questions qu'on lui adressait. Le pouls donnait 55 pulsations ; il était régulier, mais un peu dur. (Saignée de 300 grammes; six pilules de calomel (à 0,1), un lavement purgatif, cataplasmes sinapisés aux jambes.)

Du 7 au 10, apparence d'amélioration telle que ce dernier jour, au matin, on prescrit au malade une soupe au lait.

Le 11, au matin, suppuration plus abondante que les jours précédents; le pus paraît de bonne nature. Trois petites esquilles se présentent; on les extrait, ainsi qu'une portion de la balle qui s'en était séparée dans la fracture.

On répète la soupe au lait, et on prescrit six pilules de calomel (à la même dose que les précédentes), un lavement excitant.

Le 12, même état que la veille; mêmes prescriptions.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à ce jour, Tissort a pu, aidé par un infirmier, se lever pour aller à la garde-robe, et, de plus, s'asseoir sur son seant, et cela sans aucune assistance, pour prendre ses légers aliments.

Le 13, à la visite du matin, le blessé qui, la veille encore, avait parfaitement répondu, par signes, aux questions qu'on lui adressait, était assoupi, et on ne put le réveiller qu'avec peine. Sa physionomie exprimait alors l'hébétude. Yeux ternes, pouls petit, dur, donnant 45 pulsations; respiration légèrement stertoreuse. La suppuration est sanieuse. (Vésicatoire à la nuque; sinapismes aux cuisses.)

Nuit du 13 au 14 : agitation, rêvasseries, quelques convulsions cloniques.

Le 14, à la visite du matin, coma profond, avec convulsions cloniques de temps à autre. Dans l'après-midi, les mêmes convulsions se continuent et se rapprochent jusqu'à l'instant de la mort, qui eut lieu le lendemain, à une heure du matin.

NÉCROPSIE. — Le cerveau seul est examiné. Injection des vaisseaux de la dure-mère, suffusion sanguine dans tout le pourtour de la plaie d'entrée, située à la partie antérieure du lobe droit.

Le trajet du projectile s'étend, d'avant en arrière, dans toute l'étendue de la partie supérieure et interne du même lobe. A son point de terminaison est le projectile mâché dans un tiers de sa circonférence. Au-dessous de celui-ci est un petit pertuis communiquant avec le ventricule, qui ne renferme qu'un peu de sérosité couleur de citron.

Une traînée de suppuration occupe tout le trajet du projectile, depuis son entrée jusqu'à sa terminaison, où la suppuration est mélangée de beaucoup de sang. Toute la substance cérébrale enveloppant ce trajet, est plus ou moins ramollie, méconnaissable. Au delà de ce ramollissement jusqu'à la périphérie cérébrale, les vaisseaux sont plus ou moins injectés.

Les autres parties du cerveau n'offraient aucun sujet d'observation.

FEMME MULTIMAMME.

M. ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE présente de la part de M. LECLERC (de Caen) une note sur une femme multimamme.

Une femme nommée Émilie Engrand, née à Forges, âgée de 32 ans, a eu cinq enfants dont l'aînée a 15 ans. Elle n'a commencé à allaiter qu'à son troisième enfant qui a 10 ans et ne fut pas peu surprise de voir sortir du lait par un mamelon situé à trois ou quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dedans du mamelon normal gauche. Elle savait qu'elle portait vers ce point une sorte de *nœvus* qui lui avait fait éprouver, surtout pendant ses autres grossesses, quelques douleurs qu'elle attribuait à la pression de ses vêtements.

Cette mamelle supplémentaire est située à trois travers de doigt au-dessous de la mamelle gauche et un peu plus qu'elle vers la ligne médiane; elle est de deux tiers moins développée que l'autre et a une forme ovoïde transversale; le mamelon est au centre, bien conformé, entouré de son areole, mais moins prononcé que le normal; la glande mammaire, aussi plus petite, est très facile à circonscrire, et il n'existe aucun rapport apparent entre les deux mamelles qui, au toucher, paraissent complétement distinctes. Il s'écoule de ce mamelon une certaine quantité de lait d'une bonne consistance, d'un excellent goût, en tout semblable à celui que fournissent les deux autres mamelles; comme ces dernières ont toujours été abondamment pourvues, elles ont suffi à l'alimentation des enfants; cette mère a pu en allaiter deux pendant près de trois ans chacun, sans cesser de jouir de la santé la plus florissante, sans perdre de sa gaieté ordinaire.

— M. IS. Geoffroy-Saint-Hilaire saisit cette occasion de compléter l'histoire d'un fait tératologique dont il a entretenu l'Académie il y a quelques années. Il s'agissait d'un bouc qui venait d'être donné à la ménagerie du muséum et dont les mamelles, pendantes et aussi volumineuses que celles d'une chèvre, sécrétaient un lait fort abondant et de bonne qualité.

Depuis cette communication, le bouc qui en faisait l'objet a vécu près de cinq ans à la ménagerie; et pendant tout ce temps, le lait a continué à se produire, moins abondamment en hiver, en plus grande quantité au printemps et pendant l'été. Ce bouc a donné plusieurs produits; et l'un des chevraux ayant perdu sa mère a été allaité par son père et est parvenu à l'état adulte.

SUR LA CAUSE ET LE MÉCANISME DE LA COLORATION DU SANG.

M. F. HÉTET, pharmacien de la marine à la Guadeloupe, adresse une note sous ce titre : QUELLE EST LA SUBSTANCE CHIMIQUE QUI DÉTERMINE L'ABSORPTION DE L'OXYGÈNE CONTENU DANS LE SANG, ET COMMENT ON PEUT EXPLIQUER LA COLORATION DE CE LIQUIDE.

En essayant l'action de l'eau oxygénée sur les sulfocyanures alcalins (potassique et ammonique), l'auteur remarqua que ces sels prennent immédiatement, par leur contact avec ce corps, une coloration rouge vermeil (de sang artériel). Frappé de cette réaction, M. Hétet chercha à isoler la combinaison formée. Elle est soluble dans l'éther, et si on la renferme dans un flacon bouché, elle se conserve assez longtemps; si on l'expose à l'air ou si on la chauffe, l'oxygène se dégage et le sulfocyanure redevient incolore. Ce fait fit penser à M. Hétet que le sang pourrait bien devoir à la présence des sulfocyanures son affinité pour l'oxygène et sa coloration, au moins en partie. D'après lui, ce gaz absorbé dans les poumons serait dissous par les principes salins du sang, principalement par les sulfocyanures qui y existent en quantité très-notable (dans le suc gastrique, dans l'urine, la salive, etc.). Il résulterait de l'observation citée plus haut qu'il y a une combinaison d'oxygène et de sulfocyanure, jouissant d'une couleur vermeille, peu stable, facile à défaire sous de faibles influences. Le sang qui contient cette combinaison parcourant à l'aide des nombreuses ramifications artérielles et des capillaires, les divers organes et tissus de l'économie, déterminerait, à l'aide de l'oxygène ainsi combiné, la combustion du carbone et de l'hydrogène qui revenant aux poumons par les veines s'y exhalent sous la forme d'acide carbonique et d'eau.

L'auteur pense, en résumé: 1° que l'oxygène absorbé dans la respiration parcourt les vaisseaux sous la forme d'une combinaison sulfocyanurée facilement décomposable et qui permet à ce gaz éminemment vital d'agir sur nos organes pour la nutrition et la formation des gaz expirés, acide carbonique, vapeur d'eau, etc.; 2° que la coloration du sang est due, au moins en partie, à cette combinaison d'oxygène avec un sulfocyanure douée d'une couleur vermeille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 MARS.—PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Deux lettres du ministre de l'intérieur et du commerce.

La première avec envoi d'un travail statistique des bulletins numériques que les sous-préfecteurs ont adressées au ministère, en 1832, pour lui signaler les effets de l'épidémie de choléra dans chacune des communes où cette maladie s'était déclarée pendant la même année. (Comm. du choléra.)

La deuxième est relative à l'état sanitaire de la maison centrale de Fontevrault, pour laquelle le ministre avait réclamé l'envoi de plaques de vaccin. Le ministre informe l'Académie qu'aucun nouveau cas de variole ne s'est manifesté dans cette maison.

— M. LEBLANC, médecin-vétérinaire, adresse une notice sur un cas de ligature de la jugulaire, nécessitée par plusieurs hémorrhagies successives et très-abondantes survenues à la suite d'une phlébite ulcérative chez un cheval, suivie de guérison, et sur une modification importante qu'il a introduite dans cette opération.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit, en son nom et en celui de MM. Louis et Grisolle, un rapport sur un essai sur la therapeutique de la fièvre typhoïde, par M. Lecomte, médecin à Eu (Seine-Inférienre).

Le mémoire de M. Lecomte a pour objet de mettre sous les yeux de l'Académie les résultats de l'emploi du sulfate de quinine à doses élevées dans tous les cas de fièvres typhoïdes.

Il résulte de l'analyse que M. le rapporteur fait du mémoire de M. Lecomte, que ce médecin n'a pas étudié l'efficacité merveilleuse qu'il attribue au sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde avec la précision et la rigueur qu'on aurait pu désirer qu'il y apportât.

Quoi qu'il en soit, les faits nombreux recueillis par M. Lecomte, pendant le cours de deux épidémies, et dans des cas purement sporadiques, méritent de fixer l'attention des praticiens.

En conséquence, M. le rapporteur propose :

1° De faire écrire à ce médecin une lettre de remerciments pour sa communication;

2° De l'engager à continuer ses observations sous le double point de vue clinique et thérapeutique, pour bien établir le caractère incontestable de l'affection qu'il se propose de traiter et les effets propres du traitement qu'il préconise;

3° De déposer honorablement son mémoire dans les archives, pour qu'il soit à la disposition de la commission spéciale instituée sous le nom de commission de la fièvre typhoïde. (Adopté.)

— M. BOUCHARDAT, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports, dont les conclusions défavorables sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux.

La parole est à M. Bégin.

AVORTEMENT PROVOQUÉ.

M. BÉGIN : La question qui occupe en ce moment l'Académie est bien moins, à mon avis, une question spéciale d'accouchement qu'un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuses et civiles, avec la morale, enfin avec la dignité de notre art et la mission qui lui est dévolue dans la société.

C'est à ce dernier point de vue surtout que l'avortement provoqué doit être discuté; les procédés opératoires employés pour le pratiquer, la détermination même des circonstances diverses dans lesquelles on le croit indiqué, sont subordonnés à la question plus élevée de la justification dans les règles du droit et dans les principes généraux de la morale religieuse et philosophique.

Les considérations de cet ordre, qui tendent à autoriser l'avortement que j'appellerai obstétrical, pour le distinguer de l'avortement criminel, quoique très-longuement développées dans le rapport de notre honorable collègue, n'ont été jusqu'à présent l'objet d'aucun examen dans la discussion. Il semble que chacun les accepte comme suffisamment prouvées, et qu'il ne s'agisse plus que de débattre les cas dans lesquels l'application doit avoir lieu.

Or c'est là précisément ce que je crois devoir contester. La doctrine, très-consciencieuse d'ailleurs, et partant très-respectable, exposée dans le rapport et partagée par un grand nombre d'accoucheurs distingués, à l'étranger et en France, est pour moi non-seulement erronée en elle-même, mais encore des plus dangereuses dans ses conséquences. J'ai cette conviction, et je vais m'efforcer de la faire passer dans vos esprits, que les accoucheurs, partisans de l'avortement obstétrical, s'exagèrent le droit qu'ils s'attribuent de décider, dans certains cas, de la vie ou de la mort de l'être vivant encore contenu dans le sein maternel. Je suis également convaincu que, si cette doctrine venait malheureusement à se propager, elle ouvrirait la voie à de déplorables abus. Après avoir agi avec toute la circonspection et la prudence que commandent la gravité de l'opération et la responsabilité qui en dérive, on se familiariserait avec elle; elle descendrait, si je puis ainsi dire, des praticiens les plus éminents à d'autres de rang inférieur. Rare d'abord, elle serait pratiquée bientôt plus souvent; des cas extrêmes et positifs, qui semblent à la rigueur pouvoir la justifier, on arriverait à l'appliquer à des cas moins urgents ou même douteux. Enfin, derrière la pratique honnête s'abriteraient les manœuvres criminelles, qui s'efforceraient de puiser, dans les doctrines reçues et dans les exemples donnés, des motifs d'excuse et des raisons d'impunité.

Il est à regretter, selon moi, que l'Académie soit appelée à exprimer une opinion sur un sujet aussi compliqué et qui embrasse des éléments si nombreux, dont plusieurs ne sont pas directement de sa compétence; mais se trouvant interpellée, il lui est difficile de ne pas répondre, surtout après le rapport qu'elle a entendu. Je partage sur ce point l'avis de plusieurs préopinants, et j'ai même à me rendre compte de l'abstention de l'honorable rapporteur, qui avait précisément à préparer et à proposer la réponse que l'Académie doit faire à la question que M. le docteur Lenoir lui a soumise.

J'ai à peine besoin de rappeler qu'il y a entre l'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué cette différence essentielle, nettement exprimée par l'honorable rapporteur, que le but de l'accoucheur, en pratiquant la première de ces opérations, est de rendre l'accouchement plus facile et de sauver à la fois la mère et l'enfant, tandis que par la seconde il sacrifie sûrement et volontairement la vie du fœtus pour éviter à la mère une opération presque toujours mortelle.

En ce qui concerne la conduite que doit adopter l'accoucheur lorsqu'il reconnaît, pendant les premiers mois de la gestation, soit un rétrécissement extrême du bassin, soit, dans cette cavité, quelque tumeur volumineuse non susceptible d'être attaquée ou détruite, circonstance qui rendrait l'accouchement naturel impossible, cette conduite peut se résumer dans l'alternative suivante :

1° Laisser la grossesse parcourir ses périodes, observer sa marche, se tenir prêt à profiter des chances favorables qui pourront se présenter, et selon le cas, provoquer l'accouchement prématuré ou pratiquer l'opération césarienne, qui conservera presque certainement l'enfant, mais en compromettant fortement les jours de la mère;

2° Désespérer, au contraire, des ressources de la nature et provoquer l'expulsion immédiate du fœtus, par des manœuvres qui le tirent directement, et ne sont pas absolument exemptes de tout danger pour la femme.

« L'avortement provoqué, dit M. le rapporteur dans la cinquième proposition » terminale de son rapport, étant beaucoup moins grave pour la mère que l'em» bryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui don» ner la préférence. » Dans cette appréciation de plus ou de moins, relativement à la mère, qu'il me soit permis de plaider la cause de l'enfant, dont il n'est que très-peu tenu compte.

J'ai été élevé, médicalement parlant, dans cette doctrine, qui est en harmonie, d'ailleurs, avec mon être moral tout entier, à savoir que notre art est, avant tout et par-dessus tout, un art conservateur; de telle sorte que tuer directement, de propos délibéré, pour quelque motif que ce soit, une créature humaine, est un acte qui ne doit en aucun cas trouver place dans ses opérations. Je comprends que d'autres repoussent de bonne foi, et en le faisant sur des motifs qu'ils croient plausibles, un principe aussi absolu; mais quant à moi, jamais je ne sacrifierai enfant ou mère aussi longtemps qu'il me restera une lueur d'espoir de les sauver tous deux. Il y a, je l'avoue, quelque chose qui m'émeut douloureusement dans l'histoire de cette malheureuse femme, rachitique et difforme, qui est l'occasion de cette discussion, et qui trois fois enceinte trouve, à point nommé, trois praticiens qui tuent successivement dans son sein les trois enfants qu'elle y a fait naître.

A des raisons puisées largement dans un travail publié en 1843 par un de nos collègues les plus éminents, le savant rapporteur a cru devoir ajouter, pour justifier l'avortement obstétrical, des arguments de divers ordres, auxquels je ne puis me rendre, et dont quelques-uns sont, qu'il me permette de le dire, au moins étranges.

Que dire, par exemple, de ces meurtres, de ces massacres empruntés aux saintes écritures, et produits à l'appui de la cause, si ce n'est que la prudence conseille de se taire sur ces actes dont le mérite nous échappe, et qui n'ont été que trop souvent évoqués par le fanatisme pour exciter à des crimes exécrables, particuliers ou publics, justement poursuivis par la réprobation universelle des hommes de bien?

Qu'ont à faire les croisades et les victimes des champs de bataille avec la vie d'un embryon confiné dans le sein maternel? Que si la morale chrétienne ou la philosophie approuvaient les horreurs et les désastres de la guerre, tout au plus serait-il permis de s'étayer de cette approbation, et encore avec réserve, pour le cas qui nous occupe; mais si, au contraire, la religion et l'humanité gémissent sur ces conséquences funestes des passions des hommes, comment en conclure la justification du meurtre du fœtus?

Le sixième commandement, invoqué par M. le rapporteur, est absolu; il sera toujours une des bases essentielles de toute société civilisée. Il peut être enfreint, et ne l'est que trop souvent; mais cette infraction entraîne, dans tous les cas, une redoutable responsabilité.

Pour le cas particulier d'avortement, la loi religieuse, dont a parlé M. le rapporteur, n'a que des règles absolues, qui n'admettent aucune exception ou excuse susceptible de disculper son auteur toutes les fois qu'il y a une action directe et délibérée. La raison en est simple : cette loi est basée sur la loi naturelle et divine, qui, si elle permet de sévir contre nos semblables lorsqu'ils nous attaquent, défend de leur nuire en rien lorsqu'ils sont inoffensifs.

Dans le but de démontrer la conséquence absurde à laquelle pourrait conduire l'inflexibilité des textes religieux, le savant rapporteur se place dans ce cas particulier où la femme se refuse à l'opération césarienne. Nous le demandons, dit-il, en toute humilité, que devra faire alors le médecin qui, obéissant au *non occides*, se rappellera qu'en ne sauvant pas celui qu'il peut arracher à la mort, il le tue. En renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il voue deux individus à une mort certaine, quand il pouvait, en mutilant l'enfant, sauver presque sûrement la mère. L'alternative, dans ce cas supposé, est donc, ajoute notre collègue, entre le sacrifice direct de l'enfant, défendu par le sixième commandement, et l'inaction, qui rend deux fois homicide en causant la mort des deux individus.

J'ignore jusqu'à quel point la situation supposée peut se réaliser dans la pratique; mais eu égard au cas particulier qui nous occupe, j'y aperçois une confusion qu'il importe de détruire. La question d'avortement, actuellement en discussion, ne se pose pas à la fin de la grossesse, lorsque l'opération césarienne est praticable. En supposant que, présentée à la mère pendant les premiers mois de la gestation, comme une éventualité éloignée à laquelle pourrait la condamner la difformité ou la tumeur dont elle est affectée, et qu'elle déclare vouloir s'y refuser, ce refus serait-il une raison péremptoire pour que l'accoucheur, empiétant sur l'avenir, commît actuellement une action répréhensible, et, contrairement à la maxime de saint Paul, fît un mal certain et immédiat, en vue d'un bien éloigné et douteux?

Qui peut affirmer que cette résolution de la femme, si elle était imprudemment provoquée, ne fléchira pas, et ne sera pas remplacée, au terme de la grossesse, par ce sentiment admirable de la maternité qui porte si souvent les mères à se sacrifier pour leurs enfants? Arrivée au moment ultime, pressée par la douleur, si l'alternative lui est nettement posée, ou de succomber inévitablement elle et son fruit, dans le cas où l'opération ne serait pas pratiquée, ou de pouvoir se sauver tous deux en s'y soumettant, le choix ne me semble guère devoir être douteux.

L'intention qui nous anime, le but que nous nous proposons d'atteindre, constituent seuls, disent tous les partisans de l'avortement provoqué, la criminalité des actes. Le chirurgien pratique les opérations les plus graves, et même la castration, nominativement défendue par la loi, et ces blessures ou ces mutilations, qui seraient des crimes si elles étaient faites par d'autres mains et dans un but coupable, ne sont jamais, contre l'homme de l'art, l'objet d'aucune poursuite judiciaire.

Ici encore il y a rapprochement de faits très-différents. Le chirurgien, en décidant et en faisant accepter une opération grave, n'a en vue que la conservation de la vie du malade à qui il la propose; aucune existence autre que celle de ce malade n'est compromise : tandis que, dans le cas d'avortement, en supposant la vie de la mère aussi sérieusement et immédiatement menacée qu'on le voudra, c'est moins sur elle que l'homme de l'art agit que sur un tiers fort innocent qu'il sacrifie pour diminuer les dangers que sa présence fait courir à la malade. Le médecin alors ne sauve pas directement une vie menacée : il choisit entre deux existences; il prononce un arrêt, et c'est le droit de faire ce choix, de prononcer cet arrêt de vie ou de mort, que je lui dénie.

A l'imitation de M. P. Dubois, notre savant rapporteur s'appuie de l'exemple d'un pays voisin, où, dit-il, la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésitation toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération gravement compromettante pour la vie de la mère.

Je demanderai volontiers d'abord jusqu'à quel point l'assertion est fondée, et si l'on a des renseignements précis sur les conséquences qu'une telle pratique peut avoir en Angleterre; mais en admettant le fait pour complétement exact, et les résultats pour aussi peu compromettants que possible, ma conviction n'est pas ébranlée. Ces exemples éloignés ne me touchent que très-médiocrement. Le raisonnement et la pondération sévère des intérêts de toute nature, bien plus que l'entraînement à imiter, doivent seuls décider de l'adoption des innovations provenant du dedans ou du dehors. Qu'une opération ait déjà été pratiquée, même avec succès, c'est manifestement un motif pour la soumettre à l'examen; mais ce ne saurait être un motif suffisant pour que l'homme réfléchi l'admette sur parole, en dehors de toute autre considération. Maintenons, messieurs, à la médecine française ce caractère qui fait sa gloire et qui est le fondement de la confiance qu'elle inspire dans le pays, à savoir le culte persévérant du précepte d'Hippocrate, le respect de l'être souffrant, la réserve dans les innovations; enfin la répugnance à sacrifier à l'aventure et à l'excentricité. Une telle médecine sera toujours forte de l'assentiment général, et offrira autant d'exemples à imiter qu'elle aura d'emprunts à faire.

Si l'on en croit notre savant rapporteur et plusieurs des praticiens éminents dont il reproduit les doctrines, la pratique de l'avortement obstétrical aurait la sanction péremptoire dans la loi de la nécessité, dans le cri de l'instinct de la conservation, enfin dans le droit imprescriptible de la légitime défense. Notre collègue multiplie sur ces différents points les autorités et les exemples.

Deux naufragés perdus au milieu des flots sont supposés n'avoir qu'une planche, trop faible, hélas! pour les sauver tous deux. Vous pourriez croire qu'ils vont s'entr'aider, s'encourager, périr au besoin ensemble? Loin de là : ils se disputent cette triste épave; et qui osera, dit l'honorable rapporteur, blâmer celui

qui sortira vainqueur de cette lutte homicide? Si personne ne le blâme, qui osera le féliciter ou l'applaudir? Une barque est surchargée; les plus forts jettent les plus faibles par-dessus le bord : est-ce là un acte louable? Ces manifestations d'un égoïsme sauvage peuvent-elles être considérées autrement que comme les résultats déplorables de l'oubli du sentiment le plus noble de l'humanité, en présence des dangers extrêmes, ou par suite de privations cruelles et prolongées? On gémit sur elles, mais on ne les produit pas en aveugle. M. le rapporteur a-t-il bien réfléchi, d'ailleurs, sur les conséquences possibles de cette latitude accordée à la loi de la nécessité, et allant jusqu'à l'attaque portée à la vie de son semblable? Comment poser, dans nos sociétés, les limites précises de son application légitime? Quant à moi, j'hésiterais fort à prendre pour compagnons de voyage des personnes trop pénétrées des droits qu'elle est supposée leur conférer.

Il est permis sans doute, lorsqu'on ne peut faire autrement, de tuer un fou furieux qui menace votre vie ; la loi naturelle nous donne, de même, le droit de voler au secours de nos semblables, et de défendre leur vie menacée, en tuant, s'il est besoin, leur agresseur. Mais dans ce cas de défense véritablement légitime, et dans tous les autres analogues, nous devons compte au magistrat de notre action, et nous avons à réclamer de lui un verdict d'acquittement. Pourquoi ne soumettez-vous pas à la même déclaration et à la même formalité la mort donnée volontairement au fœtus, par le fait de l'avortement obstétrical?

Quel rapprochement peut-on établir d'ailleurs entre le fou furieux ou le malfaiteur et le fœtus déposé dans le sein maternel? En morale, n'est-ce pas lui plus que la mère, à qui s'applique le droit de légitime défense? Ce n'est pas lui apparemment qui s'est emprisonné, et s'il pouvait plaider sa cause, ne serait-il pas en droit de réclamer sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré, les conséquences que peut entraîner l'ouverture de sa prison?

L'honorable rapporteur, se fondant sur les assertions de plusieurs de ses devanciers, conclut que la femme a le droit de choisir entre le sacrifice de son enfant et une opération très-dangereuse pour elle ; que le médecin a le droit et l'obligation d'exécuter ce jugement contre nature, et qu'il peut, dans l'accomplissement de ce devoir, invoquer l'intérêt de la société.

J'admire la facilité avec laquelle, dans ce système, le médecin se trouve transformé en exécuteur de l'arrêt inacceptable d'une mère sans entrailles. Ce que j'admire plus encore, c'est le sans-façon avec lequel on disserte sur la valeur absolue ou comparative d'un fœtus de trois, quatre, cinq à six mois, et même d'un enfant arrivé au terme de la vie utérine. Mais qui donc a institué l'accoucheur juge de cette vie encore à sa première lueur? Qui a livré à sa discrétion ce petit être, qui, pour n'avoir pas eu encore de relations directes avec le monde extérieur, n'en est pas moins confié à toute sa sollicitude, et placé d'ailleurs sous la protection des lois?

Les partisans de l'avortement provoqué s'escriment à pondérer comparativement les conditions d'existence et les intérêts du fœtus et de la mère. Ils considèrent comme chose parfaitement licite de décider qu'il est juste de sacrifier un être à peu près inerte à la femme adulte, à la mère de famille. Je dois insister ici de nouveau sur ce fait, que dans le cas qui nous occupe, il s'agit pour le fœtus de mort certaine, et nullement encore pour la femme de dangers à courir. Je ne retirerai pas le titre de mère de famille donné alors à la femme qui, atteinte de rétrécissement extrême du bassin, est condamnée, selon les partisans de l'avortement provoqué, à ne voir naître aucun des enfants qu'elle peut concevoir. Si, me plaçant dans la doctrine soutenue par le savant rapporteur, je voulais, comme tant d'autres, mettre en parallèle les deux existences alors compromises, me serait-il impossible de faire prédominer en certains cas, l'intérêt d'un enfant procréé peut-être par un père vigoureux, et promettant un développement normal de toutes les facultés humaines, sur celui d'une femme rachitique, souvent maladive et impropre à remplir même les fonctions spéciales dévolues à son sexe? Mais je m'abstiendrai de cette dangereuse appréciation; en m'y livrant, je commettrais la faute contre laquelle je m'élève, à savoir, de me constituer arbitrairement le juge d'existences qui ne sont pas sous ma juridiction et que j'ai le devoir de protéger également.

On croit avoir use d'un argument irrésistible, en faisant remarquer que la loi civile et même la loi religieuse, en ne punissant pas de châtiments semblables la mort du fœtus et celle de l'enfant nouveau-né ou de l'adulte, établissent à son égard une infériorité réelle, dont le médecin doit tenir compte. A cette objection, il est permis de répondre que la différence de pénalité n'explique pas que le meurtre de l'un soit plus permis que celui des autres. Par suite de considérations que tout le monde comprend, l'avortement est moins sévèrement puni que l'infanticide ou l'homicide; mais il ne saurait s'ensuivre que la morale et la loi ne le défendent pas, et à plus forte raison le permettent.

Je borne ici les réflexions que suggère en foule la partie philosophique de la question; qu'il me soit permis de hasarder, en terminant, quelques observations complémentaires sur son côté obstétrique.

Bien que notre savant rapporteur n'ait eu à s'occuper que de la provocation à l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, il s'est placé le plus ordinairement dans cette position, qui ne me semble pas la vraie, d'avoir absolument à choisir entre l'embryotomie ou l'opération césarienne. J'ai déjà signalé cette erreur. Je demanderai maintenant avec toute réserve, si l'on est certain qu'une mensuration du bassin, faite à trois ou quatre mois du terme de la grossesse, puisse toujours faire prévoir, d'une manière absolue, ce qui adviendra cinq ou six mois plus tard. N'y a-t-il pas dans la mensuration même du bassin, relativement à ses formes, des causes d'erreur, difficiles à éviter, lorsqu'on n'a pas une grande habitude de l'opération? N'y a-t-il pas à se préoccuper des changements que pourront éprouver les symphyses pelviennes, de la ductilité de la tête du fœtus, de la possibilité de provoquer avec des chances de succès l'accouchement aussitôt qu'il aura acquis les conditions de viabilité rigoureusement nécessaire?

En ce qui concerne la femme, je ne sais pas en mesure de contester les chiffres présentés de 70 insuccès contre 30 guérisons, à la suite de l'opération césarienne. Je les adopte donc, en faisant observer qu'ils donnent 1 succès contre 2 morts 3/10e. Quant aux enfants, M. le rapporteur établit les proportions suivantes, qui varient selon que l'opération a été pratiquée à une époque plus ou moins éloignée de celle de la rupture des membranes fœtales : dans les six premières heures, 34 enfants vivants sur 37; dans les limites de sept à vingt-quatre heures, 25 vivants sur 32; enfin après vingt-quatre heures, 19 vivants sur 37.

Je n'oublie pas que M. le rapporteur, se fondant sur la table de mortalité, tient assez peu de compte de ces chiffres, et se demande combien de ces enfants arriveront à l'âge de leur mère. Mais s'agit-il ici d'autre chose que de faire vivre d'abord ; ce qui adviendra ensuite est-il de notre compétence?

Si l'on ajoute aux chances de vie indiquées pour l'enfant celle de 30 p. 100 pour la mère, l'opération césarienne, pratiquée en temps opportun, peut-être même, en certains cas, avant le terme normal de la grossesse, pourra ne pas mériter tous les reproches dont on se plaît à l'accabler. Et si l'on considère, en outre, qu'il sera quelquefois possible de l'éviter en recourant à l'accouchement prématuré artificiel, ne sera-t-il pas permis de conclure de cet ensemble de circonstances, que, médicalement parlant, et en dehors de toute considération d'un autre ordre, l'expectation, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, n'est pas déjà en général un si mauvais parti à prendre?

Enfin, l'avortement provoqué qui tue le fœtus est-il absolument sans danger pour la mère? Connaît-on la statistique de ces sortes d'opérations? Les hommes spéciaux pourront peut-être assigner des proportions de maladies graves et de morts, à la suite des avortements morbides ou déterminés par des causes traumatiques diverses, accidentelles; mais sont-ils également à même de nous dire combien d'infortunées succombent à la suite de manœuvres clandestines et criminelles dont elles n'osent faire la confidence à personne? Je ne serais pas étonné que le nombre et la gravité de ces conséquences de l'avortement provoqué ne fût assez considérable pour atténuer sensiblement, relativement à la mère, les avantages d'innocuité qu'on lui attribue.

J'ai déjà indiqué les dangers qu'on peut entrevoir derrière l'approbation accordée à l'avortement obstétrical. Si cette pratique recevait notre sanction, elle s'étendrait inévitablement; l'abus succéderait à l'usage, et bientôt vous seriez exposés à voir se produire dans cette enceinte ou ailleurs, des procédés et des instruments destinés à la rendre plus facile, plus sûre, plus innocente, ne laissant, surtout à sa suite, aucune trace. On est de nos jours si ingénieux! Ces instruments et ces procédés pourraient-ils ensuite ne pas fournir des armes redoutables à des mains perverses, et à être employés pour des avortements criminels devenant alors plus difficiles à constater?

Que l'Académie, fidèle à ses traditions et protectrice attentive des intérêts de la société comme de la dignité de l'art, se garde d'ouvrir cette voie funeste. Ce qui est bien plus dans son rôle, c'est d'insister, par son autorité, près des familles, sur les dangers attachés au mariage de jeunes personnes mal conformées; c'est peut-être d'appeler l'attention des magistrats sur ces dangers et de leur demander s'il ne serait pas possible de faire peser quelque responsabilité sur les parents qui auraient laissé contracter des unions, desquelles seraient résultés des accidents graves ou même la mort, par suite de vices de conformation dûment constatés. Quelle difficulté considérable y aurait-il à ce que la mère de famille, ou tout autre ayant droit, fût astreint, avant de marier une fille rachitique, à consulter un médecin pour s'assurer si cette fille est dans le cas de devenir mère sans risque manifeste de la vie pour elle et pour son enfant?

Un médecin des plus judicieux, dont la science déplore la perte récente, Dezeimeris, avait jugé nécessaire, pour autoriser la pratique de l'accouchement prématuré, de faire nominativement excepter cette opération des cas prévus par l'article 317 du code pénal. Si cette disposition pouvait paraître utile pour légitimer une opération pratiquée dans le but de conserver la mère et l'enfant, combien, à plus forte raison, doit-elle être réclamée lorsqu'il s'agit d'une autre opération qui tue nécessairement le fœtus et n'est pas absolument sans danger pour la mère? Loin de penser comme un de nos collègues, dont les opinions et les paroles sont empreintes de tant de réserve et exercent dans cette enceinte comme au dehors une autorité si bien justifiée; loin de penser, dis-je, comme M. Dubois, que cette précaution est superflue parce que les interdictions de la loi ne sauraient s'appliquer à la provocation de l'avortement dans l'exercice régulier de notre art, je pense, au contraire, qu'elle est indispensable. A côté de l'exercice régulier de l'art comme à côté de toute action faite à bonne intention, se rencontre presque toujours l'action analogue exécutée dans un but criminel. Et alors comment les distinguer? De même que l'homme qui a eu le malheur de donner la mort à son semblable dans des circonstances qui comportent l'excuse, est tenu de se présenter devant le magistrat pour éviter toute poursuite; de même je voudrais que l'accoucheur qui a cru absolument nécessaire de provoquer l'avortement fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé, sous peine d'être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel.

Bien entendu que ce ne sont ici que des vœux personnels sur lesquels je n'ose demander que l'Académie se prononce, mais que j'exprime, espérant que, livrés à la publicité, ils pourront être pris en considération.

Préoccupé de la conservation des principes, et bien autrement ému, au point de vue de la sécurité publique, des dangers qui peuvent résulter de l'abus de la pratique autorisée de l'avortement obstétrical, que des quelques cas rares auxquels il semble appréciable, je serais porté à vous proposer une désapprobation formelle de cette opération. Mais un jugement aussi sévère, aussi absolu, aurait le double inconvénient de jeter un blâme indirect et immérité sur des praticiens étrangers et français qui font autorité à juste titre, et de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances, que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art,

En nous abstenant, au contraire, de toute approbation ou désapprobation formelle, et en abandonnant la solution de la question à la conscience individuelle des accoucheurs, nous restons dans la réserve qui nous appartient, n'enchaînant pas l'avenir, n'anticipant sur aucun droit, et imprimant à la pratique d'autant plus de circonspection que nous laissons aux hommes de l'art toute la responsabilité de leurs actes.

J'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à l'Académie la réponse suivante à la question soulevée par M. le docteur Lenoir :

Considérant qu'il serait dangereux d'émettre un jugement quelconque sur l'avortement provoqué, et en vue de conserver la vie gravement menacée de la mère, l'Académie ne délibère pas sur la septième conclusion scientifique du rapport, abandonne à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération, et la responsabilité de la conduite qu'ils croiront devoir adopter en conséquence.

Quant aux autres conclusions, je me rallie à celles qui consistent à adresser des remerciments à M. le docteur Lenoir, et à déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Cazeaux. J'avais demandé la parole à la fin de la dernière séance pour répondre à l'excellent discours de M. Danyau, mais l'importance du discours que vous venez d'entendre, la haute et légitime autorité qu'exerce sur l'Académie la parole de M. Bégin, me font un devoir de chercher à détruire de suite l'impression qu'il a produite.

Notre très-honorable collègue s'est, dès le début, posé en adversaire de la commission. Nous avons cherché à prouver l'opportunité, la moralité, l'utilité sociale de l'avortement provoqué, nous avons voulu prouver que la mère avait le droit de le demander, et, par suite, le médecin le droit de le pratiquer. M. Bégin déclare que ce droit est une usurpation et conteste la valeur des raisons sur lesquelles nous l'avons appuyé. Notre collègue a commencé par signaler les dangers que pouvait avoir la doctrine de la commission si elle était acceptée par l'Académie.

D'abord, la commission ne demande pas de vote à ce sujet; mais comme, dans la discussion, j'ai positivement déclaré qu'à mon sens, il était de la dignité et même du devoir de l'Académie, de dire hautement son avis sur une question de nature à embarrasser parfois la conscience du praticien, je tiens à démontrer qu'un vote, quel qu'il soit, n'aurait aucun danger.

En supposant que l'Académie déclare accepter les conclusions formulées par la commission, le danger ne peut exister que dans l'abus qu'on peut faire de ce vote, soit pour justifier un avortement que rien ne justifie, soit pour masquer des intentions criminelles.

Or, la commission a fortement insisté sur la nécessité pour le praticien d'appeler en consultation plusieurs confrères des plus éclairés, et de ne se décider à l'avortement qu'après une discussion sérieuse de l'état de la malade et des chances probables de l'opération. Cette précaution, dont nous faisons une condition absolue, n'offre-t-elle pas une garantie suffisante contre la légèreté et l'erreur?

Dans les cas dont nous nous occupons, le diagnostic précis, exact de la difformité n'offre aucune difficulté. Sans doute, lorsque le bassin offre encore 8 à 10 centimètres dans son plus petit diamètre, lors même qu'il conserve encore 7 centimètres, le diagnostic, pour être sûrement établi, exige une main exercée et un praticien très-éclairé; mais dans les cas de rétrécissement extrême, alors que le plus petit diamètre présente moins de 6 centimètres 1/2, c'est-à-dire dans les seuls cas où l'avortement soit proposable, le praticien, le moins habitué à ce genre de recherches, constatera facilement le degré de la difformité.

Cette réunion de praticiens recommandables n'exclut-elle pas nécessairement la possibilité de tentatives coupables? Que devient devant elle la crainte de mettre une arme dangereuse entre des mains criminelles? Pouvez-vous supposer que, dans une même localité, il se trouve trois ou quatre praticiens capables de s'entendre sur une action aussi honteuse? Cette crainte est chimérique : les médecins, assez indignes de ce nom, pour ne pas reculer devant un avortement illicite, se garderont bien, pour justifier le crime, d'invoquer une décision académique; les malheureux qui se livrent à cette honteuse et criminelle industrie s'inquiètent bien peu en vérité de ce que pense l'Académie.

Quoi que fasse la compagnie, qu'elle se prononce pour ou contre la légitimité de l'avortement provoqué, ou qu'elle s'abstienne d'exprimer une opinion, le nombre des avortements criminels n'en sera ni plus ni moins considérable.

Mais je ne me contente pas de dire qu'un vote serait sans danger, j'ajoute qu'une décision de notre part serait très-utile.

Supposez, en effet, trois médecins réunis auprès d'une pauvre femme qui doit nécessairement choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne : tous trois seraient disposés à sacrifier l'enfant au salut de la mère; mais se présentent à leur esprit les articles du Code civil et les poursuites auxquelles peut les exposer un magistrat trop esclave de la lettre de la loi; mais se dressent comme un fantôme les préceptes religieux encore si diversement interprétés; mais ils se rappellent enfin que l'Académie consultée n'a pas osé se prononcer, et effrayés par l'immense responsabilité qui pèse sur eux, ils reculeront devant une opération que, dans leur âme et conscience, ils considèrent comme la plus avantageuse. Ne pensez-vous pas qu'ils agiraient autrement s'ils pouvaient opposer aux tracasseries injustes d'un magistrat la grande autorité de l'Académie, s'ils pouvaient dire : Le premier corps médical de France, après avoir sérieusement étudié la question, s'est prononcé en faveur d'une opération que nous, nous avons considérée aussi comme la plus avantageuse dans ce cas particulier?

Notre collègue nous reproche d'avoir déplacé la question et d'avoir oublié l'avortement pour discuter sur les avantages relatifs de l'embryotomie et de l'opération césarienne.

Nous avons, en effet, envisagé le fœticide d'une manière générale pour résoudre plus facilement la question qui nous était posée. Si nous avons démontré que, placée entre la cruelle alternative de l'embryotomie et de l'opération césarienne, la mère a le droit de se refuser à cette dernière, si nous avions *prouvé* que ce droit serait complétement illusoire si elle ne pouvait le transmettre au médecin, il est incontestable que celui-ci peut, dans certaines circonstances, procéder à la mutilation du fœtus.

Or admettre cela, c'est admettre implicitement la légitimité de l'avortement. Personne n'ignore, en effet, qu'en général l'avortement provoqué par des mains habiles et prudentes n'offre que très-peu de dangers, tandis que l'embryotomie, pratiquée au terme de la grossesse, présente les difficultés les plus sérieuses. Ces difficultés, dans les rétrécissements très-prononcés du bassin, sont telles que la vie de la mère est toujours gravement compromise par cette opération, et qu'à 5 centimètres, par exemple, ou au dessous, elle est plus sûrement mortelle que l'hystérotomie : si bien que, pour le plus grand nombre de praticiens, la mort du fœtus elle-même n'est pas, dans ces cas, une contre-indication formelle à l'opération césarienne, celle-ci étant moins dangereuse pour la mère que l'extraction du cadavre mutilé.

Si ces dangers sont réels, n'est-il pas préférable, le sacrifice de l'enfant étant décidé, de céder aux instances de la mère, qui, décidée à ne pas se soumettre à l'opération césarienne, vient nous demander de la faire avorter?

Mais, continue notre collègue, l'homicide n'est permis dans aucun cas; il est condamné par toutes les lois divines et humaines. Le sixième commandement est absolu, et vous avez faussé le sens, très-explicite pourtant, des articles du Code pénal par des rapprochements spécieux, mais évidemment forcés.

Je commence par déclarer que, pour moi comme pour M. Bégin, il n'y a que peu de différence à établir entre la valeur intrinsèque du fœtus de trois mois et celle de l'enfant nouveau-né, et que, pratiqué sans utilité absolue, le fœticide est aussi coupable que l'homicide.

Mais avons-nous eu tort de donner aux textes bibliques un sens moins absolu que nos adversaires?

Le *non occides*, si souvent invoqué par les théologiens, et sur lequel M. Bégin lui-même ne dédaigne pas de s'appuyer, a-t-il donc un sens aussi absolu qu'on veut bien le dire? Je ne l'ai pas pensé, et j'ai cru que je n'avais rien de mieux à faire, pour justifier mon opinion, que de rappeler les meurtres nombreux dont la Bible fourmille, meurtres qui non-seulement n'ont pas attiré sur leurs auteurs la colère céleste, mais encore ont été récompensés comme des actions héroïques et saintes.

Pour combattre cet axiome, qu'il ne faut jamais faire un mal pour obtenir un bien, j'ai cité ces guerres nombreuses, légitimées par le pouvoir spirituel lui-même, et ces exécutions capitales que la justice ordonne et que la société tolère pour se prémunir contre de nouvelles agressions.

Je ne vois pas ce que M. Bégin trouve là de blâmable ou d'illogique.

Il en est de même de l'interprétation qu'avec M. P. Dubois, j'ai donnée à l'article 317 du Code pénal. M. Bégin trouve plus spécieux que justes les rapprochements que nous avons faits à ce sujet. Qu'il me permette de lui dire qu'il ne nous a pas compris. Il ne s'agissait pas pour nous d'assimiler, comme il semble le croire, la castration à l'avortement provoqué, et nous avions compris toutes les différences qui distinguent ces deux opérations; mais nous ne les avons rapprochées et comparées qu'au point de vue de leur interdiction légale. Le Code pénal défend la castration uniquement, simplement, sans commentaires. Il ne distingue en aucune façon la castration criminelle de la castration chirurgicale, et si vous supposez celle-ci encore inconnue et proposée pour la première fois, vous comprendrez peut-être qu'on recule devant la lettre de la loi. On comprend au moins la possibilité d'une enquête judiciaire.

Eh bien! il en est absolument ainsi de l'avortement. Le code ne fait aucune distinction. Pourquoi est-il illogique de donner à l'article 317 le sens que vous attribuez sans hésitation à l'article 316?

Le fœticide en aucun cas n'est permis; c'est, dites-vous, un acte immoral et qui blesse tous les sentiments humains. Non, monsieur, et j'en appelle de M. Bégin philosophant tranquillement dans son cabinet à M. Bégin, placé auprès de sa femme en travail et ayant à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Je lui rappellerai cet épisode terrible que tout dernièrement encore nous racontait notre savant secrétaire perpétuel.

Un grand événement allait s'accomplir. La France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe. L'empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement. Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui, qui a répudié la femme de son cœur, lui, qui donnerait toute sa gloire pour voir vivre cet enfant tant désiré, n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : *Sauvez la mère.* Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'empereur n'était plus qu'un homme.

Il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles. Comment expliquerez-vous que ce sentiment, que vous qualifiez d'inhumain, se retrouve toujours pourtant dans le cœur de l'homme?

Non-seulement, dit M. Bégin, le fœticide n'est permis dans aucun cas, mais, dans le cas particulier cité par M. Lenoir, il me répugne et me fait horreur. Je n'ai plus aucune pitié pour cette malheureuse qui, trois fois enceinte, vient demander trois fois le sacrifice de son enfant.

Nous comprenons toutes les répugnances de M. Bégin; nous disons plus, nous les partageons. Mais nous sommes convaincus que dans la pratique elles n'arrêteront personne. Nous l'avons déjà dit dans notre rapport, nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédents de la malade qui réclame notre assistance. Quels que soient ses antécédents, nous ne lui devons

pas moins tous nos soins, et si vous admettez l'utilité sociale de l'avortement, nous n'avons plus qu'une question à résoudre à la seconde, à la troisième, comme à la première grossesse : la conformation de cette femme permet-elle d'espérer un enfant viable?

Mais, a dit M. Bégin, pourquoi se presser de faire avorter la femme? Pourquoi désespérer si tôt des ressources de la nature? Êtes-vous bien sûr de votre diagnostic? N'est-il pas possible que les articulations pelviennes ramollies, permettent, au moment de l'accouchement, un agrandissement du canal pelvien, suffisant pour laisser passer un enfant d'un petit volume? Pourquoi, enfin, ne pas compter un peu sur la possibilité de l'accouchement prématuré?

Messieurs, toutes ces illusions sont permises dans certaines conditions, alors, par exemple, que le bassin offre de 7 à 9 centimètres dans son plus petit diamètre; mais, dans les cas extrêmes qui nous occupent, il n'y a plus d'espoir possible. De 5 à 6 centimètres ou au-dessous, nous l'avons déjà dit, une erreur de diagnostic n'est pas supposable, et à moins de compter sur une exception presque impossible, l'enfant viable ne pourra traverser les voies rétrécies du bassin.

Quant à l'accouchement prématuré, ce serait folie que d'espérer en lui. La provocation de l'accouchement avant terme nécessite, pour être pratiquée avec succès, des dimensions bien supérieures; et tous les accoucheurs savent très-bien qu'il serait insensé de vouloir la tenter au-dessous de 6 centimètres 1/2. Je n'insisterai donc pas davantage sur ce point.

Pour légitimer la préférence que nous accordions à l'embryotomie, et par suite à l'avortement, nous avons fait remarquer qu'en ne considérant que la question du chiffre, l'avantage restait encore à cette opération. Ce ne sont pas, avons-nous dit, les résultats immédiats de l'hystérotomie, mais les résultats éloignés qu'il faut envisager. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle tue trois femmes sur quatre, et qu'en supposant, ce qui n'est pas exact, tous les enfants vivants au moment de leur naissance, vous n'en verrez pas pas 40 sur 100 atteindre l'âge auquel vous avez sacrifié la mère.

Cette considération a paru puérile à M. Bégin; nous lui demandons la permission de lui reconnaître encore une grande valeur, car une femme qui meurt à 30 ans, était arrivée à cet âge où elle peut rendre à la société et à la famille tous les services qu'elle en a reçus, payer enfin la dette qu'elle a contractée, tandis que le nouveau-né imposera pendant longtemps encore de nombreux sacrifices à la société et à la famille, auxquelles bien probablement sa mort prématurée le forcera à faire banqueroute.

Que l'Académie, a dit en terminant notre collègue, se garde donc d'adopter les propositions de la commission. Elle a une autre mission à remplir, mission bien plus élevée et plus conforme à sa dignité. Au lieu d'encourager par un semblable arrêt les femmes rachitiques à faire des enfants, qu'elle éveille la sollicitude des mères de famille, et qu'elle les avertisse des dangers auxquels elles exposent leurs filles contrefaites, en les mariant sans avoir préalablement pris l'avis des hommes de l'art. Sur ce point nous sommes complétement de l'avis de l'honorable M. Bégin, et nous nous associons de tout cœur au vœu qu'il vient de former; mais qu'il nous permette de lui faire observer qu'à son tour il déplace la question. Nous n'avions pas à parler des moyens préventifs, mais bien des moyens curatifs. Privez, s'il est possible, et je crois que vous aurez de la peine, les filles rachitiques des rapprochements sexuels, rien de mieux; mais quand le mal existe, il ne peut plus être question que de chercher le meilleur remède.

Enfin notre honorable confrère, prévoyant qu'à la rigueur un cas peut se rencontrer où l'avortement deviendra une nécessité, impose au médecin non pas seulement l'obligation d'une consultation, mais encore l'intervention de l'autorité civile. Nous avouons, messieurs, en avoir eu la même pensée, mais après y avoir mûrement réfléchi, nous n'avons pas voulu la consigner dans notre rapport. Il nous a semblé, en effet, qu'il y avait quelque chose de blessant pour notre dignité, à faire intervenir dans une discussion purement médicale une autorité étrangère.

J'ai essayé de faire une réponse aux principales objections formulées par M. Bégin. Je ne me dissimule pas tout ce que celle-ci a d'incomplet, et je reconnais que le remarquable discours de notre collègue méritait mieux qu'une réfutation improvisée; mais l'Académie et M. Bégin lui-même me tiendront compte, j'espère, des obligations imposées au rapporteur.

Je vous demande la permission de renvoyer à la séance prochaine la réponse que je voulais faire à la remarquable argumentation de M. Danyau.

M. Chailly-Honoré : M. Lenoir, par une de ces courageuses initiatives que l'Académie ne saurait trop accueillir, a soumis à la compagnie une question des plus importantes : *Doit-on, dans les rétrécissements extrêmes du bassin, qui ne laisseraient de recours que dans l'opération césarienne à terme, pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité pendant la grossesse?*

M. Cazeaux, dans son remarquable rapport, a établi, d'une manière incontestable, combien l'accouchement provoqué avant terme devait être préféré à l'opération césarienne.

M. P. Dubois s'est depuis longtemps prononcé dans le même sens, cependant avec quelques légères restrictions.

M. Danyau a suivi l'exemple du savant professeur de la Clinique, il admet aussi quelques restrictions sur lesquelles je vais m'expliquer.

En présence de cette adhésion de tous les orateurs que vous avez entendus, vous accepteriez le vote qu'on vous propose!

Adresser des remercîments à l'auteur et déposer simplement son mémoire dans les archives.

C'est-à-dire, annuler ce travail remarquable.

L'Académie nationale de médecine de France ne serait ni juste envers M. Lenoir, ni encourageante pour les savants qui soumettent leurs travaux à son appréciation, si elle n'accueillait pas mieux un travail de cette importance.

Rappelez-vous ce qui s'est passé dans cette enceinte à l'occasion de l'accouchement prématuré artificiel, cette si belle conquête de l'art sur la routine et le préjugé, qui aujourd'hui ne rencontre plus d'obstacle que de la part de quelques esprits faux; l'Académie, cependant, l'a rejetée, et ce n'est qu'après que nos voisins ont joui pendant longues années de cet inappréciable bienfait que l'accouchement prématuré a pu pénétrer en France, furtivement, par le pont de Kehl, et, vous le savez, c'est le chemin que prennent, pour pénétrer en France, presque toutes les heureuses innovations dans l'art obstétrical........

Je ne comprends pas l'opposition de MM. Dubois et Danyau aux conclusions de notre honorable rapporteur. Que vous a dit M. Dubois? qu'il avait pratiqué l'avortement; qu'il avait consacré cette pratique par ses publications, par son enseignement; que l'opération césarienne ne réussissait jamais à Paris. Et cependant, que lit-on dans sa lettre à l'Union médicale? Cette phrase : *On ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer l'avortement à l'opération césarienne.*

Ainsi, à Paris, voilà deux opérations en présence : une opération qui tue toujours, l'autre qui n'a encore tué aucune femme; et ce ne serait pas un devoir de préférer la seconde, celle qui ne tue jamais. L'Académie jugera.

Quant à M. Danyau, après avoir établi aussi que l'opération césarienne est toujours mortelle à Paris, il vous a dit : « Ne puis-je pas me trouver un jour, à *Paris même*, en présence d'un cas *évidemment* favorable, et dont il me sera peut-être permis d'*améliorer encore les conditions* à l'époque de l'opération, et pourquoi me serait-il interdit d'espérer que la femme sera de cet heureux quart qui survit? »

J'avoue que je ne comprends pas quelles peuvent être les conditions *si évidemment favorables*. Pour moi, j'ai la conviction intime que ces conditions, à Paris, sont toujours les mêmes; je comprends tout aussi peu comment on pourra les améliorer, car je crois que M. Dubois n'avait rien négligé pour assurer le sort des huit ou dix femmes qui ont trouvé la mort dans ses mains sous le couteau césarien; et je suis certain, qu'à moins d'un miracle, quelques précautions qu'on prenne, le résultat de cette opération, à Paris, sera presque toujours la mort.

Tout au moins M. Danyau, pour légitimer sa restriction, aurait-il dû signaler ces conditions, *évidemment* favorables, et parler de celles qu'il pourrait aussi créer sur l'opérée; mais il n'en a rien fait, et pour cause.

Mais, pourront objecter nos honorables collègues, si pour Paris vous avez raison, en est-il de même de la province, où on peut sauver une femme sur cinq?

J'avoue qu'en supposant que ce chiffre soit exact, je me prononcerais encore pour l'accouchement avant le terme de la viabilité; car je préférerai toujours une opération qui, faite en temps convenable, ne compromet presque jamais la vie de la femme, à une opération qui la compromet sûrement quatre fois sur cinq; et cette opinion est d'autant plus fondée que la statistique invoquée par nos honorables adversaires est fausse de tous points.

En effet, sur quels éléments s'appuie-t-elle? Sur les recueils périodiques, d'après les monographies. Eh bien! messieurs, c'est une chose qu'on a regret à dire, mais il est bien rare que les cas malheureux soient signalés. Bien peu d'hommes ont le courage de livrer leurs insuccès à la publicité, pour l'enseignement des autres. Voilà pourquoi on lit quelquefois dans les journaux de médecine, en tête d'un article : *Opération césarienne; succès pour la mère et l'enfant.*

Et pourquoi on ne lit presque jamais : *Opération césarienne; mort de la mère.*

Et cependant, vous m'accorderez que ce dernier résultat étant bien plus fréquent que l'autre, il devait être signalé plus fréquemment.

Comment voulez-vous, avec des documents semblables, arriver à une statistique tant soit peu exacte? Cela est impossible, et c'est cependant sur des documents de ce genre qu'est fondée en grande partie l'argumentation de nos honorables adversaires.

D'après les laborieuses recherches auxquelles je me suis livré, je serais bien plutôt tenté d'admettre 9 femmes mortes sur 10 que 4 sur 5, et même je suis convaincu que je suis encore loin de la vérité, et que si l'on pouvait parvenir à établir une statistique exacte, elle serait à faire reculer les plus intrépides partisans de l'opération césarienne. Mais supposons le chiffre de M. Daynau exact, il suffirait grandement encore à faire rejeter cette proposition qu'il a émise devant vous :

Je ne renonce pas à pratiquer l'opération césarienne dans des circonstances qui me sembleraient favorables.

C'est-à-dire je ne renonce pas à sacrifier quatre fois sur cinq la mère, qui a une famille, des intérêts, des affections, à un enfant dont l'existence est si mal assurée, qui même peut périr en naissant.

Mais, au reste, messieurs, c'est toujours ainsi que nous procédons en France, par des demi-mesures, qui, pour vouloir concilier tous les intérêts, les compromettent tous. J'en trouverai au besoin une preuve qui se rattache immédiatement à celle qui nous occupe.

A terme, quand le degré de viciation du bassin permettait d'opter entre le céphalotribe et l'opération césarienne, que d'efforts n'a-t-il pas fallu faire pour amener ceux-là même qui, par leur position, sont appelés à tracer le chemin aux autres, à préférer le céphalotribe.........................

Les raisons qu'on allègue aujourd'hui pour annihiler le travail de M. Lenoir, ne me semblent pas meilleures que celles qu'on alléguait pour donner la préférence à l'opération césarienne, dans les cas où le céphalotribe aurait permis de sauver la mère, et pour légitimer cette fausse sensibilité qui ne permettait d'agir que sur la mère déjà épuisée, expirante.

En effet, que propose M. Lenoir? de sacrifier pendant la grossesse l'enfant à la mère, quand, à terme, on n'aurait d'autre moyen d'agir que par l'opération césarienne.

Il propose de faire pendant la grossesse ce que tous maintenant nous faisons à

terme, dans les cas qui le permettent, c'est-à-dire, de sacrifier l'enfant à la mère, et notez qu'à terme ce sacrifice est bien autrement pénible que lorsque le produit est à peine formé; et, cependant, on est bien obligé de se résoudre à ce sacrifice indispensable!

M. Lenoir propose à la sanction de l'Académie une opération que M. Dubois a pratiquée, qu'il a préconisée dans ses écrits et dans ses leçons, dont M. Cazeaux vons a fait valoir toute la supériorité dans son remarquable travail.

Aussi, on l'opération doit être rejetée on elle doit être acceptée. Si elle doit être rejetée, n'en parlons plus. Mais tons l'acceptent, la pratiquent; et cependant tous craignent de sanctionner une pratique qui est la leur, par un vote favorable à M. Lenoir. . . . .

Qu'il ne soit pas dit que l'Académie de Paris vient encore d'annuler, comme cela a eu lieu si souvent, un travail de cette importance.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie une proposition qui n'engage en rien sa responsabilité, mais qui lui fait rendre au travail de M. Lenoir l'honneur qu'il mérite.

Voici la proposition : Adresser des remercîments à M. Lenoir et renvoyer son remarquable travail au comité de publication.

La discussion est continuée à la prochaine séance.

PLAIE D'ARME A FEU DANS LA RÉGION CERVICALE, LIGATURE DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE.

M. le docteur MAISONNEUVE, en son nom et au nom de M. FAVROT, communique le fait suivant :

Le 11 février madame X. reçut à bout portant dans la région antérieure du col, un coup de pistolet chargé à balle. MM. Maisonneuve et Favrot constatèrent au niveau de la partie latérale gauche du cartilage cricoïde, une plaie circulaire de petite dimension qui, au premier coup d'œil, ne paraissait pas pénétrer profondément dans les tissus; mais une hémorragie grave qui s'était manifestée par la plaie leur fit penser que la balle avait dû pénétrer profondément dans les chairs. Cette opinion fut confirmée par l'examen de la blessure. Un stylet introduit dans la plaie permit de reconnaître que le cartilage cricoïde avait été mis à nu dans la partie latérale gauche, que la balle avait ensuite glissé de haut en bas sur le côté de la trachée et de l'œsophage, en dedans de l'artère carotide, de la veine jugulaire interne et du nerf pneumo-gastrique; qu'elle avait ensuite pénétré jusqu'au rachis, où elle s'était implantée dans le corps de la sixième vertèbre cervicale. Quelques tentatives pour en opérer l'extraction furent faites sans succès, le moindre effort de traction provoquant des douleurs atroces et des phénomènes de syncope. La malade fut soumise à un traitement antiphlogistique énergique, qui produisit une amélioration considérable dans son état.

A dater du huitième jour, il survint par la plaie plusieurs hémorragies consécutives abondantes qu'il devint urgent d'arrêter. Une incision de 15 centimètres environ fut pratiquée le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, un peu en dehors de la plaie d'entrée de la balle; elle permit de mettre à découvert l'artère carotide et la veine jugulaire interne. Ces vaisseaux furent trouvés parfaitement intacts; la balle les avait laissés en dehors en les dénudant, mais sans les blesser; à travers cette large ouverture on trouva : le cartilage cricoïde dont la partie latérale gauche avait été frôlée; les premiers anneaux de la trachée artère ainsi que l'œsophage que la balle avait mis à nu sans les intéresser; puis implantée dans le corps de la sixième vertèbre cervicale la balle dont l'extraction fut faite immédiatement. Une hémorragie violente se manifesta aussitôt.

Ayant reconnu que le sang provenait de l'artère vertébrale blessée dans le canal des apophyses transverses, M. Maisonneuve saisit le vaisseau avec l'extrémité d'une pince à coulant, puis il passa au-dessous une aiguille de Cooper à courbure très-courte, dans laquelle avaient été engagés deux fils, dont l'un servit à lier le vaisseau au-dessous de la pince, et l'autre au-dessus. L'hémorrhagie fut définitivement arrêtée. Une autre artère, plus superficielle et qui fut reconnue plus tard être la thyroïdienne inférieure, fut ensuite liée sans difficulté; il en fut de même de quelques autres vaisseaux de moindre importance.

Aucun accident ne vint entraver la marche de la blessure, et l'état de la malade alla de jour en jour en s'améliorant jusqu'au 5 mars; à dater de ce jour, les accidents fébriles non précédé de frissons se manifestèrent subitement à la suite d'une violente émotion morale, et continuèrent sans interruption jusqu'au mardi 9 mars, à deux heures de l'après-midi, où tout d'un coup, en faisant sa toilette, la malade fut prise d'une violente douleur dans la région cervicale, poussa un cri et tomba immédiatement dans un coma profond. A neuf heures et demie du soir, la malade succombait.

A l'autopsie on constata les désordres suivants :

La plaie du col, cicatrisée seulement dans sa moitié supérieure, se continuait par un trajet oblique jusqu'au corps de la sixième vertèbre cervicale, laissant en dedans la trachée-artère et l'œsophage, et en dehors l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumogastrique; l'artère thyroïdienne inférieure, divisée au moment où elle change de direction, contenait dans son intérieur un caillot solide de 2 centimètres environ d'étendue. L'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale était brisée et laissait à découvert l'artère vertébrale divisée et dont les bouts supérieurs et inférieurs étaient remplis, à une hauteur de 3 centimètres environ, par un caillot solide. En arrière de cette artère, la cinquième paire de nerfs cervicaux était mise à découvert. Au devant de ces parties, le corps de la vertèbre était creusé d'un canal profond dont l'extrémité communiquait avec le canal rachidien par une petite ouverture évidemment produite dans les derniers temps de la vie, et résultant de la nécrose de la lamelle osseuse qui formait la limite de la plaie. Le tissu spongieux de l'os était infiltré de pus; une exsudation séro-purulente existait dans le canal rachidien tant dans le tissu cellulaire extérieur que dans le tissu sous-séreux des enveloppes de la moelle; aucune autre lésion grave n'existait dans les organes importants.

VARIÉTÉS.

— NOMINATION DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur P. Dubois est nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Bérard, à qui ses nouvelles fonctions d'inspecteur général de l'Université ne permettaient pas de conserver le décanat.

— La séance publique de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain, 22 mars.

M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge du célèbre naturaliste, M. Geoffroy Saint-Hilaire.

— ÉPIDÉMIES. — Une maladie contagieuse, la variole, sévit avec beaucoup d'intensité à Mirebeau (Côte-d'Or). Plusieurs individus, jeunes encore, ont déjà succombé à ce mal violent, et la terreur serait si grande, dit un journal d'Auxerre, que les malades ne trouveraient personne pour les assister.

— On lit dans le MÉMORIAL DE L'ALLIER :

« L'épidémie qui sévissait dans la commune de Ponzy-Mésangy, et qui, dans ces derniers temps, avait semblé disparaître, est venue de nouveau affliger nos populations.

» La maladie se déclare par des crampes et des douleurs générales. Surviennent ensuite des maux de tête et bientôt le délire. Ordinairement le malade succombe au bout de deux ou trois jours.

» Nous apprenons que l'autorité vient d'envoyer sur les lieux des hommes de l'art pour étudier la marche et les symptômes de cette épidémie. »

— On nous écrit de Saint-Étienne :

« On avait raison de dire que la fièvre typhoïde avait augmenté sensiblement la mortalité dans la ville de Saint-Étienne.

» Dans les trois mois de décembre 1851, janvier et février 1852, le nombre total des décès a été de. 448

» Pendant les mêmes mois 1850-1851, il était de. 304

» Différence en plus pour les trois derniers mois. 144

» Cet excédant a porté principalement sur les enfants et sur les militaires.

» Pendant la première de ces deux périodes, celle de 1851 à 1852, les naissances ont été de. 482

» Pour les trois mois de décembre 1850, janvier et février 1851, elles se sont élevées à 586

» Différence en plus en faveur de 1850-1851. 104

» Ainsi les causes auxquelles on doit attribuer l'accroissement du nombre des décès ont exercé leur funeste influence sur les naissances, qui ont diminué dans une assez forte proportion. »

— Au moment où le service médical de l'armée va subir des modifications, dont personne ne peut calculer encore la portée, mais qui sont attendues avec impatience par cette seule raison qu'on espère qu'elles entraîneront après elles une augmentation notable de solde, nos confrères les officiers de santé de l'armée liront, sans doute avec intérêt, les détails suivants sur la solde des médecins militaires aux États-Unis et en Angleterre.

Le chirurgien inspecteur général reçoit par an 51,175 francs, tous frais compris;

Les chirurgiens qui ont dix ans de service reçoivent 8,940 francs ;

Ceux qui ont moins de dix ans de service, 7,500 francs ;

Les aides-chirurgiens qui ont dix ans de service touchent 7,320 francs;

Ceux qui n'ont que cinq ans de service sont payés à raison de 5,880 francs;

Et ceux qui ont moins de cinq ans de service, 4,810 francs.

Cette solde est supérieure à celle des chirurgiens de l'armée anglaise, dont le directeur général touchait par an 2,000 livres sterling ou 50,000 francs.

Les chirurgiens de la marine anglaise, qui ont moins de six ans de service, reçoivent environ 5,000 francs;

Ceux qui ont plus de six ans, 5,300 francs;

Ceux qui ont plus de dix ans de service, 6,375 francs;

Après vingt ans de service, la solde monte à 8,200 francs;

Dans la marine des États-Unis, les aides-chirurgiens touchent en mer 4,750 francs;

Les aides entretenus reçoivent 6,000 francs;

Les chirurgiens, pendant les cinq premières années de service et sur la flotte, en service actif, ont 7,500 francs;

De la cinquième à la dixième année de service, 9,000 francs;

De la dixième à la quinzième année, 10,500 francs;

De la quinzième à la vingtième année, 12,000 francs;

Après vingt ans de service, 13,500 francs.

Ils touchent en outre une ration par jour.

(AMERICAN ALMANACH AND EDINBURGH MEDICAL REVIEW.)

— L'AVON apporte des nouvelles de la Jamaïque du 31 janvier. Le chiffre des victimes du choléra dans cette île a été, dit cette feuille, de 30,000!

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES — DISTRIBUTION DES PRIX. — ÉLOGE DE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Les séances annuelles de l'Académie des sciences n'offrent guère l'attrait de la nouveauté ; on ne peut pas s'attendre à la révélation d'hommes nouveaux ou d'idées nouvelles. Elles sont comme un écho affaibli de ce qui s'est fait dans un autre temps. Les prix que l'Académie décerne, les récompenses qu'elle accorde, ne sont donnés qu'à des recherches ou à des découvertes sanctionnées par le temps. A un certain point de vue, ceci est bien sans doute ; mais cette consécration tardive, qui ajoute à l'autorité de ses distinctions, n'est guère propre à rehausser l'intérêt de ses séances d'apparat. S'il fallait justifier cette opinion par le rappel des nombreux travaux qui se sont partagé son budget de cette année, on n'aurait que l'embarras du choix. Nous ferons cependant exception en faveur des belles expériences de M. Cl. Bernard sur la *formation du sucre dans le foie*. Ces expériences ont eu le double privilége d'entraîner une conviction immédiate et d'obtenir presque aussitôt le prix de physiologie. C'est un succès dont la commission académique doit être autant félicitée que l'auteur lui-même ; il est à regretter seulement que le rapport fait sur cette importante découverte soit empreint de partialité à l'endroit de la méthode de recherche pratiquée par l'auteur. L'affectation avec laquelle M. le rapporteur parle de la prééminence des recherches physico-chimiques et de l'expérimentation chez les animaux, ferait croire qu'il ne connaît pas aussi bien les autres moyens de conduire à la vérité. Il tendrait en outre à faire croire qu'il est dupe de cette méprise, à savoir que ce sont les méthodes et non l'esprit qui conduisent aux découvertes. Nous augurons mieux de l'auteur couronné : si nous prisons singulièrement les habitudes de rigueur et de précision qui caractérisent ses travaux, nous prisons davantage encore l'originalité de son esprit et la sûreté de ses instincts scientifiques : avantages que la méthode expérimentale et les vivisections ne sont jamais parvenues à donner à personne.

Nos lecteurs liront avec intérêt, au compte rendu de la séance, l'énumération détaillée et motivée des autres prix et récompenses décernés par l'Académie ; nous nous privons d'y insister pour aborder immédiatement l'éloge de Geoffroy Saint-Hilaire, prononcé par M. Flourens, qui a donné à la solennité académique un intérêt et un éclat inaccoutumés.

Parler de Geoffroy Saint-Hilaire, c'est faire l'histoire d'une révolution dans la science ; c'est célébrer une science nouvelle ; c'est rappeler toutes les crises, toutes les phases de l'enfantement d'un grand progrès ; c'est se retrouver en présence des contradictions, des luttes, qui ont nécessairement précédé et accompagné le triomphe de ce progrès ; c'est non-seulement résumer une grande époque passée, mais c'est encore dessiner les perspectives de celle qui lui succédera ; car le progrès contient le progrès. Dire que M. Flourens, avec sa plume à la fois délicate et ferme, avec son esprit à la fois gracieux et élevé, avec son caractère à la fois plein de noblesse et de bonté, s'est constamment tenu à la hauteur de sa tâche, c'est résumer le grand et beau succès qu'il a obtenu dans l'éloge de Geoffroy Saint-Hilaire. Il est inutile de rappeler les immenses difficultés qu'il avait personnellement, plus que tout autre, à vaincre. Disciple et ami de Cuvier, poussé par son cœur autant que par son esprit à faire prévaloir les idées et les doctrines qu'il a partagées toute sa vie, il lui était difficile de s'élever à la hauteur de l'impartialité de l'historien pour rendre justice à l'émule, au rival de Cuvier. Et pourtant il l'a fait avec un bonheur infini, bien plus, avec une intelligence qui ferait honneur au disciple le mieux renseigné, au continuateur le plus convaincu de Geoffroy Saint-Hilaire.

Il y avait trois points supérieurs à traiter dans l'éloge de Geoffroy : sa théorie, sa méthode et les applications qu'il en a faites. Nous ne parlons pas des accessoires, de la partie anecdotique de la vie de l'illustre naturaliste que M. Flourens a traitée avec beaucoup d'art, avec trop d'art peut-être ; mais le savant secrétaire de l'Académie des sciences est à la fois membre de l'Académie française ; il avait pour auditeurs ses collègues de l'une et l'autre section de l'Institut ; il lui était bien difficile de rester dans les formes austères de son sujet, et de ne pas se complaire autant qu'il l'a fait dans l'agrément de la forme avec un fonds aussi riche que celui qu'il avait à exploiter.

M. Flourens a résumé et caractérisé la théorie de l'unité de composition avec une pénétration rare. Rendant justice aux pressentiments, aux aperçus plus qu'aux idées des prédécesseurs de Geoffroy, à Buffon surtout, dont le génie avait effleuré de son aile la surface de la grande conception que Geoffroy, en la creusant, a su personnifier en lui, M. Flourens a dit avec une remarquable justesse : « L'unité de dessein, de plan, d'idée, avait donc été vue par Buffon, par Vicq-d'Azir et Camper ; M. Geoffroy la vit à son tour, mais d'une vue originale, sinon profonde ; et c'est parce qu'il la vit ainsi, qu'il en fit sortir une science inconnue de tous avant lui : l'anatomie philosophique. » Rien de plus juste ni de mieux dit. S'il nous était permis d'ajouter un mot bien simple à ces paroles éloquentes, nous dirions que les précurseurs de Geoffroy Saint-Hilaire avaient vu l'unité de plan des animaux par leur surface, et qu'il l'a vue, lui, dans leur composition intime : d'où l'appellation si légitime d'unité de *composition*, qui caractérise à la fois le véritable point de vue de Geoffroy et l'originalité de son œuvre. Mais ce que M. Flourens n'a pas dit aussi explicitement en parlant de la théorie de l'unité de composition, il l'a très-bien fait comprendre en parlant de la manière de procéder de l'auteur, de sa méthode. « Le mérite singulier, le mérite propre de M. Geoffroy, dit M. Flourens, c'est » d'avoir porté la comparaison, l'étude, sur les éléments primitifs et constitutifs des organes. » Là est la véritable originalité de Geoffroy Saint-Hilaire. Ce que les autres avaient soupçonné plutôt que vu en zoologistes, il l'a établi, lui, en zootomiste, et il ne s'est pas contenté de comparer entre eux les éléments qu'il mettait à découvert, il assignait encore les lois de développement, de rapport, de connexion, de position, afin de mettre aux mains de la science, non une idée, mais des applications, mais un fil conducteur, une méthode ; en un mot, à l'aide de laquelle les continuateurs de son œuvre gigantesque pourront se guider, s'orienter, au milieu des labyrinthes obscurs, des transformations inextricables de la composition organique. Telles sont la théorie des analogues, le principe du balancement des organes. Avec la connaissance de ces vues et de ces principes, et ajoutons avec l'esprit philosophique nécessaire pour s'en servir, la théorie de l'unité de composition restera le flambeau de l'avenir. Les résultats qu'elle a déjà produits en sont un sûr garant.

La manière large dont M. Flourens a rappelé ces résultats ne laisse rien à désirer. Il a parlé en maître des applications zoologiques de la théorie des

Feuilleton.

ÉLOGE HISTORIQUE D'ÉTIENNE GEOFFROY SAINT-HILAIRE (1).

L'Académie des sciences a compté, dans le dernier siècle, parmi ses membres, deux frères, dont l'un a laissé quelques travaux utiles sur la botanique, et dont l'autre est demeuré célèbre pour avoir été le premier chimiste qui se soit fait une idée nette et pratique des *affinités*. C'est à propos de celui-ci que le plus spirituel des partisans de Descartes, Fontenelle, disait : « Il donna, en » 1718, un système singulier : une table des affinités ou rapports des différentes » substances en chimie. » — « Ces affinités, ajoutait Fontenelle, firent de la » peine à quelques-uns, qui craignirent que ce ne fussent des attractions dé» guisées, d'autant plus dangereuses que d'habiles gens savent déjà leur don» ner des formes séduisantes. »

L'illustration de ces deux hommes devint un juste sujet d'orgueil pour leur famille, dont une des branches habitait la petite ville d'Étampes. Là, dans un intérieur où régnaient des mœurs patriarcales, une bonne grand'mère se plaisait, lorsque, pendant les longues veillées, ses nombreux petits-enfants étaient groupés autour d'elle, à les charmer par des histoires de son temps, histoires parmi lesquelles revenait toujours celle de nos deux savants.

Sa qualité de grand'mère et son amour naïf pour la gloire donnèrent à ses récits une véritable puissance. Un tout petit garçon, bien délicat et fort étourdi, se prit un jour à lui dire : « Mais, moi aussi, je veux devenir célèbre : comment » faire? — Eh! mon Dieu, dit la grand'mère, il faut le vouloir fortement. Je » les ai bien connus, car ils étaient de notre famille. Tu portes le même nom » qu'eux : fais ce qu'ils ont fait. » Cette révélation enflamma le petit enthousiaste. — « Aidez-moi, ma grand'mère, je vous en prie. » L'excellente femme, enchantée, remit à son petit-fils un exemplaire de la VIE DES HOMMES ILLUSTRES de Plutarque.

C'est ainsi qu'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, né le 15 avril 1772, rêvait à sa future illustration, lorsque son père lui déclara que, ayant obtenu pour lui une bourse au collége de Navarre, il allait l'y placer. Le pauvre enfant trouva alors que le chemin de la gloire était encombré de thèmes et de versions qui l'ennuyaient très-fort. Il fut un écolier assez peu appliqué, et ne montra de goût que pour la physique.

A sa sortie du collége, pour le décider à entrer dans la carrière ecclésiastique, on lui offrit de grands avantages. Il refusa très-résolûment. Son père, qui était avocat, lui demanda de prendre la jurisprudence. Il tenta, mais le dégoût vint bientôt. Du droit il passa à la médecine. L'essai ne fut pas plus heureux. Il fallait à ce jeune homme ardent une carrière plus libre, plus éloignée des sentiers battus, où l'esprit aventureux qui le dominait déjà pût trouver à se satisfaire.

(1) Lu à l'Académie des sciences dans la séance publique annuelle du 22 mars 1852.

analogues. Il a trouvé le moyen d'encadrer avec esprit l'application de cette théorie aux monstres, et a exposé avec une impartialité inespérée de la part d'un disciple de Cuvier, c'est-à-dire du grand zélateur des causes finales, le fécond système des causes accidentelles, auquel la science doit déjà les principes de *l'arrêt de développement* et de *l'attraction des parties* similaires, et enfin cette belle théorie de l'épigénèse, qui renferme à elle seule dans ses flancs toute l'embryogénie comparée. La systématisation des monstres à la lumière de l'unité de composition et de la théorie des causes accidentelles est peut-être l'œuvre capitale de Geoffroy Saint-Hilaire. Non-seulement elle a valu à la science le magnifique monument que son fils, son digne continuateur, lui a élevé, mais elle renferme implicitement le germe d'une plus grande œuvre encore : la détermination étiologique de la diversité des êtres. S'il nous était permis de soumettre à M. Flourens une remarque critique sur son appréciation si élevée de l'esprit et des œuvres de Geoffroy Saint-Hilaire, nous lui dirions qu'il a peut-être méconnu le véritable lien qui unit les derniers travaux de ce révélateur avec ses premiers. « Ses vues sur la mutabilité des espèces, sur la filiation des espèces » actuelles avec les espèces perdues, et sur cette autre filiation des âges et » des espèces qui ne feraient de tous les êtres que des arrêts successifs » d'un seul et même être, sont étrangères, dit M. Flourens, à ce grand et » bel ensemble de lois fondamentales et neuves qui constituent sa doctrine » propre et auquel son nom restera toujours attaché. » Telle n'est pas notre opinion. Les derniers travaux de Geoffroy sont une application différente mais non autre de ses doctrines. En étudiant, la diversité zoologique dans *le temps*, il l'a étudiée avec les mêmes vues, les mêmes idées, la même philosophie qu'il l'avait fait dans *l'espace*. Le système des causes accidentelles appliqué à la formation des monstres, il l'a appliqué à la formation successive des animaux. Sans doute, dans des études d'une rétrospectivité si obscure et si difficile, on n'arrive pas à des résultats aussi sûrs ; mais la recherche de ces résultats n'en est pas moins le produit de l'inspiration d'une même et grande idée : l'étude de la diversité zoologique dans le temps et dans l'espace.

JULES GUÉRIN.

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE OBSERVÉE, EN 1849, DANS LE DÉPARTEMENT DE L'OISE ; par le docteur A. VERNEUIL, prosecteur de la Faculté, ex-interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société de biologie, etc.

(Suite et fin. — Voir le n° 9.)

Je ne retracerai pas minutieusement ici la marche des trois formes que j'admets, néanmoins j'en reproduirai l'esquisse rapide. Dans la suette légère, un grand nombre des symptômes énoncés manquaient ou se montraient fugaces et peu intenses ; quelques sueurs pendant deux ou trois jours ; la céphalalgie médiocre ; la courbature, la prostration modérées ; la langue blanche, l'anorexie, quelques troubles légers dans la digestion, c'était tout ; l'éruption manquait presque toujours. Un ou deux jours d'invasion, deux ou trois jours de maladie véritable exigeant l'alitement, puis la convalescence se montrait franche et rapide : ces cas, hors d'une épidémie, seraient très-difficiles à classer, mais l'hésitation n'est plus permise quand ils se montrent en grand nombre, avec une physionomie semblable, à la fin de l'épidémie ou dans les localités où elle est peu intense, et enfin dans les mêmes circonstances et avec les mêmes causes que chez des sujets plus mal partagés. La marche de la maladie s'arrêtait même quelquefois après les prodromes. Ces cas se représentent dans toutes les épidémies.

La suette ordinaire débutait le plus souvent par une véritable incubation : la céphalalgie, la courbature, l'impossibilité du travail ouvraient la scène ; le pouls s'élevait, la peau était sèche et chaude, ou bien elle se couvrait presque d'emblée de sueurs assez abondantes ; le même jour ou le lendemain, des picotements se faisaient sentir et annonçaient l'éruption, qui surgissait dans des points variables. J'ai déjà dit que cette éruption était loin d'être constante ; presque toujours elle était discrète : des étouffements, un peu d'anxiété, annonçaient la manifestation morbide du côté de la peau et cessaient avec elle. Cette période durait de cinq à six jours ; quelquefois, à son début, il y avait de la diarrhée, mais pendant toute sa durée, en général, la constipation était habituelle. La céphalalgie, les douleurs contusives avaient déjà disparu vers le quatrième jour ; la langue restait blanche ou se nettoyait un peu, l'appétit revenait ; en même temps les urines laissaient déposer un dépôt rougeâtre ; il y avait là un temps d'arrêt de deux ou trois jours, quelquefois davantage, pendant lequel, quoique toute souffrance eût disparu, il fallait néanmoins garder le lit et presque toujours continuer une diète rigoureuse. C'est à cette époque que j'ai vu survenir le plus de rechutes. Enfin la guérison arrivait du dixième au quinzième jour. J'entends ici par guérison la cessation de la fièvre et des principaux symptômes, car les forces et l'appétit ne revenaient guère complétement avant quatre ou cinq septénaires.

La marche ultérieure de la suette était à peu près la même quand elle avait débuté par des accidents cholériformes ; mais ce début lui-même présentait quelquefois un appareil plus effrayant que grave. Les prodromes manquaient le plus souvent. La veille un peu de diarrhée ; mais presque tout à coup les selles se montraient nombreuses et rapprochées avec ou sans coliques. Les premières étaient bilieuses, mais (quand le nombre atteignait 7 ou 8 dans la matinée) elles devenaient blanchâtres, troubles, grumeleuses, liquides comme de l'eau, s'accompagnaient de nausées, de défaillances ; mais les vomissements étaient l'exception. Les forces étaient anéanties, il y avait pâleur de la face, horripilations, en général peu de sécrétion urinaire. Je n'ai observé que trois ou quatre fois de véritables crampes. encore étaient-elles légères ; il n'y avait pas de cyanose. Au bout de quelques heures ces symptômes s'amendaient spontanément ou sous l'influence d'un traitement légèrement stimulant et diaphorétique. Les malades se mettaient au lit et gardaient le repos ; on employait des moyens propres à ramener la chaleur qui revenait peu à peu. Enfin la sueur paraissait abondante, chaude, les selles s'arrêtaient. Il eût été très-difficile de reconnaître, quelques heures après, cette affection d'une autre suette développée comme de coutume. Souvent les malades s'effrayaient un peu, il était fort important de les rassurer et de remonter leur moral. Deux ou trois malades ont été pris de cette forme de maladie, subitement pour ainsi dire, en apprenant la mort d'un de leurs parents.

Je n'ai pas pu réunir des documents complets sur la marche géographique de la suette, pourtant on peut énoncer d'une manière générale

---

Poussé vers les sciences par une impulsion secrète, Geoffroy voulut suivre les cours de haut enseignement, et vint prendre place parmi les pensionnaires libres du collége du cardinal Lemoine. Les professeurs de cet établissement appartenaient à l'Église.

C'est là que le bon et judicieux Lhomond avait consacré sa vie à l'enseignement de l'enfance ; c'est là qu'il écrivait ses ouvrages, si supérieurs par leur simplicité même, et qui sont restés des modèles. Après l'enfance, Lhomond n'aimait rien tant que les plantes. Haüy, régent de seconde dans le même collége, avait pour cet homme rare une vénération filiale. Il avait appris la botanique pour lui plaire. De la botanique, il avait été entraîné à la minéralogie. Il venait de faire, dans cette science, une découverte qui en changeait la face. Déjà la renommée inscrivait son nom parmi ceux des plus beaux génies. A tout cet éclat, Haüy préférait sa modeste cellule et la douceur de ses conversations avec Lhomond.

Un jeune élève suivait de loin leurs paisibles promenades. La pensée de se rapprocher de ces deux hommes célèbres le ravissait. Le hasard lui en offre enfin l'occasion ; il les aborde, et laisse s'épancher une admiration si naïve qu'Haüy et Lhomond, touchés de ce candide hommage, l'admettent désormais à leurs entretiens.

Sous l'inspiration d'Haüy, Geoffroy ne tarda à pas se passionner pour la minéralogie.

Daubenton faisait alors au collége de France un cours sur cette science. Il avait l'habitude après chaque leçon d'interroger ses élèves. Un jour il questionne Geoffroy sur la cristallographie. Étonné de sa réponse, il lui dit avec bonhomie : « Jeune homme, vous en savez plus que moi. » — « Je ne suis que » l'écho de M. Haüy, » répondit Geoffroy.

Ce mot si simple, mais où se peignait si bien la reconnaissance, valut à notre jeune élève l'intérêt de Daubenton. Une circonstance nouvelle fit bientôt succéder à cet intérêt une vive affection.

On était en 1792 ; Geoffroy avait 20 ans ; il commençait sa vie sérieuse au milieu des tristes déchirements de notre patrie. Il devait tout ce qu'il avait acquis d'instruction à l'enseignement des prêtres. A cette époque déplorable, il suffisait de porter ce titre pour être désigné aux persécutions.

Ses anciens maîtres du collége de Navarre sont arrêtés et enfermés dans l'église de Saint-Firmin, transformée en prison. Geoffroy parvient à s'introduire auprès d'eux. Il les supplie d'accepter un moyen d'évasion qu'il leur a préparé. Ceux-ci, par un sentiment généreux de solidarité envers leurs compagnons d'infortune, refusent. Il réussit pourtant à sauver plus tard quelques-uns de ces malheureux. Mais ce qui, dans ces jours funestes, le frappa le plus douloureusement, ce fut l'incarcération d'Haüy. A cette nouvelle, il court chez Daubenton. Tandis que Daubenton s'empresse, il vole chez tous les autres membres de l'Académie des sciences. Haüy est réclamé au nom de ce corps dont il faisait déjà partie.

Un ordre d'élargissement est signé à dix heures du soir. Geoffroy se fait ouvrir les portes de la prison. Il veut entraîner Haüy. Cet homme d'une pénétration d'esprit étonnante avait le cœur le plus simple. « Ces grands hommes, » disait celui qui les a le mieux connus, Fontenelle, ces grands hommes sont » des enfants. » Au milieu de tant de périls qui le menaçaient, Haüy était sur-

qu'elle s'est propagée principalement et successivement suivant une ligne droite qui réunissait Paris à Beauvais, par conséquent vers le N.-E. Je l'ai vue suivre assez régulièrement la vallée du Thérain en remontant vers la source de cette petite rivière. Elle a bien évidemment suivi et remonté deux petits cours d'eau qui viennent se jeter sur la rive gauche du Thérain. L'un de ces ruisseaux arrive à Ansacq, qui a présenté un grand nombre de cas des deux épidémies; l'autre aboutit à Thury qui, lors de mon départ, était également ravagé par la suette, des affections intestinales plus ou moins graves, et surtout par des cas de choléra presque tous suivis d'une mort prompte.

Quant au rapport de succession des deux épidémies, on peut encore affirmer que presque partout les cas de choléra ont précédé de quelques jours l'invasion de la suette; mais cette dernière n'attendait pas pour se déclarer que le premier fût arrivé à une période décroissante, car on voyait les deux épidémies sévir en même temps et présenter chacune des cas bien tranchés; toutefois les cas mixtes étaient plus fréquents dans ces conditions. En général le paroxysme de l'épidémie cholérique durait moins longtemps que celui de la suette, celle-ci survivait, mais le plus souvent les cas étaient légers. L'épidémie dès son début avait choisi pour les frapper presque toutes ces constitutions faibles chez lesquelles la maladie s'éternisait.

Quelques petits hameaux, Filerval, Brivois, Boizicourt, n'avaient pas présenté de cas de choléra lors de mon départ; et pourtant la suette s'y était montrée. Ces exceptions me paraissent peu notables.

Sans cesser de s'étendre, les deux épidémies avaient considérablement diminué pendant les derniers jours de juin, c'est-à-dire que le choléra avait presque complétement disparu et que la suette n'affectait qu'un petit nombre de nouveaux malades. En un mot nous n'avions presque à soigner que des convalescents, quand, vers le 2 ou le 3 juillet, une recrudescence inquiétante éclata. Dans la plus grande partie des villages qui avaient retrouvé le repos, des cas de choléra reparurent, isolés il est vrai, mais parfaitement caractérisés. C'est à la même époque que la commune de Thury-sous-Clermont fut envahie. Huit à dix jours avant, deux cas de choléra s'étaient montrés sur des enfants; la guérison avait été obtenue, puis tout avait paru fini. Mais à l'époque précitée les affections intestinales, les cas de suette et de choléra étaient devenus tellement nombreux vers le 10 juillet, qu'un quart de la population était malade. Le 13 du même mois, on comptait déjà 13 ou 14 décès (population 280 environ), et rien n'annonçait que la mortalité dût s'arrêter. Nous avons attribué cette recrudescence à la chaleur qui était devenue considérable, et à laquelle se mêlait un état électrique très-prononcé de l'atmosphère.

La durée de la suette est variable, mais l'on doit distinguer la véritable période de la maladie et celle pendant laquelle les fonctions digestives et les forces reprennent complétement leur état normal. Je pense que la moyenne de dix jours convient à la première; quant à la seconde, elle me semble presque impossible à déterminer: j'ai vu peu d'attaques de suette qui n'aient laissé des traces quinze jours après son passage, et je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'un quart des suetteux se ressentent de cette affection deux mois après qu'elle les a frappés. Je considère donc la suette comme une affection de longue durée, puisque pendant une convalescence prolongée les sujets restent sous l'imminence de rechutes ou d'accidents assez graves par suite de la moindre imprudence.

Au reste, j'ai remarqué dans un certain nombre de cas que la suette durait moins chez les hommes que chez les femmes, d'autant moins dans les deux sexes que l'âge était moins avancé et que la constitution était plus vigoureuse. La marche de la maladie était plus franche, quelquefois plus aiguë, mais toujours plus rapide au milieu de conditions hygiéniques et constitutionnelles favorables. C'est encore ainsi que j'ai vu la durée de la suette bien moins longue à la période de déclin de l'épidémie, et même dans certaines localités tout entières dans lesquelles ses progrès étaient circonscrits.

Jamais, ai-je dit, la mort n'a terminé la maladie. La guérison est donc l'issue constante de la suette que j'ai observée; mais des accidents assez fréquents entravaient la convalescence: je l'ai déjà plusieurs fois fait pressentir. Je dois m'expliquer ici. Et d'abord, quand commence la convalescence? La limite est assez souvent, en pareil cas, délicate à poser; on peut l'espérer néanmoins, 1° quand les sueurs continues ou rémittentes ont cessé, quand le mouvement fébrile est tombé; 2° mais c'est surtout quand des aliments, liquides il est vrai, auront été pris sans inconvénient, quand le malade aura pu rester une heure ou deux levé sans voir revenir la sueur, quand la desquammation sera en pleine activité, qu'on pourra dire le malade convalescent. Toutefois on conçoit très-bien que rien de tout ceci n'est absolu. J'ai vu surgir certains états pathologiques que je vais énoncer, chez des malades qui étaient arrivés, même depuis plusieurs jours, à cette position favorable, lorsqu'ils se risquaient à sortir, à manger des aliments solides, à reprendre leurs travaux.

1° On voyait les sueurs, la courbature reparaître, tantôt la nuit, tantôt le jour, avec ou sans cause connue. Des éruptions miliaires successives se montraient sans symptômes généraux. Tout passagers, tout légers qu'étaient ces phénomènes, ils indiquaient la nécessité de ménagements extrêmes, mais ne constituaient pas de véritables rechutes, car ils cédaient très-facilement.

2° Des accidents nerveux se montraient, surtout chez les femmes: c'étaient des étouffements, un sentiment de gêne dans la gorge, de l'insomnie, quelques éblouissements, de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments; le grand air, un peu d'exercice, un régime un peu excitant, quelques stimulants diffusibles, tels étaient les meilleurs moyens à employer.

3° J'ai souvent vu des accidents intermittents; les ayant observés dès mon arrivée, je demandai immédiatement aux confrères si les fièvres paludéennes étaient communes dans le pays. Je fus surpris d'apprendre qu'elles étaient fort rares. L'apparition fréquente de véritables accès dans ces circonstances me paraît un fait digne de remarque; du reste, les trois stades étaient généralement bien marqués, mais bien souvent aussi c'étaient seulement des accidents nerveux analogues à ceux que nous avons précédemment décrits, mais que précédaient des frissons plus ou moins intenses. Ce n'est que dans un nombre de fois restreint que l'augmentation de la rate a répondu à ces désordres.

4° Des troubles beaucoup plus constants se montraient du côté du tube digestif. On ne saurait s'imaginer combien le régime à prescrire était difficile chez les convalescents de suette qui avaient précédemment les digestions un tant soit peu dérangées. Chez eux l'estomac était capricieux à l'excès, la moindre émotion morale amenait des rechutes; il en est qui ont contracté la suette au début de l'épidémie et qui, au jour où j'écris, ne peuvent encore prendre que du bouillon ou du lait coupé. Les coliques, les sécrétions gazeuses sont loin d'être rares; la constipation est fréquente.

---

tout préoccupé du désordre jeté dans ses collections par la visite domiciliaire qui avait précédé son arrestation; il était parvenu à se faire apporter ses chers minéraux; il les remettait en ordre, dans cet ordre savant qui fut longtemps de lui seul connu, et déclara qu'il ne consentirait à aucun prix à ce qu'ils fussent transportés à cette heure. Il annonça d'ailleurs l'intention d'entendre le lendemain la messe avant son départ.

Le lendemain, la messe ayant été entendue, Haüy alla tranquillement retrouver sa petite cellule et le bon Lhomond qui, lui aussi, avait été délivré par un ancien élève. Mais les cellules voisines ne devaient plus revoir leurs habitants: on était à la veille des horribles journées de septembre.

Épuisé par des secousses si violentes, Geoffroy se retira dans sa famille. Il y tomba malade. Pendant son absence, les amis qu'il avait laissés à Paris, quoique tout meurtris encore de la tempête, se consolaient en s'occupant de lui. Haüy lui écrivait: « Dès votre lettre reçue, j'en ai fait part à M. Lhomond. Nous » n'avions jamais été si gais depuis que vous n'êtes plus avec nous. » Ce même Haüy disait à Daubenton: « Aimez, adoptez mon jeune libérateur. » Et Daubenton se le tenait pour bien dit.

En effet, à son retour, en 93, Geoffroy fut accueilli par le bon vieillard avec l'empressement le plus tendre. A cet âge où les espérances personnelles s'éteignent, dans l'amitié vouée à la jeunesse il entre un peu du besoin de croire que, par la reconnaissance qu'on lui inspire, on pourra se survivre.

M. de Lacépède ayant laissé vacante, au *Jardin des plantes*, une place de garde du cabinet de zoologie, Daubenton la demanda et l'obtint pour son jeune ami.

Fondé par Louis XIII, accru par Louis XIV, illustré par les travaux de Buffon, le Jardin des plantes était devenu, par ces travaux mêmes, le centre de l'histoire naturelle moderne. Il ne devait plus cesser de l'être. Dès 1790, Daubenton avait présenté à l'assemblée constituante le plan d'une institution vaste, complète, digne des pensée qui lui avaient été confiées par le grand naturaliste lui-même.

Deux ans plus tard, Bernardin de Saint-Pierre, un moment intendant du Jardin des plantes, demandait la création d'une ménagerie. Il rappelait que Buffon avait longtemps désiré celle de Versailles. Il ajoutait, avec un tact aussi fin que juste, en partant de l'éloquent écrivain: « Ses remarques les plus utiles » lui ont été inspirées par les animaux qu'il avait lui-même étudiés, et ses tableaux les mieux coloriés sont ceux qui les ont eus pour modèles; car les » pensées de la nature portent avec elles leur expression. »

Au mois de juin 1793, par un décret de la Convention, le Jardin des plantes prit le titre de Muséum; l'enseignement y fut étendu à toutes les branches de l'histoire naturelle, et le nombre des chaires porté de trois à douze.

Parmi les chaires nouvelles, il y en avait deux pour la zoologie. On donna l'une à M. de Lamarck. Quelques-uns proposèrent pour l'autre Pallas, le célèbre naturaliste du Nord. Daubenton proposa Geoffroy. Il était jeune sans doute, bien jeune; mais il avait la passion du travail. Ce qui, d'ailleurs, importait à Daubenton, c'était de s'assurer que Buffon serait continué, suivi; que l'impulsion donnée par ce grand esprit serait maintenue. Geoffroy hésitait. « Je prends » sur moi la responsabilité de votre inexpérience, lui dit Daubenton; j'ai sur « vous l'autorité d'un père: osez entreprendre d'enseigner la zoologie, et qu'un

Du reste, ces accidents se montrent aussi chez des sujets dont les premières voies étaient intactes auparavant, mais ils sont beaucoup plus rares. J'ajouterai qu'on les rencontrait quatre fois sur cinq chez les femmes.

5° Enfin, je dois noter la suite la plus terrible de la suette, je veux dire le choléra. Pendant la dernière moitié du mois de juin, les accidents consécutifs étaient à peu près tous nerveux ou intermittents; mais lorsque survint la recrudescence du mois de juillet, un nombre considérable des attaques de choléra tombèrent sur d'anciens suetteux, qui avaient repris leur régime ou qui étaient encore convalescents; ou même, il faut bien consigner ce fait, qui avaient la suette et ne pouvaient être accusés d'aucun écart de régime dont les autres s'étaient rendus coupables. Loin donc de regarder la suette comme un préservatif, je la considère comme prédisposant à l'invasion de l'autre maladie. Les personnes ainsi reprises étaient presques toujours des femmes âgées; presque tous les cas furent très graves et quasi-mortels. Au contraire, j'ai interrogé minutieusement mes souvenirs et ceux de plusieurs collègues que j'ai rencontrés, il n'est, à leur connaissance ni à la mienne, survenu aucun cas de suette chez des convalescents du choléra.

J'ai eu occasion de noter, parmi les phénomènes concomitants ou critiques, deux cas de varicelle coïncidant avec l'éruption miliaire, deux cas d'éruptions furonculeuses, et enfin une parotide suppurée suivie de guérison. Si la question de la récidive de la suette pouvait être mise en doute, j'aurais des documents péremptoires à fournir. Cette récidive peut avoir lieu : 1° dans le cours d'une même épidémie; 2° d'une épidémie à l'autre. J'ai rencontré dix ou douze personnes, peut-être plus, qui avaient eu la suette en 1832, et qui en étaient affectées de nouveau. Elle présentait, suivant leur dire, les mêmes symptômes et avec une intensité à peu près semblable. J'ai vu chez la fermière de Filerval une récidive de suette quinze jours après la guérison de la première. La femme Cormy, de Coincourt, m'a présenté une observation plus intéressante encore : elle avait été affectée en 1832, puis cette année dans les premiers jours de juin, puis enfin lors de mon départ, elle venait encore de contracter la suette, qui s'était annoncée par un début cholériforme. Les rechutes étaient fréquentes, elles ne m'ont pas paru dangereuses; elles atteignaient même rarement l'intensité de la maladie première.

Le diagnostic de la suette ne présente pas de difficultés; les sueurs caractéristiques, l'éruption, feraient reconnaître la maladie si les prodromes et l'ensemble des autres signes ne mettaient sur la voie. J'ai pourtant fait pressentir que dans certains cas les manifestations du côté de la peau étaient presque insignifiantes; mais je n'en persiste pas moins à ranger ces faits dans le domaine de l'épidémie. Certes, observés séparément et dans les hôpitaux, ils seraient classés dans le cadre encore vague des *courbatures*, des fièvres éphémères. Mais il est à remarquer que dans les cas de suette, si légers qu'ils aient été, il y avait une véritable convalescence, exposée aux mêmes accidents que si la maladie eût été plus longue. Quand même l'essence de ces faits serait distincte, le génie épidémique les entache et les défigure; et d'ailleurs, n'en est-il pas de même dans toutes les épidémies? Au reste, je ne vois pas quels pourraient être les inconvénients de l'erreur en pareil cas; jamais, en effet, ces bluettes morbides, qu'on me pardonne l'expression, n'ont exigé d'agents thérapeutiques actifs. Il était plus important de diagnostiquer les prodromes de la suette et du choléra, susceptibles de se confondre, comme je l'ai déjà dit. J'ai donné les éléments de cette distinction précédemment, je n'y reviens pas.

D'ailleurs, dans les deux cas, l'indication était la même : arrêter les évacuations, réchauffer le malade, favoriser la diaphorèse.

Le pronostic de la maladie telle que je l'ai observée est toujours favorable. J'ai déjà indiqué les différences qu'il pouvait offrir relativement à l'âge, au sexe, etc., etc. Si j'avais, au lieu d'une simple relation, à faire l'histoire de la suette, je me demanderais à quoi tient cette différence de gravité entre les épidémies précédemment observées en France et celle que j'ai vue; je chercherais pourquoi l'épidémie de 1849 n'a présenté aucun de ces phénomenes funestes qui, dans les épidémies de 1821, de 1839, de 1841 (1), étaient des indices presque certains d'une issue funeste; pourquoi je n'ai point vu ces congestions cérébrales et pulmonaires, ce délire, ce coma, ces accès pernicieux. Qu'on ait employé autrefois un traitement subversif et incendiaire, je le veux bien; un de nos confrères de Cires-les-Mello a eu toutes les peines du monde à lutter contre d'anciens préjugés, qui ont été funestes à quelques-uns d'entre ses malades, et qui l'eussent été à un beaucoup plus grand nombre. Mais je me refuse à croire que la suette n'ait jamais présenté de malignité qui lui soit propre. Il faut bien supposer que les praticiens qui traitaient et observaient la suette en 1839 et 1841, connaissaient les fâcheux errements de leurs collègues anciens et n'y tombaient pas; et pourtant la mortalité était de 1/8e des malades dans l'arrondissement de Coulommiers, 1/13e dans la Dordogne. Ne faut-il pas voir la raison de cette différence dans la coïncidence d'une épidémie beaucoup plus grave, dont quelques symptômes, joints à ceux de la suette, reconstitueraient certains cas de suette maligne? Encore un mot : toute maladie grave autre que le choléra avait presque disparu; en tenant compte, d'une part, de la proportion entre les suetteux et les cholériques, de l'autre, de la mortalité chez ces derniers, on pourra approximativement retrouver dans les deux épidémies réunies une proportion des cas bénins aux cas mortels, à peu près égale à celle que présentait autrefois la suette qui effrayait les populations en 1821, en 1839 et 1841.

C'est à la fin de l'épidémie que des chiffres viendront juger les opinions que je viens d'émettre, sans autre fondement jusqu'à ce jour, que l'intuition engendrée de l'observation des faits (2).

Je me range complétement à l'opinion de M. Rayer sur la nature de la suette; c'est une maladie ou fièvre éruptive essentiellement épidémique, susceptible par conséquent de toutes les irrégularités, de toutes les fantaisies, si je puis m'exprimer ainsi, des maladies de ce genre; elle passe pour endémique dans certains villages de la forêt de la Neuville-en-Hez, mais je crois que ces faits ont besoin d'être revus. En considérant la suette de l'Oise comme une maladie éruptive sans complication, la thérapeutique s'en trouvera fort éclairée, car on s'accorde généralement aujourd'hui sur le traitement des exanthèmes, traitement tout d'expectation dans la majorité des cas, et qui nous a fort bien réussi. Je ne nie pas qu'en d'autres localités la suette ne puisse avoir un autre aspect.

Le traitement qui a été presque généralement employé, et qui a toujours été heureux, est de la plus grande simplicité. On pourrait le résumer en quelques propositions :

(1) J'élimine même les épidémies si terribles du XVIIIe siècle, pour ne comparer que des faits que nos contemporains ont observés.

(2) Ces lignes ont été écrites en 1849, les nouvelles épidémies du Midi ne feraient que confirmer les observations qu'elles renferment.

» jour on puisse dire que vous en avez fait une science française! »

Voilà donc Geoffroy à peine âgé de 21 ans et déjà professeur. Il nous peint très-naïvement lui-même l'embarras où il se trouva d'abord. « Tenu de tout » créer, j'ai acquis, dit-il, les éléments de l'histoire naturelle, en rangeant et » en classant les collections qui étaient confiées à mes soins.

Il ouvrit, le 6 mai 1794, le premier cours de zoologie qui ait été fait en France. Il accrut rapidement nos collections; sa bouillante activité doublait ses succès. La ménagerie, demandée par Bernardin de Saint-Pierre, n'arrivait pas assez vite au gré de son impatience, il en improvisa une.

Un matin, on vient lui annoncer qu'il a à sa porte un léopard, un ours blanc, plusieurs mandrills, une panthère, etc. L'exhibition publique de ces animaux venait d'être défendue par la police.

Le Muséum n'avait encore pour une ménagerie ni fonds ni local; qu'importe? Geoffroy accepte tout; place tant bien que mal sous ses fenêtres ses chers et terribles hôtes, et court faire part de sa bonne fortune à ses confrères, qui, un peu surpris et presque alarmés, consentent bien vite à pourvoir aux moyens d'enfermer solidement ces formidables richesses.

Vers le temps dont je parle, le vénérable M. Tessier, que les mauvais jours de la terreur avaient contraint à se réfugier au fond de la Normandie, annonçait de là à ses amis qu'il venait de faire *la meilleure de ses découvertes*, et leur demandait d'ouvrir la carrière des sciences à *un autre Delambre*.

M. Tessier accompagnait sa lettre de quelques mémoires de son protégé. Ils furent remis à Geoffroy qui, saisi d'enthousiasme à cette lecture et cédant aussitôt à une inspiration généreuse, écrivit à l'auteur :

« Venez jouer parmi nous le rôle d'un Linné, d'un autre législateur de l'histoire naturelle. »

On ne pouvait caractériser Cuvier plus heureusement.

Le *nouveau Linné* à peine arrivé, Geoffroy s'oublie pour le faire valoir. Admirer, louer sans restriction, jouir des succès des autres, fut un des bonheurs de sa vie.

Il avait au Muséum un logement, il le partage avec Cuvier; des collections, il les lui ouvre. Il semblait se dire avec le poëte :

Le tout ne vaut pas la moitié.

Ces deux jeunes gens, voués à l'étude, unirent leurs travaux.

Parmi ces premiers essais, j'en remarque deux.

L'un avait pour objet la *classification des mammifères*. L'idée savamment calculée de la *subordination des caractères*, qui fut le grand ressort zoologique de M. Cuvier, domine dans celui-ci.

L'autre était l'histoire des *makis*, ou singes de Madagascar. On y trouve déjà l'idée inspirée de l'*unité de composition*, à laquelle M. Geoffroy a soumis toute l'anatomie comparée. Il était facile de prévoir que deux esprits, dont le procédé philosophique était si différent, ne tarderaient pas à se diviser.

Cependant leur confiante amitié les rendait parfaitement heureux. Dans une science encore si peu cultivée, chaque résultat obtenu par eux était nouveau pour tous. Combien de fois ne les a-t-on pas entendus, l'un et l'autre, après de longues années, rappeler, avec complaisance, ces premiers temps, ces temps

1° Observation rigoureuse de tous les principes hygiéniques;

2° Couvrir peu les malades en tenant compte surtout de la température extérieure et du degré d'bumidité ou de salubrité des habitations;

3° Point de médication abortive ni subversive;

4° Régime diététique des plus sévères;

5° Repos au lit prolongé au delà de la cessation des accidents principaux;

6° S'il y a rechute, emploi des mêmes moyens;

7° S'il y a des accidents dans la convalescence, les traiter suivant les indications ordinaires.

Aussitôt appelé auprès d'un malade affecté de snette, on le fera mettre an lit avec du linge blanc, on le convrira senlement d'une converture de laine ou de coton, suivant l'âge, l'état de l'atmosphère et les susceptibilités individuelles. Les pieds pourront être un peu plus couverts; aussitôt que le linge sera mouillé, les portes seront fermées, on fera chauffer de nouveau linge et on changera le malade; le linge ôté ne resservira jamais deux fois; pour éviter de refaire le lit, on passera sous le corps des draps pliés en alèzes. Les portes et fenêtres seront ouvertes; on allumera du feu clair avec avantage plusieurs fois dans la journée. La pièce sera tenue avec la plus grande propreté possible.

On donnera une infusion légère de tilleul, de bourrache, de mauve, etc., en quantité modérée, tiède ou froide, suivant la période de la maladie et le caractère de son début. Les boissons laxatives, orge miellée, petit-lait, etc., suffisent quelquefois pour vaincre la constipation.

J'ai deux fois seulement pratiqué la saignée du bras, sans qu'il y ait urgence absolue, mais seulement pour soulager la céphalalgie chez des hommes d'une stature athlétique.

Je n'ai jamais administré l'ipéca ni le tartre stibié; j'avoue que je le faisais par timidité. MM. les docteurs Beaudon l'ont employé, m'ont-ils dit, avec avantage. En tout autre temps, j'en aurais peut-être trouvé l'indication dans des états saburraux bien marqués; mais quelques faits m'ont rendu, pendant tout mon séjour, bien circonspect sur l'emploi des émétiques et des évacuants pris hors d'une nécessité flagrante. Je n'en prescrivis donc pas l'emploi.

Dans le cas, du reste, où on emploierait, soit les émissions sanguines, soit les évacuants, il faudrait avoir pour but de pallier certains accidents, et ne jamais tenter de faire avorter la maladie, qui doit avoir son cours naturel. M. le docteur Beaudon, qui a déjà assisté à l'épidémie de 1821, pendant laquelle les applications de sangsues étaient fort en vogue, surtout à l'épigastre, m'a parfaitement expliqué comment cette médication, employée contre les accidents généraux qui signalent presque constamment dans les fièvres éruptives l'apparition de l'exanthème, comment, dis-je, cette médication n'amenait qu'un soulagement passager et entravait d'une manière intempestive la marche de l'éruption. J'applique le même reproche aux émétiques et aux drastiques administrés dans le moment où s'opère le raptus cutané. L'éruption met d'elle-même fin à ces légers accidents, et d'ailleurs je me suis bien trouvé de suivre en pareil cas l'exemple d'un des praticiens distingués qui ont décrit l'épidémie de 1839. Quelques gouttes de laudanum et d'éther, quelques tasses de boissons un peu chaudes ont accéléré la marche de l'éruption et mis un terme rapide aux phénomènes nerveux.

Sauf ces cas, je n'ai jamais employé les opiacés ni les sudorifiques, que je regarde, les premiers comme inutiles, les autres comme souvent nuisibles.

La longueur de la convalescence semble naturellement recommander l'emploi des toniques; mais, je l'ai déjà dit, les fonctions gastriques sont si languissantes, ou pour mieux dire l'estomac est d'une telle sensibilité que cette médication demande à être maniée avec une prudence extrême. Le bouillon gras constitue pendant longtemps le seul élément réparateur que l'on puisse risquer; mais j'ai généralisé l'emploi de l'eau rougie donnée froide dès que le mouvement fébrile avait cessé; les paysans boivent ordinairement du cidre, et le vin pris de cette manière constitue un tonique dont les effets m'ont paru extrêmement avantageux. Pendant longtemps après la cessation de la maladie, j'ai recommandé un régime tonique (viandes grillées ou rôties), peu de légumes et de fruits. Les infractions ont été souvent funestes à ceux qui les ont commises. C'est, en effet, souvent à la suite de l'ingestion de pois verts, de fruits crus, que des convalescents de snette ont été pris de choléra et ont succombé.

Dans quelques cas enfin le vin et le sirop de quinquina nous ont rendu des services; annexés à des infusions légèrement stimulantes, camomille, menthe, etc., ils ont réveillé les fonctions digestives.

Ce n'est pas la seule occasion dans laquelle j'ai employé le quinquina; dans plusieurs cas, ai-je dit, j'ai constaté des accidents intermittents, soit au début, soit dans le courant ou dans la convalescence de la snette; j'ai consigné encore l'état de la rate qui présentait de l'hypertrophie dans des cas même où au début le mouvement fébrile était encore continu; c'est alors que j'ai administré le sulfate de quinine à la dose de 60 à 120 centig., en lui associant de 5 à 10 centigr. d'extrait thébaïque. Administré au début et surtout quand la rate était hypertrophiée, le quinquina m'a toujours paru, sinon faire avorter la snette, au moins abréger de beaucoup sa durée; au bout de huit jours le rétablissement était complet. Les sueurs surtout paraissaient enrayées. Je dois néanmoins rapporter qu'un confrère traitant un malade de Saint-Félix affecté de snette intense, lui donna deux jours de suite du quinquina; dès le début les sueurs, la fièvre s'arrêtèrent, mais le malade n'en resta pas moins sans force et sans appétit pendant quinze jours. Au reste, ceci n'est qu'un fait isolé et sur lequel je manque de détails. Les honorables confrères qui exercent dans les localités que j'ai parcourues m'ont dit s'être bien trouvés de l'emploi du quinquina dans la convalescence; ils l'administraient à petites doses et surtout comme tonique.

Le même agent thérapeutique associé aux antispasmodiques ou donné seul, a réussi huit fois sur dix à faire disparaître les accidents intermittents de la convalescence; sous quelques formes qu'ils se montrassent (sueurs nocturnes périodiques, accidents nerveux), les résultats incomplets étaient dus le plus souvent à ce qu'en raison de son prix élevé, le sulfate de quinine ne pouvait être continué assez longtemps.

Enfin, quand des accidents cholériformes signalaient l'invasion de la snette, j'ai toujours prescrit un traitement stimulant jusqu'à ce que la maladie première fût franchement déterminée. Ainsi, les boissons chaudes aiguisées de rhum ou d'eau-de-vie, des potions avec la menthe, l'esprit de Mindérérus, l'éther, quelquefois l'ammoniaque ou l'acétate de la même base; l'application de linge chaud, plusieurs couvertures, deux ou trois bouteilles chaudes aux pieds. La diarrhée était combattue par des lavements amylacés, additionnés souvent de sept à huit gouttes de laudanum de Sydenham. La réaction ne se faisait pas attendre. Une personne intelligente était chargée de modifier le traitement. Quelques heures après, quand je ne pouvais revenir moi-même, on cessait la potion, on enlevait progressivement les bouteilles chaudes et quelques couvertures. C'était le lende-

---

enchantés du jeune âge, où, selon un mot de l'un d'eux, « ils ne déjeunaient » jamais sans avoir fait une découverte? »

Vainement les prévoyants amis de Geoffroy lui firent-ils remarquer qu'il se livrait trop, qu'il se préparait un rival persévérant, réfléchi, peut-être même un dominateur.

L'effet que ces avis produisirent sur Geoffroy a été consigné par Cuvier dans un écrit intime, qui date des derniers temps de la vie de ce grand homme; et ces quelques mots seront à l'éternelle louange de M. Geoffroy : « On chercha à » lui faire croire, dit M. Cuvier, qu'il ne devait point me favoriser, que bientôt » j'aurais seul la gloire de nos travaux; mais cet excellent jeune homme m'a» voua, avec abandon, que ce conseil le rendait malheureux, et que jamais rien » n'aurait la force de le faire changer de conduite avec moi. »

Les travaux de M. Geoffroy le faisaient marcher d'un pas rapide vers l'Institut, lorsque, au commencement de 1798, Berthollet vint lui dire : « Venez avec » Monge et moi; nous serons vos compagnons; Bonaparte sera notre général. » Où allait-on? Il n'en savait rien. Dans ce mystère même était, pour lui, une séduction de plus.

Il se laisse embarquer : sa bonne étoile le conduit en Égypte.

Dès qu'il touche cette terre fameuse, Geoffroy veut tout explorer, tout voir. Il fouille tout : le sol, les tombeaux, les ruines. Il visite les catacombes, ces sombres et antiques musées où les Égyptiens des temps passés avaient rassemblé, et comme mis en dépôt pour l'étude des temps présents, les dépouilles des êtres qui étaient leurs contemporains.

M. Geoffroy nous a rapporté d'Égypte des *crocodiles*, des *ibis*, entiers et parfaitement conservés, des squelettes d'*ichneumons*, de *bœufs*, etc. Ces animaux, qui vivaient il y a deux ou trois mille ans, comparés à ceux d'aujourd'hui, n'en diffèrent sous aucun rapport. On lui doit la plus forte preuve qui ait jamais été donnée de la fixité des espèces, grand fait qu'il devait plus tard combattre.

Un intérêt particulier s'attache aux momies humaines rapportées par M. Geoffroy.

Volney venait de renouveler l'idée que le peuple de l'ancienne Égypte avait appartenu à la race nègre. Volney croit la question résolue par une ou deux phrases de quelques historiens qui ont dit, en effet, que les Égyptiens avaient la *peau noire*. Volney se trompe. *La couleur de la peau* n'est pas ici le trait qui décide; c'est la *forme du crâne*, et le crâne des momies ne laisse aucun doute. Quel qu'ait pu être son teint, le peuple célèbre, chez qui toutes les traditions placent le premier berceau des sciences, appartenait à la même race d'hommes que nous.

On connaît le mot de Voltaire sur Hérodote : « Ce père de l'histoire qui nous » a fait tant de contes. »

M. Geoffroy semble avoir pris à tâche de justifier, en tant que naturaliste, ce qu'ont de plus merveilleux les récits naïfs du premier des observateurs.

Hérodote nous dit, par exemple, que le crocodile est, de tous les animaux, celui qui, proportionnellement, naît le plus petit et devient le plus grand; le seul dont la mâchoire supérieure soit mobile sur l'inférieure; le seul qui n'ait point de langue, etc. Et tout cela est vrai, de cette vérité du moins que comporte le langage d'un écrivain qui n'est pas homme de science, et qui n'y prétend pas.

main une snelle ordinaire; la durée n'en était pas plus longue. Plusieurs fois les bains liédes furent avantageux dans la convalescence, et mirent fin aux lassitudes et aux douleurs lombaires. On se trouva bien, à la même époque, de donner, autant que possible, les aliments froids, et surtout les boissons; mais la plupart des malades furent indociles à ce sujet.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS NERVEUSES PAR LES ANNEAUX MÉTALLIQUES DU DOCTEUR BURQ; par M. Em. Salneuve, interne du service de M. Monod, à la Maison nationale de santé.

(Suite et fin.—Voir les numéros 11 et 12.)

Pour apporter de nouveaux faits à l'appréciation du traitement des affections nerveuses par les métaux, nous joignons aux observations précédentes: 1° Une observation du docteur Coffin, recueillie par ce médecin sur un malade de M. Monod pendant une absence de M. Burq;

2° Une dernière observation, prise dans le service de M. Duméril par M. Liendon, notre collègue, à la maison de santé.

NÉVRALGIES, HYPOCONDRIE; GUÉRISON PAR LE CUIVRE ROUGE.

Obs. IV. — M. T....., 48 ans, d'une constitution parfaite en apparence, possesseur d'une grande fortune acquise en Amérique, ayant fait succéder une vie oisive à une vie très-active, a vu depuis ses digestions se troubler et ses forces diminuer. Visitant l'Europe pour se distraire, à chacun de ses voyages à Paris, il est pris de divers accidents névralgiques du côté des organes abdominaux, pour lesquels M. Monod a été appelé en dernier lieu à lui donner des soins.

Le 20 septembre, divers moyens n'ayant eu aucun effet, M. Monod juge convenable de faire une application de métaux, et m'invite, en l'absence de M. Burq, à l'aider dans l'exploration métallique.

A ce moment, mauvaises digestions, constipation, douleurs intermittentes à l'épigastre, s'irradiant tout autour du tronc et surtout dans la fosse iliaque gauche, avec sentiment de barre transversale à la base de la poitrine; en outre, douleurs continuelles à l'occiput, surtout le matin, inquiétudes presque incessantes, préoccupations très-vives du malade sur l'état de sa santé. La sensibilité du tact est parfaite, mais la face externe des deux bras est peu sensible à la piqûre; la face interne, surtout celle du bras gauche, l'est davantage. Toutes les parties où se rend le nerf sciatique sont à peu près complétement insensibles à gauche; à la jambe droite, sensibilité obtuse seulement. Sensibilité normale sur tout le tronc.

Le malade nous accuse une grande diminution de force, et en effet, le dynamomètre marque 24 kilogr. du côté gauche et 42 kilogr. du côté droit.

Différents métaux sont expérimentés: la préférence nous parait devoir être accordée au cuivre. Pour mieux savoir à quelle espèce il faut nous adresser, diverses qualités de ce métal sont placées à chacun des membres. Deux heures après, tous les anneaux ont ramené la sensibilité à différents degrés; mais sous celui de la jambe droite, qui est de cuivre rouge et sans aucun mélange de zinc, la sensibilité paraît exagérée.

21. L'expérience de la veille est renouvelée, avec cette différence que le bracelet de cuivre rouge est mis cette fois à la jambe gauche. En peu d'instants, la sensibilité revient encore sous les anneaux, et à gauche, il y a presque de l'hyperesthésie, comme hier à la jambe droite.

25. Une armature complète de cuivre rouge est appliquée la nuit, de onze heures du soir à cinq heures du matin.

26. La sensibilité est exagérée sur toute la surface du corps; presque plus de douleurs à l'épigastre et à la partie postérieure de la tête.

Au dynamomètre, 52 kilogrammes de la main droite et 48 kilog. de la gauche.

L'armature est appliquée chaque nuit.

27. Sensibilité partout rétablie; aucune douleur. Le malade couché, le dynamomètre donne 45 kilogrammes de la main droite et 42 de la gauche.

29. État excellent, vigueur revenue, digestions très-bonnes, disposition à la promenade. Au dynamomètre, 80 kilogr. de la main droite et 50 de la gauche.

7 oct. Au moment de son départ, le malade est aussi bien portant que possible.

HYPOCONDRIE; GUÉRISON PAR LE CUIVRE JAUNE OU LAITON LAMINÉ. (Dr Coffin.)

Obs. V.—Le 16 mars 1851, est entré à la maison de santé M.S., négociant, âgé de 38 ans. Ce malade paraît fort et vigoureux, d'une intelligence un peu moins que médiocre, et présente extérieurement le cachet d'un tempérament sec et nerveux. Sur sa figure peu ouverte, quoique très-accentuée, se dévoilent des passions vives, surtout de celles qui ont rapport aux instincts animaux. Habituellement d'une bonne santé et seulement sujet aux hémorrhoïdes, il n'a jamais eu qu'une pneumonie pendant l'année 1845.

Au mois d'août dernier, M. S. reçoit dans la poitrine un coup de timon de voiture qui le retient au lit dix à quinze jours. Pendant la convalescence, il s'éprend d'une vive passion pour une femme qui lui a donné ses soins. Bientôt jaloux à l'extrême, il ressent au moral d'abord, puis au physique, des souffrances qui ne l'ont pas abandonné depuis. A chaque querelle, à chaque nouvel accès de jalousie, il ressent une violente oppression cardiaque, avec sentiment de chaleur à l'épigastre, où il éprouve la sensation, tantôt de tourbillons, tantôt d'une barre transversale. En même temps et peu à peu surviennent, vers la fin de décembre, quelques maux de tête et une diminution sensible dans le sommeil. La céphalalgie, très-intense, mais sans vomissements, a remplacé progressivement les douleurs de l'épigastre. Tous les huit ou quinze jours, elle revient avec des élancements et des battements vers le côté droit de la tête, et dure huit à dix heures, ne disparaît que par le sommeil. Il y a un mois environ que cette céphalalgie a fait place à son tour à une vive douleur au-dessus du sein gauche. Cette douleur intermittente, comme l'était celle de l'épigastre, paraissait ou disparaissait avec les mécomptes ou la satisfaction du sujet. Bientôt après, de la toux et un peu d'oppression sont survenues, puis des frissons; enfin le malade s'est alité le 4 mars.

Aujourd'hui 24 mars, le sommeil est diminué; l'appétit, affaibli, se porte presque exclusivement vers les légumes. Il y a des sueurs abondantes, surtout vers la tête. La toux continue avec une expectoration séreuse très-abondante, sans que ni l'auscultation ni la percussion indiquent rien de sérieux. Le pouls est à 130 pulsations, petit et irrégulier; 28 inspirations par minute. Visage inquiet, plaintes continuelles, reddition fréquente, par le haut et par le bas, de gaz inodores et insipides; douleurs nulles à la pression sur l'épigastre et sur les autres parties du tronc.

Exploration. — 24 mars. M. le docteur Burq, qui a bien voulu nous prêter son concours dans l'examen et plus tard dans le traitement du malade, constate avec nous que les membres supérieurs, quoique parfaitement sensibles au tact, sont presque complétement insensibles à la douleur de la piqûre et du pinçon, et que la force de pression, examinée plusieurs fois à l'aide du dynamomètre, varie suivant l'état du malade, pour la main droite, de 35 à 45 kilogrammes, et pour la gauche, de 30 à 40. Divers petits anneaux explorateurs sont appliqués, sous nos yeux, sur les doigts du malade, et donnent un résultat douteux entre le *laiton* et *l'acier anglais*, qui tous deux semblent avoir ramené la sensibilité au point d'application.

Le crocodile, qui atteint jusqu'à dix-sept coudées de longueur, sort d'un œuf qui n'a guère plus de dix-sept lignes de long. Sa mâchoire supérieure ne se meut pas sur le crâne; mais cette mâchoire et le crâne, réunis ensemble, se meuvent sur l'inférieure. Il a une langue, mais si courte qu'il n'en peut faire aucun usage.

Hérodote nous dit encore que, lorsque le crocodile repose sa tête sur le bord du Nil, pour humer l'air, un petit oiseau pénètre avec confiance dans sa gueule si redoutable, et s'y abrite, s'y jone en sûreté, sans que le crocodile lui fasse aucun mal, sans qu'il fasse même un seul mouvement, de peur d'effrayer son hôte.

M. Geoffroy a vu toutes ces choses. Un petit oiseau (le *petit pluvier* de Buffon) entre, en effet, dans la gueule du crocodile, et le crocodile reste inoffensif, immobile, car ce petit oiseau le débarrasse des insectes qui s'attachent à son palais, et dont la brièveté de sa langue l'empêche de se délivrer lui-même.

Dès son arrivée en Égypte, M. Geoffroy s'était fait une étude particulière de la recherche attentive des poissons du Nil.

Parmi ces poissons, celui qu'il désirait le plus observer était le *silure électrique* (1). Les Arabes, par un rapprochement ingénieux, nomment le *silure : tonnerre*. M. Geoffroy avait souvent demandé ce poisson. On ne put le lui apporter que quelques jours avant la capitulation d'Alexandrie; et ce fut au milieu de tous les périls d'un siége, tandis que les boulets sifflaient à ses oreilles, qu'on le vit, comme un autre Archimède, se plonger dans la méditation de problèmes, sans doute, non moins hardis. Il cherchait le lien secret qui unit l'électricité au principe de la vie. Mais, quelle que fût la passion de savoir qui le dévorait, il ne put pénétrer cet *impénétrable* mystère de la vie, qui comme l'*Isis* d'Égypte, est aussi recouvert d'un voile, *qu'aucun mortel ne peut soulever*.

Il était dans toute l'ardeur de ce travail, quand il apprend qu'un article de la funeste capitulation dépouille les savants français du fruit de leurs recherches, de ces recherches qui leur promettaient tant de gloire. M. Geoffroy, indigné, propose à ses collègues d'employer le temps qui leur reste, avant l'exécution du traité, à brûler leurs collections.

Tous se rangent à ce parti extrême: devant une résolution aussi énergique, l'agent anglais s'arrête, frappé de respect. L'article fut rayé.

Après quatre années d'absence, M. Geoffroy revint d'Égypte, comme autrefois Tournefort de son voyage en Grèce, *chargé des dépouilles de l'Orient* (1), et plein d'un feu nouveau pour l'étude.

On le voit, à peine rentré dans le Muséum, multiplier ses travaux sur les deux sciences qui ont occupé sa vie: la zoologie et l'anatomie comparée.

Ce qui distingue M. Geoffroy comme zoologiste, c'est la perception aussi juste que prompte des analogies des êtres; c'est ce que lui-même appelait si bien le *sentiment des rapports*.

(1) Ou *malaptérure*.

(1) Fontenelle: Éloge de Tournefort.

Le 25 au matin, grand anneau d'acier anglais au bras droit, grand anneau de laiton à gauche. Résultat nul sous l'acier; sensibilité et motilité augmentées du côté du cuivre. Le lendemain, une deuxième exploration du côté droit avec le cuivre jaune ayant donné le même résultat, on fait disposer une armature complète de ce métal.

31 mars. Le traitement, qui a consisté jusqu'ici dans des boissons pectorales, des potions opiacées et des pilules narcotiques, n'a encore produit aucun changement appréciable dans l'état du malade.

A cinq heures du matin, application générale d'anneaux de laiton; chaleur, transpiration abondante, mais fourmillements peu sensibles et dégagement complet de la poitrine au bout de quelques heures,

A dix heures, l'exploration faite sous les yeux de M. Doméril, a donné une sensibilité parfaite aux membres supérieurs, 50 kilogrammes de pression de la main droite et 45 à gauche.

Ce matin, le malade, un peu fatigué, s'est senti un appétit inhabituel.

1er, 2, 3 avril. Tous les matins, pendant quatre à cinq heures, nouvelle application du métal sur tout le corps, sauf aux bras, dont les anneaux sont en réparation. Les mêmes phénomènes ont lieu, moins le fourmillement. Les symptômes de la maladie disparaissent et le sommeil redevient normal.

Le 2, les forces sont suffisantes, l'appétit excellent et le désir de manger de la viande revenu. Le malade, fort de ce bien être, sort toute la journée pour vaquer à ses affaires. Rentré le soir avec une migraine très-forte, il la dissipe en quelques instants par une application de l'armature, à laquelle il a eu l'idée de se soumettre de son propre mouvement. Du reste, plus de sensation de barre transversale, la poitrine reste bien dégagée; le pouls est tombé au-dessous de 80 pulsations; la transpiration sous les anneaux est beaucoup moindre maintenant, et la fatigue qui suit leur application peu notable.

4 août. Sensibilité parfaite; même force de pression que ci-dessus. Encore un peu d'insomnie, mais grande amélioration que le malade se plait à reconnaitre. Il respire maintenant à l'aise, sans ressentir la moindre oppression. Nouvelle application du métal; un peu de chaleur et de transpiration, mais peu de fourmillements; fatigue moindre que les jours précédents. Quelques douleurs vagues qui reviennent encore quelquefois en différents points sont dissipées presque aussitôt après l'application de l'armature. Sensibilité parfaite; pression, à droite, 55 kilog.; à gauche, 41.

5. Il reste un peu de toux, mais l'expectoration est nulle.

7. M. S... quitte la Maison dans un état de santé satisfaisant. Il a recouvré ses forces, son appétit et même une certaine gaieté. Il donne à droite, 55 kilog. de pression; à gauche, 50.

M. Burq ayant revu ce malade, nous a donné sur son état les renseignements suivants :

10 avril. Un peu d'oppression a cédé à l'emploi de quelques boissons pectorales.

11. Quelques douleurs survenues dans la journée s'en vont après une application de métal.

24. Le malade, que les remontrances les plus vives n'ont pu arracher à ses funestes penchants, et qui en outre habite dans un appartement humide, souffre beaucoup depuis neuf jours. Le pouls est à 100, la respiration à 28. Un peu d'oppression, crachats abondants cette nuit. Rien de bien notable à l'examen de la poitrine, seulement un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire, au sommet du poumon gauche, et respiration un peu rude au sommet du poumon droit; transpiration abondante la nuit, mais appétit conservé et digestion parfaite. Sensibilité très-bonne à gauche, un peu obtuse à droite; 48 kilog. de pression à droite, 42 à gauche. On conseille l'application d'un emplatre de poix de Bourgogne et le retour au métal.

29. Le malade revient au cabinet de M. Burq; il n'a pas appliqué l'emplâtre, il s'est amaigri, la toux et l'expectoration persistent. La sensibilité est bonne, la pression offre 55 kilog. à droite et 45 à gauche. L'auscultation donne de nouveau un résultat négatif, et cependant M. Burq craignant une tuberculisation commençante, insiste cette fois sur l'application de l'emplâtre et sur un séjour à la campagne.

1er juin. Le malade est bien; il n'a pas fait usage des anneaux depuis plusieurs jours, et pourtant la sensibilité et la force musculaire sont dans un bon état. Il tousse toujours un peu, mais les phénomènes nerveux ont tout à fait disparu, l'embonpoint est revenu, et toutes les fonctions se font bien.

14 novembre. M. S... a été passer deux mois aux eaux minérales de Charbonnière, et jouit actuellement de la meilleure santé. La toux a complètement cessé. La sensibilité et la motilité sont parfaites, et aussi pas le moindre trouble dans l'innervation.

Chez le malade hypochondriaque dont nous venons de donner l'observation, l'influence des anneaux et plaques métalliques nous a paru tout à fait évidente sur le retour de la sensibilité et de la motilité, et sur la cessation des phénomènes nerveux.

Deux autres malades appartenant au même service ont, à la même époque, été soumises à l'examen de M. Burq.

Ici, l'influence générale du traitement métallique n'a pu être aussi bien établie, tant à cause du peu de temps que l'une de ces malades a passé à la Maison de santé, que par l'impossibilité matérielle où M. Burq s'est trouvé de le mettre en pratique sur la deuxième.

Il n'en est pas moins vrai que, chez toutes les deux, un métal avait la plus heureuse influence sur la sensibilité et la motilité qui, comme chez le malade précédent, avaient subi une forte diminution.

Voici du reste ce que nous nous rappelons de plus positif à cet égard :

Dans le premier cas, il s'agit d'une dame de 38 ans, entrée à la Maison pour une violente sciatique du côté droit. Cette malade, traitée il y a deux ans, d'une gastralgie dont il existe encore des traces, était restée sujette à de violents maux de tête, qui ont disparu depuis la sciatique. M. Duméril emploie inutilement l'opium à haute dose à l'intérieur et à l'extérieur, les vésicatoires volants sur le trajet du nerf sciatique, les bains de vapeur, etc. La névralgie reste toujours atroce, ou ne diminue que par de courts instants. La malade, constamment alitée, reste privée de sommeil pendant vingt jours.

Le 20 mars, la sensibilité est très-diminuée aux membres supérieurs, ainsi que la motilité; une longue aiguille, traversant un pli de la peau par sa base, n'y produit aucune douleur. Plusieurs métaux sont appliqués, mais l'acier anglais donne seul un résultat satisfaisant.

En conséquence, des anneaux de ce métal sont appliqués un soir sur les bras et sur les jambes de la malade. La même nuit, les douleurs ont diminué à tel point qu'elle peut enfin reposer.

Le lendemain, la force de pression et la sensibilité ont beaucoup augmenté. On continue les applications du même métal, et au bout de quelques jours, la malade, considérablement améliorée, peut quitter à pied la Maison.

Nous manquons malheureusement de renseignements personnels sur ce qui a eu lieu après la sortie de cette malade.

La deuxième malade est une dame B..., âgée de 59 ans (habilleuse au théâtre), entrée le 4 mars à la Maison de santé. Son tempérament est très-nerveux; elle a éprouvé autrefois diverses douleurs, et spécialement de violentes migraines. Elle a maintenant une forte sciatique du côté droit, pour laquelle on a épuisé en ville toutes les recettes pharmaceutiques.

Des frictions diverses, des vésicatoires, le chloroforme, etc., n'ont pas plus de succès dans nos mains. Couchée dans une chambre à deux lits, près de la malade précédente, l'exploration a lieu pour elles deux, le même jour : sensibilité très-diminuée aux membres supérieurs, force musculaire presque nulle; une seule

---

Ce *sentiment* si vif lui découvre une loi supérieure de la méthode.

A côté du principe de la *subordination des organes*, il pose le principe des *subordinations mobiles* : le même caractère qui *domine* dans un groupe peut n'être qu'un *caractère subordonné* dans un autre.

Il voit la méthode sous un nouvel aspect.

La classification générale n'a d'autre mérite, à ses yeux, que le mérite négatif de ne pas rompre le rapprochement naturel, le rapprochement direct des espèces.

Et ceci posé, tout change.

La méthode n'est plus une suite de *divisions*, de *coupes*, de *ruptures*. C'est un enchaînement de rapports qui s'appellent, qui s'adaptent, qui s'identifient.

Au temps de Linné, les naturalistes cherchaient les différences tranchées, les grands intervalles. C'est qu'on ne connaissait encore qu'un petit nombre d'espèces.

A mesure, en effet, que le nombre des espèces connues s'accroît (et il s'accroît sans cesse), les différences tranchées s'effacent, se fondent les unes dans les autres par des nuances intermédiaires, les grands intervalles se comblent. L'unité du règne se montre. On comprend le mot profond de Buffon : « que les » nuances sont le grand œuvre de la nature. »

En zoologie, la vue dominante de M. Geoffroy est l'*unité du règne*. En anatomie comparée, son objet constant est de prouver l'*unité du règne* par l'*unité de composition*.

Toutes ses recherches d'*anatomie* sont des recherches d'*analogie*.

Il les avait commencées par l'étude comparée des membres. Des membres il passe au crâne. Le crâne du crocodile, celui du poisson, se composent de vingt-cinq ou vingt-six os, et celui de l'oiseau, celui du quadrupède adulte n'en ont que huit ou dix. Comment ramener à l'unité une composition en apparence si différente ? L'inspiration soudaine d'un pénétrant génie le porte à examiner le crâne des fœtus d'oiseau et de quadrupède. Là, tous les os primitifs, qui se réuniront plus tard en quelques os complexes, sont encore séparés, et le problème est résolu : le nombre des os est partout retrouvé le même.

Ce beau travail, premier germe, et germe le plus heureux, de toute une science nouvelle, est de 1807.

Cette même année, une place étant devenue vacante à l'Académie, M. Geoffroy se présenta comme candidat. Il alla, en cette qualité, déposer quelques-uns de ses mémoires chez le célèbre géomètre M. Lagrange. Comme il se retirait : « Approchez, jeune homme, lui dit celui-ci; que pensez-vous de votre concur» rent ? — Mais..... dit M. Geoffroy avec embarras, je ne puis répondre. — » Ce que je demande peut être dit même par vous. Je sais que c'est un très» habile entomologiste. Mais est-ce un Réaumur ou un Fabricius. — C'est un » Fabricius. — Sachez, jeune homme, que j'estime plus quelques pages comme » celles que vous avez lues dernièrement à l'Académie, que beaucoup de vo» lumes à la manière de Fabricius. »

Il fut nommé.

En le félicitant, Cuvier lui dit : « Je suis d'autant plus heureux que je me re» prochais d'occuper une place qui vous était due. » M. Geoffroy se plaisait à rappeler ces paroles de M. Cuvier, et il ajoutait avec simplicité : « Il m'étonna

partie de la main gauche a conservé une sensibilité normale, *c'est l'annulaire de cette main qui, depuis de longues années, porte une alliance d'or*. La sensibilité, très-vive sous le métal, l'est beaucoup moins aux environs. Frappé de cette coïncidence, nous portons cet anneau sur d'autres doigts, en même temps que de petits anneaux de métaux plus vulgaires sont mis sur les doigts voisins. A chaque fois la sensibilité revient au-dessous de l'alliance, mais reste sous les autres métaux, comme avant l'application.

La malade, persuadée à la fin, par ce qui est arrivé à sa voisine, que sa guérison ne peut avoir lieu qu'avec de l'or, dont malheureusement elle est fort pauvre, quitte la Maison pour aller emprunter, chez des artistes qu'elle a habillées, quelques bracelets de ce métal. (L. Liendon, interne de M. Duméril.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

(Suite.)

SUR UN TYPE PARTICULIER DE FIÈVRE NERVEUSE, CARACTÉRISÉE PAR UNE EXCITATION DU CENTRE CÉRÉBRO-SPINAL; par le docteur M. Dowell.

Cette affection, dont l'auteur avait déjà observé des cas isolés depuis 1846, a pris, suivant lui, un caractère véritablement épidémique à la fin de 1850 et au commencement de 1851. Voici les caractères qu'il lui assigne.

Elle débute invariablement par les symptômes habituels de la fièvre simple, mais en s'accompagnant d'une forte *irritation gastrique*, parfois même de vomissements. Dans quelques cas seulement, les forces se dépriment rapidement; une fois, le sujet tomba dans un collapsus analogue à celui qu'on rencontre dans le choléra.

Au bout de trois ou quatre jours, dans la majorité des cas, se déroule un ensemble de symptômes qui commencent à imprimer à la maladie son cachet spécial. L'auteur les énumère de la manière suivante :

1° *Exaltation de la sensibilité* cutanée, principalement à la tête, à la nuque, à l'abdomen et aux jambes;

2° *Vives douleurs* sillonnant diverses parties du corps, rapportées plus généralement aux régions de l'épine, de l'occiput, des épaules, des reins, des membres inférieurs;

3° *Sensibilité à la pression* de quelque partie de la colonne vertébrale, surtout de la portion cervicale. Plusieurs fois on a trouvé la colonne vertébrale sensible à la pression dans toute sa longueur.

4° *Rigidité des muscles du cou, spécialement des sterno-cléido-mastoïdiens et trapèzes.* Les mouvements de la tête étaient ainsi gênés ou même empêchés.

5° Dans quelques cas, une expression de la face analogue à celle du *trismus* et caractérisée par la contraction de la partie supérieure de la face, le plissement transversal du front et le froncement des paupières.

6° *Douleur profonde à la région occipitale.* Dans les cas où la douleur était plus diffuse, elle était toujours plus prononcée à la partie postérieure de la tête.

7° *Sensibilité plus ou moins prononcée, mais constante, à l'épigastre.* Quelquefois tout l'abdomen était sensible à la pression; mais cette hyperesthésie paraissait limitée aux téguments. Ce symptôme était parfois assez prononcé pour simuler une péritonite.

Tels étaient les symptômes caractéristiques de la maladie. Il s'y ajoutait l'appareil phénoménal propre à la fièvre ordinaire, la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, etc.; mais aucun signe de congestion du côté des viscères abdominaux ou thoraciques; aucun trouble du côté des sécrétions. Souvent les malades étaient pris d'une toux saccadée, avec gêne de la respiration, assez semblable à celle de l'hystérie. La langue était humide, les déjections naturelles. Dans quelques cas, il y avait un peu de délire la nuit. Constamment enfin on était frappé d'un état d'irritation et d'anxiété tout à fait hors de proportion avec l'intensité des autres symptômes.

Le plus souvent la maladie se terminait en une huitaine de jours; d'autres fois elle durait dix jours; rarement elle s'est prolongée beaucoup au delà. Elle se jugeait quelquefois par une abondante transpiration; une fois c'est l'ictère qui a paru être le phénomène critique; mais dans l'immense majorité des cas il n'y avait aucune crise apparente; le trouble du système nerveux cessait d'abord, et la fièvre se dissipait ensuite rapidement.

La maladie ne s'est pas terminée une seule fois d'une manière funeste. Dans les cas où l'adynamie avait été très-prononcée, la convalescence marcha lentement. Il n'y a pas eu de rechute.

Suivant M. Mac-Dowell, cette affection consiste essentiellement dans un trouble fonctionnel du centre cérébro-spinal, plus spécialement du cordon médullaire. C'est ce trouble qui retentit sur toute l'économie et donne lieu à la sensibilité gastrique, à l'hyperesthésie de la peau, aux contractures, etc. Cet ensemble de symptômes diffère tellement de celui qui est propre à la fièvre typhoïde, qu'il n'y a pas à établir entre eux le moindre rapprochement. D'ailleurs, la durée, la marche, la terminaison de la maladie ne sauraient s'appliquer à la fièvre typhoïde. Nous croyons, avec l'auteur, qu'il n'est pas besoin d'insister sur ce point.

M. Dowell dit n'avoir rencontré nulle part une description nosologique pouvant se rapporter à la maladie observée par lui. Nous croyons que, en effet, si l'on cherche un tableau absolument semblable à celui que nous venons de retracer, on ne le trouvera nulle part. On ne le trouvera pas dans les anciens, à cause de la confusion qui règne dans leurs classifications pyrétologiques; on ne le trouvera pas dans les modernes un peu trop systématiques dans leurs divisions. Il y a dans la description donnée par l'auteur deux ordres de phénomènes; les uns paraissent se rapporter à la fièvre muqueuse ordinaire; les autres expriment un trouble général du système nerveux, et qui peuvent accompagner, surtout à l'état épidémique, des maladies très-différentes. Cette céphalalgie occipitale, ces roideurs musculaires, cette sensibilité exagérée de la peau, ces fausses apparences de péritonite, tout cela a été vu accompagnant, par exemple, la grippe ou la pneumonie, chez presque tous les malades, pendant une certaine période de temps et seulement dans une localité restreinte, avec tous les caractères enfin propres à déceler la présence d'une influence épidémique. Nous avons vu personnellement une épidémie semblable. Il nous semble donc que, pour se faire une juste idée d'une affection de ce genre, il faut la dédoubler et en considérer séparément les traits particuliers et la physionomie générale.

» beaucoup, car je n'avais jamais pensé que je pusse arriver avant lui. »

En 1810, M. Geoffroy fit un voyage en Portugal. L'empereur Napoléon, voulant réunir dans nos musées ce que les musées étrangers avaient de plus remarquable, chargea M. Geoffroy de visiter celui de Lisbonne, riche d'une foule d'objets précieux, dus au Brésil.

Avant son départ, M. Geoffroy se pourvut de tout ce dont nos galeries pouvaient disposer : commissaire, revêtu d'un plein pouvoir dans un pays occupé par nos troupes, il ne demanda rien qu'à titre d'échange. Ce procédé généreux rendit tout facile. Il nous rapporta de très-belles collections; et, ce qui valait encore mieux, beaucoup mieux, il fit honorer le nom français.

M. Geoffroy, par sa vie scientifique tout entière, par cette vie tout à la fois si laborieuse et si passionnée, semble avoir réalisé le mot d'un grand écrivain : « Que, qui voit bien une vérité en voit toujours une infinité d'autres, et que, » qui les verrait toutes n'en verrait qu'une. »

A côté du mémoire qui vient de lui ouvrir les portes de l'Académie, ses pensées, ses méditations, ses recherches, n'ont plus qu'un objet : l'étude de l'*Unité de composition* dans les animaux.

Il se définissait lui-même : *L'homme d'un seul livre* (1).

En 1818, il ose enfin poser l'*Unité de composition* comme loi première et suprême du règne animal entier, et publie l'ouvrage devenu depuis si fameux, sous le titre de Théorie des analogues, ou de Philosophie anatomique.

Buffon avait dit, avec une rare éloquence, qu'il existe une *conformité constante*, un *dessein suivi*, une *ressemblance cachée* plus merveilleuse que les *différences apparentes* : « Il semble, disait-il dans son beau langage, il semble que l'Être suprême n'a voulu employer qu'une idée, et la varier en même » temps de toutes les manières possibles, afin que l'homme pût admirer également et la magnificence de l'exécution et la simplicité du dessein. »

L'unité de dessein, de plan, d'*idée*, avait donc été vue par Buffon; elle le fut, après Buffon, par Vicq-d'Azyr, par Camper. M. Geoffroy la vit à son tour, mais d'une vue originale, neuve, profonde; et c'est parce qu'il la vit ainsi, qu'il en fit sortir une science inconnue de tous avant lui, l'*anatomie philosophique*.

Le mérite singulier, le mérite propre de M. Geoffroy, c'est d'avoir porté la comparaison, l'étude, sur les éléments primitifs et constitutifs des organes.

Avant lui, on étudiait l'*état adulte*, qui ne donne que le *fait composé*, l'*organe multiple*; il a étudié l'*état fœtal*, qui donne le *noyau primitif*, le *fait simple*.

Ces *éléments*, ces *faits simples*, ont leurs lois, déterminées et fixes, de *développement*, de *complication*, de *position relative*.

Ces lois sont partout les mêmes.

L'unité des *lois* est la preuve la plus élevée, et la dernière, de l'unité de *plan*, de *dessein*, d'*idée*.

Ici la science profonde devient naturellement la plus haute philosophie. Lorsque Newton, parvenu à la dernière page de son livre immortel, eut reconnu

(1) *Homo unius libri.* (Saint-Augustin.)

La physionomie générale, d'après laquelle il est facile de reconnaître une perturbation des fonctions nerveuses, peut appartenir, nous le répétons, à des affections très-diverses quant à la localisation symptomatologique ou anatomique. Dans l'exemple actuel, elle masquait une simple fièvre synoque. Voilà, selon nous, tout le secret de cette symptomatologie assez bizarre et qui a paru à l'auteur ne pouvoir se rattacher à aucune forme morbide connue. Il est certain, du reste, que les traités classiques ne lui donnaient aucun renseignement à cet égard.

Nous devons ajouter que, à l'état sporadique, nous avons plus d'une fois observé, avec tous ses caractères, l'affection décrite plus haut, et nous sommes en mesure d'affirmer la parfaite exactitude du tableau tracé par M. Dowell.

CAS DE PETITE VÉROLE, REVENUE POUR LA TROISIÈME FOIS CHEZ UN SUJET VACCINÉ; par M. WEBSTER.

CAS DE PETITE VÉROLE APRÈS VACCINATION; par M. STEWART.

L'observation de M. Stewart est relative à un médecin qui a été vacciné à l'âge de 6 mois, puis revacciné en 1849 sans succès, et en 1850 avec un résultat ainsi spécifié dans le travail : « Il y a beaucoup d'inflammation et de gonflement au bras. Une vésicule se forma ; mais la lymphe qui en fut extraite fut impuissante à vacciner d'autres personnes. » Ce médecin s'étant trouvé, peu de temps après, en rapport avec beaucoup de varioleux, dans une ville du Devonshire, contracta lui-même la maladie. *Tout le corps fut couvert de pustules.* Il y eut une violente angine et un peu de délire. L'éruption avait acquis tout son développement au bout de six jours, et elle était sèche le neuvième.

Le cas rapporté par M. Webster est plus intéressant, en ce que le sujet portait des traces d'une bonne vaccination, pratiquée à 6 mois. A 6 ans et demi, petite vérole bien caractérisée, mais sans gravité. A 11 ans, seconde atteinte de la même maladie, qui se termina aussi heureusement. Enfin, à 23 ans (en 1850) étant officier à l'armée des Indes, il fut pris d'une petite vérole maligne qui l'emporta rapidement.

Dans la discussion qui a suivi la relation de ces deux cas à la Société de Dublin, les orateurs se sont accordés à maintenir énergiquement, à côté des exceptions, la vertu préservatrice du bon vaccin. Ils ont fait remarquer que beaucoup de vaccinations, réputées suffisantes, ne laissent que des cicatrices douteuses, et l'un d'eux a déclaré qu'ayant eu occasion tout récemment d'observer dix cicatrices, il n'en a trouvé que quatre capables d'inspirer confiance.

Il y aurait en outre à savoir si les individus qui font le sujet des observations avaient reçu, à chaque vaccination, une ou plusieurs piqûres. Il paraît assez bien établi que le nombre des piqûres est loin d'être indifférent au point de vue des chances de préservation. Or il n'est rien dit à cet égard dans les observations, et l'on sait d'ailleurs qu'il est, ou qu'il a été tout au moins, d'usage en Angleterre de ne pratiquer qu'une ou deux piqûres.

III. MEDICAL TIMES.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Opération pour la hernie étranglée chez les vieillards*; par M. Livett. (L'auteur a opéré avec succès deux malades âgés l'un de 76 ans, l'autre de 79.) 2° *Diagnostic et traitement de la consomption pulmonaire*; par M. Hutchinson. 3° *Sur la pathologie de l'utérus, son anatomie et sa physiologie*; par M. Beck. 4° *Typhus fever, fièvre typhoïde, fièvre à récidive et fébricule, maladies communément confondues sous le nom de fièvre*; par M. W. Jenner. 5° *De l'infaillibilité de la thérapeutique philosophique*; par M. Allex. 6° *Ganglion traité au moyen d'un conducteur lancéole*; par M. Maund. (L'auteur reconnaît de lui-même que son instrument offre beaucoup d'analogie avec celui dont M. J. Guérin se sert dans le même but.) 7° *Rapport entre les divers exanthèmes*; par M. Grégory. 8° *Quantité excessive de liquide amniotique*; par M. Drew. 9° *Sur la gonorrhée*; par M. Milton. 10° *De l'emploi du chloroforme pour les corps étrangers de l'œil*; par M. Mnorn. 11° *Cas singulier de fracture grave et étendue du crâne sans symptômes de compression*; par M. Sealy. 12° *Considérations sur les sédiments urinaires spontanés et artificiels*; par M. Venables. 13° *Tribut à la pathologie du système nerveux*; par M. Parker. 14° *Sur le déplacement de l'ovaire*; par M. Rigby. 15° *Action médicinale de l'arsenic dans les affections cutanées et dans d'autres maladies*; par M. Hunt. 16° *Application sous-cutanée de la ligature pour les nævus profondément situés*; par M. Adams. (Traverser la tumeur par des aiguilles, puis les encercler d'un fil serré.) 17° *Cas de paralysie du côté droit et de chorée du côté gauche*; par M. Aldis. 18° *Stricture de l'urètre et fistule au périnée, occasionnée par une cause externe*; par M. Benton. 19° *Plaie du cerveau*; par M. Roe. 20° *Fracture du tibia droit, phlébite de la jambe gauche traitée par le calomel et l'opium*; par M. Annan. 21° *Considérations pratiques sur les maladies de l'oreille*; par M. Wilde. 22° *Commentaires sur les maladies convulsives*; par M. Radcliffe. 23° *Remarques pratiques sur la fièvre puerpérale asthénique*; par M. Garlike. 24° *Cas de maladie encéphaloïde*; par M. Hughes. 25° *Description d'un tourniquet circulaire perfectionné pour les amputations*; par M. Bulley. (L'instrument de M. Bulley a beaucoup d'analogie avec le mécanisme de celui qui porte en chirurgie le nom de *compresseur de Dupuytren*.) 26° *Sur l'origine par infection et la propagation du choléra*; par M. Bryson. 27° *Observations de chirurgie*; par M. H. Smith. 28° *Ptosis et amaurose par maladie cérébrale*; par M. Mair. 29° *Fracture causée par commotion*; par M. Peacock. 30° *Réflexions pratiques sur le traitement des rétrécissements permanents de l'urètre*; par M. Wade. 31° *Du kousso contre le tænia*; par MM. Taylor, Brougham, Smith et Brown. 32° *Remarques sur l'étiologie de la phthisie*; par M. Edw. Smith. 33° *Sur l'efficacité d'un plan de traitement tonique et sédatif dans les cas de fièvre et de trouble des fonctions nerveuses après l'accouchement*; par M. Garlike. 34° *Cas d'ulcération de l'utérus communiquant avec le colon*; par M. Aldred. (La lésion est seulement présumée; car l'autopsie n'a point été pratiquée. Le seul indice qui ait pu permettre de porter ce diagnostic est que, chez une femme atteinte d'ulcération au col et qui avait eu autrefois une maladie des organes digestifs, l'écoulement vaginal devint tout d'un coup mélangé de matières que leur couleur et leur odeur rapprochaient de celles contenues dans le colon.) 35° *Cas d'inversion de l'utérus*; par M. Merriman. 36° *Deux cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium et le cyanure d'argent*; par M. Letheby. 37° *Sur le diagnostic, le traitement et la pathologie des tumeurs de l'ovaire*; par M. Bird. 38° *Observations d'obstruction interne*; par M. Benj. Phillips. 39° *Sur l'hy-*

---

que chaque globe, que chaque monde, n'a pas sa loi propre et distincte, qu'ils sont tous soumis, au contraire, à la même loi, à une loi unique, il écrivit cette phrase, si digne de l'admiration recueillie de tous ceux qui pensent : « Il est » certain que, tout portant l'empreinte d'un même dessein, tout doit être sou- » mis à un seul et même Être. »

M. Geoffroy ne pouvait méditer, et, si je puis ainsi dire, creuser à ce point l'idée générale de l'unité de *composition* dans les animaux, sans que son attention se portât sur ces cas particuliers d'un *développement* anormal ou incomplet, que, à des époques d'ignorance, et de la plus grossière ignorance, on a désignées sous le nom de *monstruosités*.

La question des *monstres* avait été, dans le dernier siècle, le sujet d'un long débat entre deux membres de cette Académie : Winslow et Lémery.

Winslow est le grand anatomiste qui finit, au dix-huitième siècle, l'anatomie humaine, commencée au seizième par Vésale.

Lemery était fils de ce Nicolas Lémery, que Mairan appelle le *Descartes de la chimie*.

Lui même était tout à fait *cartésien*. Winslow était tout à fait *leibnitzien*.

Selon Lémery, il n'y a de *monstres* que par des *causes accidentelles et mécaniques*.

Winslow suppose tout simplement la préexistence des *monstres*; comme Leibnitz avait supposé la préexistence des êtres.

Lémery mourut en 1743. La dispute durait depuis dix ans. « Et, dit Fonte- » nelle, à la manière dont se passaient les choses, il ne se pouvait guère qu'elle » finit autrement que par la mort d'un des combattants ; car à chaque nouvelle » explication que présentait M. Lémery, M. Winslow lui lâchait un nouveau » monstre. »

M. Geoffroy a relevé le système des *causes accidentelles*, et l'a porté à un tel degré d'évidence, qu'il n'est plus possible aujourd'hui d'en chercher un autre. Deux grands principes, nés presque simultanément, et de ses propres idées, et des travaux que faisait, à côté de lui, sur le même objet, l'anatomiste illustre qui fut l'ami de toute sa vie, M. Serres, deux grands principes lui suffisent pour tout expliquer : le principe de l'*arrêt de développement*, et le principe de l'*attraction des parties similaires*.

Au fond, et ceci est le dernier mot des longues et laborieuses études de M. Geoffroy : au fond, il n'y a point de *monstres*; il n'y a que des anomalies accidentelles et secondaires.

Dans son ouvrage fondamental, dans le premier volume de sa PHILOSOPHIE ANATOMIQUE, M. Geoffroy n'appliquait encore, du moins d'une manière directe, le principe de l'*unité de composition* qu'aux seuls animaux vertébrés, et renfermé dans ces limites, ce grand principe ne pouvait être contesté.

En 1820, il voulut faire rentrer dans la même *unité* les animaux articulés. Et l'opposition parut. M. Cuvier laissa échapper quelques paroles d'impatience et d'improbation.

En 1830, il voulut y faire rentrer les mollusques, et le voile, qui ne couvrait qu'à demi l'impatience de M. Cuvier, se déchira.

La première gloire de M. Cuvier avait été de réformer la classification entière du règne animal.

pocondrie et autres formes de maladis nerveuses; par M. Hunt. 40° *De l'hémorrhagie et de ses causes dans la taille périnéale*; par M. Lizars. 41° *Dégénération cystique du rein*; par M. Coote. 42° *Sur le traitement des hémorrhagies qui accompagnent l'avortement*; par M. Gibbons. 43° *Cas d'empoisonnement par l'oxyde blanc d'arsenic; mort en trois heures*; par M. Jeffreys. 44° *Trismus à la suite d'une blessure du pouce*; par M. Neale. 45° *Efficacité de la fougère mâle contre le tænia*; par M. Cowen. 46° *Du vésicatoire dans les écoulements urétraux*; par M. Milton. (L'auteur applique le vésicatoire sur la partie inférieure de la verge, dans le point correspondant à l'urètre.)

SUR LA GONORRHÉE; par M. MILTON.

Nous ne recommandons pas précisément les lignes suivantes comme éclairant l'histoire de la blennorrhagie; elles nous sembleraient bien plutôt destinées à jeter une utile lumière sur la portée des données hystologiques nouvelles, que certains auteurs avaient jugées *à priori* capables d'opérer une révolution fondamentale dans la pratique comme dans la théorie médicale.

« 1° Je crois que, dans la gonorrhée, il y a augmentation d'action, et que le développement de l'épithélium est plus rapide; que cette action augmentée, ou inflammation, chasse bientôt les écailles aplaties qui forment la surface extérieure de l'épithélium protecteur dans l'état de santé, et expose les cellules encore tendres et proéminentes, douées peut-être d'une plus grande puissance d'endosmose que des cellules fermes et aplaties, à l'action de l'urine et des injections. Il est très-probable que tel est l'état du canal tuméfié; en outre, lorsqu'un obstacle formé par de semblables cellules s'est subitement détaché, il en résulte un ulcère de la membrane, ou bien les vaisseaux, sans soutien, distendus, donnent lieu à une hémorrhagie consécutive.

» 2° Je pense que l'inflammation est due à l'action des acides de l'urine ou de leurs sels sur cette membrane délicate.

» 3° Le meilleur remède pour cela est l'usage des bains chauds répétés et les lotions de même nature pour la verge et la vessie, un régime doux, l'usage exclusif, pour boisson, de l'eau pure, tandis que, pendant ce temps-là, nous devons agir énergiquement sur la maladie et nous efforcer avant tout de la surmonter.

» 4° Si on désire agir sur l'urine, on ne doit pas oublier que les solutions salines faibles traverseront les reins, tandis que les fortes seront éliminées par les intestins.

» 5° En considérant la maladie en elle-même, on voit qu'aucun remède qui puisse agir spécifiquement sur elle n'a encore été trouvé, et que l'action des remèdes est strictement limitée dans leur emploi :

» *a*. A prévenir l'action des causes extérieures par le repos, l'abstinence, etc.

» *b*. A agir sur la surface par les injections et le copahu.

» *c*. A adoucir par dérivation dans une juste mesure, tel est l'effet des purgatifs.

» Et nous n'avons aucun remède dont nous puissions directement et sûrement proposer l'action comme spécifique dans la gonorrhée. »

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME POUR L'ABLATION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒIL; par M. J. MUNRO.

Toute la communication se borne à deux cas dont l'analyse étendue montrera suffisamment au lecteur le degré d'intérêt. Comme il le remarquera sans doute, le chloroforme est ici employé pour faciliter l'écartement des paupières et pour neutraliser ces mouvements spasmodiques du globe oculaire qui entravent à un tel point l'exécution des manœuvres d'extraction.

OBS. I. — Robert J..., maçon, avait reçu, trois jours avant de consulter M. Munro, un fétu dans l'œil, et il avait déjà essayé pour le retirer une foule de moyens tous restés infructueux. L'examen de l'œil était très-difficile à cause de l'inflammation intense qui l'occupait et s'accompagnait de photophobie. Il s'y joignait aussi du larmoiement et un mouvement continuel du globe. Comme le jour commençait à tomber, on le renvoya chez lui, en ordonnant un purgatif et des fomentations.

Il revint le lendemain matin. La douleur avait été telle qu'il perdrait l'œil, disait-il, si on ne le débarrassait de ce corps étranger. Après avoir essayé encore, mais sans y réussir, de faire l'examen de l'œil d'une façon complète, M. Munro songea à employer le chloroforme. Dès que le sujet en eut ressenti l'influence, il put constater que l'œil, partout congestionné, offrait l'inflammation plus vive dans un point. Il y put alors distinguer un petit corps étranger qu'il parvint à extraire avec la pointe d'une lancette. C'était un petit fragment de fer. — Pendant tout le temps de l'exploration, l'œil fut parfaitement immobile. La guérison ne se fit pas attendre.

OBS. II. — Un ouvrier, âgé de 30 ans, vint consulter M. Munro le 6 novembre. Deux jours auparavant, il avait fait une chute dans une haie d'épines. Ne pouvant le lendemain ouvrir l'œil, et voyant cet état persister, il se décida à s'adresser au médecin. Celui-ci constata qu'il était presque impossible d'écarter les paupières, et soupçonnant qu'un corps étranger y était logé, il proposa d'employer le chloroforme; mais le malade s'y refusa. Cependant il revint dans l'après-midi, disant que la douleur augmentait à un point intolérable, et qu'il était décidé à faire tout ce que le médecin jugerait à propos. En deux minutes, il tomba sous l'influence anesthésique, et alors l'œil se laissa facilement examiner. Les paupières, très-aisément entr'ouvertes, montrèrent la conjonctive fortement enflammée, et un corps étranger fiché dans la sclérotique. On en fit l'extraction à l'aide de pinces fines. C'était une petite épine, provenant sans doute du buisson dans lequel il était tombé deux jours avant. On fit mettre douze sangsues autour de l'orbite et prendre des pilules de calomel. La guérison suivit ce traitement.

Je suis certain, ajoute l'auteur, que, dans ces deux cas, je n'aurais pas réussi à extraire les corps étrangers sans le secours du chloroforme, ou que, du moins, je n'aurais pu en venir à bout sans beaucoup de difficultés pour moi et de douleur pour le malade, tandis que, avec la chloroformisation, ce fut l'affaire d'une minute.

SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE ASTHÉNIQUE; par le docteur GARLIKE.

L'expression d'asthénique est ici ajoutée pour faire entendre que le mémoire ne concerne pas certaines fièvres des femmes en couches, accompagnées de réaction inflammatoire, et qui, par leur gravité, se rapprochent beaucoup de la fièvre puerpérale ordinaire. Sans nier l'existence de cas de ce genre et l'avantage qu'on a pu tirer parfois de quelques évacuations sanguines, il rappelle que l'ouverture des cadavres n'offre pas les signes anatomiques de la phlegmasie; que les lésions sont souvent hors de pro-

---

Il excellait à démêler, à distinguer, à caractériser nettement les choses et les idées. Presque tous les *animaux sans vertèbres* étaient confondus ensemble; il sépara les *zoophytes* des *mollusques*, les *mollusques* des *articulés*. Ces trois groupes établis, il fit un quatrième groupe de tous les animaux *vertébrés*, réunis en un seul faisceau. Il eut ainsi quatre *plans*, quatre *types* essentiellement distincts, et la classification du règne animal, considéré dans ses grandes masses, se trouva fixée.

Ce bel ordre, fruit exquis de l'application la plus parfaite de la méthode, semblait chaque jour plus menacé par le progrès, chaque jour croissant, des idées de M. Geoffroy, qui ne voulait qu'un seul *plan*, qu'un seul *type*.

Le débat fut porté devant cette Académie. Jamais controverse plus vive ne divisa deux adversaires plus résolus, plus fermes, munis de plus de ressources pour un combat depuis longtemps prévu, et, si je puis ainsi dire, plus savamment préparés à ne pas s'entendre.

Entre ces deux hommes, tout, d'ailleurs, était opposé : dans l'un, la capacité la plus vaste, guidée par une raison lumineuse et froide; dans l'autre, l'enthousiasme le plus bouillant, avec des éclairs de génie.

De l'Académie, de la France, l'émotion s'étendit dans tous les pays où l'on pense sur de tels sujets. Nous eussions pu nous croire revenus à ces temps antiques où les sectes philosophiques, en s'agitant, remuaient le monde. Le monde se partagea. Les penseurs austères et réguliers, ceux qui sont plus touchés de la marche sévère et précise des sciences que de leurs élans rapides, prirent parti pour M. Cuvier. Les esprits hardis se rangèrent du côté de M. Geoffroy. Du fond de l'Allemagne, le vieux Gœthe applaudissait à ses arguments.

Gœthe en vint à se passionner si fortement sur ces questions-là, qu'au mois de juillet 1830, abordant un ami, il s'écrie : « Vous connaissez les dernières nouvelles de France : que pensez-vous de ce grand événement? Le volcan a fait éruption; il est tout en flammes. — C'est une terrible histoire, lui répond celui-ci, et au point où en sont les choses, on doit s'attendre à l'expulsion de la famille royale. — Il s'agit bien de trône et de dynastie, il s'agit bien de révolution politique! reprend Gœthe : je vous parle de la séance de l'Académie des sciences de Paris; c'est là qu'est le fait important et la véritable révolution, celle de l'esprit humain. »

Dans ce débat, en effet, où la discussion directe semblait ne porter que sur le nombre ou la position relative de quelques organes, la discussion réelle était celle des deux philosophies qui se disputeront éternellement l'empire, la philosophie des faits particuliers et la philosophie des idées générales.

Ce qui fait l'attrait particulier de ces grands problèmes, c'est que l'esprit humain s'y croit toujours au moment de toucher à un terme, qui toujours recule. La lutte des deux philosophies n'avait pas commencé avec Aristote et Platon, et elle n'a pas fini avec M. Cuvier et M. Geoffroy.

Réduite même à elle seule, la question de la ressemblance ou de la différence des êtres est une question sans limites. Plus on étudie les animaux, plus on leur trouve de différences, mais plus aussi on leur trouve de ressemblances. « Les animaux, disait Aristote avec une profonde justesse, les animaux sont analogues, c'est-à-dire semblables avec des diversités. »

Quant aux deux adversaires, la discussion eut sur eux l'effet ordinaire de toutes les discussions : chacun d'eux en sortit un peu plus arrêté dans ses convictions.

portion avec les symptômes, parfois même tout à fait nuls. Néanmoins il n'ose pas se prononcer sur la nature *septique* de la fièvre puerpérale, et se contente de la définir *une fièvre synoque dégénérant rapidement en typhus, paraissant consister dans une asthénie des systèmes nerveux et vasculaire, et devenant épidémique sous l'influence d'une condition mystérieuse de l'atmosphère.* Si, ajoute-t-il, la malade a été soumise aux conditions de l'encombrement, elle perdra déjà, avant l'accouchement, une partie de sa force nerveuse. Ce symptôme sera en quelque sorte un noyau de maladie; puis la grande dépression nerveuse amenée par le travail et par l'hémorrhagie qui en résulte achèvera de développer la vraie fièvre puerpérale. En conséquence, l'emploi des évacuations sanguines est généralement contre-indiqué.

A la suite de ces considérations, l'auteur donne quelques détails relatifs à une épidémie de fièvre puerpérale observée par lui en 1847; nous n'y avons remarqué aucune circonstance qui méritât d'être spécialement relevée.

On ne peut que donner son assentiment à la séparation établie par l'auteur entre la vraie fièvre puerpérale et la fièvre inflammatoire. Loin de contester, on serait plutôt porté à rappeler que cette vérité a été établie ailleurs sur des bases autrement étendues et solides. MM. Paul Dubois, Tonnellé, Voillemier et quelques autres ont ramené cette partie de la pathologie des femmes en couche aux vrais principes. Mais il y aurait beaucoup à dire contre la définition de l'auteur. Le début et la marche parfois si rapides de la fièvre puerpérale, la gravité qu'elle acquiert dès les premiers symptômes, ne s'accordent guère avec l'hypothèse d'une syncope bientôt transformée en typhus. Puis le mot typhus, pour bien exprimer le caractère de la maladie, aurait besoin d'être commenté. Assurément la fièvre puerpérale ne ressemble pas au typhus des camps. La disposition de l'économie à engendrer du pus y est bien plus constante, et la pyogénie ne se localise pas de la même façon. S'il est une affection de laquelle on puisse rapprocher la fièvre puerpérale, c'est peut-être (sauf le siége anatomique des lésions) celle qu'on a appelée *méningite cérébro-spinale épidémique* ou typhus cérébro-spinal. La pyogénie est le caractère dominant des deux maladies; elle se fait dans toutes deux avec la même rapidité; dans toutes deux, enfin, la mort peut avoir lieu avant que ce caractère n'ait eu le temps de se montrer.

Enfin, quand on s'occupe de la pathogénie de la fièvre puerpérale, il serait bon de ne pas oublier l'état du sang. Les lecteurs de la Gazette Médicale savent que M. Bouchut place dans une altération spécifique de ce liquide l'élément essentiel de la maladie.

SUR LE TRAITEMENT DE L'EXCURVATION ANGULEUSE DE L'ÉPINE ; par le docteur Ch. Verral.

Indépendamment de quelques remarques sur l'usage des révulsifs et de plusieurs médicaments internes, tels que l'iode, l'auteur insiste tout particulièrement, et avec raison, sur les bons effets du coucher en pronation, c'est-à-dire sur le ventre. Mais nous regrettons d'abord qu'il ait cru devoir attribuer à son père, le docteur Verral, l'introduction de ce moyen dans la pratique. Assurément il a été en cela de la plus grande bonne foi, car le mémoire entier prouve qu'il n'a aucune connaissance des travaux accomplis et publiés en France sur les difformités de l'épine depuis une quinzaine d'années; mais nous n'en devons pas moins relever l'erreur historique. En second lieu, la gravure intercalée dans le texte, et qui n'est pas suffisamment expliquée, nous montre un sujet couché, en effet, sur le ventre, mais, d'une part, pouvant prendre un point d'appui avec les pieds; de l'autre, dépassant de toute la tête et même des épaules la partie supérieure du lit qui est dépourvue de chevet, et appuyant les deux bras sur une petite table destinée à faciliter la lecture ou tout autre genre d'occupation. Or il nous semble que, dans cette position, avec un point d'appui à chaque extrémité du corps, il est impossible que le sujet ne fasse pas à chaque instant des efforts tendant à soulever le tronc, et à produire par conséquent dans la partie anguleuse et mobile de la colonne un mouvement dans le sens même de la difformité. Le décubitus sur le ventre n'est utile, dans les cas d'excurvation, qu'autant que la partie antérieure du tronc, y compris les épaules, appuie bien à plat sur le lit, de manière à ouvrir, par le seul effet de la position, l'angle anormal formé par la colonne.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE DU LUNDI 22 MARS 1852. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1852 et 1853.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ EN 1851 POUR 1853.

(Commissaires : MM. Flourens, de Jussieu, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, Duméril, et Milne-Edwards, rapporteur.)

« Faire connaître par des observations directes et des expériences, le mode de » développement des vers intestinaux et celui de leur transmission d'un ani» mal à un autre; appliquer à la détermination de leurs affinités naturelles les » faits anatomiques et physiologiques ainsi constatés. »

L'Académie désirerait que la question fût traitée d'une manière comparative pour les principaux groupes naturels que Cuvier rangeait dans la classe des vers intestinaux; mais, à défaut d'un travail général, elle pourrait couronner des recherches qui porteraient seulement sur le mode de propagation et de développement des cestoïdes et des trématodes.

Les mémoires devront être accompagnés de dessins et de pièces zoologiques justificatives.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1853.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES PROPOSÉ EN 1850 POUR 1853.

(Commissaires : MM. Flourens, de Jussieu, Milne-Edwards, Ad. Brongniard, et Élie de Beaumont, rapporteur.)

« Étudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les diffé» rents terrains sédimentaires suivant leur ordre de superposition. Discuter la » question de leur apparition et de leur disparition successive ou simultanée.

M. Geoffroy publia le résumé de ses opinions sous le titre de Principes philosophiques de l'unité de composition, et M. Cuvier annonça qu'il allait publier le résumé des siennes sous le titre : De la variété de composition dans les animaux.

Ces deux hommes, par l'éclat, par la force de leurs idées, par l'opposition même de leurs doctrines, marquent dans la science une date illustre.

Lorsque, dans la dernière année du dernier siècle, M. Cuvier publia ses Leçons d'anatomie comparée, l'admiration fut universelle. De grands résultats, de grandes lois, aussi certaines qu'inattendues, étonnèrent tous les esprits. La même main qui fondait l'*anatomie comparée* en faisait sortir une science plus neuve encore, la science des êtres perdus. A la voix du génie, la terre se recouvrait de ses populations antiques.

Cependant, après les vues générales et supérieures, était venue l'étude des détails. Les faits n'étaient plus que des faits. La moisson des grandes idées semblait épuisée.

Alors un génie nouveau s'élève, original, hardi, d'une pénétration infinie. Il remue toute la science et la ranime. Il rajeunit le fait par l'idée. A l'observation exacte, il mêle la conjecture. Il ose. Il franchit les bornes connues, et par delà ces bornes, il pose une science nouvelle, à laquelle il donne quelque chose de ce qu'il avait en lui-même de plus essentiellement propre et de plus marqué, de son audace, de son goût pour les combinaisons abstraites et hasardées, de ses lumières vives et imprévues.

La gloire de M. Geoffroy sera d'avoir fondé la science profonde de la nature intime des êtres, l'*anatomie philosophique*.

A ses idées principales sur les lois de l'organisation animale, M. Geoffroy en joignit, vers les dernières années de sa vie, quelques autres qui, par rapport à celles-là, ne sont qu'accessoires : je veux parler de ses vues sur la *mutabilité* des espèces, sur la *filiation* des espèces actuelles avec les espèces perdues, sur cette autre *filiation* des âges et des espèces qui ne feraient de tous les êtres que des *arrêts* successifs d'un seul et même être. Ces vues, où le réel ne se dégage pas assez de l'idéal, ne sont point particulières à M. Geoffroy; elles sont étrangères à ce grand et bel ensemble de lois fondamentales et neuves qui constitue sa doctrine propre et auquel son nom restera toujours attaché.

Dès l'origine de la Faculté des sciences, M. Geoffroy avait été appelé à l'une de ses chaires d'anatomie et de zoologie générales : c'est là qu'il se plaisait à développer ses idées philosophiques. Dans sa chaire du Muséum, qu'il a occupée pendant près d'un demi siècle, son objet principal était l'étude des *rapports des êtres*, étude qu'il avait portée si loin, et sur laquelle il est si fort à regretter qu'il n'ait point écrit.

Ce qui, dans son enseignement, donnait surtout de la puissance à la parole de M. Geoffroy, c'était son admiration ardente pour les sciences. Il n'admettait pas qu'elles pussent avoir des bornes; il en attendait, il leur demandait sans cesse des émotions nouvelles.

Ces secousses continuelles de l'esprit ont agité et charmé sa vie.

L'inspiration était l'âme de ses entretiens intimes; une imagination riche et mobile s'y manifestait par des idées abondantes, vives, inattendues, par des bonds de pensée.

Il devait trop à cette imagination pour ne pas lui accorder beaucoup. Quelque-

» Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne organique et ses états antérieurs. »

L'Académie désirerait que la question fût traitée dans toute sa généralité, mais elle pourrait couronner un travail comprenant un des grands embranchements, ou même seulement une des classes du règne animal, et dans lequel l'auteur apporterait des vues à la fois neuves et précises, fondées sur des observations personnelles et embrassant essentiellement toutes la durée des périodes géologiques.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.* Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er janvier 1853.

Les corps organisés dont les débris existent à l'état fossile dans les différents terrains sédimentaires apparaissent, soit isolément, soit par groupes nombreux, dans les couches successives qui représentent les différentes périodes de l'histoire du globe. Chacun de ces fossiles se présente à l'observateur comme cantonné dans un certain groupe de couches, en dehors duquel il n'a pas encore été retrouvé. L'une des premières questions auxquelles leur étude donne naissance est celle de savoir si chacun d'eux n'a réellement apparu sur la surface du globe qu'au moment où les couches qui nous l'ont offert ont commencé à se déposer, et s'il a disparu immédiatement après leur dépôt; si ces corps organisés n'ont eu ainsi qu'une existence passagère, ou bien s'ils ont préexisté et survécu à la période du dépôt des couches hors desquelles on ne les a pas observés jusqu'ici.

La géologie ne possède, en dehors de l'étude même des fossiles, aucun moyen certain de résoudre cette importante et difficile question et toutes celles qui s'y rattachent.

A une époque où aucun essai n'avait encore été tenté pour faire sortir la notion des révolutions du globe du vague dans lequel elle s'était d'abord présentée, on a pu croire que chacune de ces révolutions avait été propre à détruire la totalité des êtres organisés existant sur la surface du globe et à y laisser le champ libre pour une création nouvelle. Mais si, comme plusieurs géologues l'admettent aujourd'hui, les révolutions du globe se sont réduites chacune au soulèvement d'un certain système de chaînes de montagnes, circonscrit dans un fuseau ou dans une zone médiocrement large de la sphère terrestre, il devient assez difficile de concevoir comment un pareil événement aurait fait complétement disparaître une espèce d'animaux marins, à moins que l'*area* de cette espèce n'ait été extrêmement petite. Certains géologues, ceux particulièrement qui soutiennent le système des *causes actuelles,* sont même portés à restreindre beaucoup plus encore la grandeur, et par conséquent la puissance destructive des événements dont le globe terrestre a été le théâtre.

Il est donc devenu plus nécessaire, de nos jours, qu'il n'a paru l'être antérieurement, de songer à bien examiner si la série chronologique des êtres organisés fossiles présente réellement des lignes de démarcations générales et absolues, indiquant un renouvellement intégral et simultané de toutes les formes organiques existantes sur la terre; ou bien si, comme beaucoup d'observateurs l'ont indiqué, il existe souvent entre deux terrains superposés, des espèces de fossiles communes, de manière qu'aucun terrain n'ait une faune fossile qui lui soit exclusivement propre.

L'un des points qu'il importerait le plus d'éclaircir est la question, aujourd'hui si controversée, de savoir s'il existe réellement des identités entre des espèces fossiles et vivantes et entre des espèces appartenant à des terrains différents et successifs. Cette question ne sera résolue que lorsqu'on aura fixé définitivement les idées sur lesquelles les espèces assez nombreuses qui, après avoir été considérées comme existant dans deux terrains d'âges différents, et comme établissant une liaison entre les faunes de ces deux terrains, ont été divisées depuis en deux autres existant chacune dans un seul des deux terrains.

Lorsqu'une espèce semble avoir disparu et avoir été remplacée par une espèce peu différente, on peut se demander si cette dernière résulte d'une création nouvelle ou d'une transformation de l'espèce qu'on ne retrouve plus.

On avait cru autrefois que, pendant la durée des périodes géologiques, le développement du règne animal avait parcouru toute la distance qui sépare les plus simples monades des mammifères. L'existence aujourd'hui bien constatée de poissons, de céphalopodes et d'animaux articulés aussi développés que les trilobites, dans des couches situées presque à la base des terrains fossilifères, restreint considérablement le champ des variations progressives dont il s'agit, quoique l'apparition tardive des oiseaux et des mammifères semble indiquer qu'elles n'ont pas été tout à fait nulles. Il reste à examiner si ce développement progressif de la nature organique s'est réduit à l'apparition récente des classes qui sont douées de l'organisation la plus complète, ou si on peut remarquer des indices d'un perfectionnement graduel dans l'organisation des classes qui ont existé dès les périodes géologiques les plus anciennes auxquelles nous puissions remonter.

Si un pareil développement a réellement eu lieu, il serait utile de le définir avec précision, et soit qu'on admette qu'il a existé ou qu'on admette seulement qu'il y a eu dans les formes de chaque classe d'êtres organisés une variation exprimée par l'ordre dans lequel on rencontre les espèces de cette classe dans les terrains successifs, on peut se demander si ces changements ont tenu simplement à ce que les espèces ont été créées dans un certain ordre indépendant de toute loi assignable, ou s'ils ont été en rapport avec des modifications, soit brusques, soit graduelles, dans la nature des milieux ambiants, c'est-à-dire dans la composition et la température de l'atmosphère et de la mer, ou bien enfin si la succession des êtres organisés laisse entrevoir quelques traces d'une variation inhérente à la nature de l'organisation elle-même et indépendante de la composition constante ou variable des milieux ambiants.

Dans le cas où certaines modifications de l'organisation se seraient effectuées d'une manière indépendante des variations de composition possibles de l'atmosphère et de la mer, on aurait à examiner si elles se sont effectuées simultanément et avec la même rapidité sur toute la surface du globe, malgré les différences de climat des diverses parties de cette surface; question importante, puisqu'elle implique celle de la simultanéité de dépôt des terrains qui, sur des points différents du globe, renferment des fossiles analogues.

Une autre question importante aussi sous ce point de vue, et qui a été plus d'une fois agitée, est celle de savoir si certaines espèces se seraient rapprochées de l'équateur par l'effet d'un refroidissement progressif de la surface du globe.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1847 POUR 1849, ET REMIS AU CONCOURS POUR 1853.

(Commissaires : MM. Serres, Rayer, Magendie, Milne-Edwards, et Flourens, rapporteur.)

L'Académie avait proposé, pour sujet du grand prix des sciences naturelles à décerner en 1819, la question suivante :

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans trois espèces,
» prises chacune dans un des trois premiers embranchements du règne animal
» (les vertébrés, les mollusques et les articulés), des bases pour l'embryologie
» comparée. »

Aucun ouvrage ne nous est parvenu sur cette grande question. En conséquence, la commission propose de la remettre au concours pour l'année 1853, mais en la réduisant aux termes suivants :

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces,
» prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre soit dans l'em-
» branchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour
» l'embryologie comparée. »

L'Académie ne désigne au choix des concurrents aucune espèce particulière; elle n'exclut pas même celles sur lesquelles il a pu déjà être fait des travaux

---

fois il lui accordait trop : de là, dans le cours de ses amitiés, quelques moments d'orage. Mais dans ces moments mêmes, il suffisait de s'adresser à son cœur pour retrouver le bon jeune homme qui n'avait pu douter de Cuvier.

Il fut toute sa vie ce bon jeune homme : toujours dominé par quelque mouvement généreux ; ayant par excellence le don d'obliger, de se multiplier, de se prodiguer pour rendre service, et, ce qui est encore plus rare, de s'effacer ; toujours confiant et ouvert avec ses amis, comme on l'est au premier âge.

M. Geoffroy ne se délassait de ses travaux que par les douces affections de la famille; personne ne les goûtait mieux et ne pouvait s'y livrer avec plus de bonheur. Dès les jeunes années d'un fils tendrement aimé, il avait reconnu en lui l'esprit élevé auquel il pourrait confier le soin de sa gloire et le dépôt de ses doctrines. « Jugez, disait-il un jour à un ami, jugez si je suis heureux : voici les » plus chers trésors de mon fils. » Disant cela, il ouvrait une armoire où le jeune enfant avait religieusement réuni tout ce qui avait été écrit sur les travaux de son père.

Voltaire avait osé dire de lui-même, dans un vers célèbre :

..... J'aime la gloire, et ne saurais m'en taire.

M. Geoffroy aimait la gloire, et ne s'en taisait point.

Nul homme peut-être n'aspira jamais à la renommée plus franchement, plus ouvertement, et il a été donné à peu d'hommes, uniquement voués aux sciences, d'en obtenir une plus grande. Ses vues, ses principes, son langage même, ont pénétré partout et laissé partout l'empreinte de leur action. Toutes les Académies célèbres voulurent se l'associer. Des savants étrangers firent le pèlerinage de Paris, uniquement pour le voir. Nos provinces et les nations voisines, surtout l'Allemagne, cette patrie des Oken, des Carus, des Spix, cette patrie des Gœthe, lui envoyaient chaque année de jeunes néophytes qui venaient entendre, qui voulaient connaître le chef d'une grande école.

Dans un coin retiré du Muséum, est un petit ermitage où Daubenton, un demi-siècle auparavant, avait installé Geoffroy : c'est là, c'est dans cette habitation, chère par tant de souvenirs, que, vieillard illustre, M. Geoffroy se vit environné de disciples, heureux de pénétrer jusqu'à lui, et qui, dans leur enthousiasme, lui accordaient avec foi cette infaillibilité que lui-même avait accordée aux sciences. Il avait assez cru pour former une école de croyants.

Sur la fin de sa vie, M. Geoffroy fut atteint d'une cécité complète, mais qui n'eut rien d'amer. Ses derniers jours furent embellis par les caresses de deux petits enfants, charmantes espérances, auxquels, aimait-il à penser, on ferait un jour la même histoire qui lui avait été faite. Il fut entouré des soins pieux d'une fille, dans laquelle il n'avait pu se reconnaître sans qu'elle devînt l'objet d'une vive prédilection. Toujours il trouva, pour presser ses mains défaillantes, la noble compagne de toute sa vie, la mère d'un fils qui était l'amour et la gloire de sa vieillesse.

Le 19 juin 1844, M. Geoffroy s'éteignit doucement, et cet esprit perçant, qui avait porté sur la nature un regard si hardi, cet homme qui avait tout osé pour en sonder, pour en pénétrer les mystères, recevant les adieux de son enfant chéri, lui dit avec calme :

« Sois-en sûre, ô ma fille! nous nous reverrons. »

Flourens, secrétaire perpétuel.

utiles, à condition pourtant que les auteurs auront vu et vérifié par eux-mêmes tout ce qu'ils diront.

Le grand objet qu'elle propose aux efforts des zoologistes et des anatomistes, est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des *vertébrés* et des *invertébrés*.

Les concurrents regarderont sans doute comme un point essentiel d'accompagner leurs descriptions de dessins qui permettent de suivre avec précision les principales circonstances des faits.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*. Les pièces adressées pour le concours devront être parvenues au secrétariat avant le 1er avril 1853.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818;

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Annonce des prix pour l'année 1851.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

(Commissaires : MM. FLOURENS, RAYER, DUMÉRIL, PELOUZE, SERRES, et MAGENDIE, rapporteur.)

C'est encore à la découverte capitale des usages d'un de nos principaux organes que le prix de physiologie expérimentale de 1851 est décerné. L'Académie se rappelle que le prix de 1849 fut donné à M. Bernard pour ses remarquables études sur les fonctions du pancréas. Le prix de 1851 lui est également acquis pour son mémoire sur l'une des fonctions du foie, où se trouve mis hors de doute un autre phénomène très-important, non moins nouveau et inattendu que sa découverte sur le pancréas, mettant ainsi en évidence ce résultat singulier que chacun de nos organes n'a pas seulement une fonction déterminée, ce qu'il était naturel de croire, mais peut en avoir plusieurs très-différentes l'une de l'autre. Ajoutons que tous ces faits ont été trouvés et établis par les procédés de la méthode d'investigation dite *physiologie physico-chimique*, et qui consiste à appliquer aux phénomènes vitaux les procédés de recherches de la physique et de la chimie, et réciproquement en appliquant aux phénomènes physiques et chimiques des corps vivants les procédés d'études de la physiologie expérimentale.

Le titre du mémoire couronné est : SUR UNE FONCTION NOUVELLE DU FOIE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX. Il met en lumière plusieurs faits aussi nouveaux qu'inattendus. Ainsi nous avons appris par ce travail, tout expérimental et dépouillé de considérations hypothétiques, qu'il y a dans le foie de l'homme et dans celui des animaux une formation de sucre qui est incessamment mêlé au sang, et qui disparaît en grande partie dans l'acte respiratoire.

Cette découverte est entièrement due à la physiologie expérimentale, c'est-à-dire à l'investigation directe des phénomènes vitaux. En effet, on savait déjà qu'il peut se rencontrer, dans diverses circonstances normales ou pathologiques, du sucre (*glucose*) soit dans le sang, soit dans d'autres liquides animaux. Mais quant à l'origine de ce sucre, la plupart des physiologistes et des chimistes admettaient qu'il provenait exclusivement de l'alimentation.

M. Bernard, se plaçant en dehors des idées reçues pour n'interroger que l'organisme vivant, s'est mis à la poursuite de la matière sucrée dans les divers tissus ou liquides de l'économie, afin de remonter pour ainsi dire à sa source, et, à l'aide de combinaisons expérimentales ingénieusement conduites, il est arrivé à démontrer d'une manière claire et précise qu'indépendamment de l'introduction du sucre dans l'économie par une alimentation sucrée ou amylacée, il en existe une autre source dans l'organisme animal lui-même. Il établit en outre que cette formation réside dans le foie, et est liée d'une manière étroite à l'influence du système nerveux.

M. Bernard a nourri pendant quatre, six ou huit mois, des animaux, chiens, chats, etc., exclusivement avec de la viande, aliment qui, par les procédés digestifs connus, ne peut donner naissance à du sucre, et il a constaté avec une grande netteté que, sous l'influence de ce régime, le sang qui arrive dans le foie par la veine porte ne renferme pas de sucre, tandis que le sang qui en sort par les veines sus-hépatiques en est toujours abondamment chargé.

L'absence du sucre dans le sang de la veine porte, avant le foie, prouve que ce principe ne vient pas des aliments, et sa présence constante dans le sang des veines sus-hépatiques amène à conclure forcément que le sucre est produit dans le foie. Cette expérience donne une démonstration qui ne laisse rien à désirer.

M. Bernard ne s'est pas borné à constater cette propriété remarquable du foie, seulement chez quelques animaux : par un autre procédé moins direct, mais le seul applicable dans certains cas, il l'a démontré pour l'homme et pour un très-grand nombre d'animaux choisis dans presque tous les ordres de la série zoologique. Il a fait voir, en effet, expérimentalement que, chez l'homme et les animaux, le tissu du foie était le seul organe qui fût normalement imprégné de sucre.

Un des caractères de la production du sucre dans le foie est d'être, comme les sécrétions en général, influencée en plus ou en moins par des causes qui portent leur action sur le système nerveux. M. Bernard a montré que la section des deux nerfs pneumo-gastriques, dans la région du cou, fait disparaître la matière sucrée dans le sang et dans le tissu du foie.

D'un autre côté, M. Bernard est arrivé à instituer une expérience très-curieuse, qui consiste à piquer un animal mammifère, chien, chat, lapin, etc., dans un espace très-limité de la moelle allongée, après quoi le sucre se répand avec profusion dans tout l'organisme, au point que le sang en est fortement chargé et que l'urine en élimine des quantités considérables.

En résumé, M. Bernard a fait connaître une fonction du foie entièrement nouvelle, et il a montré que la production du sucre appartient au règne animal comme au règne végétal.

La commission, à l'unanimité, lui a décerné le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1851.

La même commission accorde une mention honorable à M. Brown-Séquard pour son mémoire SUR LA TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE. Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de démontrer que les impressions sensitives d'une moitié latérale du corps sont transmises principalement d'une manière croisée, c'est-à-dire qu'elles suivent plus particulièrement la moitié opposée de la moelle épinière pour arriver jusqu'au cerveau. M. Brown-Séquard fonde cette opinion sur plusieurs expériences, dont une surtout très-remarquable. Après avoir coupé transversalement sur un animal une moitié latérale de la moelle épinière, il fait voir que le membre postérieur, du côté de la section de la moelle, est non-seulement très-sensible, mais qu'il paraît même plus sensible qu'à l'état normal, tandis que le membre postérieur du côté opposé à cette section est moins sensible. La commission, appréciant toute l'importance des résultats déjà obtenus par M. Brown-Séquard, l'engage à poursuivre ses expériences et à continuer ses recherches, qui pourront donner la solution d'une des questions physiologiques des plus importantes, celle de la paralysie croisée du sentiment.

La commission accorde une *mention honorable* à M. LÉON DUFOUR pour son HISTOIRE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DES SCORPIONS.

Cet ouvrage n'est pas une monographie anatomique complète : il y manque les détails des organes du mouvement, et principalement ceux des membres, ainsi que tous les détails des distributions nerveuses.

Mais sous le rapport du système nerveux central, de la respiration et de la circulation générale des organes alimentaires et de ceux de la reproduction étudiés dans les deux sexes, il ne reste rien à désirer.

L'auteur a principalement disséqué et reproduit les organes de l'espèce du scorpion nommée *occitanus*, à l'état frais, et de quelques individus de neuf autres espèces conservés dans l'alcool.

L'ensemble du travail a paru important par les rapports qu'il a fait connaître, et qui lient entre elles les trois classes des crustacés, des arachnides et des insectes, par plusieurs points de leur organisation.

Il est également accordé une *mention honorable* à M. JOBERT (de Lamballe) pour un mémoire intitulé : CONSIDÉRATIONS SUR LES APPAREILS ÉLECTRIQUES DE LA TORPILLE ET DU GYMNOTE, travail qui se fait remarquer par une anatomie très-exacte et très-approfondie du singulier appareil qui distingue ces animaux.

Parmi les questions que soulève l'histoire des vers intestinaux, il n'en est pas qui intéresse à un plus haut degré le physiologiste que la connaissance de leur évolution et de leurs métamorphoses. Les savantes et laborieuses recherches de M. Van-Beneden *sur les vers cestoïdes* ont paru à votre commission tellement remarquables, au double point de vue de l'helminthologie et de l'embryogénie générale et comparée, qu'elle aurait proposé à l'Académie de décerner un prix à leur auteur, si quelques-unes de ses opinions, non généralement admises, eussent été appuyées de preuves expérimentales.

D'après cette considération, la commission a cru devoir réserver ce beau travail pour le concours de l'année 1852.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

(Commissaires : MM. DUMAS, CHEVREUL, REGNAULT, PELOUZE, et PAYEN, rapporteur.)

CONSERVATION DES SUBSTANCES VÉGÉTALES ALIMENTAIRES.

La commission a reçu, sous le n° 4, un mémoire relatif à la conservation des substances végétales alimentaires : l'auteur de ce mémoire, M. MASSON, jardinier en chef honoraire de la Société d'horticulture de Paris et centrale de France, s'est depuis longtemps occupé des moyens de conserver les légumes par la dessiccation, et de manière à pouvoir leur rendre, au moment de s'en servir, les principales qualités des légumes frais.

Il y est parvenu en ménageant la chaleur de telle sorte qu'elle ne pût dépasser le terme de 40° centésimaux, surtout au commencement de la dessiccation.

Jusque-là, en effet, les sucs des plantes ne se coagulent pas ; ils peuvent donc ultérieurement reproduire en quelque sorte les légumes frais par le contact de l'eau qu'ils absorbent en se gonflant par degrés.

Dès lors, la coction des légumes ainsi préparés produit des effets analogues à ceux qu'on observe sur les plantes fraîches ; la saveur et l'arome agréables sont peu modifiés.

On avait obtenu dans ces produits les qualités alimentaires désirables; mais leur grand volume rendait difficiles leur emmagasinement et l'arrimage dans les navires; ils restaient d'ailleurs exposés par une trop grande surface à l'humidité de l'air ainsi qu'aux autres causes d'altération.

M. Masson, par suite de nombreux essais, parvint encore à faire disparaître cet inconvénient : il soumit les légumes desséchés à une sorte de moulage et une pression assez énergique pour que différentes feuilles, tranches de racines et de tubercules aussi agglomérés et secs fussent réduits sous la forme de pains rectangulaires parfois aussi lourds que le bois.

Il est très-facile d'empiler ces pains ou tablettes dans des caisses, et de les embarquer, sans encombrer les navires, pour les voyages de long cours.

La préparation des légumes secs, moulés et pressés, est installée en grand dans un établissement spécial par M. Masson, avec le concours de MM. Cholet, manufacturiers, et de M. Chaussenot, habile ingénieur.

Déjà l'expérience a prononcé quant à la durée de ces conserves; car on a constaté officiellement qu'elles étaient en très-bon état à bord des bâtiments, après une navigation de quatre années. Le procédé et les produits de M. Masson ont été l'objet de rapports très-favorables de la part d'une commission spéciale de l'Académie, des commissions de la Société nationale et centrale d'agriculture, de la Société d'horticulture, et des ingénieurs et administrateurs de la marine dans les ports de Lorient, de Rochefort, de Cherbourg et de Toulon.

Les légumes, conservés comme nous l'avons rappelé plus haut, peuvent être apprêtés facilement lorsqu'on veut en faire usage; il suffit de les tenir plongés dans sept ou huit fois leur poids d'eau tiède pendant quarante-cinq à soixante minutes; ils se gonflent peu à peu et reprennent le volume et la souplesse qu'ils avaient au moment d'être recueillis, il ne reste plus qu'à les faire cuire durant une heure et demie ou deux heures en les assaisonnant comme à l'ordinaire.

La préparation en grand de ces légumes permet de fournir, à tous les hommes des équipages des navires et à tous les passagers, des aliments comparables aux légumes frais, si utiles pour l'entretien de la santé durant les voyages de long cours.

Cette industrie offre d'ailleurs le moyen de tirer un meilleur parti des terres dans certaines localités éloignées des centres de consommation, tout en accroissant la masse des subsistances.

L'utilité des procédés de M. Masson a été immédiatement comprise par les savants et industriels de la Grande-Bretagne, et la marine anglaise sera presque aussitôt que la marine de France en mesure d'ajouter cette alimentation végétale salubre aux rations de ses équipages.

Le jury international réuni à Londres a voté pour l'auteur de cette amélioration une grande médaille, c'est-à-dire la plus haute récompense admise dans le concours universel.

Votre commission a jugé M. Masson digne d'un des prix Montyon pour avoir introduit, dans l'usage alimentaire, des conserves végétales qui améliorent le régime des équipages à bord des navires. Elle vous propose d'accorder à M. Masson un prix de *deux mille francs* sur cette fondation.

PROCÉDÉ DESTINÉ A PRÉVENIR L'INFECTION DES AMPHITHÉATRES DE DISSECTION.

Un nouveau mémoire envoyé par M. Sucquet a fixé l'attention des commissaires de l'Académie.

M. Sucquet s'était présenté aux précédents concours. De nouveaux documents sont parvenus sur les applications de son procédé destiné à prévenir l'infection des amphithéâtres de dissection. Déjà le principe même de cette application avait été l'objet d'une récompense décernée par l'Académie : il consiste dans l'injection par l'artère carotide d'un liquide doué de propriétés antiseptiques. On pouvait espérer que le prix accordé dans une première occasion par l'Académie des sciences exciterait de nouveaux efforts pour perfectionner et rendre plus facilement usuel ce moyen, dont l'utilité est incontestable.

C'est un perfectionnement de ce genre que M. Sucquet a soumis depuis plusieurs années au jugement de l'Académie.

Les commissions annuelles des prix Montyon pour l'assainissement des arts insalubres avaient pensé que plusieurs conditions restaient encore à remplir, soit pour démontrer la supériorité de ce moyen sur les procédés antérieurs et en amener l'adoption définitive dans les amphithéâtres et salles de dissection, soit pour déterminer la formule convenable de la préparation du liquide à injecter.

Votre commission a reconnu que ces conditions étaient effectivement indispensables, et, de plus, elle a pensé qu'elles étaient actuellement remplies.

Voici comment la préparation s'opère : on fait passer un courant d'acide sulfureux (provenant de l'acide sulfurique décomposé par la sciure de bois) dans une solution de carbonate de soude (sel de soude du commerce) marquant 20 à 22° Baumé, jusqu'à ce que tout l'acide carbonique soit déplacé et que le liquide contienne un léger excès d'acide sulfureux. La solution doit alors marquer 24°. On la verse dans une cuve sur des rognures de zinc; elle doit rester en contact avec ce métal jusqu'à ce qu'elle soit devenue sensiblement neutre, et qu'une lame de couteau qu'on y plonge en sorte sans brunir au contact de l'air.

On emploie quatre à six litres du liquide ainsi préparé pour injecter un cadavre; le liquide est refoulé dans l'une des artères carotides.

Au bout de vingt-quatre heures, on peut procéder aux dissections, et les travaux anatomiques sont continués, sans inconvénient, durant vingt, trente et même quarante jours, suivant que le sujet est plus ou moins altérable.

Toutes les parties divisées chaque jour doivent être imprégnées de chlorure de zinc, afin d'éviter l'altération des surfaces mises à l'air.

Lorsque l'autopsie précède l'injection, on doit imprégner les parois des cavités ouvertes avec le chlorure de zinc, en solution à 20°; on pratique ensuite des injections partielles, en ayant le soin de lier les veines, afin d'empêcher l'écoulement du liquide par le bout divisé des troncs veineux.

On comprend que le sulfite de soude, ne faisant pas rétrograder la putréfaction, n'aurait pas le même succès sur les cadavres dont l'altération serait trop avancée.

Malgré les précautions prises dans la fabrication du liquide, on observe encore l'altération prompte du tranchant des instruments à disséquer; mais il suffit d'un léger repassage pour leur rendre un tranchant assez vif.

L'injection au sulfite de soude suspend assez la putréfaction, surtout durant la saison favorable (du 1er octobre au 1er avril), pour prévenir les émanations fortement infectes qui s'opposaient naguère aux études anatomiques.

Ce moyen est d'autant plus utile que la libre disposition des sujets s'obtient de jour en jour moins aisément.

Un des plus grands avantages du sulfite de soude, adopté en 1846 sur le rapport de M. Serres, consiste dans l'heureuse influence qu'il exerce sur les blessures accidentelles que se font les opérateurs. Ces blessures, souvent graves et même quelquefois mortelles par suite de l'infection purulente, obligeaient à des cautérisations toujours pénibles et parfois insuffisantes; de temps à autre quelques hommes tombaient victimes de leur dévouement à leurs études ou à la science; depuis cinq ans, aucun de ces cas mortels n'a été observé dans les établissements où le sulfite de soude est en usage.

A cet égard, la commission a reçu et joint aux pièces des attestations nombreuses. Elle a donc pensé que le moment était venu de récompenser les efforts persévérants de M. Sucquet : elle vous propose de lui accorder, sur la fondation Montyon, un prix de *deux mille francs.*

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

(Commissaires : MM. Velpeau, Flourens, Roux, Andral, Rayer, Magendie, Lallemand, Duméril, et Serres, rapporteur.)

L'Académie a renvoyé à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie vingt-trois ouvrages ou mémoires, parmi lesquels elle en a distingué quinze dont elle vient signaler les résultats à l'appréciation de la compagnie.

L'étude de ces ouvrages a été longue et difficile, d'une part à cause de la diversité des sujets qu'ils embrassent, et d'autre part, dans la nécessité où se trouvait la commission de bien dégager de leur ensemble ce qui était propre aux auteurs dont elle examinait les œuvres.

Car, tout en rendant justice au zèle et aux efforts des travailleurs en médecine et en chirurgie, la commission n'a pas perdu de vue que les intentions formelles du testateur, M. de Montyon, ont été d'encourager et de récompenser, soit une découverte, soit un perfectionnement dans l'art médico-chirurgical.

C'est d'après cet esprit que votre commission a procédé dans son laborieux examen, en remarquant avec satisfaction que les progrès de l'anatomie et de la physiologie servent de base et de guide au perfectionnement graduel de la médecine et de la chirurgie.

C'est donc avec confiance qu'elle vient proposer à l'Académie d'accorder :

GÉNÉRALISATION DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

1° A M. Jules Guérin, un prix de *deux mille cinq cents francs* pour la GÉNÉRALISATION DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

La ténotomie sous-cutanée, dont l'Académie a déjà récompensé plusieurs applications, occupe une place importante dans l'histoire des progrès de la chirurgie contemporaine. Bornée d'abord et pendant longtemps à quelques sections isolées, elle a pris tout à coup un grand développement, dû surtout aux études approfondies de ses conditions d'application et aux perfectionnements de son manuel opératoire. Beaucoup de chirurgiens ont pris part à ce mouvement. Guidé par ses recherches antérieures sur les *rétractions des muscles, des aponévroses et des ligaments*, et par ses expériences sur les sections sous-cutanées, M. J. Guérin a pu relier et coordonner l'ensemble des difformités qui sont tributaires de la nouvelle méthode, déterminer leurs formes, préciser les indications de chaque cas particulier où elle est utile et agrandir de beaucoup le champ de ses applications; il a mieux démontré qu'on ne l'avait fait avant lui l'innocuité de ces opérations, depuis la simple section tendineuse jusqu'aux sections des masses musculaires les plus importantes. De là un grand nombre d'opérations nouvelles complétant le traitement de difformités dont on n'avait appris que quelques éléments ou s'attaquant à des difformités complétement négligées jusque-là.

S'il convient de laisser au temps et à l'expérience de prononcer définitivement sur le degré d'efficacité de toutes les sections sous-cutanées dues à M. J. Guérin, on ne peut méconnaître dès aujourd'hui que c'est à ce chirurgien que revient surtout l'honneur d'avoir systématisé et constitué scientifiquement cette méthode.

SUR LES MALADIES DONT L'APPAREIL SEXUEL CHEZ LA FEMME PEUT ÊTRE LE SIÉGE, ET PARTICULIÈREMENT SUR L'ESTHIOMÈNE.

2° A M. Huguier, une récompense de *deux mille francs* pour ses RECHERCHES SUR LES MALADIES DONT L'APPAREIL SEXUEL CHEZ LA FEMME PEUT ÊTRE LE SIÉGE, ET PARTICULIÈREMENT SUR L'ESTHIOMÈNE.

Dans ces divers travaux, l'auteur a étendu les considérations anatomiques et physiologiques à l'étude des altérations pathologiques dont les organes génitaux de la femme peuvent être susceptibles. Ses recherches ne se sont pas bornées à l'espèce humaine; elles ont emprunté à l'anatomie et à la pathologie comparées des rapprochements qui lui ont permis d'éclaircir bien des points douteux dans l'étiologie, le diagnostic et le traitement de plusieurs des affections dont cet appareil de la femme peut être le siége.

En récompensant ce travail, original dans plusieurs de ses parties, nous ne saurions trop recommander aux praticiens d'imiter la marche suivie par l'auteur, c'est-à-dire de chercher à éclairer la pathologie de l'homme par des excursions faites avec réserve dans la pathologie comparée.

CHOLÉRA.

3° Une récompense de *deux mille francs* au TRAITÉ PRATIQUE ET ANALYTIQUE DU CHOLÉRA, par MM. BRIQUET et MIGNOT.

M. Briquet a publié, conjointement avec M. Mignot, interne des hôpitaux, les résultats des recherches personnelles auxquelles il s'est livré sur le choléra épidémique de 1849, en recueillant avec le plus grand soin tous les cas de cette maladie observés par lui dans le service médical qui lui est confié à l'hôpital de la Charité. C'est donc là une œuvre originale où, avec les matériaux recueillis par lui, l'auteur est venu éclairer ou perfectionner plusieurs points de l'histoire de ce redoutable fléau. On doit, en outre, lui tenir compte du bon exemple qu'il a donné en ne laissant pas perdre les faits soumis à son observation.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES APPLIQUÉES A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE.

4° Une récompense de *deux mille francs* à M. le docteur DUCHENNE (de Boulogne), pour ses RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES APPLIQUÉES A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE.

Les applications du galvanisme à la détermination des fonctions des muscles et au traitement de certaines paralysies de ces organes sont dignes de toute l'attention des physiologistes et des médecins.

Les résultats obtenus par M. Duchenne, soit dans la pratique particulière, soit à l'hôpital de la Charité, sous les yeux de plusieurs de vos commissaires, ont paru assez satisfaisants pour appeler sur eux l'intérêt des praticiens.

Les efforts de cet ingénieux expérimentateur seront appréciés surtout par ceux qui connaissent la ténacité des affections auxquelles s'adresse plus particulièrement cet ordre de médication.

DE L'HÉRÉDITÉ NATURELLE DANS LES ÉTATS DE SANTÉ ET DE MALADIE.

5° A M. PROSPER LUCAS, une récompense de *deux mille francs* pour son TRAITÉ PHYSIOLOGIQUE ET PRATIQUE DE L'HÉRÉDITÉ NATURELLE DANS LES ÉTATS DE SANTÉ ET DE MALADIE.

La médecine est si vaste, et l'homme, qui fait l'objet de ses études, est souvent si insaisissable dans les phénomènes qui se développent chez lui, que la science est obligée de le suivre dans toutes ses manifestations. C'est ce motif qui a porté votre commission à diriger l'attention des médecins vers le travail de M. Lucas.

Malgré la tendance abstraite et métaphysique qui domine dans cet ouvrage, jamais l'importante question de l'hérédité, en santé et en maladie, n'avait été envisagée d'une manière aussi complète sous toutes ses faces. Cet immense travail fournira d'utiles matériaux à ceux qui voudront traiter le même sujet, en apportant une critique plus sévère dans l'appréciation d'un certain nombre de faits.

EMPLOI MÉDICAL DE L'AIR COMPRIMÉ.

6° Dans le but de favoriser et d'étendre l'emploi des agents physiques dans la thérapeutique, la commission propose d'accorder une récompense de *deux mille francs* à M. TABARIÉ, et une seconde de *deux mille francs* également à M. le docteur PRAVAZ.

La première, à M. Tabarié, pour avoir employé le premier l'air comprimé dans le traitement des affections dont les organes de la respiration peuvent être le siége, ainsi que pour les essais qu'il avait tentés dans le traitement de quelques autres maladies, pour lesquelles une augmentation de la pression atmosphérique peut être utile.

La seconde, à l'ESSAI SUR L'EMPLOI MÉDICAL DE L'AIR COMPRIMÉ de M. le docteur Pravaz, pour avoir elucidé d'une manière précise, à l'aide des observations les plus positives et des travaux physiologiques les plus récents, les questions relatives, d'une part, à l'influence de l'air comprimé sur les organes de la respiration, sur les fonctions de l'hématose et de la circulation; et, d'autre part, pour avoir bien apprécié ses heureux effets sur la digestion et l'assimilation; enfin pour avoir varié, étendu l'emploi de ce puissant modificateur de l'organisme, et pour l'avoir toujours fait d'une manière rationnelle dans la pratique, avec un succès auquel souvent on était très-éloigné de s'attendre.

ALTÉRATIONS DES TISSUS ANIMAUX.

7°. M. le docteur GLUGE a présenté au concours un ouvrage sur l'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, dans lequel il s'est proposé d'étudier, à l'aide du microscope, un certain nombre d'altérations des tissus animaux. Ses recherches sur la structure intime de quelques produits accidentels organiques, sur le dépôt calcaire des artères et d'autres parties du corps, sur la dégénérescence graisseuse du rein, sur les altérations que subit le sang dans les vaisseaux capillaires des tissus enflammés, celles enfin sur les helminthes et végétaux parasites du corps de l'homme, présentent un grand intérêt. Des planches très-bien faites accompagnent les descriptions données par l'auteur. Votre commission vous propose d'accorder à cet ouvrage remarquable une récompense de *deux mille francs*.

OBLITÉRATIONS DES VOIES SPERMATIQUES.

8° A M. le docteur GOSSELIN, une récompense de *quinze cents francs* pour ses RECHERCHES SUR LES OBLITÉRATIONS DES VOIES SPERMATIQUES. Toutes les observations d'anatomie pathologique rapportées dans cet intéressant mémoire sont nettes et précises; toutes sont analysées dans leurs moindres détails, avec la sévérité qu'exigeait un travail de cette nature. En appelant sur lui l'attention de l'Académie, la commission espère que l'auteur profitera de toutes les occasions qui se présenteront à lui, afin de poursuivre avec la même méthode un sujet à peu près neuf, et dont l'étude difficile et délicate peut conduire à de nombreuses applications physiologiques et pathologiques.

CAOUTCHOUC VULCANISÉ.

9° La commission propose d'accorder une récompense de *deux mille francs* à M. le docteur GARRIEL, pour les applications qu'il a faites à la médecine et à la chirurgie du *caoutchouc vulcanisé*.

Empruntant à l'industrie la modification importante qu'on a fait subir au caoutchouc, sous le titre de *vulcanisation*, M. le docteur Garriel est parvenu à construire une infinité d'objets et d'instruments destinés à remplacer, en chirurgie ou en médecine, les bandes, les liens, les coussins, les ceintures, les bourrelets, les pessaires, les tampons, etc. Or, sans admettre, sans partager toutes les espérances de l'auteur à ce sujet, la commission a du moins observé que, dans une foule de cas, la pratique chirurgicale retirera, et a déjà retiré des avantages réels de cette heureuse invention.

SERRE-FINES.

10° A M. le docteur VIDAL, une récompense de *quinze cents francs* pour l'invention des *serre-fines*.

« En médecine comme en chirurgie, les choses les plus simples deviennent souvent les plus utiles, » disait Baglivi.

Les *serre-fines* sont une nouvelle confirmation de la justesse de cette assertion.

Le besoin de tenir les bords d'une plaie en contact, après les opérations et les blessures, a de tout temps été senti par les chirurgiens. C'est pour satisfaire à ce besoin qu'ont été imaginés une foule de bandages, d'emplâtres, d'instruments à suture, etc., mis journellement en pratique. Mais nul instrument ne permet mieux d'atteindre ce but que les *serre-fines*, sortes de petites agrafes inventées nouvellement par M. Vidal (de Cassis). Dans la plupart des plaies simples de la peau, et dans quelques plaies complexes, on obtient à l'aide de *serre-fines* la réunion des tissus *sans sutures*, sans rien perforer, et par conséquent, sans avoir besoin de bandages, d'appareils ou de tout autre pansement.

RECHERCHES SUR LES PHOSPHÈNES.

11° A M. SERRE (d'Uzès), un encouragement de *mille francs* pour ses RECHERCHES SUR LES PHOSPHÈNES. Ces recherches ont pour objet les phénomènes lumineux (phosphènes) provoqués dans l'intérieur de l'œil par la pression de cet organe suivant certaines directions et par des moyens variés. Leur but est d'apprécier le degré de sensibilité dont jouit encore la rétine dans des cas douteux, dans lesquels le médecin a besoin d'être éclairé. A l'aide de ce procédé simple, cette question si essentielle pour le malade peut être immédiatement jugée, sans danger pour lui et sans embarras pour le praticien.

TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION PAR LES INJECTIONS IODÉES.

12° A M. le docteur BOINET, un encouragement de *mille francs* pour son mémoire sur le TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Les injections de teinture d'iode, qui ont déjà rendu tant de services en chirurgie, viennent d'être introduites par M. le docteur Boinet dans le traitement des abcès en général, et en particulier dans celui des abcès par congestion, toujours si graves par leur nature. Si les résultats heureux obtenus par l'auteur se confirment, cette nouvelle application des injections iodées sera une véritable acquisition pour la thérapeutique de ces affections.

Enfin, parmi les autres ouvrages adressés à l'Académie pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, il en est d'un incontestable mérite, auxquels la commission n'a pas pu décerner de récompense, parce qu'ils ne lui ont pas paru rentrer dans les conditions exigées par le fondateur. Parmi ces ouvrages, elle en a pourtant distingué deux auxquels elle vous propose d'accorder une mention honorable. L'un est le COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, de MM. Monneret et Fleury, vaste encyclopédie médicale qui a dû coûter aux auteurs de grands efforts de travail, et dans lequel les recherches de l'érudition la plus consciencieuse se trouvent jointes à un excellent esprit d'observation et de critique.

Le second de ces ouvrages est un TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES, publié par le docteur Sandras. On y trouve une exposition savante et bien tracée de ces maladies. On doit savoir gré à l'auteur d'avoir cherché à porter spécialement l'attention des médecins sur les névroses, à une époque où les maladies qui sont liées à des altérations appréciables par l'anatomie pathologique absorbent peut-être trop exclusivement les recherches des observateurs.

PRIX CUVIER.

(Commissaires : MM. Duméril, Milne-Edwards, Serres, Valenciennes, et Flourens, rapporteur.)

C'est pour la première fois que l'Académie accorde ce prix. Il a été décerné à l'ouvrage de M. Agassiz, intitulé : Recherches sur les poissons fossiles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 MARS.—PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Douze lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Des rapports de M. le docteur Bucquoy (de Péronne), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en 1851 dans plusieurs communes du canton de Roisel;

De M. Benecki, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Enchenberg depuis le 17 décembre 1850 jusqu'à la fin du mois de mars 1851;

De M. Honeix, sur une épidémie de fièvre typhoïde, dans plusieurs communes de l'arrondissement de Ploermel (Morbihan). (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire explicatif et le modèle d'un appareil désigné par ses inventeurs sous le nom de scarificateur-ventouse. (Comm. : M. Poisenille.)

3° Un rapport de M. Charpentier, sur le service médical de l'établissement des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), pendant l'année 1851;

Et divers autres rapports sur le service médical des arrondissements de Saint-Sever et de Dax. (Comm. des eaux minérales.)

4° Diverses recettes de remèdes secrets ou nouveaux. (Comm. des remèdes.)

— M. Faye adresse des échantillons du remède qu'il a proposé contre la fièvre intermittente, la dyssenterie et le choléra. (Comm. déjà nommée.)

— M. Liegey (de Rambervillers) adresse une note sur le typhus des végétaux, le typhus des animaux et le typhus de l'espèce humaine, se succédant dans une même localité. (Comm. des épid.)

— MM. Léonard et Dieu adressent de nouvelles observations à l'appui d'un mémoire intitulé : Recherches sur le traitement des fièvres dites a quinquina. (Comm. : MM. Bégin et Levy.)

— M. Peixoto (de Rio-de-Janeiro) adresse une série d'observations; dont plusieurs sont relatives à l'extirpation complète de la parotide. (Comm. déjà nommée.)

RECHERCHE DE L'ARSENIC.

M. Caventou lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire relatif à un nouveau procédé de recherche de l'arsenic dans les organes des sujets empoisonnés. Ce procédé ne présentant, d'après la commission, aucun avantage sur ceux qui sont généralement usités, M. le rapporteur propose en son nom, pour conclusions, de déposer le mémoire aux archives et d'adresser une lettre de remerciments à son auteur. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Cazeaux. La parole est à M. Velpeau.

AVORTEMENT PROVOQUÉ.

M. Velpeau : Mon opinion ayant été invoquée dans cette discussion, je me vois dans la nécessité de prendre la parole. J'ai émis en effet, le premier je crois en France, l'avis que dans les cas de rétrécissement extrême du bassin il valait mieux avoir recours à l'avortement provoqué que pratiquer l'opération césarienne. Depuis que j'ai émis cette opinion, je n'ai rien vu qui ait pu m'en faire changer. Tout ce qui a été dit dans cette discussion contre cette manière de voir part sans doute d'un très bon sentiment. J'ai certainement un aussi grand respect que qui que ce soit pour tout ce qui commandent la morale et la religion. Mais il s'agit plus ici de raison que de sentiment; on semble trop oublier, d'ailleurs, la position du médecin dans une pareille circonstance; s'est-on bien rendu compte du devoir qu'il a à remplir vis-à-vis d'une femme qui vient réclamer son secours. Faudra-t-il qu'il dise à cette femme: Vous êtes devenue enceinte dans des conditions qui ne vous permettent pas d'accoucher; quand vous serez au terme de votre grossesse, vous mourrez quoi qu'on fasse, qu'on vous opère ou non, et votre enfant mourra probablement aussi, car l'opération césarienne est loin de sauver tous les enfants? On comprendrait, à la rigueur, en supposant que l'on eût affaire à une femme chez qui le sentiment maternel serait assez élevé pour ne pas hésiter à sacrifier sa vie pour celle de son enfant, que le médecin consentît à ce sacrifice si, pour prix, il devait sûrement sauver l'enfant. Mais l'enfant meurt souvent aussi avec la mère. L'expérience ne prouve que trop que par l'opération césarienne on tue la mère sans sauver toujours l'enfant.

Pourquoi donc exposerait-on sûrement les jours de la mère? Pour ne pas sacrifier un être qui n'est pas encore un être humain, qui n'a encore aucun lien avec le monde. Mais la perte d'un embryon est-elle comparable à celle d'une femme qui tient au monde et à la société par des liens si intimes et si nombreux? On a dit : Mais les femmes qui se trouvent dans cette condition l'ont bien voulu, elles connaissaient le danger auquel elles s'exposaient, et elles pouvaient l'éviter. Cela n'est pas exact. Cela est vrai pour quelques-unes. Mais toutes les femmes qui se trouvent dans ce cas ne sont pas contrefaites au même degré; il en est quelques-unes chez qui le bassin seul est vicié, sans que cela paraisse et qu'elles puissent s'en douter, les autres parties de leur corps étant d'ailleurs bien développées. J'en connais une qui est dans ce cas. Eh bien! cette femme qui ne peut se douter des conséquences funestes que devra avoir pour elle une grossesse, supposez qu'elle devienne enceinte, faudra-t-il la sacrifier sans pitié?

On a dit: Si vous admettez en principe la pratique de l'avortement, il en pourra résulter de graves abus. Je ne me dissimule pas ce qu'il y a de fondé dans cette crainte; mais de quoi n'abuse-t-on pas? On n'a pas attendu votre décision pour abuser de l'avortement.

On a dit encore que l'accoucheur pouvait se tromper. Sans doute, cela peut arriver, et cela m'est arrivé à moi-même. Pendant que je dissertais en présence de mes élèves au sujet d'une femme en travail qui me paraissait ne pas pouvoir accoucher naturellement, et à laquelle je me disposais à appliquer le forceps, cette femme accoucha naturellement. Mais des erreurs de ce genre ne sont possibles que dans certaines limites; lorsque le bassin a moins de 2 pouces de diamètre, toute erreur est impossible.

En résumé, je ne comprends pas qu'on puisse rester en balance quand on peut sauver sûrement la mère au prix d'un petit être qui n'a encore aucun lien avec la société; et la mère peut être sauvée sûrement en effet, car bien que l'avortement soit en réalité une opération assez sérieuse, elle n'est jamais mortelle quand elle est faite dans des conditions convenables et en temps opportun, c'est-à-dire au deuxième mois, ou au plus tard au troisième mois de la grossesse.

Lors donc qu'une femme aura un bassin dont les diamètres ne dépasseront pas 5 à 6 centim., le médecin est autorisé à provoquer l'avortement; mais cela ne devra jamais être fait sans qu'une consultation en ait préalablement établi la nécessité. Cela adopté, je voudrais que le mémoire de M. Lenoir fût renvoyé au comité de publication, et qu'il fût déclaré que ce chirurgien s'est comporté conformément aux règles d'une saine pratique.

M. Adelon reconnaît le droit à l'accoucheur de pratiquer l'avortement dans les cas bien spécifiés, où il est irréfragablement démontré que la délivrance à terme ne pourra avoir lieu qu'au prix de la vie de la mère, tels que ceux qui font l'objet du rapport. Il partage, par conséquent, l'avis émis par la commission, mais il n'accepte pas les prescriptions qu'elle en a déduites. Ce droit, qu'il reconnaît à l'accoucheur, il le reconnaît comme homme, comme médecin; mais il ne voudrait pas lui donner une sorte de sanction comme membre de l'Académie, et il croit que l'Académie ne doit point faire intervenir l'autorité de sa décision en cette matière, la conduite à tenir, en pareil cas, devant rester tout entière à la libre appréciation de chacun. M. Adelon voudrait, en conséquence, que les conclusions scientifiques du rapport fussent modifiées dans ce sens, et il propose une conclusion qui se résume à peu près en ces termes : L'Académie, tout en approuvant la conduite tenue par M. Lenoir et par les accoucheurs qui ont pratiqué avant lui l'avortement provoqué dans les mêmes circonstances, pense qu'il convient de laisser chaque médecin libre de se comporter, en pareil cas, d'après les suggestions de sa conscience et de ses lumières.

M. Cazeaux accepte pleinement la conclusion proposée par M. Adelon, qui satisfait la commission au delà même de ses prétentions. Il entre dans quelques nouveaux développements sur la pratique de l'avortement dans les cas de vomissements incoërcibles, en réponse à l'argumentation de M. Danyan, et conclut en maintenant tout ce qu'il a établi à cet égard dans son rapport.

Après une courte réplique de M. Danyan, qui déclare persister dans l'opinion qu'il a émise sur tous les points en discussion dans sa précédente argumentation; et une petite allocution de M. Moreau, qui exprime le regret que cette discussion ait été soulevée devant l'Académie, et termine en demandant l'ordre du jour; la discussion est close.

M. le Président donne successivement lecture des diverses conclusions proposées. Une discussion très-vive et très-confuse s'élève sur la priorité à donner à ces propositions. Plusieurs propositions sont mises aux voix, mais l'Académie n'étant pas en nombre, ces votes sont déclarés nuls.

Sur la proposition de M. Roux, l'examen de toutes ces propositions est renvoyé à la commission qui proposera une nouvelle rédaction dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures au milieu d'une grande agitation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1852; par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

NOTES SUR CE QU'ON APPELLE VÉSICULE MITOYENNE CHEZ LE CHEVAL; VARIÉTÉS ANATOMIQUES; INTERPRÉTATION DE CET ORGANE; par M. Arm. Goubaux.

Bourgelat est le premier qui ait parlé « d'un canal membraneux qui se trouve » dans l'intervalle des deux canaux déférents, enfermé entre les deux lames du » péritoine, résultant du repli de cette membrane, entre la vessie et le rectum, » et qui forme, dans le cheval, une partie à laquelle il crut pouvoir donner le » nom de *vésicule mitoyenne*. »

La description de Vitet est plus simple que celle de Bourgelat, mais cet auteur a signalé, pour un état normal, une variété anatomique. Il a dit : « La vésicule » mitoyenne contient une humeur plus limpide que celle des canaux déférents ; » cette humeur vient d'un conduit qui s'abouche avec l'extrémité de la vésicule » mitoyenne, qui s'approche du canal déférent à l'endroit où il commence à deve- » nir plus considérable, et qui suit le cordon spermatique droit pour aller se ter- » miner au testicule du même côté. »

J'ai rencontré aussi cette anomalie.

Flandrin, Girard et M. Lavocat ont peu varié sur la description qui avait été faite d'abord. Aucun de ces auteurs n'a fait connaître les variétés anatomiques que cette vésicule peut présenter sous les différents rapports du nombre, de la forme et de l'étendue ; cependant il me paraît utile, pour l'intelligence de ce travail, de rapporter ici ce qu'a dit M. Lavocat relativement à cet organe, et j'emprunte à son ouvrage, qui est le plus récent sur l'anatomie vétérinaire, le passage suivant :

« Chez les solipèdes est une poche oblongue dont l'extrémité est quelquefois » sphéroïde ; elle est médiane, comprise entre les deux canaux efférents, et se » glisse sous la prostate pour venir s'ouvrir dans le veru montanum, près et » en avant des orifices éjaculateurs. Cette capsule renferme une humeur blan- » châtre et visqueuse, qui paraît destinée à remplir le même office que le liquide » prostatique. »

En raison de l'usage que M. Lavocat a attribué au liquide que cette poche renferme, il l'a décrite à la suite de la prostate, tandis que tous les autres auteurs l'ont décrite comme une vésicule séminale mitoyenne impaire.

Quelle que soit la considération sur laquelle on s'est basé pour la décrire comme tel organe ou comme tel autre, il est évident que ce ne peut être qu'après un examen incomplet.

Il y a des choses qu'on a pu transmettre sur la foi des auteurs anciens, mais aujourd'hui il faut soumettre tout ce qui a été écrit au contrôle de l'analyse et de l'observation.

Disséquer, observer et réfléchir sont trois conditions indispensables et inséparables pour étudier l'anatomie. Vouloir les séparer, vouloir marcher avec l'une sans les deux autres, c'est s'exposer à quelque chose de très-grave, à perpétuer l'erreur qui avait été commise d'abord.

Voici les variétés anatomiques que j'ai observées :

1° Le 10 janvier 1845, sur un cheval qui fut sacrifié pour les travaux anatomiques, la vésicule mitoyenne avait sa forme normale, mais son fond se prolongeait en avant par un canal qui offrait de distance en distance des renflements. Ces renflements étaient remplis de liquide muqueux de couleur citrine.

Ce prolongement de la vésicule mitoyenne accompagnait le canal déférent du côté gauche jusque dans le trajet inguinal. Il n'avait aucune communication ni avec le testicule ni avec le canal déférent ; il se terminait en cul-de-sac.

Cette observation n'est-elle pas analogue à celle de Vitet ?

2° Le 23 décembre 1850, voici ce que j'ai remarqué sur une pièce provenant d'un cheval entier qui fut sacrifié pour servir à la préparation d'une leçon sur les organes génitaux : entre les deux canaux déférents, il existait un cordon longitudinal formé par du tissu musculaire de couleur grisâtre, beaucoup plus épais qu'on ne le rencontre ordinairement. Comme j'avais besoin de montrer sur cette pièce la vésicule mitoyenne, j'ai coupé en travers ce cordon musculaire, afin d'arriver tout à fait à la partie postérieure de la vessie. A cet endroit, j'ai mis à découvert la vésicule mitoyenne ; elle était assez développée ; elle avait la forme d'une poire dont la grosse extrémité était antérieure, et se terminait en arrière par un petit canal qui s'introduisait au travers des fibres musculaires rouges qui forment le col de la vessie, au-dessous de la partie moyenne de la prostate, rampait entre ces fibres charnues et la muqueuse, et aboutissait enfin à la paroi supérieure du canal de l'urètre. La longueur totale de cette vésicule était de 9 centimètres.

En outre, il existait une autre vésicule mitoyenne ; elle avait une apparence bilobée et recouvrait la terminaison de la première. Le plus gros lobe de celle-ci était à gauche, et le plus petit à droite. Sa forme générale était aussi celle d'une poire, mais elle était moins volumineuse à sa base que la première, et sa longueur totale était de 7 centimètres.

Le fond de ces deux vésicules mitoyennes était distendu par une matière paraissant, au travers de leurs parois, être d'une couleur jaune doré, et assez analogue au jaune de l'œuf. Cette matière avait une certaine consistance et était poisseuse.

J'ai ouvert ensuite la première portion du canal de l'urètre, par sa paroi inférieure, et j'ai pu m'assurer que le col de ces vésicules venait s'ouvrir dans le veru montanum. Il y avait à cet endroit quatre ouvertures, deux pour les canaux éjaculateurs, et deux pour ces petites vésicules, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société.

M. Clément, chef de service de chimie à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, avait eu l'obligeance de faire l'analyse de la matière contenue dans ces vésicules mitoyennes ; je regrette beaucoup d'avoir égaré les notes qu'il m'avait remises à cet égard, et de ne pouvoir les faire connaître aujourd'hui.

3° Dans le courant du mois de janvier 1851, j'ai revu deux fois ce que je viens de décrire précédemment.

4° Le 7 janvier 1851, sur un cheval, j'ai remarqué une disposition que je n'avais pas encore rencontrée. Outre la vésicule impaire, il y en avait une autre qui avait une longueur beaucoup plus considérable et un trajet irrégulier ; elle offrait des renflements presque sphériques de distance en distance, et enfin se terminait en cul-de-sac au-dessus de la face supérieure de la vessie. Les liquides que contenaient ces renflements avaient les propriétés physiques que j'ai déjà indiquées.

5° Le 11 janvier 1852, chez un cheval qui a servi pour les travaux anatomiques, il y avait, outre les deux vésicules séminales, trois vésicules mitoyennes.

Parmi ces dernières, la médiane était non-seulement plus développée que les deux autres, mais elle l'était encore plus que dans l'état ordinaire. Les deux autres étaient situées à la face supérieure du col de la vessie, l'une à droite et l'autre à gauche. Chacune d'elles répondait en dehors au canal déférent, et en dedans, à la troisième vésicule mitoyenne.

Ces trois vésicules s'ouvraient isolément dans le canal de l'urètre, qui présentait à la paroi supérieure de sa première portion cinq ouvertures, deux pour les canaux éjaculateurs, et trois autres pour les embouchures particulières des trois vésicules mitoyennes.

6° Enfin, le 17 avril 1851, chez un cheval entier, la vésicule mitoyenne se prolongeait en avant jusqu'au niveau de l'espèce de mésentère transversal qui unit, l'un à l'autre, les deux vésicules séminales par leur fond ou partie antérieure. A cet endroit, la vésicule mitoyenne se terminait par une dilatation globuleuse aplatie, de 3 centimètres de diamètre.

Elle s'ouvrait à la face supérieure de la première portion du canal de l'urètre, dans le plan médian et entre les deux canaux éjaculateurs.

Cette vésicule n'existe chez aucun autre des animaux domestiques. C'est un premier fait à noter, et c'est là un de ces faits que l'étude de l'anatomie comparée permet d'observer pour un certain nombre d'organes.

Quel est donc cet organe que les anatomistes vétérinaires ont appelé *vésicule mitoyenne*?

Si je n'avais, comme la plupart des auteurs que j'ai cités, considéré cet organe que dans l'état où on le rencontre ordinairement, je serais arrivé à la même conclusion ; mais comme je tiens note de toutes les variétés anatomiques que je rencontre, je crois qu'il peut être considéré autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Cette vésicule, simple ou multiple, ne correspondrait-elle pas aux canaux de Gaërthner, que l'on observe parfois chez les femelles ?

J'ai vu plusieurs fois ces canaux dans les juments, dans les vaches et dans les truies, où leur existence n'est cependant pas constante, et j'ai vu dans leur intérieur, chez les juments particulièrement, un liquide dont les propriétés physiques me rappellent celles du liquide que l'on trouve dans l'intérieur de la vésicule mitoyenne du cheval.

Ne serait-elle pas un canal qui aurait appartenu à un organe du fœtus, et qui aurait disparu plus ou moins complétement ?

Cette idée m'est venue lorsque j'ai réuni les variétés anatomiques que j'ai observées sur cet organe en particulier. J'ai voulu savoir ensuite si je m'éloignais de la vérité, et j'ai consulté tout d'abord l'excellente thèse de mon collègue et ami M. le docteur Follin (RECHERCHES SUR LES CORPS DE WOLF).

J'espère que j'arriverai à démontrer que cette idée est fondée.

Je me borne donc à indiquer les variétés anatomiques que cet organe présente ; je me propose de faire de nouvelles recherches, et, dans un autre travail, je ferai connaître à la Société les résultats que j'en aurai obtenus.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'AIGUILLON DES INSECTES HYMÉNOPTÈRES ; par M. ALEX. LABOULBÈNE.

La forme des parties qui constituent l'appareil du venin chez beaucoup d'*insectes hyménoptères* est curieuse à étudier. Swammerdam a fait connaître l'aiguillon dentelé de l'abeille ; M. L. Dufour a consacré dans ses recherches anatomiques (MÉM. DES SAV. ÉTRANG. publiés par l'Institut, t. VII, p. 410) un chapitre spécial à l'appareil vénénifique. Il a divisé les aiguillons en ceux qui sont dentelés en fer de flèche ou armés de dents dirigées en arrière, et en ceux qui sont lisses sur leurs bords ou vers la pointe ; mais il n'indique point la forme spéciale à chaque famille. Aucun naturaliste, à ma connaissance, n'a cherché la raison physiologique de la présence ou de l'absence de ces dentelures ; je crois être arrivé à une solution raisonnable, au moins pour l'aiguillon des *sphégides*.

En étudiant à Agen pendant l'été un *ammophile*, très-probablement de l'espèce *sabulosa*, je remarquai un aiguillon parfaitement lisse dans toute l'étendue des bords. Un grossissement de 4 et de 500 diamètres ne montrait pas la moindre dentelure. Or comme j'avais disséqué l'*ammophile* devant un de mes amis et que j'avais, d'après l'analogie avec l'aiguillon des *abeilles* et des *scolies*, annoncé un dard à dentelures, je fus fortement déçu. Ma préoccupation ne cessa que lorsque réfléchissant au genre de vie des *sphégides* et de l'*ammophile* en particulier, je me rappelai que ces hyménoptères fouisseurs après avoir creusé un petit terrier vont à la recherche d'insectes vivants pour nourrir les larves qui sortiront de leurs œufs. Ils percent de leur aiguillon la proie qu'ils capturent, et celle-ci est tuée par le venin qui en même temps la préserve de toute putréfaction et l'empêche de se dessécher. Ce fait si singulier est mis hors de doute par les recherches de M. L. Dufour sur le *cerceris bupresticida* et d'Audouin sur les *odynerus* (ANN. DES SC. NAT., 2e série).

Or il faut, si l'*ammophile* prend dix, vingt insectes, qu'il les pique tous et par conséquent qu'il retire son aiguillon à chaque fois ; cet organe est pour lui non-seulement une arme contre les ennemis qu'il peut avoir à combattre, mais surtout un instrument nécessaire, indispensable pour assurer l'existence des larves destinées à propager son espèce. Que serait-il arrivé si l'aiguillon eût été dentelé ? Il serait resté dans les parties molles comme celui de l'abeille qui a piqué ; cette mutilation aurait entraîné la mort de l'insecte, ou dans le cas de survivance l'aurait privé d'un organe indispensable. Il me paraît donc évident

que les *insectes hyménoptères* dont l'aiguillon est une arme exclusivement défensive ont ce meme aiguillon dentelé, disposé de manière à pénétrer profondément dans les chairs, mais aussi très-difficile à retirer sans mutilation pour l'insecte qui vient de faire usage de cette arme.

Au contraire les *hyménoptères* dont l'aiguillon est un dard, un instrument, qu'on me passe le mot, inoculateur, avant d'être une arme défensive, doivent avoir cet aiguillon lisse.

J'appelle l'attention des entomologistes sur le fait que je viens de signaler et dont je poursuivrai l'étude.

2° SUR LA PHYSIOLOGIE DES ORGANES ANNEXÉS AU CONDUIT DES OEUFS CHEZ LES INSECTES FEMELLES ; par le même.

Les organes générateurs des insectes femelles ont pour annexes dans leur portion inférieure des tubes creux diversement repliés ou des utricules à parois épaisses dont les fonctions ont longtemps été et sont encore un problème pour beaucoup de physiologistes. Depuis longtemps j'observe ces organes sur plusieurs insectes de divers ordres, et je crois qu'on peut, d'après Von Siebold, assigner la véritable fonction de la plupart d'entre eux.

INSECTES DIPTÈRES. — En étudiant au microscope la structure des corps arrondis, noirs (orbicelles), situés au-dessus du conduit vaginal des *diptères* des genres *musca* et *calliphora*, on voit sortir de ces corps écrasés dont la substance est dure de véritables spermatozoïdes vifs et remuants. Toutes les femelles sans exception que j'ai ouvertes après l'accouplement m'ont offert dans leurs *orbicelles* une prodigieuse quantité de spermatozoïdes. Les femelles vierges n'en ont point.

INSECTES COLÉOPTÈRES. — La forme des annexes de l'appareil génital de ces insectes est fort variée. J'ai sur la *chrysomela Banksii* vu parfaitement, dans une utricule à parois épaisses située sur le conduit vaginal, beaucoup de spermatozoïdes. On les apercevait même très-distinctement remuer dans toute l'étendue du canal excréteur de l'utricule dont les parois étaient transparentes.

INSECTES ORTHOPTÈRES. — On a signalé une poche considérable dans les *sauterelles*, près de la naissance de l'oviducte. Je l'ai trouvée pleine de spermatozoïdes portés sur un axe, dans le *decticus verrucivorus* et le *gryllus domesticus*.

Il me paraît résulter de ces faits et de plusieurs autres soigneusement observés :

1° Que l'organe à parois épaisses annexé au conduit des œufs des insectes femelles de tous les ordres et ayant la forme d'une utricule est un véritable *receptaculum seminis*.

2° La situation de cet organe au-dessus d'un autre qu'on trouve presque toujours rempli d'une substance graisseuse, à fins globules réfractant fortement la lumière, indique très-bien que l'ablution séminale s'opère avant l'application d'un enduit préservateur ou propre à coller les œufs.

3° Cet organe situé au-dessous du premier remplit les usages d'une glande sébacée.

III. — PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° CAS DE CYSTICERQUE DU TISSU CELLULAIRE INTERMUSCULAIRE OBSERVÉ CHEZ L'HOMME; par MM. DAVAINE ET FOLLIN.

Quoique le *cysticercus cellulosæ* ait été déjà rencontré un assez grand nombre de fois dans le tissu cellulaire intermusculaire chez l'homme, toutes les descriptions qui en ont été données, toutes les figures dans lesquelles les médecins ou les naturalistes ont cherché à en reproduire les caractères, ne sont pas tellement exactes qu'il n'y ait plus d'intérêt à faire une nouvelle étude de cet helminthe.

Observés depuis longtemps dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire et dans les principaux viscères, chez le cochon domestique atteint de la maladie connue sous le nom de *ladrerie*, les cysticerques du tissu cellulaire ont été rencontrés pour la première fois dans le tissu cellulaire intermusculaire chez l'homme par Werner, qui les a décrits et figurés dans son second fascicule, intitulé : VERMIUM INTESTINALIUM BREVIS EXPOSITIONIS CONTINUATIO SECUNDA (*Lipsiæ*, 1786).

En disséquant les muscles d'un soldat fortement constitué et mort par submersion, Werner observa sous le muscle grand pectoral deux vésicules, dont chacune contenait un ver vésiculaire qu'il désigna sous le nom de *finna humana*, de *fünen*, nom allemand de la maladie du porc ladre. Les figures qui représentent le kyste paraissent assez exactes ; mais celles du cysticerque sont mauvaises, celles surtout qui représentent la tête et le col du cysticerque, sortis de la vésicule, et plus encore la fig. 8, destinée à montrer, à l'aide d'un assez fort grossissement, la disposition du rostre, des ovules et les articles du corps, est tout à fait inexacte.

Werner avait cru trouver quelques différences entre le cysticerque du tissu cellulaire de l'homme et celui du cochon domestique. Le docteur Steinbuch, dans un petit traité sur ce cysticerque, qu'il appelle *tænia hydatigena anomala* (COMM. DE TÆN. HYDAT. ANOMAL., Erlangen, 1802), s'est attaché à démontrer qu'il n'offre aucune différence essentielle chez l'homme et chez le porc ladre, fait déjà énoncé par Fischer dans le troisième fascicule de Werner. Les figures de Steinbuch, reproduites par Schmalz (Ed.) (TABULÆ ANATOMIAM ENTOZOORUM ILLUSTRANTES, *Leipsiæ*, 1831), ne sont pas non plus satisfaisantes.

En 1803, à l'ouverture du corps d'un homme âgé de 60 ans, Laennec trouva, outre plusieurs lésions, dont la plus grave était, dit-il, une inflammation de la membrane qui tapisse les ventricules du cerveau, le même helminthe dans plusieurs régions du corps. Il y avait des cysticerques ladriques dans les muscles grands et petits pectoraux, dans les obliques de l'abdomen, dans les muscles des jambes, dans le biceps du bras droit et le deltoïde du bras gauche. Tous ces muscles étaient fermes, bien colorés, et ne paraissaient avoir subi aucune altération. Il y avait un kyste contenant un de ces vers dans le tissu cellulaire du médiastin et un dans l'épaisseur de la couche optique gauche ; un autre à la partie postérieure inférieure de l'hémisphère droit du cerveau. Le foie contenait de petits kystes que l'auteur regarde comme des débris de cysticerque. Laennec a fait de ces vers une description assez complète, mais il n'en a pas donné de figures.

L'année suivante, 1804, Dupuytren ayant trouvé un ver vésiculaire dans le muscle grand péronier d'un homme âgé d'environ 30 ans, le remit à Laennec, qui reconnut que c'était également un cysticerque du tissu cellulaire (Laennec, MÉM. SUR LES VERS VÉSICULAIRES, *in* MÉM. DE LA FAC. DE MÉD. DE PARIS, 1812). Laennec n'a pas figuré ces helminthes observés chez l'homme ; mais il a donné plusieurs figures assez exactes des kystes et des différentes parties du cysticerque ladrique du porc. En 1809, Himly (BEOBACHTUNG UND BESCHREIBUNG DES FINNENWURMS, 1809, décembre) publia dans le JOURNAL DE HUFELAND, un nouveau cas très curieux. Le sujet était affecté d'un cancer de la commissure des paupières. Pendant qu'on préparait l'ouverture du crâne, Himly remarqua sur la surface de la poitrine et du ventre de petites tumeurs, du volume d'une lentille, reconnaissables au toucher. Leur siége était dans le tissu cellulaire sous-cutané. En ayant incisé quelques-unes, il reconnut que chacune d'elles contenait un petit corps blanc, semblable pour l'aspect au cysticerque du porc. Une dissection plus attentive en fit rencontrer plusieurs centaines dans les muscles, dans le cerveau et dans les poumons. Il n'en existait pas dans le foie. Himly indique et figure la double couronne de crochets d'inégale longueur autour du rostre.

Rudolphi a rappelé les observations des auteurs qui avaient rencontré le cysticerque du tissu cellulaire chez l'homme, chez le porc et plusieurs autres animaux, sans citer de faits qui lui soient propres.

Lobstein (TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, in-8°, 1829) dit qu'il a plusieurs fois rencontré le cysticerque du tissu cellulaire entre les fibres musculaires ; mais il ne cite pas de cas particuliers.

M. Cruveilhier a rencontré une fois un cysticerque renfermé dans un kyste oblong, situé dans l'épaisseur du muscle couturier, et deux autres fois, il a trouvé un cysticerque dans la courte portion du muscle biceps huméral. (DICT. MÉD. ET CHIR. PRATIQUES, art. *Entozoaire*, 1831) ; mais il ne donne pas les caractères de ces helminthes.

M. Gervais a étudié avec soin, en 1845, des cysticerques que M. Demarquay avait rencontrés dans presque tous les muscles d'une femme de 60 ans. Il y en avait un dans un des poumons (BULL. DE LA SOC. PHILOMATIQUE, 1845). M. Gervais a représenté les kystes contenant les vers ; mais il a figuré ces derniers d'une manière très-incomplète. Il en donne, d'ailleurs, une bonne description.

Enfin, en 1846, MM. Follin et Robin ont fait des recherches nouvelles et plus complètes sur la structure du kyste et des organes du cysticerque de l'homme et de celui de l'ours brun, qui leur a offert les mêmes caractères que celui de l'homme (BULL. DE LA SOC. PHILOM., 1846, et Richard, HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, 4e édition).

En résumé, chez l'homme, le cysticerque du tissu cellulaire a été quelquefois rencontré soit unique et formant une petite tumeur située plus ou moins profondément entre les fibres d'un muscle, soit en assez grand nombre dans le système musculaire et même dans les viscères. L'observation de Himly est le seul cas, à ma connaissance, dans lequel les kystes contenant les cysticerques ont été reconnus au toucher. Le cas rencontré par M. Follin, et qui a été l'occasion de ces recherches, appartient à la catégorie des kystes ladriques solitaires ; mais il offre une particularité qui n'a jamais été signalée et tout à fait extraordinaire, celle de trois cysticerques contenus dans une même poche. Le kyste était situé à la face interne du muscle droit de l'abdomen, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Nous croyons inutile d'exposer avec détail les caractères de ces helminthes, qui ont été bien indiqués par les helminthologistes modernes, et entre autres par MM. Dujardin et Diesing. Nous nous bornerons à quelques remarques.

L'un des trois cysticerques, dont nous mettons les études sous les yeux de la Société, avait 6 millimètres de longueur jusqu'à la vésicule caudale. Nous ne pouvons indiquer la forme et la dimension de cette vésicule, qui avait été déchirée avant qu'elle eût été soumise à notre examen. Il en était de même pour les deux autres cysticerques : la tête, supportée par un col rétréci, présente quatre oscules et un rostre très-court, surmonté d'une double couronne de crochets, au nombre de trente-deux. Ceux de la première rangée, plus longs, alternent avec ceux de la deuxième rangée et présentent leur pointe sur la même ligne. Le col et le corps sont composés d'articles très-serrés, dont le nombre ne peut être déterminé, et qui, par leurs contractions inégales, offrent un ensemble irrégulier. Le tissu du col et du corps, vu à un grossissement de 350, paraît formé de fibres qui contiennent dans leurs intervalles une grande quantité de corpuscules ronds ou ovoïdes, de 1 à 2 centièmes de millimètre de diamètre. Ces corpuscules, regardés naguère encore par quelques helminthologistes comme des corps reproducteurs, ne sont en réalité que des concrétions de carbonate de chaux, comme nous nous en sommes assurés. Les parois de la vésicule ne contiennent point de ces corpuscules.

Il résulte de l'examen comparatif que nous avons fait de ce cysticerque avec celui du cochon ladre, que ces deux vers offrent quelques différences qui devront les faire rapporter à deux variétés ou même à deux espèces distinctes, si

ces différences se confirment. Ainsi, sur une dizaine de cysticerques du cochon que nous avons examinés, nous avons toujours trouvé de vingt-six à vingt huit crochets, tandis que le cysticerque que nous venons de décrire en a trente-deux. M. Gervais, MM. Follio et Robin en ont également trouvé trente-deux sur les cysticerques soumis à leur examen. Enfin, sur la figure donnée par Himly, nous avons compté trente-deux crochets. En outre, la forme de la tête et le col nous ont paru offrir quelques différences, et le nombre des corpuscules de carbonate calcaire nous a paru beaucoup plus considérable dans le cysticerque du cochon.

2° LUXATION SPONTANÉE DE L'ARTICULATION CÉPHALO-RACHIDIENNE; MORT SUBITE; CARIE VERTÉBRALE; par M. HIFFELSHEIM.

OBS. — Le sujet de cette observation n'a attiré l'attention du chirurgien que dans les quinze derniers jours.

Il avait une exostose au tibia gauche et une ostéite suppurée au tibia droit. Il se plaignait de douleurs vagues dans la région cervicale postérieure. Depuis trois mois il ne marchait plus.

Les mouvements du cou devinrent plus difficiles, et après deux mois d'hôpital, vers le 1er février, il accusa de la gêne dans la déglutition.

C'est à cette occasion seulement que l'on examina attentivement le malade.

On découvrit au fond de la gorge, derrière le pilier postérieur gauche, une tumeur oblongue, molle, fluctuante. La douleur fixe, profonde, la gêne des mouvements, la difficulté de la déglutition, firent diagnostiquer cet abcès comme symptomatique d'une carie de l'articulation. Le pronostic fut déclaré mortel.

Le malade se tenait dans son lit, roide, immobile, la tête droite, le menton rapproché du sternum, etc., etc.

Le 16 février, pendant un mouvement, le malade expira subitement.

AUTOPSIE. — La cage thoracique et le dos n'offrent aucune déformation.

Le maxillaire inférieur enlevé, ainsi que les muscles de la région cervicale antérieure, on découvre derrière le ligament antérieur un vaste foyer purulent communiquant avec l'articulation.

L'arc antérieur de l'atlas est détruit; les apophyses transverses sont érodées.

L'apophyse odontoïde est fortement inclinée en arrière; son sommet est érodé.

Les surfaces articulaires occipito-atloïdiennes gauches sont désorganisées, les ligaments détruits; de même les ligaments axoïdo-atloïdiens.

La moelle n'offre aucune lésion appréciable; ses enveloppes ont paru intactes.

Tout le long de la colonne vertébrale, il existe soit antérieurement, soit latéralement, de petits foyers purulents.

Au niveau de la deuxième, troisième et quatrième vertèbre lombaire, il existe à gauche deux immenses poches purulentes.

A la région sacrée antérieure, se trouvent également deux vastes poches.

Le rein gauche, comprimé par les premières tumeurs, offre une déformation telle qu'il représente un parfait triangle isocèle, à angles arrondis.

La vessie a des parois très-épaisses; elle était en rapport médiat avec cette poche de la région sacrée antérieure.

Le rein droit et la rate sont volumineux.

Dans la région cervicale et la région sacrée seules, la poche communiquait avec des vertèbres cariées.

Dans la dernière de ces régions, la carie était profonde, l'altération très-étendue.

Autour des foyers cariés existaient de nombreux ostéophytes. Plusieurs de ces stalactites, qui proéminaient dans le petit bassin, avaient plus d'un pouce de longueur. Dans cette partie, la queue de cheval macérait dans le pus.

Dans les régions dorsale et lombaire, les nombreux abcès étaient tous circonvoisins. Quelques-uns se prolongeaient fort avant dans les trous de conjugaison. Partout nous avons rencontré de l'ostéite à tous les degrés, mais toujours à côté d'un point nécrosé, de l'ostéite plastique. Toutefois les foyers n'étaient pas en communication avec l'os: c'est pourquoi nous leur avons donné le nom de circonvoisins.

3° CALCUL VÉSICAL CHEZ UNE ENFANT DE 7 ANS; EXTRACTION PAR LA TAILLE SOUS-PUBIENNE. (Service de M. JOBERT (de Lamballe).—Obs. de M. L. BLIN.)

M. Louis Blin communique les détails de cette observation de calcul vésical survenu chez une petite fille, âgée de 7 ans, sans antécédents occasionnels. La taille a été pratiquée par M. Jobert, à l'aide d'une double incision de l'urètre, l'une en haut, vers le clitoris, l'autre transversalement à gauche et en bas, et est suivie d'un plein succès. M. Blin présente le calcul du volume et de la forme d'une amande, et qui offre, étant scié dans le sens de sa longueur, des couches concentriques autour d'un noyau plus foncé.

— M. Leconte a bien voulu analyser ce calcul et l'a trouvé composé dans toutes ses parties d'acide urique en grande quantité et de phosphate ammoniaco-magnésien, sur la présence duquel il réserve quelques conclusions.

4° DISTENSION CONSIDÉRABLE DU BASSINET DU REIN DROIT CHEZ UN SUJET ATTEINT DE PARALYSIE GÉNÉRALE; par M. D. ZAMBACO.

Sur une aliénée gâteuse de la Salpêtrière, atteinte, pendant la vie, de paralysie générale, M. Zambaco a rencontré une distension considérable du rein droit: à l'intérieur de la poche formée par le bassinet amplifié se trouvaient un caillot et un calcul. Le caillot, de consistance médiocre, adhérait à l'intérieur de la tumeur et obstruait complètement l'orifice de l'uretère; le calcul, de la grosseur d'un œil de pigeon, aplati vers ses bords, est recouvert de petits cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et d'une poussière blanche (phosphate de chaux). Le rein gauche avait double de volume et suppléait son congénère. On n'a observé du côté des centres nerveux, à proprement parler, qu'une injection des méninges, un peu d'induration de la substance blanche encéphalique, et un ramollissement de la moelle épinière au niveau des renflements.

5° SUR LES ALTÉRATIONS DE LA FOURBURE CHRONIQUE DU CHEVAL; par M. H. BOULEY.

M. Bouley met sous les yeux de la Société l'extrémité digitale d'un membre antérieur de cheval, qui était affecté de la maladie désignée sous le nom de *fourbure chronique*. Cette pièce est très-remarquable, d'une part, par le développement hypertrophique des lames du *tissu feuilleté*, qui ont acquis sur toute la face antérieure du doigt des dimensions en largeur quatre fois supérieures, au moins, à leurs dimensions normales; et, d'autre part, par la présence, sur le bord libre de ces lames qui, dans l'état normal, paraît parfaitement glabre à l'œil nu, de processus villeux extraordinairement développés. On dirait des papilles de nouvelle formation. Leurs dimensions sont telles, qu'examinées dans un vase rempli d'eau limpide, elles donnent à la face antérieure du doigt l'aspect d'une étoffe plucheuse.

La face interne du sabot, qui était en rapport avec ce tissu hypertrophié, présente des cannelures très-profondes, proportionnées aux dimensions excessives des lames qu'elles sont destinées à recevoir; et, dans le fond de ces cannelures, une multitude de pertuis canaliculés dans lesquels étaient logées les houppes si extraordinairement développées, dont le bord libre des lames feuilletées est hérissé.

Ces modifications si remarquables de la forme du tissu feuilleté, semblent coïncider avec des modifications correspondantes de leurs fonctions. La propriété sécrétoire kératogène qui, dans l'état normal, n'existe qu'en puissance, dans l'appareil feuilleté, paraît être, en effet, devenue active et continue dans cet appareil morbidement hypertrophié; car le sabot qui le revêtait n'est pas le produit seulement, comme dans les conditions physiologiques, de la sécrétion du bourrelet, mais bien de cette sécrétion combinée avec celle du tissu feuilleté, qui semble s'être opérée, sans discontinuité, comme celle du bourrelet même.

Aussi remarque-t-on que ce sabot n'a pas augmenté seulement en longueur, comme cela se produit quand la sécrétion du bourrelet est seule active à l'engendrer, mais aussi en épaisseur, par addition, à sa face interne, des couches nouvelles que le tissu feuilleté a formées incessamment.

IV. — TÉRATOLOGIE (ANOMALIES ET MONSTRUOSITÉS).

1° SUR LES CHEVAUX CORNUS (1); par M. A. GOUBAUX.

Si j'en juge par mes propres observations, dit l'auteur, ce n'est pas une chose très-rare que de rencontrer des chevaux cornus. J'en ai vu un certain nombre.

Les chevaux cornus présentent deux productions osseuses sur la partie moyenne du frontal; elles sont recouvertes par la peau, et forment une saillie plus ou moins prononcée sur les parties environnantes. Les plus développées que j'aie observées sur des animaux vivants faisaient une saillie de 2 centim. environ. La peau qui les recouvrait avait ses caractères ordinaires, et ne présentait absolument rien de remarquable.

Plusieurs fois, sur des sujets qui avaient été sacrifiés pour les travaux anatomiques de l'école d'Alfort, j'ai vu que ces productions osseuses étaient continues au frontal, ainsi qu'on le remarque sur une pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Une seule fois, j'ai rencontré ces productions osseuses enchâssées dans des cavités particulières de chacune des moitiés de la face antérieure du frontal, à la manière des dents dans les alvéoles; elles avaient alors une forme irrégulière et étaient contournées sur elles-mêmes. Leur surface était lisse, comme émaillée, et j'avais pensé que c'étaient des dents analogues à celles qui ont été rencontrées dans l'apophyse zygomatique du temporal; mais M. le professeur Lassaigne a eu la bonté de me faire l'analyse comparative, sur ce même cheval, du frontal et de l'une de ces productions osseuses, et il a trouvé que la composition chimique de ces deux parties était identique.

D'autres observations sur les chevaux cornus sont consignées dans un ouvrage intitulé: THOMÆ BARTHOLINI HISTORIARUM ANATOMICARUM RARIORUM centuria I et II, imprimé en 1654; mais je n'ai jamais rien rencontré d'analogue. Voici ce qu'on trouve dans ce livre, sous le titre de *Equus cornutus* (cent. II, hist. X); je traduis:

« Dans l'écurie de la citadelle royale de Copenhague, on voit un cheval de » race qui, à la base de chacune des oreilles, porte une corne qu'on pourrait » comparer à l'éperon d'un coq; elle est incurvée sur elle-même, et sa face ex- » terne est très-brillante. Cette production adhère très-intimement à la peau dont » elle suit les mouvements. Tous les mois, surtout si le cheval est mal portant, » cette corne tombe et est insensiblement remplacée par une autre. Ce renou- » vellement n'a parfois lieu que tous les trois mois.

(1) *En extérieur*, on appelle aussi cheval *cornu* celui dont les hanches sont très-saillantes. Je ne me sers ici de cette expression que parce qu'elle a été employée par Thomas Bartholin (*equus cornutus*).

» Ces cornes sont creuses intérieurement et peuvent être comptées parmi les » productions les plus élégantes de ce genre.

» Je dois à la générosité du roi Frédéric III deux cornes de cette espèce dont » je donne ici la figure. » (Cette figure représente deux cônes légèrement recourbés sur eux-mêmes, d'une longeur de 3 centim. sur 1 centim. de diamètre environ.)

« Ces productions cornues sont très-rares chez le cheval. Les animaux chez » lesquels on les rencontre sont, en général, tristes et timides, ce qui s'accorde » avec les observations de Galien et d'Ingrassias qui attribuaient à un excès de » mélancolie l'origine des exostoses et des cornes. Nierembergius fait (liv. 7, » chap. 2 de son HIST. NATUR.) la description d'un cheval cornu qu'il avait » vu à la cour de Philippe, roi d'Espagne. Allatius en vit un semblable dans les » écuries du prince Stilianus, et Elisarus en rencontra un à Naples, ainsi qu'il » me l'a dit lui-même. De plus, dans la collection vraiment royale de notre » auguste monarque, on voit une de ces cornes de cheval qui est très-épaisse et » qui ressemble beaucoup, sous le rapport de la texture, à un fragment de corne » des animaux pourvus d'une seule corne. »

Si plusieurs auteurs n'avaient décrit *de visu* des productions cornées développées sur la tête des chevaux, je serais porté à regarder comme fabuleuses les descriptions qu'ils nous ont transmises. Rigot a dit que quelquefois, chez le cheval, le frontal présente des vestiges des éminences osseuses qui supportent les cornes chez le bœuf, et, je le répète, ce n'est pas une chose très-rare. M. Reynal, chef de service de clinique à l'Ecole d'Alfort, en a vu aussi plusieurs fois sur des chevaux, et une fois, entre autres, sur un cheval importé de Danemarck en France, lorsque les régiments furent mis sur le pied de guerre en 1840. Ce cheval, loin d'être triste et timide, ainsi que l'a dit, d'une manière générale, Thomas Bartholin, a fait un excellent service. J'ai connu moi-même pendant plusieurs années un cheval cornu, et mes observations concordent parfaitement à cet égard avec celles de M. Reynal.

D'après ce qui précède, on peut donc dire qu'il y a deux sortes de chevaux *cornus* : les uns chez lesquels le frontal porte deux productions osseuses, ce sont les plus rares, et les autres chez lesquels on observe des productions cornées à la base de l'oreille externe.

2° SUR UNE VARIÉTÉ PIE DE LA SANGSUE OFFICINALE; par M. J.-LÉON SOUBEIRAN.

On sait que l'espèce du genre *hirudo*, que Savigny a désignée sous le nom d'*officinalis* dans le système des annélides, renferme un grand nombre de variétés. Une des plus communes de ces variétés est la sangsue officinale (*hirudo serialis Moquin Tandon*) dont on fait un si grand usage pour les besoins de la médecine ; elle a le dos vert, le ventre sans taches et les bandes dorsales réduites à des mouchetures noires. On en élève des quantités considérables dans le département des Landes et surtout aux environs de Bordeaux. Une autre de ces variétés, très-remarquable par une couleur tout à fait différente, est l'*hirudo carnea*, qui se distingue de toutes les autres par sa teinte rose ou carnée, son ventre pâle et l'absence de taches. Cette variété, que l'on ne trouve pas dans la même localité que la précédente, n'est pas rare au contraire dans les marais de la Hongrie.

C'est un métis de ces deux variétés que j'ai reçu l'an dernier des environs de Bordeaux que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société. Elle provient d'un marais où l'on avait mis ensemble des sangsues provenant de tous les points du département des Landes et de la Hongrie. Ce métis présente le caractère des deux variétés dont il résulte ; tantôt la coloration verte domine et présente une ou plusieurs taches carnées, tantôt, au contraire, la nuance rose est prédominante, et c'est alors le vert qui forme des taches ou des anneaux plus ou moins étendus. Cette variété, que les observateurs qui m'ont précédé n'ont pas encore reconnue, et que je désignerai sous le nom d'*hirudo officinalis* var. *discolor*, n'est pas très-commune ; cependant on peut croire que cette élégante variété pourrait se multiplier si les éleveurs de sangsues opéraient plus fréquemment de semblables mélanges.

Notons pour terminer que ces sangsues pourraient servir parfaitement à l'usage médicinal comme la sangsue officinale ordinaire.

3° OBSERVATION D'UN ENFANT PIE NÉ AVEC UN JUMEAU NORMAL ; par M. ARMAND MOREAU.

M. A. Moreau montre un dessin représentant un enfant mâle de couleur pie, né à la Maternité, avec un jumeau normal du sexe féminin. Les parents n'ont aucune coloration de la peau en rapport avec cette anomalie du fœtus. (14 février.)

4° DESCRIPTION D'UN FOETUS CYCLOPE ; par M. GOSSELIN.

On a apporté à l'École pratique, le 20 février 1852, un fœtus monstrueux né à 6 mois et demi ou 7 mois, dans le service de M. Richet, à l'hôpital de Bon-Secours.

La monstruosité principale est une cyclopie du deuxième degré (troisième variété de M. Cruveilhier) ; sur la ligne médiane du visage, on voit au-dessous du front une saillie molle et charnue, sorte de trompe dont l'extrémité libre présente deux petites ouvertures séparées par une cloison. Ces ouvertures conduisent dans deux canaux adossés terminés en culs-de-sac, qui sont les rudiments des fosses nasales.

Au-dessous est un œil médian dont la cornée, la sclérotique et la conjonctive paraissent appartenir à un seul globe oculaire. Il est entouré de quatre bords palpébraux disposés en lozange.

La dissection a montré que le crâne renfermait une grande quantité de liquide. L'encéphale était réduit à une masse grise, molle, diffluente, sans circonvolutions ni anfractuosités, et dans laquelle on ne pouvait distinguer aucune partie de l'encéphale telle que les corps striés, les couches optiques, les corps genouillés, les tubercules quadrijumeaux, etc.

Après avoir enlevé ce rudiment du cerveau, on a pu constater, sur la ligne médiane, un trou optique placé entre les deux apophyses clinoïdes antérieures, avec un seul nerf optique. Il n'y a pas de nerfs olfactifs.

La cavité orbitaire unique est formée par les surfaces orbitaires du frontal réunies sur la ligne médiane, et par les grandes ailes du sphénoïde déjetées un peu en avant et en dehors.

L'ethmoïde manque entièrement ; le corps du sphénoïde est comme plié de chaque côté, pour faciliter le transport des grandes ailes en avant.

La bouche existe, mais son ouverture est petite ; les oreilles sont situées plus bas que dans l'état naturel.

Le pied droit présente un pied-bot varus très-prononcé. On ne voit pas d'autre difformité ; l'anus et l'urètre sont convenablement ouverts. La lèvre supérieure n'est pas bifide. Il n'y a pas de spina bifida ni d'exomphale.

En résumé, la cyclopie, dans ce cas comme dans ceux du même genre qui ont été observés, coïncide avec l'absence de l'ethmoïde et des organes olfactifs. Les autres difformités dont elle est accompagnée sont l'hydrocéphalie, l'arrêt de développement de l'encéphale et le pied-bot.

V. — TÉRATOLOGIE VÉGÉTALE.

ANOMALIES OBSERVÉES SUR DES ARBRES VERTS DE LA FAMILLE DES ABIÉTINÉES ; par M. le docteur GERMAIN (de Saint-Pierre).

Parmi les faits nombreux de tératologie végétale que je dois aux recherches et aux bienveillantes communications de M. Rayer, notre président, je dirai quelques mots aujourd'hui de deux anomalies observées sur des arbres verts de la famille des abiétinées. Ces deux anomalies, qui présentent une certaine similitude d'aspect, sont le résultat de phénomènes complétement différents, et se sont manifestées sous l'influence de causes également différentes.

La première anomalie appartient à l'*abies vulgaris* (vulgairement Épicéa) ; j'ai eu fréquemment occasion de l'observer, tant dans les forêts spontanées des montagnes que dans les plantations et les cultures. Cette anomalie consiste dans une déformation bizarre des jeunes feuilles d'un bourgeon, qui éprouvent une sorte d'hypertrophie en diamètre, et d'avortement dans le sens de la longueur ; toutes ou la plupart des feuilles d'un bourgeon étant affectées de cette déformation, leur ensemble revêt l'aspect d'un cône ou fruit composé des arbres de la classe des conifères ; il arrive fréquemment que les feuilles de la base du jeune rameau sont seules affectées de cette déformation, de telle sorte que le rameau continue de se développer à l'état normal au delà du faux cône qu'il semble traverser. Si l'on coupe longitudinalement l'agglomération de ces feuilles hypertrophiées, on trouve dans la concavité déterminée par la courbure de leur base, de nombreux insectes hémiptères de la famille des aphidiens ou pucerons, qui, soit à l'état de larve, soit à l'état d'insecte parfait, opèrent une succion lente et continue à la surface de ces feuilles ; cette succion détermine une sorte d'irritation locale qui est la cause évidente de l'hypertrophie ; l'insecte, dans ce cas, agit à peu près comme la graine lorsqu'elle se développe normalement ; sa maturation est accompagnée d'un appel de sucs dont elle profite en même temps que le péricarpe. Dans beaucoup de cas néanmoins, le péricarpe se développe, abstraction faite de la graine qui peut complétement avorter.

La deuxième anomalie appartient au *larix europœa* (le mélèze) ; cette anomalie a été décrite et figurée par de Candolle dans son organographie végétale ; elle consiste dans la prolongation de l'axe de l'inflorescence qui constitue le cône ou fruit composé ; cet axe est un rameau feuillé qui, à partir du sommet du cône, ne diffère pas d'un rameau normal. Il existe dans la nature certaines inflorescences normales analogues à cette inflorescence anomale, telle est l'inflorescence chez les *bromelia*, et en particulier chez l'Ananas comestible ; telle est encore l'inflorescence chez le *fritillaria imperialis* cultivé dans nos parterres. — J'entretiendrai plus tard la Société de diverses anomalies du même genre que présentent, non pas des inflorescences ou rameaux chargés de fleurs, mais des fleurs isolées dont l'axe particulier se prolonge en rameau.

VI. — TOXICOLOGIE.

NOTE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIQUE DE LA NARCÉINE ; par M. Ch. LECONTE.

La découverte des alcalis organiques a été pour la médecine un progrès de la plus haute importance, puisqu'on peut aujourd'hui employer un grand nombre de médicaments actifs tirés du règne végétal avec autant de certitude que les composés inorganiques les mieux définis.

J'ose donc espérer que des recherches, entreprises dans le but de constater les propriétés des substances organiques extraites de l'opium et non étudiées jusqu'à ce jour au point de vue physiologiques ne seront pas sans quelque intérêt.

J'ai donc l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société mes observations sur la narceïne, et pour donner une idée exacte de sa manière d'agir, je transcris les notes de la première expérience,

On injecta dans la veine jugulaire droite d'une chienne de forte taille 0 gr. 10 de narceine dissous dans 10 gr. d'eau distillée.

Immédiatement après l'injection l'animal fut pris d'un tremblement général; la respiration devient haletante; il rend des excréments solides sans urine.

Dix minutes après l'injection l'animal pousse de faibles gémissements, devient inquiet.

Quinze minutes après l'injection, l'animal rend une nouvelle quantité d'excréments solides sans urine; la respiration est alternativement lente et rapide, les battements du cœur sont un peu moins fréquents qu'à l'état normal.

Vingt minutes, l'animal s'affaisse;

Vingt-cinq minutes, semble tourmenté de sommeil;

Trente-cinq minutes, l'animal est calme, ronfle fortement, sans cependant fermer les yeux; il pousse de faibles plaintes, le décubitus présente quelque chose d'anormal, car les membres sont étendus et cependant la tête est très-rapprochée de l'extrémité postérieure.

L'animal, bien que visiblement indisposé, n'est pas cependant anéanti; il conserve tonte son intelligence et chasse les mouches qui le tourmentent (10 août).

La marche est titubante, les membres postérieurs semblent frappés d'un commencement de paralysie, tandis que les membres antérieurs conservent leur force; il en résulte que l'animal, pendant la marche, affecte une position fortement inclinée, due à la flexion des membres postérieurs.

Deux jours après cette expérience, l'animal avait repris sa gaîeté ordinaire.

La même expérience, répétée plusieurs fois, donna toujours les mêmes résultats.

Pour constater l'action de la narceine introduite dans l'estomac, on laissa une chienne de moyenne taille à jeun pendant 24 heures; on lui donna alors 0 gr. 10 de narceine dans un peu de lait; les phénomènes furent les mêmes que dans les expériences précédentes, à l'intensité près, qui fut moindre; cependant il n'y eut pas de défécation ni de vomissement.

De tous ces faits il résulte que :

1° La narceine n'est pas un poison aussi énergique que la morphine à laquelle elle est associée dans l'opium, puisqu'un décigramme ne fait pas périr un chien de moyenne taille.

2° La narceine est loin d'agir directement sur le cerveau comme les autres alcaloïdes de l'opium actuellement employés, puisque l'animal conserve assez d'intelligence pour chasser les insectes qui le tourmentent.

3° La narceine agit surtout sur la moelle vers la région lombaire, puisque les membres antérieurs conservent leur sensibilité et leur mouvement, tandis que le mouvement et la sensibilité sont notablement diminués dans les membres postérieurs.

4° La narceine pourra, dans certains cas pathologiques, être employée avec avantage, puisqu'elle semble agir sur le système musculaire tout en laissant intactes les facultés intellectuelles, tandis que tous les autres narcotiques les abolissent presque toujours.

J'espère, du reste, constater sur moi-même les effets de la narceine et présenter bientôt à mes collègues des observations qui, j'en suis certain, assureront à cette substance une place parmi nos médicaments les plus précieux.

BIBLIOGRAPHIE.

APERÇU DE LA MÉDECINE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES INTERNES; par M. FALLOT, D. M., vice-président de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Un vol. in-12. — Bruxelles, chez Jamar, éditeur.

Après le génie qui crée et qui fait des découvertes, ce qu'il y a de plus respectable à nos yeux, c'est le talent qui les vulgarise. Répandre dans le public des notions scientifiques assez exactes pour n'être point désavouées par les plus rigides gardiens des principes et des traditions de la science, assez claires pour être accessibles à la plupart des intelligences, n'est pas une tâche tellement aisée que ceux qui l'entreprennent n'aient quelques droits à notre estime et à notre reconnaissance. De tout temps on a vu les plus illustres savants ne pas dédaigner ce rôle de vulgarisateurs. *L'avis au peuple*, de Tissot, n'est pas un des moindres titres de sa gloire, et nous pourrions citer de nos jours tels savants placés au premier rang de la hiérarchie académique qui doivent en grande partie, à des notices populaires, une célébrité justement acquise et dont, à coup sûr, il n'ont jamais songé à répudier l'origine. C'est à une inspiration semblable que nous devons l'*Aperçu de la médecine dans ses rapports avec les maladies internes* du savant vice-président de l'Académie de médecine de Belgique, M. Fallot; ouvrage qui fait partie d'une encyclopédie populaire entreprise sous la direction de M. Quetelet, et à laquelle presque toutes les célébrités scientifiques de la Belgique ont prêté leur concours.

Une première pensée vient naturellement à l'esprit, à propos d'un pareil projet. La médecine est-elle susceptible d'être popularisée? Cette vulgarisation est-elle utile? et dans quelles limites convient-il de la restreindre?

Bien que tranchée de fait par quelques-uns des précédents que nous avons cités, cette question n'en divise pas moins encore aujourd'hui les meilleurs esprits, et le doute est si naturel, en pareille matière, que M. Fallot lui-même, avant d'entreprendre la tâche dont il s'était chargé, a cru devoir confier à ses lecteurs tous ses scrupules à cet égard. La manière dont il a résolu la question ne peut que lui concilier le suffrage même des plus exigeants.

M. Fallot ne s'est dissimulé, en effet, aucune des difficultés ni aucun des dangers qu'il peut y avoir à faire descendre en quelque sorte dans le domaine public des notions à la fois aussi générales et aussi spéciales que celles dont se compose la médecine, dont le langage seul pour être bien compris, exigerait, comme il le dit lui-même, plus de temps que ne peut y consacrer un homme occupé d'un autre ordre de travaux.

Les dangers, il les a évités, précisément en les signalant et en formulant nettement dès le début de son œuvre le but formel et précis qu'il s'était proposé, et qui est, non de mettre les gens du monde en mesure d'appliquer eux-mêmes les préceptes d'un art dont la connaissance n'exige pas moins que toute une vie d'étude et de dévouement, mais de les prémunir au contraire contre les funestes conséquences d'une pareille prétention en les éclairant sur l'objet de la médecine considérée au double point de vue de la science et de la profession; en montrant où tend la première, à quelles sources nombreuses et variées elle se puise, de combien de connaissances elle exige la réunion, dans quelles relations intimes et immédiates elle se trouve avec ce que l'homme a de plus précieux; en faisant connaître les qualités nécessaires au médecin, les services qu'il rend, les devoirs qu'il a à remplir, la responsabilité dont il est chargé, en revendiquant en un mot pour notre profession la place qui lui est due dans la société.

Ce n'est pas, comme on le voit, un traité de médecine domestique et populaire, une sorte de formulaire à l'usage des ménages, qu'a voulu faire M. Fallot; ceux qui croiraient y trouver des recettes à leur usage n'ont qu'à fermer ce livre dès les premières pages, ils sont prévenus qu'ils n'y trouveraient rien de semblable; mais c'est bel et bien un véritable traité de pathologie générale mis à la hauteur des intelligences et des esprits cultivés, mais étrangers aux études médicales.

Quant aux difficultés de cette œuvre, M. Fallot les a surmontées avec bonheur, grâce à des définitions toujours nettes et précises, à une division méthodique des matières dont l'enchaînement logique peut être facilement saisi, et à un style toujours clair qui n'exclut ni l'élégance ni l'élévation.

Une œuvre de ce genre ne s'analyse pas; mais il nous sera permis d'exprimer au courant de la plume quelques-unes des impressions que nous en a laissées la lecture.

Nous ne dirons rien des prolégomènes où, à l'occasion de la détermination de l'*objet*, du *but* et des *moyens* de la médecine, l'auteur a formulé des principes de philosophie et de méthodologie médicales qui ne dépareraient pas le meilleur traité classique, et que, pour notre part, nous acceptons pleinement. Mais il est tels points de doctrine à l'égard desquels l'opinion émise par M. Fallot pourrait être controversée: telle est, par exemple, la question relative à la localisation des maladies. Toute maladie pour lui est primitivement locale, et ne devient générale qu'en se propageant, en s'étendant de tissu à tissu, d'organe à organe, de système à système. Il n'y a partant que des organes malades et point de maladies. On connaît assez les opinions qu'a toujours professées la GAZETTE MÉDICALE sur ce point, pour nous croire dispensé d'engager à ce sujet une discussion qu'il serait impossible de renfermer dans les limites de cet article; qu'il nous suffise de dire que quelques efforts que puissent faire les localisateurs pour circonscrire la pathologie dans des termes aussi simples, nous persistons à croire qu'ils n'y parviendront jamais tant qu'ils n'auront pas déterminé quel est, par exemple, le point de départ de la variole, quel est le siége de la fièvre intermittente et de certaines fièvres continues.

Nous ne croyons pas non plus que l'autorité si grande de M. Fallot suffise à faire passer sans opposition cette autre proposition, que la question de la *généralité* ou *localité* primitive des maladies, quelque solution qu'on lui donne, n'exerce aucune influence sur la thérapeutique; car c'est là, au contraire, un des points fondamentaux sur lesquels se basent les indications thérapeutiques différentielles.

L'étude des causes des maladies occupe dans ce traité une étendue qui indique assez la haute et légitime importance que l'auteur leur accorde. Rien de plus juste que cette pensée, qu'on ne saurait avoir une idée complète de la nature d'une maladie sans y faire entrer celle de ses facteurs. La difficulté de les discerner, dans un grand nombre de circonstances, et de les isoler des influences multiples auxquelles est incessamment soumis l'organisme, n'est pas une raison pour en abandonner la recherche. L'étiologie est la base la plus vraie et la plus sûre du diagnostic des maladies comme de leur traitement. Pénétré de cette vérité, M. Fallot a fait une étude ana-

lytique des divers éléments étiologiques des maladies, qui est sans contredit une des meilleures dissertations qui aient été écrites sur ce sujet.

Si nous voulions signaler tout ce que renferme de remarquable le livre de M. Fallot, nous serions obligés de le parcourir d'un bout à l'autre, chapitre par chapitre; il serait difficile de dire mieux et plus de choses en moins de pages. Nous ne devrons point omettre, cependant, d'appeler spécialement l'attention des lecteurs sur la seconde partie de ce traité, consacrée à la profession; c'est à la fois une juste glorification des services que rendent les médecins à la société et un code des devoirs qu'elle leur impose.

Nous n'avons pas craint d'user envers M. Fallot de notre droit de critique en signalant quelques dissidences qui nous séparent sur quelques points de doctrine. Nous ne nous en sentirons que plus à l'aise pour rendre, en terminant, pleine et entière justice au mérite éminent dont il a, d'ailleurs, donné tant de preuves dans toute sa carrière, et en particulier au talent qu'il vient de déployer dans l'accomplissement d'une tâche beaucoup plus difficile qu'on n'est généralement porté à le penser. Nous recommandons vivement à tout l'intérêt des médecins, qui ne sauraient trop chercher à la propager, une œuvre qui est destinée à les rehausser dans l'opinion, en assignant à la médecine le rang élevé qu'elle doit occuper parmi les sciences, et à ceux qui la cultivent leurs droits légitimes à la considération et à l'estime publiques.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

ORGANISATION DU CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ DE L'ARMÉE.

Le Moniteur du 24 mars publie un long décret sur l'organisation de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires. Ces trois divisions professionnelles sont réduites à deux par la fusion de la médecine et de la chirurgie. Le cadre des médecins militaires est fixé, pour le temps de paix, à sept médecins-inspecteurs, quarante médecins principaux de première classe, quarante de deuxième classe, cent médecins-majors de première classe, deux cents de deuxième classe, trois cent quarante médecins aides-majors de première classe, trois cent quarante de deuxieme classe. — Les médecins-inspecteurs, au nombre de trois ou de cinq, désignés chaque année par le ministre, font partie du conseil de santé des armées; ils sont chargés en outre des inspections médicales, et peuvent être employés à la direction du service médical des armées.

Il est institué une école spéciale de médecine et de pharmacie militaires, dans laquelle sont réunis les élèves des Facultés qui se destinent au corps de santé de l'armée.

Les médecins sont soumis au principe de la subordination du grade inférieur au grade supérieur, en ce qui concerne l'art de guérir et l'exécution du service; en ce qui concerne la discipline, l'exécution des réglements et la police des hôpitaux, ils sont soumis aux officiers de l'intendance militaire chargés de la direction administrative de ces établissements.

Cet article du décret est le point le plus important et le plus discutable de cette organisation; il ramène sous la juridiction de l'intendance militaire le corps des officiers de santé, qui depuis vingt ans aspirait à fonctionner sous l'action de ses propres chefs; il détruit l'homogénéité de la famille des médecins militaires, et consacre un fait administratif qui n'a pas d'analogue dans l'armée.

Dans la nouvelle organisation, la solde est augmentée sensiblement pour tous les grades. Les inspecteurs ont par an 10,000 fr.; les principaux de première classe, 6,000 fr.; les principaux de deuxième classe, 5,400; les majors de première classe, 4,200 fr.; les majors de deuxième classe, 3,500 fr.; les aides-majors de première classe, 3,000 fr.; les aides-majors de deuxieme classe, 2,500 fr.

— M. Moreau de Jonnès a récemment communiqué à l'Académie des sciences morales et politiques un intéressant travail sur les mouvements de la population pendant l'année 1849.

L'avant dernier recensement avait amené à constater que, dans le cours de l'année 1846, la population s'était accrue de 151,975 individus; pendant les trois années de 1847, 1848 et 1849 réunies, cet accroissement ne s'est élevé qu'à 180,603 personnes. Cet affaiblissement proportionnel a eu pour causes les malheureux événements qui ont signalé ces trois années. En 1847, la disette éleva le prix du blé au triple et même au quadruple de sa valeur actuelle; en 1848 survint la révolution; en 1849, la terrible épidémie du choléra asiatique étendit ses ravages sur toutes les parties du territoire.

Le déficit de l'année 1848, causé par la révolution, calculé sur l'année normale 1846, fut : sur les naissances, de 30,000 enfants; sur les mariages, de 21,000 unions. La mortalité fut augmentée de 13,000 décès.

En 1847, il y a eu 12,000 naissances de plus qu'en 1846, quoique le nombre des mariages n'ait pas dépassé la moyenne ordinaire; mais la mortalité, en atteignant le chiffre de 982,000, a excédé de 28,000 les moyennes précédentes.

En 1832, la mortalité du choléra avait été, pour Paris, de 18,569 personnes; elle s'est élevée, dans la même ville, en 1849, au chiffre de 19,188. Cette immense mortalité, en se propageant sur tous les points de la France, a réduit à 13,458 personnes l'accroissement de la population, qui résulte de l'excédant des naissances sur les décès; c'est-à-dire qu'il a été de treize à quatorze fois moindre que le terme de l'accroissement ordinaire.

Le travail de M. Moreau de Jonnès constate un fait utile à relever parce qu'il établit la fausseté des conséquences tirées de quelques faits statistiques, partiels ou imaginaires, sur la décadence des mœurs, le mépris de la sainteté du mariage, et la multiplication des crimes commis par des mères dénaturées. Il y a toujours et depuis longtemps la même proportion des enfants naturels au nombre total des naissances : 1 sur 14. Il y a pareillement la même proportion des enfants mort-nés aux enfants nés vivants : 1 sur 32; enfin il y a constamment la même proportion des enfants trouvés à la population générale : 1 sur 1,350 habitants.

Il est consolant de pouvoir dire avec certitude, que, malgré les malheurs des temps, il n'y a aucune aggravation dans ces afflictions des grandes sociétés de notre siècle.

Nous avons cru utile de citer les chiffres groupés par M. Moreau de Jonnès, parce qu'ils prouvent qu'une société qui a résisté pendant trois années consécutives aux misères de la famine, aux malheurs de la guerre civile et aux calamités d'une épidémie meurtrière, est douée d'une vie forte, énergique et puissante.

— L'hôpital des fiévreux de Londres n'a reçu, en 1851, que 877 malades atteints de typhus ou de fièvre typhoïde; sur ce nombre, on a compté 740 guérisons, 83 décès; et 103 sujets restent encore en traitement. Ce petit nombre de malades, et surtout le chiffre peu élevé des décès, indique combien a été satisfaisant, pendant l'année dernière, l'état sanitaire de la ville de Londres. L'hôpital des fiévreux est, en effet, un établissement créé en vue de ces terribles épidémies de typhus qui ont ravagé les grandes cités industrielles de l'Angleterre; et par une disposition qui n'existe pas chez nous et qui n'est pas, du reste, nécessitée par la nature des maladies qui règnent dans notre pays, tous les fiévreux, et surtout ceux atteints de typhus, sont traités exclusivement dans cet hôpital; il s'ensuit que, dans certaines années, cet établissement est à peine rempli, tandis que dans d'autres il est littéralement encombré. On sait que c'es à cet hôpital qu'est attaché l'un des pathologistes les plus distingués de l'Angleterre, M. le docteur Twedie.

— La dame Laroche s'était rendue, il y a quelques jours, chez son fils, qui tient rue Popincourt un établissement de marchand de vins. Elle venait de faire une longue course et elle se plaignit d'avoir chaud. Son fils lui ayant offert un verre de bordeaux, elle répondit qu'elle préférait du cidre. Il en alla chercher à sa cave, et la dame Laroche en but environ une demi-bouteille.

Quelques instants après, elle éprouva des coliques tellement violentes qu'on dut sur-le-champ recourir à l'intervention d'un médecin. Dès son arrivée, le docteur reconnut tous les symptômes d'un empoisonnement par l'acetate de plomb et dirigea dans ce sens ses prescriptions. Malgré l'administration de médicaments énergiques, les progrès de l'intoxication ne purent être enrayés, et dans la soirée la malade expirait.

Une information judiciaire vient d'être commencée sur cet événement. Le cidre qui paraît l'avoir causé va être soumis à l'analyse. Du reste, ce qui doit complétement rassurer toutes les personnes qui font usage de cette boisson, c'est que le quartaut que possédait le sieur Laroche avait été acheté par lui avant l'accomplissement des mesures prises par l'autorité pour sauvegarder la santé publique.

— Emploi du chloroforme dans les opérations sur les chevaux. — Une expérience intéressante a été faite, il y a peu de temps, avec le chloroforme, sur une jument de prix appartenant à M. Palmer (de Grantham) en Angleterre. En deux minutes, l'animal fut réduit à l'état d'insensibilité, et M. F. Talbot, chirurgien-vétérinaire, put alors pratiquer la cautérisation sur les deux jambes de devant; l'opération dura quinze minutes.

Si la jument n'avait pas été soumise à l'influence du chloroforme, elle aurait été inondée de sueur, par suite d'une violente lutte contre une douleur intense, tandis qu'on n'a pas vu un seul poil se dresser sur son corps. L'opération a pu être ainsi beaucoup plus facilement et promptement terminée. En revenant à elle, la jument a repris sa vivacité et s'est mise immédiatement à manger.

— M. Mesnard, médecin à Fresne (Meuse), fut appelé dimanche dernier, près d'une petite fille de 10 mois, qui avait été laissée seule pendant l'heure de la messe, avec plusieurs enfants plus âgés qu'elle, dans une chambre fermée à clef. Cette enfant était en proie à la strangulation, à l'étouffement, aux vomissements de sang. Après une courte inspection, le médecin s'aperçut que ce désordre était causé par l'introduction d'un corps étranger dans l'œsophage. Après avoir provoqué un vomissement par une pression sur la base de la langue, il aperçut un volumineux morceau de cuivre qui disparut bientôt par la rétraction de l'œsophage. Après trois tentatives infructueuses, le médecin finit par retirer, avec des pinces, un cône énorme en cuivre, à bases triangulaires, à bords minces et tranchants, et qui n'était autre chose que l'extrémité d'un fourreau de baïonnette d'infanterie, terminé à son extrémité par un gros bouton. Ce morceau de cuivre était deux ou trois fois plus gros que le gosier de l'enfant; il n'avait dû entrer que par une dilatation produite par un effort très-violent. Quelques jours de soins, après cette extraction, ont amené une complète guérison.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SUCRE DANS L'URINE DES VIEILLARDS. — PROPHYLAXIE ET CURATION DU CANCER PAR LA SYPHILISATION. — CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Il y a quelques jours, l'Académie de médecine de Belgique semblait avoir été envahie par la France. Les questions qu'on y a traitées sont presque exclusivement du domaine de la médecine française, et les médecins qui les ont discutées, presque tous des médecins français. C'était un acte de déférence et de courtoisie de la part de l'Académie de médecine de Belgique au profit de nos compatriotes appelés dans ce pays pour prendre part à une fête médicale. Nous sommes heureux, en remerciant l'Académie belge de sa parfaite hospitalité, de dire que nos confrères de Paris ont répondu dignement à sa bienvenue. MM. Dechambre, Leroy-d'Etiolles, Ricord et Auzias-Turenne, ont en grande partie défrayé la séance : ils ont obtenu un succès complet et de bon aloi.

Partant de l'idée de M. Reynoso, que le sucre qui se forme dans le foie chez l'homme sert surtout à la combustion pulmonaire dans l'acte respiratoire, M. Dechambre en a induit que là où la respiration était imparfaite et incomplète, on devrait retrouver dans les urines le reste du sucre non employé et éliminé par cette voie. Cette ingénieuse induction pouvait surtout être vérifiée chez les vieillards. De longue date, M. Dechambre avait constaté l'insuffisance de l'acte respiratoire en rapport avec certaines déformations du thorax et certaines altérations du parenchyme pulmonaire qu'on observe à cet âge. L'observation et l'expérimentation n'ont pas fait défaut à notre savant ami. La Gazette Médicale publie aujourd'hui son travail. On y verra avec quelle réserve cependant l'auteur s'est tenu dans les limites de l'observation la plus rigoureuse. Sa lecture a fait l'impression la plus favorable sur l'auditoire ; nous ne doutons pas qu'elle n'obtienne un égal succès chez nos lecteurs.

L'Académie avait mis à l'ordre du jour la prophylaxie du cancer par la syphilisation. On pourra se rappeler que, dans un dernier article sur l'Académie de médecine de Belgique, nous avons dit quelques mots de cette question, soulevée par un des membres les plus laborieux et les plus distingués de cette compagnie, par M. le docteur Didot. C'est à l'occasion du même travail que la discussion s'est ouverte.

Le point de départ était un malade des salles de M. Seutin, chez lequel on avait tenté d'arrêter, sinon de guérir un cancer de la verge au moyen de l'inoculation syphilitique. Immédiatement le champ de la discussion s'est agrandi. Au lieu de s'arrêter à la question de prophylaxie, on y a compris celle du traitement. C'est M. Didot qui a ouvert le feu. La thèse de cet honorable et savant collègue est celle-ci : L'observation tend à établir qu'il y a antagonisme entre la syphilis et le cancer : d'où il est rationnel de conclure que les sujets qu'on aura syphilisés seront comme vaccinés contre le cancer. Cette proposition, ainsi dépouillée de tout le prestige de la démonstration, n'est pas soutenable. Elle tombe immédiatement devant cette simple remarque, qui est venue à l'esprit de tout le monde : à quoi bon se donner une maladie grave pour se prémunir contre les éventualités très-improbables d'une autre maladie qui n'existe pas. Mais l'erreur d'un homme d'esprit est rarement tout à fait stérile. Et M. Didot a su entourer sa proposition de tant d'aperçus originaux, de tant de rapprochements ingénieux, qu'elle méritait les honneurs d'une critique sérieuse et d'une défense en règle. M. Ricord s'est chargé de la première, et M. Auzias-Turenne de la seconde. Nous dirons deux mots de l'une et de l'autre.

Quand on a la prétention de guérir une maladie grave par une maladie qui ne l'est guere moins, a dit notre confrère, il faut commencer par peser les motifs d'une résolution, aussi compromettante pour le médecin que pour le malade. Examinant une à une les raisons qui ont conduit M. Didot à l'idée de sa méthode, il les a analysées avec une verve, une finesse d'aperçus, une richesse d'expérience, et un entrain qui ont vivement impressionné l'Académie. Quelles preuves d'antagonisme apporte-t-on, a-t-il dit, entre la syphilis et le cancer ? Il a vu bien des fois les deux maladies sévir ensemble chez le même individu. Les présomptions tirées de l'*âge*, du *sexe*, des *organes affectés*, du *siége*, occupé par la maladie, de la *profession* des malades, l'immunité relative de certains *pays*, de certaines *professions*, n'ont pas trouvé grâce devant une observation plus sévère, une appréciation plus rigoureuse. Bon nombre de ces propositions n'ont eu besoin que d'être effleurées par l'ironie fine de notre spirituel confrère pour ne pas rester debout ; en sorte qu'il lui a été facile d'obtenir un double succès de forme et de fond.

M. Auzias-Turenne, que l'Académie a eu la courtoisie d'entendre, bien qu'il ne soit pas membre de la compagnie, a répliqué avec bonheur à son habile antagoniste. Il a cité quelques cas où la guérison de cancers opérés et récidivés avait paru suivre le développement de véroles constitutionnelles. Il a maintenu quelques preuves ou au moins quelques apparences d'antagonisme entre les deux maladies : comme la rareté relative du cancer chez les prostituées ; l'absence presque complète du cancer dans les pays chauds, en Égypte, par exemple, où la maladie vénérienne est pour ainsi dire endémique. Mais la partie de l'argumentation où M. Auzias a surtout captivé l'attention de l'Académie est celle où il a exposé les procédés de la syphilisation, et montré la différence considérable qui existe entre cette méthode et les accidents syphilitiques qu'elle ne fait que traverser.

Ces deux argumentations principales ont eu des auxiliaires dans MM. Boulvin et Seutin : le premier venant par des faits bien observés en aide à la critique de M. Ricord, le second réclamant le bénéfice d'un examen plus approfondi au profit d'une méthode qui tente la guérison d'une des maladies les plus redoutables de l'espèce humaine, et qui invoque au moins en sa faveur quelques présomptions dignes d'examen.

La discussion paraissait épuisée lorsque M. Fallot, l'un des esprits éminents de la compagnie, a pris la parole pour rétablir les termes de la question. Il faut distinguer, a dit l'honorable membre, entre la prophylaxie et le traitement du cancer par la syphilis. Se donner de gaieté de cœur la vérole pour se prémunir du cancer est une proposition fort aventureuse. Mais en présence d'un cancer actuel ou caractérisé qui se joue de tous les moyens de l'art, qui conduit fatalement le malade à la mort, une capitulation serait peut être à tenter ; car, *melius anceps quàm nullum*, et nul doute que le remède à une cachexie générale profonde, ne peut être qu'une action modificatrice également générale, également profonde. On connaît le genre d'esprit de M. Fallot ; son extrême facilité à voir le côté général et élevé des choses. S'emparant des deux points de vue qu'il venait d'établir d'une manière si heureuse, il les a traités avec une supériorité de talent et de raison qui n'ont rien laissé à désirer.

Feuilleton.

DE LA RETRAITE DU MÉDECIN (1).

Ce n'est pas sans une hésitation mêlée d'un peu de crainte que je me suis décidé à choisir le sujet dont vous me permettez de vous entretenir quelques instants. L'auditoire, le lieu, la circonstance lui semblent en effet également défavorables. Au milieu de l'élite de la médecine active, dans cette réunion, témoignage périodique d'une vitalité qui résiste à l'âge, venir jeter le sinistre mot de retraite, n'est-ce point une imprudence, pis qu'une imprudence, un non-sens ? — Vous m'excuserez aisément de ne l'avoir pas cru, mes chers confrères. Devant vous, dans ma bouche, parler de retraite ce ne peut être ni la conseiller, ni la solliciter, ni vouloir la hâter d'un seul jour. Le remède que je vais essayer de formuler est, je l'avoue, plus efficace qu'attrayant ; et je comprends que son nom soulève quelques répugnances. Mais, grâce à Dieu, l'indication n'en existe ici pour personne ; et il demeure bien entendu que, pour le moment, nous ne faisons que de l'hygiène.

Avant tout, un médecin *doit-il* prendre sa retraite ? Grande question, qu'en général on aime mieux agiter que résoudre, mais par laquelle il nous faut nécessairement commencer. C'est là du reste un bien vieux procès, qui s'instruit depuis l'origine de l'art : et, s'il ne parait guère plus avancé aujourd'hui qu'à la

(1) Ce morceau (lu à la séance publique annuelle de la Société de médecine de Lyon, le 19 janvier 1852), écrit sans autre but que celui de varier le programme d'une séance académique, a eu, contre mon attente, un sort bien différent. A peine lu, le bruit se répandit qu'il attaquait sans pudeur ni mesure le corps respectable des vieux médecins, qu'il n'était qu'une longue satire de leur ignorance. Un confrère, homme de beaucoup d'esprit — et qui le gardera longtemps s'il n'en dépense jamais plus qu'il ne m'en a prêté dans cette circonstance — voulant donner un specimen de mes prétendues énormités, affirma dans une réunion que j'avais été jusqu'à soutenir *que les vieux médecins ne sont plus même bons à être appelés en consultation !!* — C'est mon huitième paragraphe qu'il avait sans doute ainsi compris et interprété.

J'use aujourd'hui de mon seul moyen de défense contre de pareils travestissements, en insérant dans la Gazette Médicale cet insignifiant mais du moins fort innocent badinage. Il parait ici tel, absolument tel qu'il a été prononcé en séance publique. Et j'en appelle avec confiance des auditeurs ou distraits, ou prévenus, ou un peu durs d'oreille qui m'ont condamné, aux lecteurs qui voudront bien faire un effort pour feuilleter jusqu'au bout le dossier d'un procès qui n'est pas pour moi sans importance.

Cependant M. Didot, contre lequel toute cette artillerie avait été savamment dirigée, ne s'est pas déconcerté. L'honorable membre a la confiance des hommes convaincus : il a répondu avec présence d'esprit, quelquefois même avec bonheur. Son argumentation a été comme son ouvrage : les aperçus, les rapprochements ingénieux n'y ont pas fait défaut. Mais quand il s'agit d'une réforme aussi grave, d'une tentative aussi hardie et aussi voisine de l'abus, la rigueur d'observation n'est plus simplement un devoir; et la moindre légèreté d'imagination est une faute.

Somme toute, cette discussion a été une des plus instructives, une des plus attrayantes auxquelles il nous ait été donné d'assister depuis longtemps. Notre fécond et ingénieux confrère, M. Leroy-d'Étiolles, a complété l'intérêt de cette séance par la présentation d'une foule d'instruments propres au traitement des rétrécissements urétraux. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent déjà quelques-unes de ces nouvelles productions du principal inventeur de la lithotritie : nous aurons l'occasion de leur faire connaître les autres.

— L'Académie de médecine de Paris ne se plaindra pas du passe-droit que nous lui avons fait en faveur de sa sœur cadette. Politesse pour politesse. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que la dernière séance n'a rien offert de nouveau, si ce n'est la clôture de la discussion sur l'avortement provoqué. Or quelques lignes suffiront pour faire apprécier comme elle doit l'être la manière dont s'est terminé ce débat.

Il y avait dans cette discussion, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, une question de forme et une question de fond. Le rapport de M. Cazeaux était rédigé de manière à engager l'Académie au delà du vote de ses conclusions; et la doctrine absolue, presque impérative de M. le rapporteur, ne tendait à rien moins qu'à faire décréter l'avortement médical comme mesure de salut public. Le rapport, renvoyé à la commission par un précédent vote de l'Académie, avec invitation d'en modifier le caractère et les conclusions, a été représenté, dans la dernière séance, par M. Cazeaux, avec les modifications suivantes : « Considérant que, dans le cas de la femme Julie Gros, M. le docteur » Lenoir, s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens, et » sur l'avis de plusieurs consultants, était suffisamment autorisé à prati- » quer l'avortement; l'Académie remercie cet honorable médecin de son » intéressante communication, et renvoie son mémoire au comité de pu- » blication. » — Notre siècle est celui des compromis; l'Académie de médecine, qui est essentiellement de notre temps, a voté ces conclusions, sans trop se préoccuper de la question de savoir si elle avait le droit de juger la conduite du chirurgien. Le droit d'approuver implique celui de blâmer; nous ne croyons pas que l'Académie doive s'arroger l'un plus que l'autre.

Nous ne sommes pas entré dans le détail de la discussion qui a terminé cet intéressant débat. Nos lecteurs en seront plus que dédommagés par la lecture du mémoire de M. P. Dubois sur l'*avortement provoqué dans les cas de vomissements incoercibles*, qui a occupé presque toute la séance. Nous publierons cet important travail dans notre prochain numéro.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

NOTE SUR LA PRÉSENCE HABITUELLE DU SUCRE DANS L'URINE DES VIEILLARDS; par le docteur A. DECHAMBRE. (Lue à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 27 mars 1852.)

L'Académie connaît les curieuses recherches de M. Cl. Bernard sur l'origine du sucre dans l'économie. Ce physiologiste, aidé de M. Barreswil, constatait, dès 1848, la présence normale du sucre de diabète dans le foie, quel que fût le régime alimentaire. Plus tard, reprenant seul et étendant ces recherches, M. Bernard crut pouvoir établir que le sucre contenu dans le foie n'y est pas apporté en nature par le courant sanguin; que, tout au contraire, il s'y forme de toutes pièces, par l'exercice d'une fonction spéciale de l'organe, et passe dans les veines sus-hépatiques qui le déversent dans la masse du sang veineux; que l'introduction du sucre dans le sang a lieu, contrairement aux doctrines reçues, chez les animaux nourris exclusivement avec de la viande comme chez ceux qui ingèrent des substances amylacées; enfin, que cette fonction du foie est sous la dépendance du nerf pneumogastrique.

Arrivé dans le torrent de la circulation, que devient le sucre? quel est son usage? où et de quelle manière est-il détruit? D'après Tiedmann et Gmelin, approuvés en cela par Muller, les aliments non azotés, le sucre en particulier, sont en partie éliminés sous la forme de principes constituants de la bile, après avoir emprunté de l'azote à d'autres substances; Lehmann croit qu'ils fournissent de l'acide tartrique aux liquides de l'économie; Liebig, qu'ils peuvent passer à l'état de graisse, en perdant de l'oxygène; tons les physiologistes, enfin, qu'ils offrent un aliment à la combustion pulmonaire. M. Bernard n'aborde aucune de ces questions, promettant seulement d'en faire l'objet d'un travail particulier. Mais un autre expérimentateur, M. Alvaro Reynoso, envisageant isolément le fait de la combustion du sucre dans le poumon, a recherché si les circonstances propres à gêner la respiration n'amèneraient pas une élimination du sucre par les urines, espérant ainsi apporter tout à la fois une nouvelle confirmation du fait physiologique et une nouvelle donnée à la pathologie. Or M. Reynoso a trouvé, en effet, du sucre dans l'urine de lapins noyés ou strangulés, dans celle d'individus récemment éthérisés, ou soumis à l'action de divers hyposthénisants, ou sortant d'une attaque d'épilepsie, ou affectés de tubercules pulmonaires, de pleurésie, d'asthme, etc.; et il tire, de toutes ces expériences, la conséquence à laquelle il tendait tout d'abord, à savoir, que la gêne ou le ralentissement de la respiration amènent la glucosurie, et que l'existence de la glucosurie apprise alors, par une contre-épreuve, la théorie de la destruction du sucre dans l'acte de l'hématose.

Cette conséquence, qui semblait d'autant plus conforme à la doctrine de M. Bernard, que lui-même avait découvert du sucre dans l'urine du fœtus, et que, suivant lui encore, « la production et la *destruction* du principe sucré dans l'organisme est en rapport avec l'intensité de la respiration, » cette conséquence, M. Bernard ne l'accepte pas. Il ne conteste pas le fait de la combustion, non plus que l'état glucosurique des urines dans les conditions indiquées par M. Reynoso; mais il nie formellement que

---

première audience, c'est qu'il appartient à ces matières qui passent alternativement de la juridiction de la raison sous la compétence des passions; où, depuis des siècles, l'on voit invariablement les mêmes juges voter d'abord pour, et ensuite contre. Ecoutez ce praticien qui commence à blanchir : « La profession est dure, dit-il, elle n'admet ni vacance, ni relâche. La nuit, elle assiége votre lit, le jour votre table. Eh! n'est-ce pas le moins que ce pain si ébèrement acquis soit assuré, que je le puisse gagner jusqu'à la fin! — Comment, d'ailleurs, renoncer à ces travaux qui entretiennent les forces, à ces méditations dont l'esprit s'est fait un besoin, à cette vie de bienfaits où le cœur se retrempe. Trop d'exemples l'attestent; rien ne peut combler ce vide; on ne se déshabitue pas, on en meurt. Et mes clients, du reste, me laisseraient-ils tranquillement réaliser ce projet? Ils me connaissent; ils m'ont vu grandir; ils m'ont formé — quelques-uns peut-être à leurs dépens. Ma science, mes succès, tout jusqu'à mes échecs passés, leur répond de moi. C'est entre nous un lien indissoluble qu'ils sauraient bien resserrer si j'essayais de le rompre. De quel front irai-je leur envoyer, à ma place, un jeune homme *qui ne connaît pas leur tempérament?*....

Faut-il maintenant donner la parole au jeune praticien, et, d'avance, ne pressentez-vous pas aussi bien ses prémisses que ses conclusions? « Que me sert, dit-il, que me sert ce diplôme, au milieu de tant de prédécesseurs, puisque le droit au travail, qu'il consacre, doit forcément demeurer stérile jusqu'à ce qu'il leur plaise de faire valoir les leurs à la retraite? Ils persistent à rester en place, au nom de leur expérience! Eh! comment l'auraient-ils acquise s'ils avaient rencontré les mêmes obstacles que nous? Au nom de la confiance qu'ils inspirent! Que serait-elle, bon Dieu! si l'importunité, l'habitude, les préjugés, que sais-je? la crainte de blesser, peut-être le souvenir de quelque vieux compte en souffrance, ne venaient souvent à propos la fidélité chancelante du client? Acceptez du moins un compromis qui nous assure à nous le nécessaire, à vous le repos, et le respect. Ou le respect; car comment prétendez-vous être traités en maîtres, quand nous vous rencontrons partout en rivaux! »

Entre ces intérêts opposés, entre ces deux contendants inconciliables, qui donc décidera? Ni moi, ni personne : le public. Servez-le, étudiez-le tous les deux. Jeunes impatients, c'est lui qui vous fera faire place. Ne l'attendez que de lui : elle vaut mieux, elle est plus glorieuse, conquise que cédée. — Et vous dont les années appelleut le repos, est-ce bien sérieusement que vous vous croyez indispensables? et la science, selon vous, doit-elle donc à votre mort reculer d'un pas? Vous vous devez, dites-vous, à vos anciens malades. Mais par quel miracle vous voit-on, au premier appel d'un nouveau client, retrouver votre zèle de vingt ans? Si l'activité de la vie de praticien est pour vous une condition de santé, continuez; c'est bien le moins que vos obligés d'autrefois vous restituent une partie de ce que vous leur donnâtes alors..... Mais trève de plaisanteries! Oui, le bon vouloir qui survit à la puissance mérite toutes nos sympathies s'il est sincère, tous nos respects s'il est désintéressé. Or, partout le corps médical a prouvé par de vivants exemples que la définition qui appelle du titre d'*honoraire* celui qui exerce *pour l'honneur*, s'applique littéralement à lui. J'allais presque dire ne s'applique qu'à lui. — Mais on manque le but aussi bien en le dépassant que pour ne l'avoir pas atteint. Si donc c'est réellement par amour de l'humanité que vous voulez vieillir à son service, écoutez-moi : je vais, en deux mots, vous dire où votre abnégation peut s'arrêter sans scrupule.

cet état soit dû à la gêne de la respiration, et il professe, se réservant d'en administrer la preuve ultérieurement, que « *dans tous les cas* l'apparition du principe sucré dans l'urine a pour cause commune, essentielle, l'excitation du système nerveux grand sympathique. »

Je ne viens pas prendre précisément parti dans cette discussion; elle ne me paraît pas encore près d'être vidée. Je viens seulement déposer dans la question un élément nouveau, un fait nouveau, dont l'Académie appréciera le degré d'intérêt.

M. Reynoso ayant eu l'obligeance de m'inviter à suivre quelques-unes de ses expériences, j'ouvris devant lui cette conjecture que, si l'insuffisance de l'hématose avait pour effet d'amener la glucosurie, on trouverait probablement du sucre dans l'urine des vieillards. Je me rappelais ces dispositions de l'appareil respiratoire observées par Hourmann et moi chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, et que nous avons longuement décrites dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (1835); je me rappelais cette dépression latérale du thorax, cette projection du sternum en avant, cette roideur des articulations costo-vertébrales, cette dureté ou cette ossification des appendices cartilagineux, le parenchyme pulmonaire raréfié, les parois cellulenses amincies ou rompues, les vaisseaux capillaires oblitérés. A moins que, pour une raison ou pour une autre, le sang des vieillards ne contînt pas de sucre ou n'en contînt que très-peu, de telles conditions étaient, dans la théorie de M. Reynoso, on ne peut plus favorables à la production de la glucosurie. En vue de vérifier cette conjecture, nous fîmes les expériences suivantes.

EXP. I. — Nous choisîmes d'abord, à l'hospice de la Salpêtrière, une femme âgée de 81 ans, tombée dans le dernier degré de décrépitude. Nous nous assurâmes qu'elle était exempte de toux habituelle ou d'étouffement, et ne portait actuellement aucun signe, physique ou symptomatologique, d'affection pulmonaire ou cardiaque, ou de toute autre maladie capable de gêner la respiration; de telle sorte que l'insuffisance de combustion, si elle avait lieu, ne pût être attribuée qu'à l'état du poumon engendré par la sénilité. L'urine de cette femme, recueillie le matin à la dose de 100 grammes environ, fut d'abord traitée par le sous-acétate de plomb, pour en séparer l'acide urique et autres matières organiques précipitables, puis placée sur un filtre. La liqueur filtrée fut débarrassée du sel de plomb qu'elle avait pu retenir au moyen du carbonate de soude, et filtrée de nouveau. Nous versâmes enfin de la liqueur saccharimétrique (cuprico potassique) de M. Barreswil, et nous obtînmes, après une minute d'ébullition, un précipité rougeâtre très-abondant (protoxyde de cuivre.)

EXP. II. — La même expérience fut faite sur les urines de cinq femmes âgées de 68 à 81 ans, couchées dans les salles de chirurgie de la Salpêtrière, l'une pour un abcès au bras, une autre pour des douleurs rhumatismales, la troisième pour une affection chronique de la peau, les deux dernières pour des contusions. Toutes jouissaient du reste d'une bonne santé. L'urine de chacune de ces cinq femmes, également recueillie le matin, donna un précipité très-caractéristique.

EXP. III. — Pour rencontrer plus facilement des vieillards exempts d'affection du cœur ou des poumons, nous nous fîmes autoriser à recueillir de l'urine hors de l'infirmerie, c'est-à-dire dans les dortoirs. Nous choisîmes, le même jour, huit femmes qui nous paraissaient offrir les conditions requises et âgées de plus de 70 ans, une seule exceptée qui n'avait que 63 ans, mais était déjà fort décrépite. Deux ne donnèrent qu'un léger nuage jaunâtre peu significatif; six, un véritable précipité rougeâtre.

EXP. IV. — Voulant savoir si la glucosurie était constante chez ces femmes, ou seulement passagère, au bout d'une semaine nous primes une seconde fois de l'urine de sept d'entre elles, y compris les six glucosuriques; chez deux, il n'y eut pas trace du nuage jaunâtre; chez deux autres, le nuage fut peu apparent; chez les trois dernières, il y eut précipité.

Les résultats obtenus jusque-là ne laissaient guère d'incertitude, et M. Pelouze, ayant eu occasion de voir quelques-unes des liqueurs essayées dont il ignorait la nature, n'hésita pas, sur le vu du précipité, à déclarer qu'elles contenaient du sucre. Néanmoins la fermentation nous offrait un moyen de vérification plus décisif encore; nous y eûmes recours.

EXP. V. — Les urines de quatre femmes, âgées de 70 à 92 ans, furent réunies, après avoir constaté, sur échantillons, qu'elles donnaient un précipité rougeâtre par la liqueur de Barreswil. Elles occupaient un tiers de litre environ. D'abord traitées par l'acétate de plomb et le carbonate de soude, comme dans les expériences précédentes, elles furent réduites par évaporation à deux ou trois cuillerées à bouche, puis mises en contact avec la levûre de bière, dans une cornue de verre dont le goulot s'adaptait à un petit récipient. Nous n'avons pris aucune disposition pour recueillir l'acide carbonique, la formation d'alcool pouvant suffire pour attester la présence du sucre. La distillation à feu doux amena bientôt dans ce récipient un gramme environ d'un liquide incolore. Le récipient fut alors enlevé et chauffé légèrement pendant qu'on présentait à l'orifice une allumette enflammée. Une flamme bleuâtre courut dans toute la longueur du goulot, laissant après elle une odeur non équivoque d'alcool.

EXP. VI. — La même expérience fut faite quelques jours après sur les urines de six femmes, âgées aussi de plus de 70 ans. La liqueur totale occupait deux tiers de litre; elle fut réduite par évaporation à quatre ou cinq cuillerées à bouche. Cette fois, avec le premier produit de la distillation, n'équivalant pas à plus de 3 grammes, nous pûmes obtenir une flamme bleuâtre qui ne cessa de couronner le goulot du récipient pendant huit ou dix secondes, et laissa une véritable odeur de punch.

La fermentation alcoolique a donc été évidente; partant les urines expérimentées contenaient une quantité notable de principe sucré.

Nous avions eu d'abord l'intention, M. Reynoso et moi, de rechercher s'il y avait quelque proportion entre l'intensité de la glucosurie et l'âge des sujets ou le degré de décrépitude. Il en est ainsi très-probablement; mais les seuls essais auxquels le temps nous ait permis jusqu'ici de nous livrer n'ont pas donné de résultat satisfaisant. Dans la troisième expérience, nous avions eu soin d'employer pour tous les sujets la même quantité d'urine et la même dose de réactif, et nous les avions classés suivant le degré d'abondance du précipité; procédé peu rigoureux sans doute, mais susceptible pourtant de fournir des indices de quelque valeur. Or ce classement n'était pas du tout conforme à la progression de l'âge, non plus qu'à celle de la décrépitude. Certaines femmes très-bien conservées, malgré leur grand âge, ayant encore la peau souple, les seins assez développés, la poitrine peu déformée, ont donné beaucoup de sucre, tandis que d'autres, tout à fait desséchées, n'en ont donné que très-peu ou même pas du tout. On comprend d'ailleurs combien une telle recherche devait présenter de difficultés, quand on réfléchit que, chez un même sujet, la glucosurie peut disparaître d'un jour à l'autre ou varier beaucoup d'intensité, ainsi qu'on l'a vu plus haut. De plus, il est clair que la quantité de sucre éliminé par les urines est subordonnée en partie à la richesse de la source qui le verse dans l'économie, et l'on ne sait pas encore si et comment cette source peut être affectée par les progrès de l'âge et l'affaiblissement de l'organisme.

Tels qu'ils sont, les résultats que j'ai eu l'honneur de faire connaître à l'Académie établissent-ils sûrement que l'existence de la glucosurie chez

---

En face d'un cas difficile, vous vous surprenez à faire appel à vos souvenirs plutôt qu'à votre jugement, à chercher des formules avant d'avoir assis un plan de médication..... Premier avertissement, trop significatif s'il se répète.

Vos soirées, vos nuits se passaient jadis à combiner quelque agent actif de guérison, quelque voie de salut pour vos malades les plus menacés. Aujourd'hui, vous vous endormez paisiblement en murmurant que, après tout, vous guérirez toujours aussi bien que le confrère tel ou tel.... Hélas! l'insénescence n'est qu'un vain mot!

Après une longue absence, vous entrez à l'improviste chez ce vieux client, dont le bon accueil était prévu, était compté au nombre des joies du retour. Oui, il fête l'ami; mais il sait mal dissimuler qu'il s'était accoutumé à votre remplaçant..... Rude école, et qu'il faut du courage pour supporter sans pâlir.

Vous contredisez un confrère en consultation; il vous répond avec déférence, mais sans chercher à justifier son opinion..... Évidemment vous baissez : c'est à peine si l'on vous juge digne d'une réfutation.

Enfin des réputations s'élèvent parallèles à la vôtre, entravant le même genre; et l'on fait leur éloge devant vous, et l'on vous cite sans cérémonie leurs travaux, leurs succès..... Philippe, souviens-toi que tu es homme!

Je pourrais multiplier ces *éprouvettes*; mais à qui elles sont destinées, elles suffisent et au delà. Le sage comprend à demi-mot, et il les recueillera d'autant plus précieusement qu'elles ne sont qu'un prélude éloigné, un prodrome. Ce qu'elles annoncent, ce n'est point la décadence confirmée, c'est tout simplement le commencement de la fin.

Vous le voyez, messieurs, tout en nous et hors de nous prend alors une voix pour sonner la retraite; et quelque peu disposés que nous soyons à prêter l'oreille, nous n'avons pas besoin de les payer aussi cher que l'archevêque de Grenade pour trouver des conseillers qui nous indiquent le moment où nous pourrons l'effectuer sans qu'elle ressemble à une déroute. — Mais alors même que le moment est venu, qu'il est décidé, faut-il rompre tout d'un coup et s'ensevelir dans l'inaction? Non; ni pour nous ni pour les autres, la nature ne le veut ainsi. Physique ou morale, toute force humaine remplirait incomplétement son but, si, avant le repos absolu qui fait place à un successeur, elle ne passait par l'état de non-activité, qui sert à l'initier. C'est ainsi, c'est à perpétuer les traditions, que s'utilise providentiellement cette ténacité particulière que notre siècle trop peu spartiate reproche si amèrement aux vieillards.

La retraite, chez nous, ne repose donc pas, comme en matière administrative, sur des conditions invariables. Partielle ou totale, précoce ou tardive, instantanée ou chronique, avec ou sans espoir de retour, volontaire ou forcée, elle a ses types divers, selon l'âge, la résidence, la fortune, la spécialité du postulant. Celui-ci sait descendre un à un les échelons de la faveur publique: c'est à peine si on l'a vu décroître, tandis que tel autre, renversé brusquement du haut en bas, va laisser sur le sol un long souvenir de sa chute. Esquissons cette physiologie : hélas! ce n'est point une étude spéculative; l'instant n'approche que trop vite où elle sera à l'usage de chacun de nous.

L'accoucheur semble toujours porter le poids de la fameuse sentence d'Ant. Dubois. S'il est vrai que, dans cette carrière, le succès soit en raison de la vigueur musculaire et de la capacité de résistance au sommeil, on comprend ce

les vieillards tient à la combustion insuffisante du sucre normal dans le poumon, comme le veut M. Reynoso? Assurément le succès d'une expérience inspirée par une vue inductive parle fortement en faveur de l'induction elle-même. On peut dire surtout que la présence du sucre dans l'urine de sujets débilités par l'âge, dont l'hématose est languissante, dont l'activité nerveuse va se perdant chaque jour, se s'accorde pas très-bien avec ce principe si absolu de M. Bernard, que, *dans tous les cas*, la glucosurie a pour cause l'*excitation* du grand sympathique. Toutefois, comme le fait de la glucosurie des vieillards est susceptible de se prêter à plus d'une explication assez raisonnable; comme il serait possible, par exemple, que le sucre ne passât dans les urines que parce qu'il ne trouverait pas son emploi normal dans les sécrétions, il me paraît prudent de ne prendre actuellement aucune détermination.

Dans cet esprit de réserve, je tirerai seulement des expériences ci-dessus relatées, une conséquence de fait que j'énonce ainsi :

Il existe habituellement du sucre dans l'urine des vieillards.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Dans une série de mémoires lus à l'Académie des sciences (C. R. DE L'AC. DES SC., 1851, t. XXXIII, p. 463, 541, 301 et 932, et t. XXXIII, p. 409), nous avons fait connaître le résultat sommaire des modifications que subit la température animale sous l'influence de différents agents thérapeutiques. Nous livrons aujourd'hui à la publicité nos expériences *in extenso*, et nous les accompagnons de quelques considérations physiologiques et thérapeutiques.

Notre premier mémoire comprenait les *Excitants*. Déjà nous avons, dans L'UNION MÉDICALE (21 et 23 octobre 1851), publié un travail sur les ammoniacaux : nous n'y reviendrons pas ici. Dans cette publication, nous avons dit comment l'un de nous, M. Lecointe, dans sa thèse (février 1850), a posé en principe que l'emploi des médicaments ne serait rationnel que si on parvenait à déterminer pour chaque substance son *électivité*, sa *spécificité* et son action *dynamique*. En d'autres termes : quel est l'appareil, l'organe, le tissu, le système qui sera modifié par la substance *absorbée*? quelle sera la modification? le rhythme normal des fonctions sera-t-il élevé ou abaissé?

Nous tentons, dans ce mémoire, pour les cantharides, la cannelle, le phosphore et la quinine, ce que nous avons fait pour les ammoniacaux.

I. — EXCITANTS : CANTHARIDES, CANNELLE, PHOSPHORE, SULFATE DE QUININE.

Les *cantharides* sont employées en médecine et sont administrées, soit par la méthode endermique, soit par les voies digestives. Dans le premier cas, la plupart des médecins de l'antiquité, comme ceux des temps modernes, ont eu en vue de produire une révulsion vers les tégmeuts externes, ou bien de *substituer* une inflammation *spécifique* à une dermopathie.

Nous renvoyons pour l'étude, la marche et la figure du vésicatoire à ses diverses périodes, aux pages savantes tracées par MM. Trousseau et Pidoux (TRAITÉ DE THÉRAP. ET DE MAT. MÉD., 1851).

L'école italienne interprète différemment l'action des vésicatoires. Accordant peu d'importance au phénomène local, elle attribue à l'absorption de particules de cantharides une action dynamique, qu'elle dit être hyposthénisante cardiaco-vasculaire. Nous relèverons en temps et lieu, ce que nous croyons être faux dans cette proposition.

Dans le second cas, les cantharides ont été administrées en vue de maladies bien différentes; ainsi, dans l'aménorrhée, l'alopécie, l'anasarque, l'ascite, l'asthme, la blennophthalmie, la blennorrhagie, la coqueluche, les dartres, le diabète, les paralysies, l'hydrophobie, le scorbut, le tétanos, etc., etc.

Pour apprécier l'action des cantharides dans des cas pathologiques si différents, pour justifier une semblable anomalie, il faudrait rationaliser l'*électivité*, la *spécificité* et l'action *dynamique* de cet agent.

La tâche que nous nous proposons ici est rude à remplir, nous ne nous le dissimulons pas; mais, dans cet essai, nous sommes soutenus par la conviction profonde que l'avenir de la thérapeutique est là. Croire à la *spécificité* des médicaments sans démontrer leur *électivité*, sans découvrir le siége de leur action, ce serait, à notre sens, rétrograder vers les *entités* morbides, ce serait méconnaître les bienfaits de l'école anatomo-pathologique, et nier la lumière qu'a projetée sur le diagnostic et sur le traitement des fièvres dites essentielles, la localisation de toutes les affections.

Les propriétés *électives*, *spécifiques* et *dynamiques* des cantharides ne peuvent être découvertes que par l'étude des phénomènes physiologiques et par l'interprétation des faits cliniques.

Les phénomènes physiologiques nous seront fournis par nos propres expériences sur les animaux, par celles de notre maître M. Orfila, dont le nom doit être rappelé toutes les fois qu'il s'agit d'expérimentation ou de faits toxicologiques; enfin, par les faits apportés par M. Giacomini, dont nous aurons cependant à combattre les conclusions.

Nous avons fait quatre expériences sur des chiens adultes, bien portants. En voici les résultats.

EXP. I. — 8 décembre 1850. Température initiale, 40°.

A onze heures cinquante-cinq minutes, introduction dans l'estomac de 8 centigrammes de cantharides en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A deux heures dix minutes, le thermomètre marque 40°,3.

A six heures vingt minutes, 42°,1.

A onze heures dix minutes, 42°.

L'animal ne témoigne ni souffrances, ni abattement.

Le 10 au matin, le chien meurt.

Autopsie à onze heures trente minutes.

---

que coûtent de pareils triomphes. Aussi *renoncer aux accouchements* est-il le rêve favori de plus d'un confrère, qui souvent réalise ce vœu sans s'apercevoir qu'il vient de signer sa première demande de mise à la retraite.

Et le chirurgien. Oh! le chirurgien qui vieillit, plaignons-le, plaignons-le partout, excepté à Lyon. Ce n'est pas sans raison que notre ville voit l'élite des jeunes travailleurs se disputer les places de *majors*; car, à l'expiration de leur service, elle leur tient prête la plus magnifique compensation, la seule peut-être que n'eût ose prévoir le génie d'Azaïs. Ailleurs, quand l'âge est venu, quand la main du chirurgien tremble, on lui dit de fermer son bistouri : à Lyon, on le prie d'ouvrir sa lancette. L'ancienne hiérarchie, qui humilia saint Come, se trouve ici renversé sens dessus dessous. Par cela, et par cela seul qu'il n'est plus suffisant operateur, il devient médecin transcendant. L'usage est même tellement conséquent dans son caprice qu'on voit la vogue populaire hésiter tant que le futur Corvisart retient encore le sceptre de Desault. Mais du moment qu'il a abdiqué, le mouvement se décide, et sa profonde connaissance des maladies internes éclate comme une révélation. — Il n'y a là rien de raisonné, et l'on se perdrait inutilement en conjectures pour deviner la cause de cette étrange anomalie. Je le répète : à mon avis, c'est seulement une retraite que la bonne ville de Lyon veut octroyer à ses majors, et je trouve tout simple, quant à moi, qu'elle fasse quelque chose pour la fortune de ceux qui ont tout fait pour sa gloire.

Cesser les accouchements,—renoncer aux opérations, —fermer sa porte aux cas urgents,—restreindre ses courses à un cercle plus étroit,—se renfermer dans une spécialité,—refuser de sortir de nuit,—n'accepter que des consultations : voici les retranchements que, pour cause de santé, un praticien est assez fréquemment dans la nécessité de s'imposer. Autant que possible, il fera bien de ne passer que successivement de l'un à l'autre. Pour lui-même, la transition est moins pénible, et il échappera ainsi au reproche de se ménager au delà de ses besoins. D'ailleurs, dès qu'il a à proximité un remplaçant capable, nul n'a le droit de lui prescrire ce qu'il doit faire. La seule règle à observer en pareil cas est, une fois la mesure arrêtée, de la faire porter invariablement sur tous; ou, s'il est des exceptions pour quelques clients, de ne les permettre qu'en faveur du plus pauvre.

Pour le médecin de campagne, de tels adoucissements sont justement le fruit défendu. Seul dans son hameau, jour et nuit, jusqu'au dernier souffle, il doit se trouver prêt à toute heure pour ce terrible métier de postillon ou de facteur rural, qu'a si bien exercé et dépeint notre ami à tous, Munaret. Aussi pesez bien vos forces, jeunes docteurs, avant de charger un pareil fardeau; car vous le prenez pour la vie. Malheur à vous, si vous n'y avez réfléchi. Tout votre avenir est dans vos jambes. Vos clients, à vous, sont comme la montagne de Mahomet : il faut aller à eux. Un rhumatisme vous cloue au lit; l'âge alourdit vos pas. Plus de clientèle.

En six mois, elle a passé sans retour à un successeur plus valide. — Aussi, songez-y mûrement : la vraie retraite d'un médecin de campagne peu fortuné est à la ville. Mais n'attendez pas trop tard pour l'opérer. Aux premières atteintes fuyez vers nous. Si vous en êtes dignes, ce n'est là que changer le théâtre de vos succès. Notre ville, notre administration de bienfaisance, cette société elle-même se félicitent d'avoir pu prouver par de récents exemples com-

CAVITÉ THORACIQUE. — La cavité des plèvres contient environ 100 grammes d'un liquide trouble d'un jaune sale. Ce liquide est en plus grande quantité à gauche qu'à droite.

Les poumons sont flasques et rougeâtres.

Le péricarde est rouge d'injection; le cœur droit contient du sang à l'état de caillots de consistance de gelée, et le cœur gauche un caillot fibrineux assez volumineux.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Le foie, la rate, le pancréas et les reins sont à l'état normal.

L'estomac contient, ainsi que le premier tiers intestinal, une bile d'une belle couleur jaune.

La membrane muqueuse de l'estomac est maculée, vers le petit cul-de-sac, par une légère injection.

La membrane muqueuse intestinale est rouge dans son premier décimètre, puis présente des traces d'injection dans quelques places de son premier tiers; saine ensuite, elle redevient rouge vers la fin de l'intestin grêle et dans toute la longueur du gros intestin.

Des portions de tænia s'échappent de l'intestin.

La vessie est revenue sur elle-même, mais elle ne présente aucune altération pathologique à sa surface interne.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges et injectés.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. — Les membranes du cerveau sont légèrement injectées. La substance blanche offre un peu de piqueté, surtout dans les lobes postérieurs.

La substance grise est saine.

Le cervelet se présente à l'état normal.

Les membranes de la moelle épinière, examinées dans la portion lombaire, sont à l'état physiologique.

La substance blanche est parfaitement saine. La substance grise est légèrement rosée vers le renflement lombaire; cette rougeur ne s'apprécie bien qu'en comparant cette portion avec une portion supérieure.

EXP. II. — 15 décembre 1850. La température initiale est de 40°.

A onze heures quinze minutes, on introduit dans l'estomac 20 centigrammes de cantharides en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi vingt-cinq minutes, 40°,5.

A midi trente minutes, nne selle.

A midi cinquante minutes, 41°; pas de phénomènes particuliers du côté des organes génitaux.

A six heures cinq minutes, 41°,8; l'animal est très-abattu.

A onze heures trente-cinq minutes, 41°1; l'abattement a diminué.

L'animal succombe le 17 au matin.

Autopsie à neuf heures et demie.

CAVITÉ THORACIQUE. — Rien d'anormal.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Le foie, la rate et les reins sont sains. Le pancréas est rouge. La membrane muqueuse de l'estomac présente de la rougeur et des places ecchymotiques; elle offre également, semées çà et là, des taches noires, les unes de la grandeur d'une simple piqûre, d'autres de celle d'une lentille.

La matière noire enlevée laisse à découvert des ulcérations en forme de cupule, sans altération de couleur; les unes assez profondes, les autres très superficielles.

Le premier quart de l'intestin grêle présente de la rougeur à plusieurs places; le reste est intact.

Le gros intestin est d'un rouge clair.

Les ganglions du plexus solaire sont blancs.

La vessie est très-fortement revenue sur elle-même, et la membrane muqueuse est d'un rouge vif.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. — Les membranes du cerveau sont intactes. La substance blanche et la grise des lobes postérieurs du cerveau et du cervelet offrent un léger piqueté.

La moelle épinière et ses membranes sont à l'état physiologique.

EXP. III. — 22 décembre 1850. La température initiale est de 39°,9.

A onze heures cinquante minutes, on introduit dans l'estomac 20 centigrammes de cantharides en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi cinquante minutes, 40°.

A trois heures quinze minutes, 40°.

A six heures dix minutes, 39°,8.

A dix heures trente-cinq minutes, 40°.

Le 24, on le tue par strangulation.

Autopsie.

Les poumons, le cœur, le foie et les reins présentent l'état qui suit la strangulation.

Le pancréas est rouge. La membrane muqueuse de l'estomac est recouverte d'un peu de mucus; elle est rouge violacé dans toute son étendue, excepté dans le petit cul-de-sac, où elle est lie de vin.

L'intestin contient des tænias et un mucus sanguinolent dans la première moitié. La membrane muqueuse est très-fortement vascularisée dans toute son étendue.

La membrane muqueuse du gros intestin est saine.

Les ganglions du plexus solaire et de la région lombaire sont blancs.

Les membranes du cerveau sont légèrement injectées. La substance grise du cerveau est un peu rosée; la blanche est saine. Les membranes de la moelle épinière sont intactes. La substance grise est un peu rosée; la blanche est saine.

EXP. IV. — 12 janvier 1851. La température initiale est de 40°,3.

A midi, on introduit dans l'estomac 40 centigrammes de cantharides, en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi quarante-sept minutes, 40°,1.

L'animal se couche sur le flanc, près du poêle, et tombe dans un état de somnolence.

A trois heures vingt minutes, 40°,8.

A cinq heures trente-cinq minutes, 41°.

Le 14, l'animal est mis à mort par strangulation. Immédiatement après, on procède à l'autopsie.

Les organes contenus dans la cavité thoracique ne présentent rien d'anormal.

La membrane muqueuse de l'estomac offre une rougeur lie de vin vers son petit cul-de-sac. On remarque aussi, éparses çà et là, de petites ulcérations de forme conique sous de petites ecchymoses noires.

La surface interne de l'intestin dans toute son étendue est ecchymotique.

Le foie est turgescent; le pancréas est rosé; les reins et la rate sont sains.

La vessie est fortement revenue sur elle-même; sa membrane muqueuse est rouge.

Les ganglions du plexus solaire et ceux de la région lombaire sont blancs.

Les membranes du cerveau offrent une légère injection. Le cerveau est intact. Les membranes de la moelle épinière, sa substance blanche et la grise sont parfaitement saines.

Ces expériences mettent en évidence :

1° L'élévation de la caloricité.

2° L'état morbide du système nerveux et des membranes muqueuses et séro-muqueuses.

Nous extrayons quelques passages du TRAITÉ DE TOXICOLOGIE de M. Orfila (1843, 4e éd., t. II).

EXP. I (p. 138). — Ingestion de 1 gr. 60 centigr. de poudre de cantharides.

---

bien les devoirs de l'hospitalité lui sont doux à remplir envers vous.

Ainsi expliqués, l'idée et le mot de retraite ont, ce me semble, perdu une bonne partie de leur signification effrayante. Telle que je la comprends, elle est un *devoir* pour tout homme consciencieux qui voit ses forces descendues au dessous du niveau de sa tâche. Mais en déposant sa responsabilité, va-t-il pour cela s'inscrire dans la phalange des oisifs et des inutiles? Nullement. Encourager, guider ceux qui restent dans la carrière est à l'avenir son rôle; et s'il a souvent le regret de ne pouvoir réparer leur faute, il lui reste du moins la consolation de les signaler sans aigreur, et l'espoir — illusion si chère à la vieillesse — de pouvoir les prévenir désormais par ses avis. L'histoire des temps passés lui appartient; sa mémoire en fait chaque jour jaillir de nouveaux enseignements. Pour peu qu'il sache mettre de discrétion à l'ouvrir, ce n'est pas à notre époque de retour aux vieilles et bonnes doctrines que la jeune génération dédaignera d'aller puiser à cette source féconde.

Il est bien peu de confrères qui s'arrangent ainsi d'avance une existence modeste. Interrogez-les sur l'emploi de leurs futurs loisirs. Tous ils vous parleront de notes à rédiger, de souvenirs à mettre en ordre, des résultats de leur expérience dont ils sont comptables envers la postérité. Le plan est dressé; les matériaux prêts; leur cervelle est grosse au moins d'un in-octavo; il ne faut plus que du temps... Hélas! à combien de baptêmes semblables n'ai-je pas été convié par avance, et sur le petit nombre des nouveau-nés venus à terme, combien peu ont trouvé de parrain! Le public et les éditeurs rivalisent en général de défiance pour ces fruits de l'arrière-saison. Que peuvent-ils en effet fournir, ces invalides de la clinique, novices de la littérature? Une découverte? — Mais si elle est bonne et réelle, leurs succès, à défaut de leurs confidences, ne l'ont-ils pas dès longtemps divulguée? — Un ouvrage classique? Pour répandre la science, il faut se tenir au milieu de son courant, saisir ses moindres progrès, en deviner la portée, vivre en un mot, et non avoir vécu. — Une monographie? une compilation? que que mémoire soi-disant original? A la bonne heure: mais ces frêles poussées de la jeunesse, première ébauche d'un talent qui s'essaye, suffisent-elles bien comme dernier mot d'un auteur qui n'aura pas le temps de prendre sa revanche? — Un tableau de genre, où la vivacité du coloris cache la pauvreté du dessin? C'est là à la fois le rêve général, mais aussi la déception la plus commune. Qui dira les tourments du triste écrivain, limant ses phrases, cherchant le genre qui lui sied le mieux, essayant de tous les styles, forcé enfin de jeter sa plume qui décidément ne sait rédiger que des ordonnances! — Méditez ces exemples, vous qui faites du titre d'auteur un hochet pour le délassement de vos vieux jours. Pour ce métier, comme pour tout autre, il faut un fonds et un apprentissage. Ni la matière, ni la mise en œuvre ne s'y improvisent. Faites donc, et dès à présent, ample provision de matériaux. Cultivez surtout, moins par les lectures que par un exercice actif, l'habitude de la création littéraire; et vous pourrez aspirer aux succès de ceux dont la fécondité a fait l'étonnement de leurs contemporains et la gloire de notre ville, des Martin jeune, des Dupasquier, des Baumès, des Brachet, dont les œuvres ne resteront que parce qu'ils avaient quelque chose à dire et qu'ils s'étaient de longue main initiés à l'art de le bien dire.

Bien avant ces préoccupations diverses, il en est une que la nature prévoyante inspire à tout être menacé de finir, préoccupation que le médecin ressent plus

Symptômes : Malaise, abattement, vomissements, mucosités sanguinolentes.
Nécropsie : Muqueuse gastro-intestinale, rouge noir, etc.; organes génito-urinaires à l'état *normal*.

Exp. II. — Ingestion de 2 gr. 60 centigr.
Symptômes : Vomissement, cris plaintifs.
Nécropsie : Muqueuse gastro-intestinale d'un rouge très-intense; organes génito-urinaires à l'état *normal*.

Exp. III. — Ingestion de 4 gr. de poudre de cantharides.
Symptômes : Mucosités buccales, vomissements, cris douloureux, abattement.
Nécropsie : Muqueuse rouge et phlogosée; vessie revenue sur elle-même, mais *saine*.

Exp. IV. — Ingestion de 4 gr. de poudre de cantharides.
Symptômes : Frissons, mouvements convulsifs, vives douleurs, vomissements.
Nécropsie : Muqueuse enflammée, ecnenne blanche, sang coagulé dans les vaisseaux.

Exp. V (Poumet, Thèse souten. le 7 mai 1842). — Ingestion de 2 gr. de poudre de cantharides.
Symptômes : Hoquets, nausées fréquentes, vomissements de mucosités blanches, filantes; inappétence, soif vive continuelle; respiration fréquente, haletante; inquiétude, agitation, plaintes, aboiements, diminution des forces, affaiblissement progressif; décubitus sur l'un ou l'autre côté; frémissement, tressaillement, mouvements convulsifs du côté droit, tremblement général; rougeur des conjonctives oculaires et palpébrales et de la langue; pas d'évacuations alvines.
Nécropsie : Paillettes de cantharides retrouvées dans les mucosités de l'estomac et dans les matières intestinales.

Exp. VI (même thèse). — Ingestion de 2 gr. 25 centigr. de poudre de cantharides.
Symptômes : soif vive, dépression des forces.
Nécropsie : Recherche des paillettes de cantharides.

Exp. X. — 12 gr. de poudre de cantharides.
Nécropsie : Membrane muqueuse vésicale rouge de feu.

Exp. XI. — 4 gr. de poudre de cantharides sont déposés sous le derme de la région dorsale.
A l'autopsie, on constate la rougeur des muqueuses gastro-intestinale et vésicale.

Exp. XII. — 4 gr. de cantharides sont déposés dans l'épaisseur du tissu cellulaire de la cuisse.
Fièvre, chaleur intense.
A l'autopsie, on trouve la muqueuse vésicale saine, mais les vaisseaux qui se distribuent à la séreuse sont injectés.

Exp. XIII. — « A dix heures, on a injecté dans la veine jugulaire d'un chien de moyenne taille, 6 gr. d'*huile d'amandes douces*, qu'on avait fait chauffer pendant un quart d'heure avec 4 gr. de cantharides *pulvérisées*. Au bout de dix minutes, l'animal a perdu connaissance; il est tombé sur le côté, et il a été impossible de le faire tenir sur ses pattes. Quelques instants après, il a éprouvé une roideur générale, accompagnée d'une grande agitation dans tous les membres; la tête s'est fortement renversée en arrière; la respiration n'était point gênée. Cet état a duré pendant six minutes; alors les mouvements convulsifs ont cessé, la respiration est devenue accélérée; l'animal ne poussait aucun cri plaintif; il conservait la même position qu'auparavant. Quinze minutes après l'injection, on a voulu le relever, mais il est tombé tout à coup sur la tête, en recommençant de nouveau à agiter les membres. A onze heures moins un quart, il a eu un accès convulsif des plus violents pendant lequel sa respiration était très-accélérée; il poussait quelques cris plaintifs; il roulait son corps par terre et retombait sur la tête. A midi, sa respiration était excessivement gênée et râlante. Il est mort à une heure et demie, après avoir uriné deux fois depuis le moment de l'injection.

» Les poumons étaient très-volumineux et gorgés d'une grande quantité de sérosité roussâtre; ils offraient plusieurs portions d'une couleur rouge livide, d'un tissu compacte, peu crépitant; les autres parties de cet organe étaient dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la vessie était légèrement injectée; celle qui tapisse l'estomac et le duodénum n'offrait rien de particulier. »

Obs. V (p. 157). — État convulsif.
Bon résultat de l'opium (Giulio).

Obs. VII. — Avortement par les cantharides.
État inflammatoire général; congestion du cerveau; intelligence intacte.

Obs. VIII. — Soif inextinguible; difficulté d'avaler.

Obs. XI et XII. — Symptômes d'hyposthénie combattus par l'ammoniaque (Pallini).

M. Morel-Lavallée a constaté que, sous l'influence des cantharides, il se formait à la surface interne de la vessie des fausses membranes qui ont été expulsées par l'urètre. Il a également observé la présence de l'albumine dans les urines.

M. Troussel a noté que sous l'influence des vésicatoires cantharidés, l'urine contenait des pellicule pseudo-membraneuses et qu'il se déposait au fond du vase de nuit une large couenne.

M. Troussel se demande si cette production couenneuse n'est pas le résultat de l. coagulation au sein de l'urine d'une certaine quantité d'albumine sécrétée par les parois vésicales.

M. Bouillaud a constaté chez 9 malades, dont les urines ne contenaient pas d'albumine, que l'application de vésicatoire amenait dès le lendemain la présence d'une certaine quantité de cet élément.

Dans un mémoire sur la cystite cantharidienne, publié dans la Revue médico-chirurgicale, M. Bouillaud reconnait que les reins sont bien réellement le siége de l'acte pathologique d'où provient l'albumine que contiennent anormalement les urines.

Ce professeur se demande avec raison si c'est dans le tissu propre des reins, ou bien dans la membrane séreuse ou séro-muqueuse qui tapisse le système excréteur de ces organes sécréteurs de l'urine, que s'opère cet acte pathologique. Il arrive à cette conclusion où l'on reconnait l'esprit philosophique qui formula *la loi de coïncidence* de l'endocardite et du rhumatisme articulaire, que la sécrétion albumineuse doit avoir lieu par la membrane interne du système excréteur des reins, membrane analogue à l'élément du derme qui fournit la sécrétion que renferme l'épiderme soulevé.

M. Brame (*mém. lu à l'Acad. de méd.*) conclut ainsi : « Ce qui est propre aux cantharides, c'est la contracture de la vessie, qui est telle que cet organe n'avait plus que le volume d'une grosse noix chez un chien de moyenne taille, et que le volume de la prostate était plus considérable; c'est l'altération des reins, des uretères, de la *muqueuse* de la vessie; c'est l'altération du suc gastrique qui devient alcalin et albumineux en présence du vinaigre, et qui contient de la matière colorante du sang si le poison agit énergiquement; c'est la nature des matières de l'intestin, qui sont un mélange de bile altérée, de matières fécales, albumineuses, et encore de matière colorante du sang; ce sont des urines très-albumineuses et très-alcalines.

(La suite au prochain numéro.)

---

forte et plus précoce, le soin de se trouver un successeur. Il lui faut pour le repos de ses derniers jours; il le lui faut dans l'intérêt de ses malades. S'il a fini en son art, s'il croit, à force de tâtonnements et de méprises, avoir appris quelque chose, le choix de celui à qui il laissera un pareil legs doit être sa pensée de tous ses instants. — Quelques-uns, je le sais, échappent facilement à ce souci. Opprobre de la profession, rebut de notre corps, comme ils n'ont jamais vu dans le titre de docteur qu'un placement, dans la faculté de guérir qu'un permis d'exploiter, il est tout simple, au moment où le capital périclite entre leurs mains, qu'ils cherchent à s'en défaire le moins désavantageusement possible. De là ces cessions au plus offrant... Mais voilons cet affligeant tableau. Heureusement, pour y rester étrangers, nous n'avons pas besoin de fermer les yeux. Grâce à Dieu, ce n'est point à Lyon que de pareilles mœurs risquent de s'acclimater, à Lyon, où l'opinion générale, d'accord avec la haute raison des administrateurs, fait des successions, dans les emplois de médecin d'hôpital, presque une affaire d'intérêt public; à Lyon, où le bienveillant patronage de jeunes disciples, leurs remplaçants désignés, est pour les sommités de la profession une habitude traditionnelle; à Lyon enfin, où depuis des siècles le nom de médecin est si honorablement porté que l'enfant sent sa vocation grandir avec l'âge, au milieu du respect dont il voit son père entouré, et lui épargne ordinairement le soin de chercher un successeur ailleurs que dans son héritier. — Heureux à qui il est donné de remplir d'une façon si douce et si complète son triple devoir de praticien, de savant, de chef de famille! Suivant pas à pas les progrès de son cher élève, il lui allège les charges, lui mesure les épreuves, et lorsqu'enfin son cœur le lui fait connaître digne de l'estime publique, avec quelle joie n'en détourne-t-il pas les marques vers cet autre lui-même! — Voir ses doctrines se perpétuer, son nom garder le lustre payé par tant de veilles, ses vieux clients donner au père une nouvelle preuve de confiance en la reportant sur le fils, n'est-ce pas la plus belle retraite? Pour celui-là la vie a été pleine et le vœu de la nature satisfait jusqu'au bout; car lorsque, selon la consolante expression du poète, il tombe comme un fruit mûr par un beau jour d'automne, sa chute même est utile, puisque le choc qui l'entr'ouvre abandonne à son libre développement la graine précieuse qui doit un jour le reproduire tout entier.

P. Diday.

— M. le docteur Matthieu Bonafous, directeur du Jardin royal d'agriculture de Turin, membre correspondant de l'Institut, de l'Académie de Lyon et de la plupart des sociétés savantes de l'Europe, est mort subitement à Paris. M. Bonafous était né à Lyon en 1795. Il a laissé un grand nombre de travaux scientifiques relatifs surtout à la culture du mûrier et à l'éducation des vers à soie. Il jouissait d'une assez belle fortune dont il faisait le plus noble usage; chaque année il fondait des prix littéraires.

— M. Hénot, chirurgien principal de première classe à l'hôpital militaire de Metz, officier de la Légion d'honneur, est mort le 22 mars dernier, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— M. le docteur Lacour, de Doulevant (Haute-Marne), vient d'être condamné, par la commission mixte de son département, à un exil de sept années. Il vient de recevoir un passeport pour se rendre à Nice (États sardes).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UNE BALLE DE FUSIL QUI A SÉJOURNÉ PLUS DE CINQUANTE ANS DANS LA RÉGION FESSIÈRE DROITE; recueillie par M. le docteur RIPAULT, membre de l'Académie de Dijon. INDUCTIONS TIRÉES DE CETTE OBSERVATION, ET PREMIÈRES NOTIONS DE LA GYMNASTIQUE CLINIQUE; par M. FOURCAULT.

Les cas rares qui paraissent être en dehors des grandes lois de l'ordre physique méritent sans doute de fixer notre attention; mais ceux qui viennent confirmer ces lois, en complétant la chaîne des phénomènes, doivent être l'objet d'une étude approfondie. Le fait suivant se place naturellement dans cette dernière catégorie.

Un homme âgé de 83 ans, ancien militaire, a conservé pendant plus d'un d'un demi-siècle, de 1798 à 1851, une balle dans la région fessière, retirée après la mort de ce vieillard, le 26 février de cette dernière année. Un ressentiment léger et supportable, provoqué par les intempéries des saisons, était la seule sensation pénible déterminée par la présence de ce corps étranger.

Cette balle ayant été soumise à l'examen de M. le professeur Brullé, de l'Académie de Dijon, offrit, sur une portion de sa surface, une calotte solide de 10 millimètres environ de diamètre, et à laquelle adhérait par continuité un faisceau en partie charnu, en partie fibreux et membraneux, légèrement tordu sur lui-même, dont la base avait le diamètre de la calotte solide, et dont la hauteur était d'environ 12 à 15 millimètres. La surface de ce corps était fort inégale; sa substance pouvant être considérée comme osseuse, fut soumise à l'action de la scie, et la résistance qu'éprouva cet instrument fut plus considérable que celle offerte par le tissu osseux soumis à cette action mécanique.

Suivant ce professeur, on peut comparer cette résistance à celle que pourrait offrir une dent. Les fragments obtenus par cette opération se brisaient facilement; leur cassure était pierreuse, irrégulière, et ils ne présentaient rien d'analogue à la structure des os. On n'y trouvait ni canaux vasculaires, ni cavités particulières, ni corpuscules osseux.

Cependant la composition chimique de cette production anomale se rapprochait de celle des os, et l'acide chlorhydrique pur ou étendu d'eau produisit des effets analogues sur cette production et sur la substance osseuse. Ces fragments se dépouillèrent de leur partie solide et devinrent membraneux, sans changer de forme, et on ne put y apercevoir ni fibre ni cellule. D'une part, cette production cellulaire était très-solidement fixée à la surface de la balle; de l'autre part, elle adhérait avec beaucoup de force aux parties musculaires transformées en un tissu cellulaire condensé, formant une sorte d'étui cellulo-fibreux, au milieu duquel se remarquent quelques paquets de fibres musculaires altérées, dépourvues de fibres transversales. M. Brullé semblerait considérer l'enveloppe calcaire de la balle comme une *ossification* accidentelle, tandis que M. Ripault l'envisage comme une véritable *pétrification*. Peut-être conviendrait-il de lui assigner une place entre ces deux formations. Suivant le dernier observateur, il manque là une condition essentielle à toute production osseuse: l'élément cartilagineux, quoique organique, où vient se déposer le phosphate calcaire. Une analyse chimique plus complète aurait sans doute jeté une vive clarté sur les rapports que ces deux savants ont cherché à établir.

Mais il ne suffit pas de chercher à établir ces rapports matériels; il faut encore étudier la question au point de vue dynamique, en faisant quelques efforts pour dévoiler le mécanisme de la formation des productions anomales. Or tout indique que le ralentissement, l'arrêt de la circulation capillaire, surtout de la circulation interstitielle, est la condition la plus favorable du développement de ces productions; on les observe dans le cours des inflammations chroniques qui offrent, comme les inflammations aiguës, un obstacle mécanique à la circulation interstitielle qui s'opère par voie d'endosmose, ainsi qu'à la circulation anastomotique soumise à la force impulsive du cœur, comme le démontrent les expériences d'Harvey, de Magendie et mes propres observations (1).

Lorsque les tissus deviennent plus denses, soit par les progrès de l'âge, soit par des causes accidentelles, la circulation capillaire se ralentit, les particules les plus grossières des fluides organiques s'arrêtent dans les trames de ces tissus, ou à leur surface; de là les *ossifications* et les *pétrifications* qui sont si fréquentes dans la vieillesse. Lorsque la sub-inflammation accumule lentement le sang dans les vaisseaux capillaires, des phénomènes analogues doivent nécessairement se produire, et des agrégats de diverses natures se développent; telle me paraît être l'origine et la genèse des tubercules, des graviers, des calculs. L'inflammation chronique produit donc des *obstructions* qui favorisent des combinaisons chimiques anormales, au moyen desquelles se forment les agrégats. Une balle fixée depuis longtemps dans les tissus vasculo-nerveux devait produire ces trois ordres de phénomènes: irritations et appel du sang, obstruction, un arrêt de la circulation capillaire, productions anormales.

Il y a cependant ici une importante distinction à établir afin d'éviter une grave erreur. Suivant Broussais et ses disciples aujourd'hui peu nombreux, l'inflammation ou la sub-inflammation peut produire les tubercules et les autres productions anormales; suivant Laennec et ses élèves, ces productions sont dues à l'altération du sang et des liquides dont il est la source commune. La vérité se trouve entre ces deux opinions diamétralement opposées; l'observation qui précède, et à laquelle viennent se joindre une foule de faits analogues, empruntés à la pathologie interne, prouvent que l'irritation chronique, l'obstacle constant à la circulation interstitielle, déterminent souvent la formation d'agrégats inorganiques; mais il est évident que les tubercules, les calculs de diverses natures ne peuvent se former si le sang n'est point chargé des éléments chimiques qui les constituent. Ainsi il faut donc considérer les effets mécaniques et chimiques de l'inflammation dans leurs rapports avec les diathèses.

Cette théorie ne sera sans doute pas admise par les hyperphysiciens modernes qui cherchent encore à maintenir l'empire de la métaphysique et des causes occultes dans la physiologie, et qui veulent faire un roman de cette belle science; ils m'accuseront de confondre *les phénomènes vitaux* que j'ai représentés par l'*x* des algébristes avec les phénomènes physiques et chimiques de la vie. J'ai montré, dans l'ouvrage que je viens de mentionner, la nécessité de rejeter telle dichotomie illusoire qui tend à arrêter l'esprit humain dans un cercle vicieux; évidemment les molécules organiques, comme les particules inorganiques, composées d'éléments de diverses natures, sont également soumises aux lois de la chimie, dans l'état normal et dans l'état pathologique. Suivant l'opinion de Bichat (ANAT. GÉNÉRALE), *la matière en passant par les corps vivants s'y pénètre par intervalle, des propriétés vitales qui s'y trouvent alors unies aux propriétés physiques.* Un semblable langage et de pareils principes ne sauraient être admis aujourd'hui; les belles découvertes de la chimie, les expériences récentes de la physiologie, ont démontré que *les actions et les combinaisons* observées dans toutes les fonctions se rattachent, comme je l'ai établi dans cet ouvrage, aux lois de l'affinité.

Je ne puis, dans cette courte notice, exposer les inductions pratiques que l'on peut tirer de ces considérations. Pour prévenir la tuberculisation, la pétrification et l'ossification prématurée et surtout celle des artères, il convient avant tout d'éliminer les éléments morbides formant les diathèses par divers émonctoires et surtout par le mouvement musculaire, par l'exercice, en excitant les fonctions dépuratoires de la peau. La plupart des individus atteints de ces affections chroniques caractérisées par la présence des productions inorganiques sont arrivés au déclin de l'âge, à l'époque où les tissus plus denses perdent de leur pondérabilité, où l'homme éprouve les funestes effets des occupations sédentaires. Tous les exercices corporels, la gymnastique publique, peuvent sans doute combattre les fâcheuses tendances de la nature; mais serait-il donc inutile, dans une foule de cas, de conseiller une série d'exercices exécutés au lit, avant ou après le sommeil? J'indiquerai ultérieurement les moyens simples, faciles, et les avantages de la *gymnastique classique*, dans le cours, surtout au début et à la fin des maladies déterminées par la suppression de la perspiration cutanée, pour provoquer les crises, pour fortifier les convalescents, les enfants dès l'âge le plus tendre, pour prévenir l'invasion de la goutte, etc. Ramazzini, on le sait, avait observé que tous les ouvriers qui exercent souvent les extrémités inférieures sont exempts de cette maladie.

Les ouvriers en général, les soldats, les matelots, les agriculteurs, jouissent du privilége dont parle Ramazzini; dans ces diverses catégories, les ossifications des matières qui déterminent la gangrène de ces extrémités, les pétrifications de diverses natures sont très-rares; l'expérience nous montre donc la voie qu'il faut suivre dans la science des applications. Les corps savants qui soulèvent si souvent des questions ardues, dont la solution est sans utilité réelle pour l'humanité, devraient proposer ces problèmes aux médecins des hôpitaux, des hospices et des grands établissements hygiéniques: *Déterminer les cas où la gymnastique clinique peut être favorable, très-utile, indispensable après les bains, les douches à diverses températures, dans les cours des maladies aiguës et des affections chroniques, pendant la convalescence chez les goutteux, les rhumatisés, les épileptiques, les aliénés, les personnes atteintes de maladies nerveuses périodiques, de fièvres intermittentes, et enfin chez les enfants faibles disposés aux scrofules et au rachitisme.*

(1) NOUVEAUX PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE OU LOIS DE L'ORGANISME, article CIRCULATION.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent : 1° *Des granulations*; par M. Thiry. 2° *Des épidémies*; par M. Reiss. 3° *De la compression à l'aide de l'appareil amidonné ouaté dans le traitement des maladies chirurgicales*; par M. Merchie. 4° *Observations pratiques relatives à l'emploi de l'acétate neutre de plomb et du nitrate d'argent dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse*; par M. Van Lil. 5° *Observation de méningite cérébro-spinale*; par M. Giobens. 6° *Des fièvres paludéennes et des principales maladies intercurrentes observées à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le deuxième semestre de* 1850; par M. Gonzée. 7° *De la présentation du placenta*; par M. Van Baesendonck. 8° *Statistique des malades traités à l'hôpital Saint-Jean pendant le premier semestre de* 1851; par M. Deroubaix.

VARICOCÈLE A GAUCHE ; OPÉRATION PAR LA CAUTÉRISATION ; GUÉRISON ; par M. DEROUBAIX.

Voici un nouveau succès, obtenu par un mécanisme analogue à celui de M. Bonnet. Quoique bien postérieur à la découverte du chirurgien de Lyon, ce cas n'en est pas moins digne d'attention, car il confirme de tout point la prééminence d'efficacité curative et d'innocuité que, d'après l'expérience, nous nous sommes cru autorisé à assigner à la cautérisation sur d'autres procédés plus ou moins ingénieux, plus ou moins entortillés.

OBS. — Un homme de 33 ans entra à l'hôpital Saint-Jean le 11 février 1851, porteur d'un varicocèle à gauche, du volume d'un marron. Datant de seize ans, il n'avait commencé à causer de la douleur que depuis sept ans. Le malade éprouvait de grandes fatigues dans la marche, était frappé de mélancolie, digérait mal. La tristesse et l'émaciation progressive lui faisaient vivement désirer d'être débarrassé de son infirmité.

M. Deroubaix, voulant appliquer la cautérisation, fit construire une pince isolante pour limiter l'action du caustique, afin de ménager le cordon déférent et l'artère spermatique. Cette pince est composée de branches recourbées et terminées par deux mors mousses, aplatis et recouverts en gutta-percha. L'ouverture entre les branches recourbées est assez large pour embrasser aisément le cordon testiculaire sain et la partie supérieure des bourses en passant sous la verge.

Le 20 février, l'opérateur saisit le cordon malade à un pouce au-dessous de l'anneau inguinal, et attira toutes les veines en dehors, refoulant en dedans le conduit déférent et l'artère. Saisissant alors de l'autre main la pince isolante préalablement ouverte, il en passa une branche en dessous et l'autre en dessus de la base des bourses, et en appliqua les mors en dehors du conduit déférent et de l'artère. La pince fut fermée d'abord par l'action d'un ressort qui en rapprocha les branches, puis par celle d'une vis de pression placée à l'autre extrémité de l'instrument, et qui agit plus fortement encore dans le même sens. Il appliqua ensuite, sur toute la partie antérieure des tissus situés en dehors des mors une couche de pâte de Vienne d'une ligne d'épaisseur. On limita en haut et en bas l'action du caustique au moyen de morceaux de sparadrap collés sur la peau et de plusieurs couches de charpie maintenues à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Le 21, à la levée de l'appareil, qui avait déterminé d'assez vives douleurs, on trouva toute l'épaisseur de la peau et des veines traversée par la cautérisation potentielle. Pansement avec le styrax sur l'escarre. Cataplasme sur l'aine et la cuisse, qui sont aussi douloureuses.

Le 24, les douleurs disparaissent. Pas de réaction; appétit meilleur.

Le 24 mars — au bout d'un mois — les escarres se sont détachées sans hémorrhagie, et la plaie est aujourd'hui cicatrisée. On a pu, pendant les pansements, enlever l'une après l'autre les veines cautérisées. Le malade se lève et marche avec un suspensoir : la marche n'aggrave ni l'engorgement ni la douleur, qui tendent au contraire à disparaître de jour en jour.

L'opéré prend de l'embonpoint; sa santé semble devenir florissante. La mélancolie a disparu. L'appétit et les digestions sont excellents.

Le 12 avril, il sort de l'hôpital, ne sentant plus qu'un peu de gêne dans les reins. L'engorgement de l'épididyme, consécutif à l'opération, a disparu à peu près complétement.

Le 24, il revient rendre visite à son chirurgien. Toute douleur, toute gêne a disparu. La fatigue est maintenant très-bien supportée. Le caractère est devenu gai. Il y a cependant encore un peu de sensibilité à l'épididyme, mais elle ne se réveille que par la pression.

Le 25 mai, nouvelle visite du malade, qui ne se plaint plus de rien et paraît radicalement guéri.

II. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de janvier à août 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Nouveau fait confirmant l'efficacité de l'application continue d'une solution caustique d'azotate d'argent dans le traitement du chancre phagédénique*; par M. Teirlinck. (La confiance de l'estimable auteur dans l'efficacité de ce moyen nous paraît plus légitime que digne de servir de sujet à un travail *ex professo.*) 2° *Hémiplégie symptomatique guérie par l'arnica à dose homœopathique*; par M. Stockman. 3° *Observation de toxiémie ou d'infection purulente*; par M. Borggraeve. 4° *Mémoire sur le traitement des fractures transversales de la rotule et de l'olécrâne*; par M. Kloyskens. 5° *Essai sur l'emploi de la strychnine dans les paralysies, les névralgies et les convulsions*; par M. Burggraeve. 6° *Quelques faits de médecine pratique*; par M. Ongbena. 7° *Note sur les injections iodées*; par M. Burggraeve. 8° *De la réfrigération graduelle dans le traitement des maladies aiguës*; par M. Van Honsebrouck. 9° *De l'état puerpéral*; par M. Burggraeve. 10° *Des ulcères atoniques et de leur traitement*; par M. Kloyskens. (Description et apologie de la méthode de Baynton, à laquelle l'auteur donne la préférence.) 11° *Plaies du cou par suite de tentatives de suicide*; par M. Burggraeve. 12° *Observation d'iléus nerveux*; par M. Willems.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE ET DE L'OLÉCRANE; par M. KLOYSKENS.

Ce travail a pour objet, nous ne disons pas de démontrer, mais d'exposer seulement une pratique, déjà formulée par Camper pour les fractures de l'olécrâne et qui a toujours réussi à M. Kloyskens père dans le traitement de cette espèce de solution de continuité. « Le conseil le plus sage et la meilleure pratique, dit-il, sont de n'employer, dans les fractures de rotule, aucune espèce de bandage, de tenir le membre dans une position étendue pendant huit à dix jours, de combattre le gonflement et l'inflammation, quand ils existent par des fomentations froides et par l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues, et quand ces accidents sont calmés, de faire marcher le malade à l'aide de béquilles, en lui recommandant de ne pas imprimer au commencement des mouvements à l'articulation du genou. » De même pour la fracture de l'olécrâne, M. Kloyskens père maintenait l'avant-bras dans l'état de demi-flexion où il se place spontanément à la suite de cette fracture, et il exerçait l'articulation du coude du moment que l'engorgement inflammatoire paraissait dissipé, afin de prévenir toute espèce de roideur.

— Cette pratique paraît trouver sa justification dans la crainte de l'ankylose et dans la considération qu'une substance fibreuse intermédiaire aux deux fragments ne gênera que peu ou point les mouvements, si sa longueur est modérée. Mais là se trouvent justement la difficulté et le péril de cette méthode; car, si avec beaucoup de soin de la part du malade et une surveillance continue exercée par le chirurgien, on peut effectivement espérer de n'avoir ainsi qu'un léger écartement entre les fragments, il est positif que l'oubli de quelque précaution, que la moindre imprudence amènera sous ce rapport un fâcheux mécompte. L'application d'un appareil, limitée à un laps de temps convenable, ne fût-elle qu'une garantie contre l'indocilité ou l'inexpérience du malade, doit donc, en thèse générale, être maintenue parmi les préceptes de la thérapeutique relative à ces fractures.

PLAIES DU COU PAR SUITE DE TENTATIVES DE SUICIDE ; par M. BORGGRAEVE.

Quelques auteurs, parmi lesquels on peut citer Dupuytren, veulent qu'on réunisse immédiatement par les bandelettes et par la suture les plaies transversales de la région antérieure du cou; mais la suture, telle qu'ils l'enseignent, ne porte que sur la peau. Or M. Burggraeve, dans un cas où ce conseil avait été suivi, a vu survenir l'emphysème, et par suite la suffocation qui força d'enlever tous les points de suture.

A ce qu'il croit la suffocation est, dans ces cas, le danger le plus immédiat. Aussi pense-t-il que, au risque de voir subsister une fistule, il faut se contenter d'un rapport libre des bords de la plaie, rapport tel que l'air ne rencontre pas d'obstacle et ne puisse envahir le tissu cellulaire. La solution de continuité des cartilages du larynx et de la trachée offre un grand écartement de ses bords. La suture ne portant pas sur eux, à quoi donc servirait-il de réunir la plaie extérieure? Le blessé a, en général, perdu beaucoup de sang et ne se trouve point dans les conditions favorables au succès de la réunion par première intention; aussi c'est par bourgeonnement que la cicatrisation doit être obtenue.

Les premiers soins doivent donc ici tendre à empêcher les matières ou les liquides de s'épancher à l'intérieur. Le blessé est couché sur le ventre, la tête inclinée sur la poitrine, et la plaie est recouverte d'une éponge fine qu'on exprime et lave de temps en temps. Plus tard on panse mollement avec un linge cératé et des gâteaux de charpie et on maintient la tête dans une position déclive. — En général, ces plaies ont une grande tendance à se fermer.

III. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'avril à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Nouvelle méthode pour la cure de l'ectropion consécutif à la brûlure*; par M. Mirault. (Ce travail a déjà été analysé dans la Gaz. Méd.) 2° *Mémoire sur l'application pratique du phosphène ou spectre oculaire produit par la compression de l'œil*; par M. Serre (d'Uzès). 3° *Examen d'un œil opéré de la cataracte par extraction quinze ans avant la mort du malade*; par M. Follin. (Note insérée par la Gaz. Méd. dans le compte rendu des travaux de la Société de biologie.) 4° *Note sur l'ophthalmie qui a régné épidémiquement parmi les troupes de la garnison de Porto*; par M. Leão. 5° *Note complémentaire sur la spinthéropie*; par M. Sichel. 6° *Mémoire sur l'iritis syphilitique, d'après les observations recueillies dans le service de M. Ricord*; par M. Melchior Robert. 7° *Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de fistule lacrymale*; par M. Sichel. 8° *Clinique du dispensaire ophthalmique de Liège pendant l'année 1850*; par M. J. Ansiaux. 9° *Notice sur quelques cachets de médecins oculistes romains trouvés en Ecosse et en Angleterre*; par M. Simpson. 10° *Avulsion de l'œil produite par une clef*; par M. Verbaeghe. 11° *Rapport de la députation permanente du conseil provincial de Namur sur les résultats obtenus à l'Institut ophthalmique de la province, du 1er mai 1850 au 1er mai 1851.*

NOTE COMPLÉMENTAIRE SUR LA SPINTHÉROPIE; par M. SICHEL.

Nous avons récemment donné connaissance du remarquable travail de M. Sichel sur cette intéressante et toute moderne question. Parmi les questions qui se rattachent à l'étude de la spinthéropie, il en est une que l'auteur, disposé cependant à la résoudre dans un sens absolu, n'avait point fixée. Les paillettes brillantes se forment-elles toujours dans la chambre postérieure? M. Sichel croit qu'il en est ainsi, et lorsque ces corpuscules paraissent au devant de l'iris, il professe qu'ils ne sont arrivés dans ce lieu que par une véritable migration.

M. Chassaignac a, depuis lors, publié un fait qui paraissait devoir donner à la question une solution différente. Nous allons d'abord le rapporter, et nous le ferons suivre des réflexions dont M. Sichel en a accompagné la relation.

Obs. — Un homme âgé de 27 ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 mars 1851, avec une oblitération de la pupille de l'œil droit, qui était atrophié et présentait au tiers inférieur de la cornée une opacité blanchâtre, suite d'une blessure reçue à l'âge de 5 ans, et de laquelle la perte de l'œil était résultée.

Dans la chambre antérieure, on voit de petits corpuscules brillants, très-nombreux, d'une teinte dorée. Ils sont fixés, les uns à la face antérieure de l'iris, les autres à la face postérieure de la cornée. Ils paraissent s'accumuler sur certains points déclives de la chambre antérieure; puis, à un examen ultérieur, on ne les retrouve plus à la même place. On peut suivre du regard les mouvements très-distincts de quelques-uns d'entre eux.

M. Chassaignac constate que la pupille est immobile, petite, déformée, adhérente à la capsule cristalline, ou du moins aux produits pseudo-membraneux qui la recouvrent dans tout l'espace correspondant au champ de la pupille oblitérée. L'occlusion, ainsi déterminée, de la pupille est complète. Un peu de matière pigmenteuse noire déposée sur quelques points du limbe pupillaire avait donné dans le principe quelques doutes à ce sujet; mais toutes les observations ultérieures de M. Chassaignac, et surtout l'expérimentation avec la belladone lui confirmèrent pleinement l'existence de l'oblitération complète de la pupille.

Ce malade se plaignait depuis six semaines d'un brouillard qui gênait la vue de l'œil gauche, lequel est fortement strabique en dedans. Il est maintenant en observation et en traitement.

Nous devons ajouter que l'interne du service dit avoir constaté à plusieurs reprises l'existence de parcelles scintillantes à la surface externe de la cornée dans le liquide qui baigne la conjonctive.

Voici maintenant comment M. Sichel formule ses objections contre la partie de cette observation qui semblerait prouver ici l'existence d'une spinthéropie *primitive* de la chambre antérieure : « Le jour où j'observai le malade, je reconnus aux deux angles supérieur interne et supérieur externe de la pupille diagonalement ovalaire, et surtout à l'angle supérieur interne, une petite lacune noire, établissant une communication entre les deux chambres. C'est par ce point que les paillettes brillantes semblaient passer de la chambre postérieure dans la chambre antérieure. J'ai fait remarquer ces petites lacunes à MM. Chassaignac et Seidl qui ne m'ont fait aucune observation contre leur existence. Il est fort possible, il me paraît même certain que, par suite de l'ophthalmie interne chronique qui semble exister dans presque tous les cas de spinthéropie et être la cause de la maladie, l'adhérence de l'iris à la cristalloïde antérieure est plus tard devenue complète chez ce malade. D'ailleurs, je l'ai déjà dit, l'avenir prouvera probablement que toutes les membranes du globe oculaire peuvent sécréter de la cholestérine et devenir le siége de la spinthéropie qui, par conséquent, pourra occuper primitivement la chambre antérieure. »

Comme exemple des méprises auxquelles peut conduire, sous ce rapport spécial, une exploration incomplète, M. Sichel cite en second lieu le cas d'un ecclésiastique âgé de 48 ans, chez lequel deux cataractes avaient été opérées par abaissement un mois auparavant. Une ophthalmie se déclara trois semaines après l'opération et abolit la vision qui avait d'abord été recouvrée. L'œil droit offrait derrière la partie inférieure de l'iris le bord supérieur du cristallin abaissé, devenu floconneux par la résorption. Au devant de l'iris, on voyait une bande jaune doré, immobile, d'un éclat métallique, composée de nombreuses paillettes brillantes, et autour de la bande un grand nombre de ces mêmes paillettes disposées sur les faces antérieure de l'iris et postérieure de la cornée, où elles adhéraient.

Au bout de cinq jours passés sans voir le malade, M. Sichel reconnut qu'il y avait un grand nombre de ces mêmes corps dans la chambre postérieure où ils flottaient, s'élevaient; il constata positivement, au milieu de leurs mouvements variés, qu'ils passaient de la chambre postérieure dans la chambre antérieure.

Le résultat du premier examen aurait évidemment ici amené une erreur de diagnostic. Il faut donc explorer le fond de l'œil avec une grande attention et revenir à cet examen à différentes reprises et à des époques suffisamment éloignées les unes des autres, avant d'admettre définitivement l'existence d'une spinthéropie antérieure pure et simple.

AVULSION DE L'ŒIL PRODUITE PAR UNE CLEF; par M. VERHAEGHE.

Ce qui distingue ce fait de tous les cas plus ou moins analogues déjà publiés, c'est, comme le dit l'auteur, que l'œil fut extirpé par l'action d'une clef de porte, et cela avec autant de netteté et de rapidité que pourrait le faire la main la mieux exercée aux opérations chirurgicales et armée des meilleurs instruments.

Obs. — Un pêcheur d'Ostende, profondément ivre, trébucha en se déshabillant et alla tomber de tout le poids de son corps contre la porte d'entrée de la chambre. L'orbite droit, dans cette chute, rencontra l'anneau d'une clef, qui se trouvait fixée dans la serrure; et comme cet anneau était très-petit et aminci, il divisa verticalement la paupière supérieure, entra dans l'orbite et extirpa l'œil à la manière d'une curette, en coupant complétement toutes ses adhérences avec l'orbite.

Le malheureux ivrogne se mit néanmoins au lit et s'endormit sans se rendre compte de la nature et de la gravité de l'accident. Sa femme fut fort étonnée, le matin, de voir la quantité de sang que son mari avait perdue; mais son étonnement se changea en frayeur lorsqu'elle trouva sur le plancher de sa chambre « un œil que tous deux reconnurent bientôt pour avoir appartenu à l'un d'eux. »

M. Verhaegbe trouva la paupière supérieure fendue, l'orbite droit veuf de son organe oculaire. Des lambeaux de muscles pendaient entre les paupières. L'hémorrhagie, très-abondante, avait cessé. L'œil était entier; ses muscles avaient été déchirés à des distances variables de leur insertion à la sclérotique; le grand obl que et le droit supérieur l'étaient à 3/4 de pouce. Le nerf optique était coupé à 1 pouce environ de son insertion à la sclérotique.

Le traitement consista à repousser les lambeaux des muscles oculaires dans l'orbite, à réunir la plaie de la paupière supérieure au moyen d'un point de suture et à recouvrir la région blessée de compresses trempées dans l'eau froide, et qu'on eut soin de tenir constamment mouillées. Le blessé fut mis à une diète sévère et prit une bouteille d'eau de Sedlitz.

La guérison fut rapide.

P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 MARS 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

DE L'INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX GRAND SYMPATHIQUE SUR LA CHALEUR ANIMALE.

M. CL. BERNARD lit un mémoire sur l'influence du grand sympathique sur la chaleur animale.

On sait, par les travaux de quelques physiologistes et particulièrement par ceux de MM. Flourens et Magendie, que les lésions des organes nerveux céphalo-rachidiens entraînent constamment le refroidissement total ou partiel de l'animal, suivant qu'on ne divise que les nerfs qui vont dans une partie limitée du corps, ou qu'on atteint les centres nerveux eux-mêmes.

M. Bernard s'est proposé de démontrer, dans ce travail, qu'en agissant sur le système nerveux ganglionnaire du grand sympathique, on produit, chez les animaux, un phénomène inverse, c'est-à-dire une *élévation de température* très-rapide et très-facile à constater. Jusqu'à présent il n'a pu déterminer cette

élévation de température que partiellement, soit sur un membre, soit sur la face ou une autre partie du corps.

Lorsque sur un animal mammifère, sur un chien, un chat, un cheval ou sur un lapin, on coupe dans la région antérieure du cou le filet nerveux de communication qui existe entre le ganglion cervical inférieur et le ganglion cervical supérieur, ou qu'on enlève le ganglion cervical lui-même, on constate aussitôt que la calorification augmente dans tout le côté correspondant de la tête de l'animal. Cette élévation de température débute d'une manière instantanée et elle se développe si vite, qu'en quelques minutes, dans certaines circonstances, on trouve entre les deux côtés de la tête une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 3 ou 4 degrés cent. Cette différence de chaleur s'apprécie parfaitement à l'aide de la main, mais on la détermine plus convenablement en introduisant comparativement un petit thermomètre dans les narines ou dans le conduit auditif de l'animal. Cette différence de 3 à 4 degrés de température est remarquable comme différence de *calorification relative* entre les deux côtés de la face. Mais ensuite si on compare la chaleur de l'oreille et de la narine (ainsi échauffées par suite de la section du nerf, à la chaleur du rectum ou des parties centrales du corps, le thorax ou l'abdomen, on voit qu'elle est à peu près la même. Toutefois l'auteur a constaté assez souvent que la section du filet du nerf sympathique cervical, chez le lapin, élevait dans l'oreille correspondante la chaleur jusqu'à 40°, tandis que la température normale, dans le rectum, chez cet animal, ne dépasse pas généralement 38 à 39° c.

Toute la partie de la tête, qui s'échauffe après la section du nerf, devient le siége d'une circulation sanguine plus active. Les artères surtout semblent plus pleines et paraissent battre plus fort; cela se voit très-distinctement sur les vaisseaux de l'oreille, chez le lapin. Mais les jours suivants, et quelquefois dès le lendemain, cette turgescence vasculaire a considérablement diminué ou même disparu *bien que la chaleur de la face de ce côté continue à être aussi développée que la veille*. Cette circonstance doit faire penser que l'élévation de température n'est pas uniquement un effet de l'activité plus grande dans la circulation sanguine. Du reste, en observant pendant longtemps les animaux qui présentent ce phénomène, M. Bernard n'a jamais vu, après cette expérience, survenir dans les parties plus chaudes, aucun œdème, ni aucun phénomène morbide qu'on puisse rattacher à ce qu'on appelle de l'*inflammation*.

M. Bernard a voulu rechercher, en outre, comment *le côté de la tête échauffé par la section du nerf sympathique* se comporterait, comparativement avec les autres parties du corps, si on venait à soumettre les animaux à de grandes variations de température ambiante. Un animal (un lapin auquel il avait pratiqué la section du nerf) fut placé dans une étuve, dans un milieu dont la température était au-dessus de celle de son corps. Le côté de la tête qui était déjà chaud ne le devint pas sensiblement davantage, tandis que la moitié opposée de la face s'échauffa, et bientôt il ne fut pas possible de distinguer le côté de la tête où le nerf sympathique avait été coupé, parce que toutes les parties du corps, en acquérant leur summum de caloricité, s'étaient mises en harmonie de température.

Les choses se passent tout autrement quand on refroidit l'animal en le plaçant dans un milieu ambiant dont la température est beaucoup au-dessous de celle de son corps. On voit alors que la partie de la tête correspondante au nerf sympathique coupé *résiste infiniment plus au froid* que celle du côté opposé, c'est-à-dire que le côté normal de la tête se refroidit et perd son calorique beaucoup plus vite que celui du côté opposé. De sorte qu'alors la désharmonie de température entre les deux moitiés de la tête devient de plus en plus évidente, et c'est dans cette circonstance qu'on constate une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 3° ou 4° centigr.

Ce phénomène singulier d'une plus grande résistance au froid s'accompagne aussi d'une sorte d'exaltation de la vitalité des parties, qui devient surtout très-manifeste quand on fait mourir les animaux d'une manière lente, soit en les empoisonnant d'une certaine façon, soit en leur reséquant, par exemple, les deux nerfs pneumogastriques. A mesure que l'animal approche de l'agonie, la température baisse progressivement dans toutes les parties extérieures de son corps; mais on constate toujours que le côté de la tête où le nerf sympathique a été coupé offre une température relativement plus élevée; et quand la mort arrive, c'est ce côté de la face qui conserve le dernier les caractères de la vie; si bien, qu'au moment où l'animal cesse de vivre, il peut arriver un instant où le côté normal de la tête présente déjà le froid et l'immobilité de la mort, tandis que l'autre moitié de la face, du côté du nerf sympathique coupé, est sensiblement plus chaude et offre encore ces espèces de mouvements involontaires qui dépendent d'une sensibilité sans conscience et auxquels on a donné le nom de *mouvements réflexes*.

En résumé, cette expérience qui contribuerait sans doute à éclairer les fonctions encore si mystérieuses du nerf grand sympathique prouve qu'on exerce une influence bien différente sur la chaleur animale quand on agit sur les nerfs du grand sympathique au lieu d'agir sur les nerfs de la moelle épinière.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

RÉGÉNÉRATION DES NERFS.

M. VALLER (de Bonn) adresse de nouvelles observations sur la régénération des nerfs.

J'ai établi, dit-il, dans ma lettre du 22 novembre 1851, qu'après la section d'un nerf de la langue de grenouille, pour que les fonctions se rétablissent dans le bout inférieur, il est nécessaire que toutes les fibres nerveuses anciennes soient enlevées, et qu'il s'y forme des fibres toutes nouvelles depuis le bout de la partie centrale jusqu'à l'extrémité périphérique.

Des expériences semblables sur les mammifères et les oiseaux m'ont démontré que la reproduction des fibres et le rétablissement des fonctions d'un nerf divisé s'accomplissent exactement de la même manière.

Si l'on divise un nerf vague sur un chien, au bout de douze jours on trouve que la partie inférieure du nerf est complétement désorganisée; que le contenu des fibres est tout converti en grains noirs ou en parcelles irrégulières et presque opaques. En même temps les tuyaux membraneux eux-mêmes sont en partie détruits, et la substance désorganisée qu'ils renfermaient se trouve éparse et répandue entre les tuyaux qui restent et recouverte par le névrilème.

Si l'on examine les mêmes parties au bout d'un mois, on les trouve dans un état tout différent. Presque toute la substance désorganisée a été enlevée et les tuyaux membraneux détruits. En même temps on trouve en place des anciennes fibres, des fibres toutes nouvelles, possédant tous les caractères de jeunes fibres. Examinées dans leur état naturel ou avec l'addition de l'eau, on éprouve quelque difficulté à les bien distinguer, à cause de leur aspect gris, de leur adhérence intime et de leur manque de tout double contour, et l'on pourrait les prendre pour les tuyaux anciens simplement privés de leur contenu. Mais dans les acides organiques, et notamment dans l'acide acétique concentré, on possède une véritable pierre de touche pour les distinguer des autres tissus. Après cette addition, la masse se trouve composée de fibres, présentant tous les caractères des fibres embryonnaires.

Sur le nerf désorganisé tel qu'il se présente douze jours après la section, on ne rencontre rien de pareil à ces fibres embryonnaires, et tout ce qui reste des membranes tubulaires est un tissu amorphe sans *nucleus*, et qui se dissout dans l'acide acétique, sans laisser aucun résidu.

Le tissu cellulaire qui entoure les nerfs présente des noyaux qu'il est facile de distinguer de ceux des fibres nerveuses, en ce qu'ils sont moins longs, plus épais, sont répandus irrégulièrement sur la surface de la membrane, ne montrant aucune approche au parallélisme, et le tissu lui-même ne se sépare point en fibres cylindriques.

Les fibres gélatineuses ou de Remak, qui présentent la même structure et les mêmes réactions que les jeunes fibres nerveuses, n'existent pas en quantité appréciable dans le tronc du nerf vague avant son épanouissement sur l'œsophage.

La régénération des fibres nerveuses du sympathique se fait exactement de la même manière que dans les autres nerfs, tant par rapport à la structure des fibres nouvelles que pour l'époque de leur formation.

Le névrilème me paraît jouer un rôle important dans la régénération des fibres nerveuses. Tandis que les parties nerveuses subissent toutes les altérations décrites, cette membrane reste encore intacte. On s'assure de cela aisément sur une grenouille dans laquelle les nerfs des papilles fongiformes sont désorganisés depuis plusieurs mois; le névrilème forme alors une poche presque vide, mais conservant encore sa grandeur ordinaire, comme lorsqu'il contenait le faisceau nerveux. Le névrilème qui recouvre les faisceaux séparés d'un nerf jouit de la même faculté, comme on voit, sur les nerfs cardiaques, moyens ou inférieurs, après la section du vague. Le névrilème, dans ce cas, forme un cylindre creux, transparent, renfermant quelques grains noirs. Autour de ce faisceau désorganisé en existent d'autres à l'état normal, provenant de ganglions cervicaux inférieurs. C'est probablement à l'absence de cette membrane, après la resection d'une portion d'un nerf, qu'il faut attribuer la différence bien connue de la partie intermédiaire et l'inférieure, et l'imperfection dans le rétablissement des fonctions.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. Jules BUDGE (de Bonn) adresse un mémoire sur ce sujet. Nous en extrayons les principaux passages.

« M. A. de Humboldt a déjà observé, en 1797, que par l'irritation des nerfs cardiaques, le rhythme des battements du cœur peut être visiblement changé, qu'il augmente de vitesse et surtout de force et d'élévation.

» En 1845 et 1846, MM. Weber, frères (de Leipsig) et moi, nous avons trouvé qu'une forte irritation galvanique, qui atteint ou la moelle allongée ou la dixième paire, arrête promptement le mouvement du cœur, qui, quelque temps après que l'irritation a cessé, reprend sa marche ordinaire.

» M. E. Weber se rend compte de ce phénomène en considérant la dixième paire comme un nerf qui peut affaiblir ou arrêter le mouvement du cœur; tandis qu'il regarde le grand sympathique comme le nerf dont émane l'impulsion et l'activité du cœur, celui, par conséquent, qui augmente cette activité. Cependant M. Weber dit que, malgré les plus grands efforts, il n'est point parvenu, par une excitation directe du nerf sympathique, à induer sur l'activité du cœur.

» Pour moi, j'ai supposé que le nerf vague ne paralyse pas directement l'activité du cœur, qu'il éprouve seulement une surexcitation, quand on le soumet à un fort courant galvanique; que, conséquemment, ce nerf est un nerf moteur du cœur, mais susceptible d'être aisément surexcité. Cependant, je n'ai jamais pu, jusqu'ici, produire à volonté un accroissement des battements du cœur par l'excitation galvanique de l'un ou des deux nerfs vagues; ou le nombre des battements restait le même, ou bien il diminuait.

» Après bien des recherches, j'ai trouvé la raison de ce phénomène caractéristique. Les deux nerfs, c'est-à-dire le pneumo-gastrique et le grand sympathique, sont tous deux capables, quand ils sont excités, d'accélérer les battements; mais on ne peut voir l'action de l'un que lorsque celle de l'autre a été d'abord annulée autant que possible. Mais pour arrêter l'action des deux nerfs, l'essentiel est d'empêcher l'influence des parties centrales. Pour le nerf pneumogastrique, la partie centrale est la moelle allongée; pour le nerf grand sympa-

thique, la partie par laquelle le cœur est mis en mouvement, est le reste de la moelle épinière. Tous les phénomènes que l'on peut observer en agissant sur les nerfs peuvent être produits avec la même précision en agissant sur ces parties.

» J'ai également trouvé qu'on peut augmenter le nombre des battements du cœur par l'irritation du nerf grand sympathique, mais pour agir à coup sûr il faut que la moelle allongée ait été, au préalable, enlevée.

» Plus le nombre des battements du cœur a diminué, plus l'irritation agit. J'ai souvent observé que des cœurs de grenouilles qui avaient été opérées plusieurs heures avant et ne battaient que seize fois dans la minute, montraient trente-deux et même quarante battements après l'irritation. Un cœur qui, après la mort, a cessé complètement de battre, commence souvent de nouveau ses battements.

» Il arrive souvent que quinze, trente, jusqu'à soixante secondes se passent avant que l'augmentation ait atteint son plus haut degré; mais quand elle est arrivée à ce point, elle y reste plus longtemps qu'après l'irritation du nerf pneumo-gastrique.

» Dans quelques cas, j'ai observé, comme après l'irritation du nerf pneumo-gastrique, qu'après une irritation forte et répétée du nerf grand sympathique, il survient une cessation du mouvement du cœur, dans d'autres, un pouls intermittent, sans qu'il me fût possible de provoquer à volonté ce phénomène.

» Le même effet que l'on peut produire par l'irritation des deux nerfs, pneumo-gastrique et grand sympathique, dans les conditions indiquées, s'obtient aussi quand, après la destruction de la moelle allongée, on irrite la moelle épinière; ou bien lorsqu'après la destruction de la moelle épinière, on irrite la moelle allongée.

» J'en conclus que, comme la moelle allongée est la source pour le nerf pneumo-gastrique, c'est, du reste, de la moelle épinière que naît la partie du nerf sympathique, qui agit sur le mouvement du cœur (comme M. Legallois l'a, depuis longtemps, affirmé), et que ce nerf remonte du ventre vers la poitrine. »

PROPRIÉTÉS ANTISYPHILITIQUES DU BICHROMATE DE POTASSE.

M. Ed. Robin communique de nouvelles observations recueillies par M. Vicente sur la constatation du pouvoir antisyphilitique du bichromate de potasse. La note de M. Robin contient l'indication de 7 nouveaux cas dans lesquels le bichromate de potasse a été employé avec le même succès que dans les 3 cas qui avaient fait l'objet d'une précédente communication. De l'ensemble de ces faits, M. Robin croit pouvoir conclure :

1° Que le bichromate de potasse est sans aucun doute antisyphilitique;

2° Qu'étant bien soluble, il agit sans déperdition et à doses extrêmement faibles, ce qui rend le traitement moins long qu'avec les mercuriaux;

3° Qu'en général il ne produit pas la salivation;

4° Que les seuls inconvénients observés jusqu'à présent sont les nausées ou les vomissements qu'il occasionne presque toujours quand on le prend à jeun, mais qui ne se présentent plus après une première digestion et surtout quand il est associé à l'opium;

5° Que, conformément aux principes émis précédemment par l'auteur, le bichromate de potasse paraît devoir être employé avec avantage dans les névroses, puisqu'il a fait disparaître avec rapidité les douleurs névralgiformes chez tous les malades soumis au traitement;

6° Que si, conformément aux mêmes principes, il exerce à haute dose une action hyposthénique extrêmement prononcée, il est pourtant moins délétère qu'on n'avait lieu de le craindre;

7° Que l'action topique excitante qu'il produit pourra le faire employer dans les plaies atoniques (en solution plus ou moins concentrée), ainsi que dans certains ulcères syphilitiques de la bouche (en gargarisme), dans le chancre, etc.;

8° Qu'enfin les 10 malades auxquels le bichromate de potasse a été convenablement administré n'ayant pas éprouvé le moindre accident, même après l'avoir pris à fortes doses et pendant longtemps, le nouvel agent antisyphilitique s'est montré préférable aux sels de mercure, qui parfois ont l'inconvénient de se réduire dans l'économie, tandis que le bichromate, irréductible dans les mêmes circonstances, jouit encore d'une solubilité qui permet une facile élimination.

Aucun des malades soumis au traitement par le bichromate de potasse n'a jusqu'ici présenté la moindre indice de récidive, bien que l'un d'eux ait été guéri en décembre 1850 et un autre en juin 1851.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de la guerre avec envoi de nouveaux échantillons d'opium recolté en Algérie.

— M. Mazade, pharmacien à Valence, adresse une note sur la découverte du nickel et du cobalt dans les eaux minérales.

— M. Giusti (de Tripoli en Syrie), adresse un mémoire sur les fièvres intermittentes et leur traitement.

— M. de Lignerolles, de Planguery (Calvados), adresse la relation d'une opération césarienne suivie de succès. (Comm. : MM. Danyau, Cazeaux, Velpeau et Dubois.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse un mémoire manuscrit relatif à la classification et au diagnostic des rétrécissements de l'urètre. (Comm. d'Argenteuil.)

AVORTEMENT PROVOQUÉ.

L'ordre du jour appelait la suite de la délibération sur les conclusions du rapport de M. Cazeaux relatif à l'avortement provoqué.

M. P. Dubois, n'ayant pas pu prendre la parole dans la dernière séance, demande à être admis à lire quelques considérations sur l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles.

L'Académie, consultée, décide que M. P. Dubois sera entendu.

(M. P. Dubois nous ayant manifesté l'intention de donner à son argumentation la forme et les développements d'un mémoire, nous publierons ce travail dans notre prochain numéro.)

Après quelques réflexions de M. Velpeau et un rapide résumé de M. Cazeaux, l'Académie passe à la délibération sur les conclusions.

M. le rapporteur propose au nom de la commission la nouvelle conclusion suivante :

« Considérant que dans le cas de la fille Julie Gros, M. le docteur Lenoir, s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens et sur l'avis de plusieurs consultants, était suffisamment autorisé à pratiquer l'avortement, l'Académie remercie cet honorable médecin de son intéressante communication, et renvoie son mémoire au comité de publication.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 27 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

L'Académie se réunit à onze heures.

MM. Jules Guérin, Leroy-d'Étiolles, Ricord, Auzias-Turenne et Dechambre (de Paris), ainsi qu'un médecin allemand, M. Esmarch, assistent à la séance.

Il est donné lecture d'une lettre de M. Schollaert (de Louvain), qui informe l'Académie, de la part de madame Band et de ses enfants, de la mort de M. Band, membre honoraire de l'Académie de médecine.

M. le Président : Je n'ai pu réunir en temps voulu le bureau pour le prier de prendre une décision à l'égard des funérailles de M. Band. J'ai eu l'honneur d'être son élève et son ami. J'ai cru dès lors qu'il m'appartenait plus qu'à un autre de vous représenter à ses obsèques.

M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Baud. Cette notice obtient des applaudissements unanimes.

M. Jules Guérin présente, au nom de M. Esmarch, un travail sur les resections osseuses. Ce jeune chirurgien, qui a suivi pendant deux ans les campagnes du Danemarck, a recueilli un grand nombre de cas de resections. Il fait connaître les résultats de ces opérations, beaucoup plus favorables que ceux qui ont été obtenus par les amputations.

Le travail de M. Esmarch est renvoyé à l'examen d'une commission spéciale.

M. Burggraeve dépose le rapport de la commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur la question relative à l'histoire des tumeurs blanches des articulations.

Ce rapport sera imprimé et mis à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Dechambre donne lecture d'une note sur la présence du sucre dans l'urine des vieillards. (Voir ci-dessus.)

La discussion est reprise sur le travail de M. Didot, relatif à la prophylaxie du cancer par la syphilisation artificielle.

Après une discussion animée à laquelle prennent part MM. Ricord, Auzias-Turenne, Didot, Seutin et Boulvin, cette discussion est close.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la communication de M. Seutin, relative aux resections osseuses.

M. Didot est seul entendu dans cette discussion, qui est continuée à la prochaine séance.

M. Leroy-d'Étiolles dépose un mémoire sur la classification et le diagnostic des rétrécissements de l'urètre. Il présente aussi à l'Académie plusieurs instruments créés ou modifiés par lui.

Sur la proposition du bureau, l'Académie décide que le mémoire de M. Hubert, relatif à l'avortement médical, sur lequel un rapport a été fait à la dernière séance, sera imprimé dans son Bulletin.

L'Assemblée entend enfin un rapport de la commission chargée de la présentation des candidats aux titres de membres honoraires et correspondants.

La discussion des conclusions de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS DE PHYSIOLOGIE FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; par M. M.-P. Bérard. — Second volume. — Paris, chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine. — 1850.

Plus de trois années se sont écoulées depuis notre compte rendu du premier volume de cet ouvrage; mais nous devons à la vérité de convenir que ce retard ne doit en aucune façon être imputable à M. Bérard Voici, pour continuer à être sincère, ce qui l'a causé. Le second volume nous étant parvenu, nous nous empressâmes un peu trop d'ébruiter cette bonne nouvelle. Un ami nous le demanda, le savoura à son aise; puis, charmé de la lecture et se croyant sans doute plus redevable à l'auteur qu'au prêteur, ne crut pouvoir mieux s'acquitter qu'en le donnant à un second confrère, lequel, à son tour, raisonna et agit comme le premier. Ainsi, passé de main en main, le livre nous est revenu seulement ces jours-ci. Que l'aveu nous serve d'excuse, comme l'exemple nous servira de leçon! Moins obligeant à la prochaine occasion, nous mettrons plus de réserve dans nos communications, plus de célérité dans notre analyse. Si l'auteur n'en a que faire, nos abonnés y trouveront du moins un juste dédommagement à leur attente de cette fois, et l'éditeur, à ce que nous imaginons, ne se plaindra pas non plus, sous un rapport comme sous l'autre, de la différence de procédé.

Les qualités éminemment professorales, brillant apanage de l'esprit de M. Bérard,—dont nous avions, dans notre précédent article (Gaz. Méd., 1848, p. 1019), fait ressortir l'heureuse appropriation à la nature de ce sujet et à la rédaction de ce livre,—nous sont aujourd'hui apparues sous un jour encore plus séduisant. Une fonction tout entière, la digestion, est maintenant terminée dans sa description, et l'on peut juger par ce remarquable spécimen de la manière dont les questions les plus ardues seront abordées dans la suite. A chaque page se reconnaît le maître habile dont la parole, chérie des élèves, a le rare privilége de leur faire rechercher comme un délassement la plus difficile de toutes les études. Mais cette prestigieuse méthode d'exposition est-elle aussi solide qu'attrayante? La clarté des solutions ne se trouve-t-elle point obtenue par la suppression de quelques-uns des problèmes, par la dissimulation de quelques-uns de leurs points de vue? C'est ce qu'il faut maintenant examiner.

Aveugle ou fondée, une prévention générale pèse réellement sur les *cours livrés à l'impression*; on leur reproche, et avec raison, de justifier trop souvent cet adage, que « ce qui n'est pas bon à écrire est bon à dire. » Presque toujours reflet d'une inspiration imparfaitement mûrie, ils ne sont vraiment dignes que de ceux à qui ils furent primitivement destinés. Au sans-façon de la forme, à la faiblesse des preuves, à l'abondance des plus hasardeuses hypothèses, on reconnaît sans peine que l'orateur a dû plus d'une fois improviser sa leçon. Aussi, peu jaloux de se montrer dans ce déshabillé devant des juges plus rassis, décline-t-il en général l'honneur de signer ces productions. C'est à un secrétaire qu'il en abandonne ordinairement la rédaction et la responsabilité, sans plus s'inquiéter, au delà du baptême, du sort de cet enfant *reconnu*, mais non *légitime*.

Et pourtant, dans des conditions différentes, quels avantages ne réaliserait pas ce mode de publicité! Lorsqu'un écrivain-médecin se décide à aborder le genre didactique, s'il veut être complet, devenir instructif, rester impartial, que de dégoûts l'assiégent! que de rebutantes contrariétés se dressent sous sa plume! Chercher les sources et les épuiser, souvent pour n'en tirer qu'un maigre filet d'eau potable; épouser les querelles des partis, afin de s'initier à leurs moyens d'attaque ou de défense; compulser les procès-verbaux d'expériences, d'observations, d'opérations chimiques et microscopiques, le tout parfois pour arriver, en fin de compte, à constater une lacune de la science; rendre justice à tous les hommes et mettre en valeur toutes les choses; donner aux parties les plus fastidieuses l'intérêt, aux plus obscures la clarté, voilà le travail qui, sur chaque chapitre, lui est obligatoire, sans même laisser en perspective la gloire d'avoir attaché son nom à une découverte. Quelque fervent que soit son zèle, tiendra-t-il longtemps devant les labeurs solitaires et ignorés qu'impose une tâche ainsi comprise?

Pour le professeur, au contraire, tout sourit, tout s'anime. Sa tâche, morcelée par divisions égales, lui donne le repos et l'affranchit du dégoût. Provoqué par l'assiduité ou averti par l'inattention de son auditoire, il y trouve à chaque minute une censure intelligente et sincère qui lui impose ici moins de sévérité dans la forme, là quelques développements de plus. Dans ce passage, une anecdote eût réveillé l'intérêt; à tel autre endroit, les élèves n'ont pas saisi la conclusion: il faudra la formuler plus explicite. Ainsi, et peu à peu, l'enseignement chaque année se perfectionne dans sa forme, comme il s'enrichit, pour le fond, par les conquêtes de la science et les méditations du professeur. Trouvant à chaque séance sa récompense dans la sympathie qu'il excite, dans l'instruction qu'il répand, il s'attache à son œuvre, et s'il veut un jour colliger ses notes, se trouve auteur sans avoir passé par les rudes épreuves de ce terrible métier, ou du moins sans les avoir presque senties.

C'est là sans doute ce qu'il est advenu du livre de M. Bérard; car, appliqué à cet excellent ouvrage, le portrait que nous venons d'esquisser rend exactement compte de son origine, comme il explique et ses excellentes qualites et son immense succès, Maître depuis vingt ans de la faveur d'un public d'élite incessamment renouvelé, il n'avait, pour continuer et agrandir un tel résultat, qu'à transporter dans ces pages le mouvement et la vie, heureux attributs de son enseignement. Peu d'hommes, disons-le toutefois, eussent pu aborder impunément une entreprise semblable; car si c'était une condition de succès, c'était aussi, et surtout, une épreuve. Si la lecture est la pierre de touche pour toutes les compositions de l'esprit; si plus d'un orateur en renom a succombé devant ce péril imprudemment affronté, c'est aux professeurs, à plus forte raison, qu'il est particulièrement redoutable; car ce genre a ses licences, ses vulgarités permises, ses incorrections tolérées. Là le mauvais goût, la légèreté du fond, l'absence même d'idées arrêtées, se sauvent, ou se voilent du moins par le débit. Souvent la leçon la moins préparée devient la plus brillante, grâce à la surexcitation que le besoin de cacher ces lacunes imprime sur le moment aux facultés disertes de l'improvisateur. M. Bérard, s'il ne l'avait déjà surabondamment prouvé, pourrait aujourd'hui s'appuyer sur la publication dont nous nous occupons pour montrer qu'il a toujours dédaigné le bénéfice de ces transactions avec son devoir. Il n'est pas de sujet, à la vérité, qu'il ne rende attrayant; mais il n'en est aucun non plus qu'il ne discute et n'éclaire jusque dans ses problèmes les plus ardus, les plus complexes. L'intérêt qu'éprouve son lecteur a quelque chose de plus flatteur pour celui qui l'a fait naître qu'un vain sentiment d'approbation; c'est mieux que cela: c'est bien plutôt, si j'en dois juger par mes propres impressions, le plaisir sans mélange que donne la conscience d'avoir aisément et complétement saisi les mystères dont tant d'autres écrivains s'étaient complu, sous prétexte de profondeur, à redoubler l'obscurité. Or ce plaisir-là, un esprit tant soit peu cultivé ne peut le ressentir sans un mouvement de reconnaissance. Et c'est vraisemblablement pour cela que les lecteurs comme les auditeurs de M. Bérard m'ont toujours paru aussi pénétrés d'affectueuse gratitude pour l'homme que d'estime pour le savant.

Le Cours de physiologie ne s'offre pas à l'analyse dans des conditions analogues à celles des autres traités de ce genre. La part de l'auteur, à propos de chaque question, est si grande que ce seul motif suffirait déjà pour décourager celui qui voudrait prendre à tâche de la faire ressortir. Mais la nature de cette participation a, plus encore que son abondance, de quoi éloigner d'une pareille entreprise. Un exemple tiré du sujet fera mieux comprendre notre pensée. Dans l'accomplissement de la digestion (dont l'histoire compose en grande partie ce second volume), l'action chimique joue un rôle; la pression des parois gastriques—effet mécanique —a aussi son influence; la température du milieu où s'opère la fonction n'est pas non plus étrangère à son exécution régulière; l'intégrité des autres appareils organiques en est également une condition indispensable; enfin une mission, et des plus importantes, se trouve confiée à l'influx nerveux. Mais si je veux pénétrer comment l'aliment se convertit en chyle, saurai-je déterminer pour quelle part précise chacun des éléments dénommés a concouru à cette métamorphose? Le phénomène a eu son cours; je le sais, je le constate, j'en profite. Mais il me serait impossible d'assigner à chaque cause le degré de puissance et le mode spécial d'intervention qu'elle a pris dans la production du résultat. De même, quelque intérêt qui nous stimule à une étude aussi attrayante, devons-nous désespérer de nous initier entièrement à la connaissance du mécanisme intime de cette lumineuse élaboration—digestion véritable—opérée par M. Bérard, sur les matériaux avant lui acquis à la science, matériaux dont—grâce à une force qu'un médecin ne doit pas hésiter à appeler *sui generis*, tant elle trouve peu d'analogue, il a su extraire le chyle substantiel et régénérateur qui découle de chaque page.— Essayons, toutefois, d'en donner une idée.

Le premier besoin de l'élève, en physiologie, se trouve justement être le grand talent de M. Bérard, l'art de bien poser les questions. Ainsi, au sujet des fonctions du foie, il énonce un triple problème à résoudre: 1° Quels sont les usages de la sécrétion biliaire? 2° Quelle est l'action de la bile? 3° Qels sont les usages du foie? — Ce plan peut sembler passible de plus d'un reproche. On craint tout d'abord qu'il n'entraîne des répé-

titions inutiles et de doubles emplois. Il n'en est rien cependant; et l'auteur n'a pas de peine à prouver que c'était à la fois la meilleure et la seule marche à suivre pour être complet. Car, la bile fût-elle un liquide purement excrémentitiel (opinion fortement soutenue et bien digne d'examen), la sécrétion biliaire n'en serait pas moins une action fort importante pour l'économie. D'autre part, le foie sécrète la bile; ceci est évident. Mais, n'a-t-il pas quelqu'autre attribution? Ne serait-il point, comme on l'a avancé, un organe d'hématose? Tout ceci méritait d'être précisé, et n'a pu l'être sans confusion qu'à la lumière de la division que nous venons de reproduire.

Non-seulement les questions sont bien posées, mais elles le sont en abondance, presqu'à profusion. C'est le propre de l'érudition solide d'agrandir toujours le champ de l'étude, d'y ouvrir des points de vue entièrement ignorés des commençants. Un candidat pour l'externat, de mon temps, trouve pour sujet de question : De l'*entorse*. « L'entorse, dit-il à l'instant, est la distension des ligaments.» Et il fut impossible d'ajouter à sa description une seule parole. Le trait est naïf; mais il peint bien cet état de l'esprit, dont l'enseignement de M. Bérard représente parfaitement l'antre extrême. L'homme qui a longuement médité pourra mettre de la concision dans le développement, jamais dans l'énoncé de son sujet. Le moindre acte, simple pour d'autres, à ses yeux est infailliblement complexe, car il lui rappelle toujours des causes à rechercher, des phases à suivre, des modalités à discerner, des synergies, des variétés, des exceptions, des conséquences, des hypothèses, tout un monde de circonstances à mettre en lumière, si l'on veut prendre et donner du phénomène une idée complète. Je reprends l'exemple tiré de l'action de la bile. Voici quels théorèmes l'étude de cette fonction, à la vérité aussi mystérieuse qu'importante, suggère à M. Bérard : La bile est-elle nécessaire à la formation du chyle? La bile concourt-elle à la digestion des corps gras? Empêche-t-elle les différentes matières organiques chymifiées en non chymifiées de fermenter dans les intestins? Excite-t-elle le mouvement péristaltique et les sécrétions du canal intestinal? Exerce-t-elle une action dissolvante sur les aliments non chymifiés et les parties grumeleuses du chyme? Quelle est la réaction qui résulte du contact de la bile avec le chyme? Certaines parties récrémentitielles de la bile sont-elles résorbées à l'état de combinaison avec l'aliment?

Ce n'est point assez pour notre auteur que cette disquisition minutieuse et détaillée. Il peut suffi e au maître d'avoir envisagé les objets sous une face; mais l'élève a besoin qu'on les lui montre sous tous les aspects. La pratique de l'enseignement révèle bientôt à celui qui est jaloux de l'exercer avec quelque fruit cette indication souveraine. A quel professeur n'est-il pas arrivé de voir sur la figure de l'auditeur hésitant et comme cherchant le mot d'une énigme, qu'il fallait reproduire sous une autre forme la démonstration dont la lucidité lui avait, à lui, semblé suffisante? M. Bérard, à qui moins qu'à personne ce précepte paraissait destiné, n'a garde toutefois de s'en dispenser. Au prix même d'un peu de prolixité, il ne balance pas à reproduire dans un ordre différent l'exposition de certaines parties. Ainsi, après avoir décrit la déglutition, il reprend en sous-œuvre l'étude particulière du mécanisme de la langue, du voile palatin, du pharynx et de l'œsophage. Ailleurs, on le voit rechercher d'abord avec soin quelle est l'action du suc gastrique, de la pepsine, etc. sur les aliments divers; montrer le mécanisme et les effets de cette action. Puis, dans un chapitre suivant, il recommence, pour la mieux faire comprendre, cette détermination au point de vue synthétique, et établit que « le chyme— résultat de ces réactions — se compose 1° d'une partie des matières albuminoïdes, que l'action successive de l'acide et du principe actif du suc gastrique a dissociées, réduites à l'état pulpeux moléculaire, mais non encore dissoutes; 2° des matières qui ont déjà subi la dissolution et la transformation (albuminose) qui imbibent les précédentes, et que le filtre pourrait en séparer; 3° des portions d'aliments non attaquées, bien que réduites en petites parcelles; 4° des matières sucrées; des matières gélatineuses à l'état de dissolution; 5° des matières grasses, les unes déjà émulsionnées, les autres ayant encore l'apparence huileuse. Mais ce n'est pas, remarque-t-il, ce composé qu'il faut appeler chyme; c'est seulement la partie pulpeuse de ce composé, et notamment la matière pulpeuse résultant de l'action du principe digestif sur les matières azotées, hydratées par l'acide dilué du suc gastrique. » — Cette double exhibition successive des mêmes faits à un point de vue différent, peut rebuter au premier abord le lecteur dont l'instruction est plus avancée. Qu'il n'abandonne pas néanmoins le livre pour cela; sa persévérance sera sûrement récompensée, car M. Bérard, ceci n'est point un contre-sens, ne se répète jamais, que quand il a quelque chose de nouveau à dire.

Un des artifices bien légitimes pour l'auteur, et dont il use avec le plus d'avantage, est cette communion, comme à cœur ouvert, de sa pensée avec les instincts, les jugements, les pressentiments de ceux à qui il s'adresse. M. Bérard a vraisemblablement reconnu l'infaillibilité de ce moyen pour retenir l'attention de l'auditoire; car, sans tomber dans de trop familières causeries, sans effleurer même la vulgarité, il sait ranimer à propos l'intérêt par une provocation directe, par un défi jeté à la pénétration des élèves, par un aveu confidentiel de ses propres hésitations. Prononce-t-il, au milieu de la théorie de la digestion, le mot de ferment? « Il me semble, dit-il, que j'entends certaines personnes versées dans l'histoire de notre science s'écrier avec découragement : Eh quoi! après deux cents ans de travaux opiniâtres, en sommes-nous donc revenus aux doctrines des Van-Helmont, des Sylvius, etc., et allons-nous réhabiliter ces théories des *ferments*, que le commencement de ce siècle avait vu proscrire du domaine de la physiologie? Mais, messieurs, ajoute-t-il, déjà je vous l'ai fait pressentir, entre ces anciennes doctrines et celles que je vais de vous exposer, il n'y a de commun que le nom. » — Un peu plus loin, il vient d'annoncer que le suc gastrique transforme l'albumine en osmazome, l'albumine végétale en gélatine. « Mais, s'écrie-t-il, coupant par l'imprévu de cet aveu la monotonie d'une discussion un peu aride, mais tant que la science restait bornée aux résultats que je viens de mentionner, je vous confesse, messieurs, que je n'éprouvais qu'une très-médiocre satisfaction de l'état de nos connaissances sur ce point de physiologie. Je voyais bien un ensemble de faits qui plaidaient pour la théorie de la transformation de l'aliment par le fait de la digestion, mais il me semblait qu'on nous conduisait dans une impasse. A quoi bon, me disais-je, la transformation d'un principe immédiat quelconque en *gélatine*, lorsqu'il serait si simple d'avaler de la gélatine toute faite et de s'épargner ainsi les frais d'une digestion. A quoi bon la transformation de l'albumine en osmazome, lorsque je peux faire usage direct de l'osmazome? A quoi bon la formation laborieuse de l'albumine par l'action du suc gastrique sur l'aliment, lorsque je trouve en abondance l'albumine autour de moi? Fort heureusement, ces faits ont pris depuis quelque temps une autre signification.—Admettez, messieurs, que toutes les matières albuminoïdes, à savoir la fibrine, l'albumine liquide, l'albumine concrète, la caséine, le gluten, substances qui, à titre de substances protéiques, ont beaucoup d'analogie entre elles et renferment à peu près les mêmes proportions d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote; admettez, dis-je, que ces matières, une fois digérées par le suc gastrique, soient toutes converties par un simple changement isomérique en une substance qui ne sera ni fibrine, ni albumine, ni caséum, ni gluten; admettez que ce nouveau produit soit soluble dans les humeurs du corps, partant facile à absorber; admettez encore que cette substance, ayant au fond la même composition élémentaire que celles dont elle procède, c'est-à-dire la même proportion d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote, soit apte à les reproduire dans le corps suivant les besoins de l'économie, et vous reconnaîtrez un but à la digestion stomacale. — Eh bien! messieurs, une telle substance existe; elle prend naissance par l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes. C'est l'*albuminose* de M. Mialhe. »

Parmi les procédés de démonstrations à l'usage du physiologiste, il en est un dont les précédentes citations offrent l'exemple, et que M. Bérard semble affectionner particulièrement. Souvent pour réfuter une opinion, il s'arme ou du sens commun qui la trouve mal sonnante, ou de l'inspection anatomique qui montre des obstacles matériels à son adoption. Si la bile eût été un excrément, dit-il en prenant pour son compte la pensée d'Haller, on ne comprendrait pas qu'elle eût été versée au haut de l'intestin, où elle souillerait le chyme ou le chyle par son contact. — Deux lignes plus bas: « J'attache surtout, poursuit-il, une grande importance à l'existence de la vésicule biliaire. Si la bile n'était qu'un excrément, je ne verrais pas quelle pourrait être l'utilité d'un réservoir pour ce liquide. » — Ailleurs, examinant la doctrine qui croit à la formation de l'albumine par l'action propre de l'intestin grêle, il remarque que « faire créer par un procédé compliqué et laborieux une substance qui, si elle était introduite directement dans le sang, en serait expulsée comme corps étranger, une substance qu'il serait beaucoup plus simple d'ingérer toute formée et de manière à s'éviter la peine de la digérer, ce n'est beaucoup servir la théorie la digestion. » Ce genre d'argumentation par l'appréciation du but final, a son côté brillant; il est fait pour séduire. Mais M. Bérard en connaît mieux que nous la faiblesse; et, ce qu'il lui demande, c'est sans doute plutôt un secours à l'exposition qu'un élément de persuasion. Connaissez-vous assez sûrement ce que veut la nature pour oser affirmer qu'elle fût aussi bien et mieux parvenue à l'obtenir par une autre voie? Avez-vous assez pénétré le mécanisme de ses moyens pour conclure de cet examen seul à la détermination précise du résultat qu'ils préparent? Non; cette contemplation réciproque de l'instrument et du produit demeure stérile tant qu'elle n'est pas vivifiée par des opérations plus actives, l'expérimentation, l'analyse chimique. Elle peut devenir un complément utile, un précieux contrôle des solutions différemment obtenues; seule, elle n'engendre pour les bons esprits que le doute, et a souvent

conduit les autres à l'erreur.

Les noms propres, la discussion des opinions personnelles tiennent, dans cet ouvrage, une grande place : mais rien n'y sent toutefois la complaisance ni l'érudition obligée. Jamais M. Bérard ne cite pour citer; ce n'est pas lui qui se croirait forcé de rappeler une doctrine fausse et surannée par respect pour la signature qu'elle porte. Si, en rapportant les divers avis émis sur un point, il s'abstient de la formule banale : « *On a avancé que...* » ou bien : « *Les auteurs* prétendent... » c'est, d'une part, que sa mémoire est aussi sûre que son érudition profonde; puis, et surtout parce que l'intervention d'un nom, avec sa physionomie originale, avec ses prétentions souvent exagérées, apporte toujours aux discussions quelque chose de piquant, qui ranime l'intérêt prêt à s'éteindre dans de vagues généralités. Le talent de critique de M. Bérard est tellement reconnu qu'à son cours, lorsqu'il a cité un passage emprunté à un contemporain, on voit toutes les figures s'immobiliser attentives à la fine et judicieuse analyse qui va immanquablement sortir des levres du professeur. Or, cette attente, qui pour l'auditoire n'est jamais déçue, était aussi celle des souscripteurs au présent ouvrage. Ils verront donc avec satisfaction transportés dans ses pages, ces traits heureux, cet atticisme délicat, d'autant plus à sa place qu'il s'allie constamment à la justesse de l'idée, et ne semble destiné qu'à servir en quelque sorte de mordant pour mieux graver la vérité dans l'esprit du lecteur.—M. Bérard est aussi sommaire que sensé dans les jugements de cette espèce. Quelques mots lui suffisent à montrer ce que sont et ce que valent tant de monographies, de longs mémoires, qui ont eu, en leur temps, la prétention de faire époque, voire même révolution dans la science. Son livre, sous ce rapport, offre un curieux inventaire des efforts et du produit net de la science moderne.

Voici donc, en partie, et autant qu'il nous a été permis d'en saisir le secret, les *moyens* employés par M. Bérard. Faudrait-il maintenant exposer le *résultat?* En présence d'une œuvre aussi sagement mûrie, aussi habilement distribuée, nous ne nous sentons pas le triste courage de déflorer, par un compte-rendu, l'intérêt que sa méditation promet aux médecins. Détacher quelques passages brillants, — et rien ne serait plus aisé, même sans prendre la peine de choisir, — en abréger quelques autres, reproduire les conclusions les plus saillantes, hasarder çà et là une opinion personnelle, montrerait tout au plus que l'ouvrage que nous recommandons, nous l'avons lu. Serait-ce prouver que nous l'avons compris? Nous nous sommes cru tenu envers M. Bérard à une formule moins banale. Non pas tant pour nos lecteurs que pour nous-même, ç'a été comme une jouissance d'amour-propre de faire voir que cette lumière nous a inondé sans nous éblouir, que cet ensemble si bien coordonné de science profonde, d'esprit varié, de raison supérieure, nous a laissé pénétrer quelques-uns de ses mystères d'organisation. Disons, pour terminer, que ces qualités de l'ouvrage coûtent si peu à l'auteur qu'il a pu joindre sans effort la fécondité à la maturité. Quoique le présent volume contienne l'histoire entière de la digestion et de l'absorption, il a reçu la dernière main en moins d'une année, et la publication du tome troisième se poursuit en ce moment à courts intervalles.

Nous laissons le lecteur sur cette bonne nouvelle. Elle le rassurera sur le sort d'un ouvrage destiné à vulgariser l'instruction physiologique sérieuse, trop négligée de nos jours; elle lui montrera en même temps que M. Bérard est un homme aussi lettré que savant, qui connaît et pratique de Sénèque le précepte à la fois le meilleur et le plus difficile à appliquer dans ce cas : *Bis dat qui citò dat.*

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

ORGANISATION DES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES HÔPITAUX ET HOSPICES.

Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Vu l'art. 6 de la loi du 7 août 1851, portant qu'un règlement d'administration publique déterminera la composition des commissions administratives des hospices et hôpitaux;

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce,

Le conseil d'État entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées de cinq membres, nommés par le préfet, et du maire de la commune.

La présidence appartient au maire; il a voix prépondérante en cas de partage.

En cas d'absence du maire, la présidence appartient au plus ancien des membres présents, et à défaut d'ancienneté au plus âgé.

Les fonctions des commissions administratives sont gratuites.

Art. 2. — Les commissions administratives sont renouvelées chaque année par cinquième.

Le renouvellement est déterminé par le sort pendant les quatre premières années et ensuite par l'ancienneté.

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de remplacement dans le cours d'une année, les fonctions du nouveau membre expirent à l'époque où auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.

Art. 3. — Les commissions administratives peuvent être dissoutes par le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur la proposition ou l'avis du préfet.

Les membres de ces commissions peuvent être individuellement révoqués dans la même forme.

Art. 4. — Le nombre des membres des commissions administratives peut, en raison de l'importance des établissements ou de circonstances locales, être porté à plus de cinq par des décrets spéciaux, rendus sur l'avis du conseil d'État.

Art. 5. — Il n'est point dérogé, par le présent décret, aux ordonnances, décrets et autres actes du pouvoir exécutif, en vertu desquels l'administration de certains hospices et hôpitaux est organisée d'une manière spéciale.

Art. 6. — Le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au BULLETIN DES LOIS.

Fait au palais des Tuileries, le 23 mars 1852.

— En attendant que nous exprimions nous-même l'agréable impression qui nous est restée de la réunion convoquée à Bruxelles, le 30 mars dernier, par M. le docteur Seutin qui rendait à ses confrères de Belgique le banquet qu'ils lui avaient offert à son retour de Russie, nous empruntons le récit suivant à l'OBSERVATEUR BELGE :

« La table, dressée en fer à cheval, était magnifiquement ornée; cent vingt convives y ont pris place. A côté du docteur Seutin se trouvaient assis MM. Guérin et Ricord; vis-à-vis de lui, MM. Vleminckx et Sauveur.

» Au dessert, M. Seutin a porté un toast au roi et à la famille royale, qui a été accueilli par de vifs applaudissements.

» M. le docteur Joly a présenté ensuite à M. Seutin un écrin magnifique contenant trois exemplaires en or, en argent et en bronze, de la médaille que les médecins belges ont fait frapper en l'honneur de leur célèbre confrère. M. Joly a dit en quelques mots les nombreux titres de M. Seutin à cette marque éclatante de leur estime et de leur reconnaissance.

» M. Guérin s'est levé ensuite, et dans un discours plein de verve et d'entrain, a particulièrement insisté sur le caractère spécial qu'avait revêtu le médecin belge, notamment depuis la révolution de 1830, et a terminé en portant, au nom de ses confrères de Paris, un toast aux médecins belges.

» M. Vleminckx a pris aussitôt la parole pour porter un toast aux médecins français : « Des barrières politiques nous séparent de la France, a-t-il dit en terminant : ces barrières, nous l'espérons bien, resteront toujours debout; mais pour les arts et les sciences, le mérite et l'intelligence, les barrières s'abaissent, les frontières disparaissent. Membres d'une grande famille, médecins français et belges sont unis par les liens d'une heureuse confraternité.

» Buvons donc, messieurs, buvons à nos confrères de Paris qui ont bien voulu honorer cette fête de leur présence, et dans leurs personnes, à cette belle médecine française qui a légué au monde d'impérissables monuments. Vidons nos verres en leur honneur, et faisons des vœux pour que, satisfaits de l'accueil cordial qu'il nous a été si agréable de leur faire, ils viennent, par de fréquentes visites, raffermir nos relations d'estime et d'amitié! »

» Des applaudissements vifs et nombreux ont accueilli ces paroles, qui répondaient si bien aux sentiments des médecins belges.

» Le dîner s'est prolongé jusqu'à dix heures, au milieu de la plus franche gaîté et d'une expansive cordialité.

» La médaille offerte à M. Seutin est gravée par M. Wiener; elle porte d'un côté le buste de M. Seutin avec cette inscription : *Louis-Joseph Seutin, né à Nivelles, le 18 octobre* 1793; et au revers l'épigraphe suivante : *« A l'auteur de la méthode amovo-inamovible la médecine et l'humanité*, entourée d'une guirlande de laurier, et surmontée du serpent d'Esculape. Cette médaille est une de celles qui font le plus d'honneur au talent de M. Wiener. Le type en est tracé avec une très-grande vigueur et les détails sont d'une extrême délicatesse. La tete a, en outre, le mérite d'une parfaite ressemblance. »

— Un banquet a été offert à Lyon, le 30 mars, à M. Diday, à l'occasion du cours de *topographie syphylitique*, qu'il y a professé cet hiver. Soixante-cinq de ses élèves s'étaient réunis pour lui donner ce témoignage de sympathie et de reconnaissance.

M. Philippeaux, doyen des internes de l'Hôtel-Dieu, s'est le premier rendu l'organe de ces sentiments, que M. Gabian fils a ensuite développés de la manière la plus délicate et la plus chaleureuse.

Après quelques paroles de remerciment pour la distinction flatteuse dont il était l'objet, M. Diday n'en voulant pas accepter l'honneur pour lui seul, s'est exprimé en ces termes :

« Le voyageur éloigné du pays natal éprouve instinctivement le besoin d'un mot de ralliement, d'un nom qui lui rappelle son origine et sa patrie absente. J'ai la conviction d'exprimer pour vous, messieurs, comme pour moi, un sentiment de ce genre en vous proposant un dernier toast, à celui de qui le souvenir guide le jeune médecin dans les premières hésitations de sa pratique, encourage le savant dans ses recherches, soutient et console le pauvre malade sur son lit de douleur; à celui dont le nom, symbole du progrès solide, est devenu la personnification de la véritable science syphilographique, à Ricord! »

Ce toast répondait sans doute à la pensée générale, car il a été couvert d'applaudissements unanimes et prolongés.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

NOUVEAU GENRE D'ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE CHLOROFORME. — ABSENCE DE RÉACTION ORGANIQUE.

Une vérité frappe rarement de prime abord à un degré suffisant pour conquérir ses droits de cité dans la science. Mais les faits qui reviennent la confirmer sont autant d'occasions de la rappeler, jusqu'à ce qu'elle reste en permanence dans les esprits. Il en est ainsi d'un certain genre de mort et de certains accidents causés par le chloroforme, auxquels nous avons donné le nom de *mort consécutive* et d'*accidents consécutifs* par le chloroforme. Quand on voit certains bons esprits oublier à ce point ce qui est établi, affirmer, par exemple, que le défaut de réaction qui caractérise l'action consécutive du chloroforme n'a pas encore attiré l'attention des chirurgiens, on est bien obligé de remettre en lumière ce qui a été fait et dit de la manière la plus explicite à cet égard.

« Relativement aux morts consécutives, disais-je à l'occasion du rapport de l'Académie (1), il y en a eu, et je crois pouvoir le dire, de très-nombreux cas. J'ai eu occasion de m'en enquérir auprès de beaucoup de chirurgiens soit de la capitale, soit des départements, et la plupart m'ont confessé avoir eu à regretter de ces accidents. Les uns arrivaient le lendemain ou le surlendemain de l'opération, les autres plus longtemps après. Le silence qu'on a gardé jusqu'ici sur ces faits ne doit donc pas être considéré comme une preuve de leur non-existence. Ce silence tient à plusieurs causes : dès le début, on a pu méconnaître le véritable caractère des accidents; d'un autre côté, ceux à qui ils sont arrivés n'ont pas dû être empressés de les faire connaître; mais aujourd'hui, qu'il s'agit d'éclairer une grave question de science et d'humanité, il faut espérer que, mieux instruits sur les dangers du chloroforme, et mieux renseignés sur les caractères de la mort qu'il détermine, tous les chirurgiens s'empresseront de publier loyalement les faits observés par eux.

» Quant aux accidents consécutifs, il y en a de nombreux et de plusieurs sortes : d'abord ceux que tout le monde connaît, et qui, pour me servir des expressions de plusieurs de nos honorables collègues, réduisent un grand nombre d'opérés presque à l'état de cadavre; de cet état à la mort, il n'y a qu'un pas; puis d'autres accidents sur lesquels je ne veux pas insister, mais qui aggravent singulièrement les suites et les conséquences des opérations. Beaucoup d'opérés, me disait l'autre jour un de nos honorables collègues, restent longtemps, même toujours au-dessous du rhythme vital; ils conservent dans leur longue agonie, le caractère de la sidération chloroformique. Enfin, je citerai certaines complications de plaies, telles que la gangrène, etc. »

Cette manière de voir, oubliée depuis les circonstances où nous l'avons aussi nettement exprimée, vient de recevoir d'une communication de M. Pamard (d'Avignon) une confirmation aussi concluante qu'instructive. Il s'agit d'un sujet que l'on avait chloroformisé pour l'ablation d'une tumeur de la cuisse, et chez lequel la mort est arrivée au 9e jour de l'opération, sans qu'il y ait eu la moindre trace de réaction organique. Dans ce cas, le chloroforme aurait stupéfié le système nerveux organique au point de détruire tout ressort vital. Pour nous, ce fait n'est pas nouveau : c'est un cas particulier de la catégorie générale désignée par nous, comme on l'a vu plus haut, sous le nom d'*accidents consécutifs* du chloroforme. Nous avons cité des exemples de mort survenue à une plus ou moins grande distance de la chloroformisation. Le cas observé par M. Pamard n'est donc qu'un fait à l'appui d'autres faits, qu'une confirmation du point de vue nouveau auquel il se rapporte.

Cependant plusieurs des membres présents sont loin d'avoir accepté cette interprétation. Pour eux, pour M. Roux, pour M. Velpeau, le malade pourrait être mort de tout autre cause que par le chloroforme, et le défaut de réaction pourrait tenir à une dépression du moral, telle qu'il en a été quelquefois rencontré.

Pour notre compte particulier, nous ne comprenons pas le doute. Mais nous n'en sommes nullement surpris. Si on se rappelle avec quelle persistance on a nié tous les cas de mort produits par le chloroforme, lors de la discussion du rapport à l'Académie, on comprendra que le scepticisme avec lequel on a accueilli le cas communiqué par M. Pamard n'est qu'une conséquence naturelle du scepticisme qui avait fait repousser les cas de mort par action immédiate. Mais il n'est pas plus difficile de combattre l'un que l'autre.

L'absence complète de réaction dans le cas rapporté par M. Pamard se présente comme l'exagération de cas plus nombreux et moins caractérisés. L'action constitutive du chloroforme s'y révèle dans les moindres détails et sous les mêmes aspects. C'est une syncope d'abord; c'est l'absence de la chaleur; c'est l'insensibilité du pouls; c'est un accablement général, sans plainte, sans douleur, sans l'ombre de retour en avant. Puis viennent le refroidissement du membre, des phlyctènes, et jusqu'à la gangrène. Peut-on voir quelque chose de plus significatif? Et malgré les assertions contraires, existe-t-il dans la science un seul cas analogue qui puisse être mis sur le compte d'une cause morale ou autre qui ne soit pas une cause matérielle, générale dans son action, mais exceptionnelle dans son caractère? Ici, comme toujours, les effets trahissent la cause, et c'est faute de voir les choses dans leur ensemble, c'est faute de les considérer dans leur rapport, qu'on se laisse aller à des prétextes d'analogies vulgaires qui conduisent aux plus graves inconséquences.

La portée pratique de ce fait est très-grande. Elle prouve qu'il faut se défier des méthodes qui font durer longtemps la chloroformisation, et qui renouvellent pour cela plusieurs fois les doses de l'anesthésique. On ne saurait se dissimuler, *à priori*, que, toutes choses égales d'ailleurs, l'action du chloroforme sera d'autant plus durable, d'autant plus profonde qu'il aura été introduit plus de substance dans l'économie. On pourrait ajouter même que les dangers consécutifs seront d'autant plus à craindre que le chloroforme aura été introduit en moins grande quantité à la fois. Ceci n'est pas de la pure théorie. S'il nous est permis de rappeler les expériences que nous avons communiquées à l'Académie, et qui avaient pour but d'étudier les différents modes d'administration et d'action de l'anesthésique, on se souviendra que, par l'injection du chloroforme sous la peau, il y a précisément cette annihilation lente des fonctions et de la vie, à tel point que les animaux ont survécu six et huit heures, en présentant cette particularité curieuse que les régions voisines de l'injection sous-cutanée étaient les premières et les plus profondément atteintes.

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1849, p. 36.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Banquets Seutin. Suite. — Vœux gastronomiques. — Exemple à suivre. — Les toasts. — Le caractère belge. — L'ancien et le nouveau doyen. — M. Bouchardat. — Craintes relatives à l'organisation des services des aliénés. — M. Bochoux. — Mort du docteur Ellenberger.

« La médecine belge ne pouvait se consoler du départ de M. Seutin. L'Académie, dans sa douleur, se trouvait malheureuse d'être immortelle; sa grotte ne résonnait plus que de mornes discours. Les éclopés se lamentaient; l'amidon était pour rien. Clients et confrères erraient çà et là dans la blanche ville de Bruxelles, au parc, au quartier de la Madeleine, dans les passages du Roi et de la Reine; mais ces beaux lieux, loin de modérer leur peine, ne faisaient que leur rappeler le triste souvenir du chirurgien absent. » Ainsi parle, mot pour mot, François de Salignac de Lamothe-Fénelon, au premier livre de son TÉLÉMAQUE. Le digne archevêque ne savait pas que le fugitif reviendrait aux bras de Calypso, plus jeune, plus pimpant, plus ardent, plus magnifique que jamais; il ignorait les joies et les fêtes qui devaient suivre ce bienheureux retour. Mais la CHRONIQUE en a fait, si l'on s'en souvient, le sujet d'un chant harmonieux. Aujourd'hui encore, par un motif qu'on appréciera, il va lâcher son Pégase sur le même terrain; Fénelon sera ainsi dûment corrigé et complété.

On connaît les habitudes scrupuleuses de la CHRONIQUE. Elle aime à n'affirmer que ce qu'elle sait pertinemment. Ayant donc ouï dire que, à l'occasion du retour de M. Seutin, il allait se donner encore un excellent dîner à Bruxelles, elle a compris qu'il était de son devoir le plus sacré de ne pas s'en rapporter, comme la première fois, à ces messieurs du journalisme belge, mais de procéder à une vérification directe et personnelle. Il n'est pas mal d'ajouter qu'elle y était autorisée par une gracieuse invitation. Or elle déclare avec une entière franchise que ce dîner a été offert en elle tout sentiment de patriotisme, et qu'elle n'est plus du tout disposée à proclamer la supériorité du cordon bleu français. Une parole a été dite au dessert, qui nous a fait trembler. « Des barrières nous séparent de la France; ces barrières, nous l'espérons bien, resteront toujours debout, » s'est écrié au dessert un des plus éminents convives. Ah! de grâce, messieurs les Belges, qu'elles s'abaissent pour la cuisine! Non, plus de barrières pour le vin du Rhin, pour les *faisans de Bohême* les *huîtres de la Meuse* et les *écrevisses du Rhin!* Au nom de la fraternité des peuples, de la solidarité universelle et de tous les grands principes humanitaires, le libre échange pour les *potages à la purée de volaille* et les *nesselrodes glacés!* A bas les douanes! à bas Valenciennes et Quiévrain! place aux *suprêmes* et aux *crèmes diplomatiques!* La bonne manière, d'ailleurs, la judicieuse et sa-

Le fait porte avec lui un autre enseignement tout physiologique. Il y a longtemps que nous l'avons dit : la chloroformisation est une méthode d'analyse fonctionnelle du système nerveux. On sait que, dans une foule de cas, c'est tantôt tel ordre de fonctions, tantôt tel autre qui est suspendu. Dans le cas de M. Pamard, ce ne sont ni les fonctions de l'intelligence, ni les fonctions des sens qui ont été atteintes, mais les fonctions du système nerveux organique.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE.

DES VOMISSEMENTS PENDANT LA GROSSESSE, ET EN PARTICULIER DES VOMISSEMENTS OPINIATRES ; par M. PAUL DUBOIS (1).

On sait que, parmi les modifications fonctionnelles produites par la grossesse, celles que subissent les fonctions des organes digestifs sont sans contredit les plus fréquentes et les plus connues, et que l'estomac est celui de ces organes sur lequel s'exerce surtout l'influence sympathique de l'utérus en état de gestation. Cependant cette influence peut s'étendre également à d'autres parties de l'appareil digestif, à l'intestin, par exemple, au foie et aux glandes salivaires, et dans ce cas elle se révèle par une augmentation ordinairement notable et quelquefois excessive des liquides que ces organes sécrètent. Je rappellerai plus loin cette extension possible des réactions sympathiques de l'utérus, parce qu'elle est assez souvent liée à la maladie qui est le sujet de ce mémoire.

Chez la plupart des femmes enceintes, dès que la suspension des règles s'est manifestée par l'absence de toute apparition sanguine à l'époque à laquelle elle était attendue, et quelquefois même presque aussitôt après la conception, un certain trouble a lieu dans les fonctions digestives : il consiste d'abord dans la perte graduelle de l'appétit et le désir exclusif d'aliments très-sapides. Bientôt après des dégoûts et des nausées, et enfin des vomissements se manifestent. Ces derniers se montrent tantôt le matin et presque dès le réveil, tantôt à diverses heures de la journée. Quand les vomissements ont lieu dès le matin, ils ont ordinairement pour résultat le rejet de substances liquides, blanchâtres, muqueuses et filantes, assez souvent acides. Ils se bornent à cela s'ils sont peu répétés ; dans le cas où, au contraire, ils se renouvellent souvent, aux liquides précédents succède de la bile en quantité variable, et il n'est pas rare de voir s'y mêler quelques filets de sang lorsque les crises ont beaucoup d'intensité.

Les vomissements qui se manifestent dans la journée sont le plus souvent provoqués par la présence des aliments dans l'estomac, et ils ont alors pour résultat le rejet ordinairement partiel, mais quelquefois presque complet, de ces aliments. La durée de cette perturbation fonctionnelle est très-variable : dans la plupart des cas, elle ne s'étend pas au delà du quatrième mois, et souvent elle est beaucoup plus restreinte. Il arrive assez souvent qu'après s'être suspendus pendant plusieurs mois, les vomissements reparaissent dans les dernières semaines de la grossesse. Ce phénomène est généralement attribué à l'élévation de l'utérus et à la pression qu'il exerce sur l'estomac. J'ai quelque peine à admettre la justesse de cette explication : ces vomissements secondaires me semblent résulter des mêmes causes que les vomissements primitifs, et sans contester absolument l'influence de l'action mécanique que je viens de rappeler, je crois qu'il est plus rationnel de les attribuer aux modifications que le col de l'utérus, jusque-là presque étranger au développement de l'organe gestateur, commence à subir à cette époque.

Chez quelques femmes, les vomissements persistent pendant toute la durée de la grossesse ; beaucoup d'autres en sont complétement exemptes. Dans un grand nombre de cas, ils se bornent à de l'inappétence et à des nausées. En général, ils ne causent aucun trouble sérieux dans l'économie ; les crises passagères qui les caractérisent n'excluent même pas l'appétit quand elles sont passées, et, dans la grande majorité des cas, elles ne provoquent aucune réaction fébrile remarquable et surtout continue : on observe seulement l'altération des traits, et un amaigrissement parfois très-sensible quand les vomissements sont répétés et se prolongent, et quand ils produisent le rejet d'une grande partie des aliments.

Malheureusement les modifications dont je viens de rappeler les caractères les plus communs ne restent pas toujours renfermées dans les limites que j'ai indiquées : dans quelques cas, en effet, les vomissements se manifestent à des époques très-rapprochées et finissent par devenir incessants. Ils provoquent le rejet de toutes les substances alimentaires, solides ou liquides, et ils produisent dans la santé générale un trouble profond. Les modifications fonctionnelles ordinaires, considérées presque comme des phénomènes physiologiques, se convertissent alors en un état pathologique grave, et qui peut devenir mortel. Les faits qui suivent en sont de remarquables exemples.

OBS. I. — Pendant le cours de l'année 1839, une jeune femme, déjà mère de deux enfants, quitta le département de la Vienne qu'elle habitait ordinairement pour venir à Paris passer quelques mois dans sa famille. Elle était au commencement d'une grossesse qui ne lui avait été révélée encore par aucun symptôme. La suppression de ses règles vint bientôt l'en avertir. Pendant ses deux premières grossesses, elle n'avait éprouvé que des nausées et des vomissements peu intenses et de courte durée ; mais cette fois ils prirent rapidement une violence et une opiniâtreté inaccoutumées. D'abord une grande partie, puis plus tard la totalité des aliments solides furent rejetés presque aussitôt après leur ingestion dans l'estomac. Il en fut bientôt de même des aliments liquides. Et enfin les choses en arrivèrent à ce point qu'une cuillerée à café d'eau pure ne pouvait être conservée. L'ingestion d'une substance alimentaire quelconque n'était d'ailleurs pas nécessaire pour provoquer des efforts de vomissements, car ils étaient presque continuels.

La malade, qui présentait avant le début de cette troisième grossesse tous les

(1) Ce travail a été l'un des documents les plus étendus qui aient pris place dans la discussion relative à la provocation de l'avortement, qui s'est récemment élevée devant l'Académie nationale de médecine.

Le sujet que j'y ai traité a été peu étudié dans notre pays, quoiqu'il ne manque ni d'intérêt ni d'importance. J'ai cru pour ce motif qu'il pouvait être utilement publié. Comme ce travail était une réponse à des opinions contraires aux miennes, j'ai dû lui donner d'abord la forme qu'exigeait la polémique à laquelle il était destiné. Il paraîtra aujourd'hui sous la forme d'un mémoire, qui contribuera, je l'espère, à la solution pratique de la question grave qui y est étudiée.

---

vante manière de commencer une fusion ! *Dis-moi ce que tu manges et je te dirai ce que tu es ;* voilà un axiome vulgaire. Donc deux peuples qui mangent les mêmes choses sont nécessairement voués à la même forme politique. Il ne s'agit que de se mettre à l'unisson. Et comme le ton serait agréable, s'il était toujours donné par un banquet Seutin !

Mais trêve de gourmandise. Il y a eu, dans ce banquet de cent vingt couverts, rendu par le chirurgien de Saint-Pierre aux souscripteurs de la fête dont il était, il y a deux mois, le héros, il y a eu quelque chose de plus attrayant qu'une élégante ordonnance ou un menu délicat. Le sentiment confraternel d'où était sortie la pensée même du banquet, s'échauffant par le contact de tant de cœurs généreux, de tant d'intelligences choisies, est devenue une bonne, franche et expansive cordialité. Pas de traces de cette froideur, de cette gêne, qui est si souvent le propre des dîners d'apparat. La conversation animée, le cliquetis des verres, les bons mots, le glouglou des bouteilles, les apostrophes croisées, des histoires à convulser le diaphragme et que notre ami Ricord vous répétera en bonne partie quand vous le voudrez ; voilà le passe-temps de cinq rapides heures. Nous parlons du sentiment de confraternité, fallait-il qu'il fût développé, pour qu'on pût organiser semblable réunion ! car notez bien : il ne s'agit pas seulement ici d'élèves reconnaissants, venant témoigner au professeur du prix qu'ils attachent à ses leçons ; témoignage déjà si flatteur, auquel est habitué un des conviés du banquet belge, M. Ricord, et goûté tout récemment par notre habile collaborateur et excellent ami, M. le docteur Diday. Il s'agit de l'élite du corps médical, conspirant, de toutes les parties du royaume, la glorification d'un confrère. Comment ! dans ce petit coin de l'Europe, des centaines de médecins se groupent autour d'un des leurs et se disent : Nous allons lui frapper une médaille ; nous allons le placer sur un autel comme un Saint-Sacrement ; nous lui ferons une auréole resplendissante ; nous appellerons tout le royaume à l'admiration, à la contemplation, à l'adoration ! L'Europe savante s'entretiendra de lui et, comme parle l'Écriture, la terre saura son nom ! Des hommes comme M. Gros, le doyen de l'Université libre ; comme M. Morel, l'un des savants professeurs de cette Université, comme M. Van Huevel, un des premiers accoucheurs de l'Europe ; comme MM. Joly, Delhaye, Puttemann, Dieudonné, réclament les fonctions de commissaires. C'est inouï, impossible, fantastique. Anne Radcliffe fait apparaître des revenants, et Hoffmann un spectre fiancé ; rien de plus naturel. Mais une telle immolation de l'amour-propre et de l'intérêt personnels, un tel enterrement de l'*invidia medicorum*, voilà qui ne se comprend plus.

Sérieusement, qu'on scrute le fait un instant sans prévention ; il atteste dans le corps médical belge un admirable esprit, et dans l'objet de cette espèce de culte une autorité presque sans exemple.

Nous donnons ailleurs les toasts portés. Le passage de L'INDÉPENDANCE BELGE, inséré dans notre dernier numéro, nous dispense de les louer. C'est une plainte que la CHRONIQUE articule très-explicitement. Il en est un surtout dans lequel elle eût aimé à faire ressortir l'à-propos des pensées et l'élévation de la forme. Les institutions belges y sont caractérisées avec une largeur de vues remarquable. C'est un programme d'enseignement en même temps qu'un discours de circonstance. Là est l'originalité et le mérite du discours de M. Guérin. Le président de l'Académie belge, M. Vleminckx, lui a rendu, comme on dit, la

attributs de la plus belle santé, fut graduellement réduite par l'abstinence, la douleur et la privation presque complète de sommeil à un état de maigreur et de faiblesse excessives. Pendant les trois premières semaines qui succédèrent à la manifestation des vomissements, il n'y eut aucun indice de fièvre, quoique le malaise fût persévérant et prononcé. Mais après ce temps, la peau devint chaude et aride, le pouls petit et fréquent, la langue rouge et sèche, et les traits subirent en même temps une altération profonde. Cette malade recevait avec mes soins ceux de notre excellent et regrettable collègue M. Fouquier, qui était le médecin de sa famille. Les médications locales et générales les plus variées et les plus énergiques furent successivement employées; à plusieurs reprises, nous obtînmes un soulagement passager auquel succédait bientôt une reprise plus intense des vomissements; enfin cinq semaines après le début de cette cruelle affection, les accidents gastriques cessèrent, la malade se plaignit d'abord d'une céphalalgie violente, de l'obscurcissement de sa vue, puis elle tomba dans une somnolence comateuse presque continue, et seulement quelquefois interrompue par des hallucinations. Cet état se prolongea pendant quatre jours, et la malade expira.

La grossesse datait selon toute apparence du milieu d'avril, les vomissements avaient commencé vers le 20 mai, elle succomba le 22 juillet, par conséquent à la fin du troisième mois de sa grossesse.

J'ai exposé les faits qui précèdent avec quelques développements, afin d'en être dispensé pour les observations qui vont suivre, et qui, dans leurs détails comme dans leurs tristes résultats, ont une grande analogie avec la précédente.

Obs. II. — Vers la fin de la même année, un de nos confrères du département du Loiret, M. Léotard, réclama mes conseils pour une jeune femme alors enceinte de deux mois et demi et qui, depuis le début de cette grossesse, souffrait de vomissements dont l'intensité et la fréquence s'étaient graduellement accrues.

Au moment où notre confrère m'écrivait, l'amaigrissement de sa malade avait fait des progrès effrayants, le pouls était constamment fébrile, la peau sèche et brûlante, les lèvres écailleuses, la langue rouge, mais encore humide, les vomissements presque continus et accompagnés de violents efforts.

Cette malade, me disait notre confrère, est atteinte d'une névrose extrêmement opiniâtre et douloureuse, et si cet état se prolonge, je ne doute pas qu'il n'ait les résultats les plus graves. Ces circonstances et les renseignements qu'il ajoutait relativement à l'état de l'utérus, m'engagèrent à lui suggérer l'idée d'un avortement artificiel; la faiblesse de sa cliente empêcha que cette proposition fût acceptée. Quelques jours après une amélioration sensible se manifesta sous l'influence présumée d'un lavement préparé avec l'assa fœtida et la teinture du musc; cet état rassurant dura trois jours, après lesquels la malade ayant pris un très-petit morceau de gâteau, les vomissements reparurent avec une violence inouïe, et trente-six heures après la pauvre patiente expirait.

Obs. III. — Peu de temps après, un de mes confrères de Paris, M. Scellier, me pria de voir avec lui une de ses clientes dont la santé lui donnait de vives inquiétudes. C'était une pauvre femme, déjà mère de plusieurs enfants dont les grossesses avaient été fort heureuses. Mais enceinte de nouveau, elle avait éprouvé dès le commencement du second mois des vomissements qui, depuis cinq semaines environ, étaient devenus très-violents et très-répétés. Lorsque je la vis, elle ne supportait aucun aliment solide ou liquide quelle qu'en fût la nature et la quantité; aussi était-elle réduite à une émaciation et à une faiblesse extrêmes. Occupée d'un commerce de vins en détail, elle avait dû, malgré les exigences de cette profession, garder le lit depuis quinze jours.

Des moyens nombreux locaux et généraux avaient été déjà mis en usage sans succès; mon confrère et moi nous convînmes d'en employer d'autres et de plus énergiques. Nous devions revoir bientôt cette femme, mais la veille du jour convenu, je fus prévenu qu'elle avait succombé. Elle était parvenue alors au quatrième mois et demi de sa grossesse.

Obs. IV. — Deux années plus tard, mon collègue M. Chomel m'engagea à examiner, dans son service de l'Hôtel-Dieu, une malade qui y avait été admise depuis quinze jours environ, et qui paraissait très-souffrante.

Cette femme était enceinte pour la quatrième fois, et parvenue à la fin du deuxième mois environ de cette nouvelle grossesse. Elle était tourmentée de vomissements qui s'étaient manifestés dès les premiers jours de la gestation, et qui, très-fréquents et très-intenses, avaient pour résultat le rejet de presque tous les aliments solides ou liquides. La peau était sèche et le pouls fébrile. Ayant appliqué la main sur l'hypogastre, je fus frappé de la vive sensibilité de l'utérus. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que la région inférieure de cet organe était également douloureuse; il y eut en conséquence quelque raison de penser qu'une phlegmasie utérine compliquait la grossesse, et que cette condition pathologique pouvait n'être pas étrangère aux vomissements dont souffrait cette malheureuse. Cependant, en raison de quelques circonstances exceptionnelles, et surtout d'un écoulement sanguin qui eut lieu par la vulve, on présuma que cette femme n'était pas enceinte, et pendant quelque temps on crut à une simple métrite. Un traitement antiphlogistique fut institué sur ce diagnostic.

Les vomissements n'en persistèrent pas moins avec beaucoup d'intensité, et malgré le nombre et la variété des moyens qui furent employés pour les calmer, le mal fit des progrès rapides, et la malade succomba un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie eut lieu; elle ne révéla aucune lésion significative dans la plupart des organes qui furent examinés.

Cependant l'utérus, qui fut soumis à mon examen contenant encore le produit de la conception, renfermait deux fœtus, qui n'avaient dû cesser de vivre qu'au moment même où la mère avait succombé.

Sur la face externe de la membrane caduque, il était facile de reconnaître des plaques de pus concret assez étendues et disséminées à la périphérie de l'œuf.

Quelques années auparavant, Dance m'avait fait voir une altération dont le siége et la nature étaient exactement les mêmes, et qu'il avait constatée sur le cadavre d'une femme enceinte, et morte à l'Hôtel-Dieu à la suite de vomissements opiniâtres.

Ce cas et un autre à peu près semblable ont été publiés par lui dans le deuxième volume du Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologique.

Obs. V. — Une jeune dame, que j'avais assistée dans un premier accouchement, devint enceinte de nouveau peu de temps après; elle était du nombre assez restreint des femmes chez lesquelles les réactions sympathiques de la grossesse se manifestent presque aussitôt après la conception, et qui sont averties de leur état par le trouble des fonctions digestives, avant de l'être par la suppresion de leurs règles.

Il en avait été ainsi dans sa première grossesse, et il en fut de même dans la seconde; mais cette fois les vomissements furent très-violents et très-opiniâtres. Elle était alors loin de Paris, et ses parents, trop justement alarmés, réclamèrent les conseils de M. Chomel, médecin de la famille. Dès son arrivée, il reconnut facilement la nature, la cause et la gravité des accidents. Il proposa les moyens qui lui parurent les plus propres à les atténuer; mais ces moyens et beaucoup d'autres encore furent insuffisants. Les vomissements persistèrent sans aucune rémission, et la malade succomba au milieu de souffrances atroces.

Obs. VI. — M. Chomel et moi, nous fûmes invités à voir, dans le quartier Saint-Antoine, une jeune femme malade et proche parente d'un de nos confrères de Paris. On nous apprit qu'elle était parvenue à la fin du cinquième mois

---

monnaie de sa pièce; il a répondu par une flatteuse appréciation de la médecine française (1). Nous n'avons pas le droit ici d'être modeste; car nous le serions pour le compte d'autrui. La médecine française aurait mauvaise grâce à décliner l'éloge; elle peut l'accepter en conscience: nous sommes seulement bien aise de lui rappeler que cet éloge venant d'une telle bouche a un prix inestimable.

Pour ce qui concerne uniquement la Gazette Médicale, elle n'a pas vu sans en être profondément touchée la sympathie qui lui a été si chaudement et si universellement manifestée. Elle remercie particulièrement ses frères et sœurs du journalisme, excellente famille dont les bonnes dispositions nous sont d'autant plus précieuses qu'elle est elle-même tout entière entourée de considération. Comme le remarquait justement ces jours derniers l'Union médicale, le peu d'étendue du territoire belge, la rapidité des communications, l'organisation de l'enseignement permettent à la science de se répandre avec une sorte d'uniformité sur tout le royaume et, par suite, de se créer partout, à Bruges comme à Gand, à Anvers comme à Bruxelles, des organes d'une égale importance. Quand donc on parle de la presse médicale belge, on n'entend pas, comme en France, quelques journaux prépondérants, appartenant presque tous au journalisme de la capitale, mais bien l'ensemble de toutes les forces vives de la presse, combinées, associées pour le progrès de l'œuvre commune. Et voilà pourquoi, encore une fois, nous sommes si heureux de la sympathie que nous y avons rencontrée.

Qu'on nous permette encore une observation. Ce commerce facile, ce caractère hospitalier, qui sont propres au pays, se retrouvent, avec un relief particulier, dans le corps des médecins et jusque dans les sociétés officielles. Ainsi, entre les plus hautes positions et les rangs inférieurs, il y a comme une pente de douce familiarité qui adoucit les inégalités, sans pourtant les effacer plus qu'il ne convient. Le héros même de la fête est l'ami et presque le camarade des plus humbles de ceux qui lui prodiguent l'encens et lui décernent des médailles. C'est là un trait de mœurs digne d'être signalé. Quant aux confrères étrangers, ils sont traités en Belgique comme des compatriotes; ils y ont place tout aussitôt au foyer domestique; et si on ne leur présente pas le calumet de paix comme chez les Indiens, c'est uniquement parce qu'on n'y songe pas; mais on leur offre au moins des cigares. A l'Académie, même accueil, les cigares exceptés. Certes, nulle société savante ne prend son rôle plus au sérieux; nulle part, il n'y a plus de tenue, plus de respect de soi-même, un sentiment plus juste et plus sérieux de la mission académique; à côté de cela, rien qui sente la hauteur ou le formalisme. Une direction paternelle y fait presque oublier le règlement. Une place est offerte sur les banquettes, la parole même est donnée, à un médecin étranger à l'Académie, si sa position le recommande d'une manière un peu spéciale. Pas n'est besoin pour cela d'une décision expresse de l'Académie; une extrême confiance, merveilleusement justifiée d'ailleurs, dans la sagesse du président, prévient toute difficulté. Un système si commode serait-il de mise partout; à Pékin, par exemple, ou, si on l'aime mieux, à Paris? C'est ce que nous n'oserions affirmer; nous nous bornons à constater le fait. On voudra bien croire surtout au jugement désintéressé de la Chronique. Parce que l'Aca-

(1) Voir ces deux toasts aux Variétés.

d'une seconde grossesse, et que depuis deux mois elle était tourmentée de vomissements presque incessants.

Elle ne conservait aucun aliment solide ou liquide. Sa langue était sèche, sa peau chaude, son pouls fréquent, ses traits fort altérés. Des médications nombreuses avaient été employées sans succès.

Cependant, comme on n'avait eu recours encore ni aux bains tièdes et prolongés ni à l'usage de l'opium, nous pensâmes qu'il serait utile d'en faire l'essai.

Il fut convenu que nous reverrions la malade; mais notre projet ne put se réaliser, la pauvre malade ayant succombé quelques jours après notre visite.

OBS. VII. — Dans l'année qui précéda la mort de mon excellent et bien regrettable confrère M. Guersant, il m'engagea à voir avec lui et avec un autre confrère, dans la maison qu'il habitait, une dame enceinte, jeune encore et cependant déjà mère d'une nombreuse famille. Ses précédentes grossesses n'avaient été troublées par aucune incommodité sérieuse; mais cette fois elle avait éprouvé des vomissements intenses, répétés et opiniâtres. Sa maigreur et sa faiblesse étaient extrêmes.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, les vomissements s'étaient suspendus; elle se plaignait seulement d'une céphalalgie violente et continue, et elle était habituellement dans un état de somnolence comateuse, interrompue par quelques hallucinations. Cet état me parut très-sérieux. La question d'un avortement provoqué fut un instant agitée; mais la gravité du cas et l'improbabilité du succès la firent abandonner. Une médication énergiquement révulsive fut prescrite et employée, mais sans aucun résultat favorable. La malade succomba quelques jours après. Le commencement de cette grossesse datait probablement du milieu du mois de novembre. Les vomissements se manifestèrent vers le 20 janvier, et elle expira le 22 mars; elle était par conséquent enceinte de quatre mois à peu près.

OBS. VIII. — Une jeune dame italienne, enceinte pour la première fois, vint à Paris au commencement de l'année 1844; elle était alors dans le cours du troisième mois de grossesse, et depuis six semaines elle avait commencé à éprouver, d'abord des nausées, puis des vomissements qui étaient devenus de plus en plus violents et répétés, elle s'était confiée aux soins de M. Robecchi son compatriote, qui depuis cette époque a succombé à une maladie de courte durée.

La situation de cette malade lui ayant paru très-grave, il s'était adjoint M. Louis, et je fus appelé moi-même quelques jours après. Lorsque je vis pour la première fois cette jeune femme, elle était alitée depuis plusieurs jours; son pouls était fébrile, sa peau chaude et sèche, sa figure profondément altérée. Les vomissements, que provoquait la seule ingestion de quelques gouttes d'eau, étaient d'ailleurs presque continuels. L'insuccès des médications nombreuses et très-variées auxquelles on avait eu recours détermina naturellement à réclamer les conseils de plusieurs confrères. MM. Rostan, Bouillaud et Danyau furent appelés. Malheureusement les moyens qu'ils conseillèrent n'eurent pas plus de succès que ceux qui avaient déjà été employés, et cette jeune malade expira un peu avant la fin du troisième mois de la grossesse.

OBS. IX. — Vers la fin de l'année 1847, un honorable confrère du département d'Indre-et-Loire, M. Decombe, me pria de l'éclairer sur la conduite qu'il avait à suivre dans un cas très-grave. Il s'agissait de vomissements opiniâtres dont souffrait une de ses clientes. Cette malade, enceinte pour la seconde fois, éprouva, dans les premiers mois de cette grossesse, des accidents inflammatoires auxquels succédèrent, vers le commencement du sixième mois, des vomissements dont la violence s'accrut par degrés, et dont les retours devinrent de plus en plus fréquents, de telle sorte qu'au moment où m'écrivait notre confrère et selon ses expressions, les forces étaient tout à fait épuisées, la maigreur extrême et l'anxiété inexprimable. Cet état de choses se prolongea jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse; alors des douleurs utérines se manifestèrent, et après un travail souvent interrompu, et pendant lequel les vomissements redoublèrent de violence, la pauvre patiente donna le jour à un enfant qui ne vécut que quelques heures, et elle-même accablée par la souffrance et par la faiblesse, expira presque aussitôt après.

OBS. X. — Un de mes excellents confrères de Paris, M. Focilbon, me pria, l'année dernière, de voir avec lui une malade âgée de 35 ans, déjà mère de quatre enfants, et dont la dernière grossesse avait été signalée par un désordre notable mais heureusement passager des facultés intellectuelles. Enceinte pour la cinquième fois, elle éprouva, dès le commencement de cette nouvelle grossesse, des vomissements qui prirent, vers la fin du deuxième mois, une très-grande intensité. A dater de ce moment, l'amaigrissement et la faiblesse de la malade firent des progrès rapides. Cependant, un mois plus tard, les phénomènes d'une bronchite qui, légère d'abord, devint ensuite un peu plus sérieuse, parut produire une diversion favorable, car les vomissements se calmèrent. Mon confrère M. Chomel fut appelé alors et ne constata, comme nous l'avions fait déjà, aucune lésion importante des organes de la respiration. Cependant la malade continua de s'affaiblir, les vomissements, momentanément suspendus, reparurent avec une nouvelle intensité, et elle expira vers la fin du troisième mois de la grossesse.

Cette observation présente, dans sa dernière partie, une analogie remarquable avec celle de vomissements incoercibles et mortels publiés par M. Vigla dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (année 1846). Mon confrère s'exprimait ainsi : « La malade avait commencé à tousser le 6 avril; elle continua les jours suivants sans que ce symptôme eût rien de pénible pour elle; un moment je crus que les accidents gastriques allaient diminuer sous l'influence de l'affection thoracique, il n'en fut rien, et sous l'influence funeste de ces deux causes réunies, l'épuisement augmenta dans une progression effrayante, et la malade succomba dix jours après. »

Je serai nécessairement conduit, en poursuivant ce travail, à joindre aux faits qui précèdent d'autres faits de la même nature et de la même gravité, et qui se sont également offerts à mon observation. Mais ils ne constitueront encore qu'une faible partie de ceux que la science possède.

Ainsi que je l'ai rappelé plus haut, Dance a publié deux cas de vomissements, devenus mortels, pendant la grossesse (1).

M. Chailly en a fait connaître un autre (2).

J'en ai indiqué un quatrième, qui a été observé et publié par M. Vigla (3).

Un cinquième m'a été communiqué par un de mes anciens élèves, M. Blot, qui l'avait observé à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1846, dans le service de M. Caillard : il s'agissait d'une jeune femme de 25 à 26 ans, qui succomba dans le quatrième mois de sa grossesse. L'autopsie fut faite avec un grand soin, et aucune lésion organique ne put être constatée.

Un sixième cas a été observé par M. le professeur Forget, et publié par lui en 1847 (4).

M. le professeur Rigaud en a communiqué un septième à M. Schnellbaeb, qui en a inséré les détails dans sa thèse pour le doctorat (5).

(1) RÉPERTOIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES, t. III, p. 70.

(2) BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, t. XXVII, année 184[illegible], p. 288. L'article dont il est question contient deux cas; mais l'un d'eux fait partie de ceux que j'ai rapportés, parce que j'avais été consulté avant M. Chailly pour la malade qui est le sujet de cette observation.

(3) GAZETTE DES HÔPITAUX, octobre 1846.

(4) GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, juillet 1847, p. 224.

(5) DES VOMISSEMENTS SYMPATHIQUES DE LA GROSSESSE. Thèse de Strasbourg, 1847, p. 29.

---

démie a écouté complaisamment son élucubration sur les urines sucrées, ce n'est pas une raison pour qu'elle continue à lui adresser des douceurs; elle ne fait qu'exprimer un sentiment partagé de tous ceux qui ont vu fonctionner la savante compagnie.

— Revenons un peu chez nous. Il s'y est passé, depuis la dernière causerie, quelques événements d'une assez grande importance. M. Bérard a quitté le décanat pour les fonctions d'inspecteur général de médecine. C'est une carrière plus large et plus difficile ouverte à la souplesse de son esprit. Le décanat est une machine toute montée, qu'on fait jouer par des procédés connus ou faciles à connaître, et dont le maniement demande surtout de l'activité et de la volonté. Elle reçoit sa première impulsion précisément de l'inspection générale, représentant le conseil de l'instruction publique. L'inspection suppose donc des idées arrêtées en matière d'enseignement; elle donne une influence considérable sur la direction des études; elle est appelée à recueillir des documents précis sur certaines questions dominantes qui divisent en ce moment l'opinion. L'esprit de M. Bérard n'est pas plus au-dessous de cette seconde tâche qu'il ne l'était de la première; nous savons qu'il s'y applique avec le même zèle. Quoi de plus rassurant?

C'est M. P. Dubois qui a pris le décanat. On peut bien dire : Le doyen n'est plus, vive le doyen! car il y a entre M. Dubois et son prédécesseur, pour la nature des aptitudes, pour l'urbanité du langage et l'aménité des formes, une analogie assez remarquable. La jeunesse des Écoles aimait beaucoup M. Bérard; elle n'aura sans doute qu'à déplacer son fonds d'affection, sans le diminuer, comme on fait dans les bonnes gestions. La ténacité de caractère que M. Dubois possède à un degré particulier trouvera également un emploi utile dans ses nouvelles fonctions.

— Un autre événement qui touche aussi la Faculté de médecine est la nomination de M. Bouchardat à la chaire d'hygiène. Il était temps! La hache était levée sur l'arbre quand il a donné ce dernier fruit. Assurément, si quelque chose eût pu lui mériter sa grâce, c'eût été ce bon emploi de sa sève capricieuse. Mais le destin l'avait condamné! Quoi que nous ayons pu dire des dangers du concours, de la prépondérance qu'il donne aux qualités brillantes sur les qualités solides, il est certain que c'est la précision des connaissances et la sagacité inventive qui ont triomphé, cette fois, en M. Bouchardat. Il est assez probable encore que le système de la nomination directe lui eût été moins favorable que le concours. Béni soit donc le concours ..... de 1852! Nous dirions volontiers : Béni soit le concours à tout jamais, si l'on voulait seulement en perfectionner un peu le mécanisme!

— Le service des aliénés est menacé indirectement d'une atteinte qui rendrait vaines les plus salutaires dispositions de la loi de 1838 et anéantirait infailliblement une partie des avantages déjà recueillis. Les journaux ont annoncé comme très-prochaine la suppression, au ministère de l'intérieur, de la direction des affaires communales et la décentralisation des services administratifs. L'effet de cette mesure, quant à la politique et à l'expédition des affaires en général, ce n'est pas à nous à l'apprécier; mais les conséquences qu'elle entraînerait relativement au service des aliénés, nous croyons devoir les signaler avant qu'elles ne soient tout à fait inévitables.

Le grand mérite de la loi de 1838, quel est-il? Précisément de centra-

Un huitième a été indiqué à l'Académie nationale de médecine par M. Danyau, qui l'avait appris de son père (1).

Le docteur Johnson en a fait connaître un neuvième, remarquable à quelques égards, et que je rappellerai plus loin (2).

Le docteur Ashwell en a cité un dixième, que lui avait communiqué le docteur M. Hall (3).

Un onzième est indiqué dans la thèse de M. Schuekback, comme ayant été observé par Lobstein et cité par cet habile et savant anatomiste dans son ouvrage sur le nerf grand sympathique (4).

Je ne parle pas de quelques autres cas qui auraient été observés par Breschet, Maygrier et Lobstein (5), parce que l'indication de ces faits est trop vague pour qu'elle ait quelque valeur.

Je suis convaincu néanmoins qu'en compulsant les ouvrages et les recueils scientifiques, je pourrais ajouter un grand nombre de cas de vomissements devenus mortels pendant la grossesse, à ceux que j'ai déjà réunis dans ce mémoire. Je suis surtout très-disposé à penser que le nombre en serait plus considérable encore si beaucoup de ces cas n'étaient pas méconnus ; j'en donnerai la preuve à l'occasion du diagnostic.

Cependant les vomissements graves de la grossesse n'ont pas toujours l'issue fatale qu'on a observée dans les cas qui précèdent ; ils peuvent, en effet, perdre de leur violence et de leur opiniâtreté soit par une atténuation naturelle, progressive ou secondaire des accidents, soit par l'action salutaire d'un traitement convenable, soit surtout par la suppression spontanée des phénomènes de la grossesse. Les faits qui suivent sont des exemples de ces terminaisons favorables.

Obs. XI. — Une jeune femme allemande devint enceinte vers le milieu du mois de février 1849. Cette grossesse, ignorée des siens, fut pour elle la cause d'une vive inquiétude, et elle dut prendre le parti de quitter sa famille et de chercher un refuge en France.

Dès la fin de février et avant son départ, des nausées fréquentes, et un peu plus tard des vomissements, s'étaient déjà manifestés. Dans le cours du mois de mars, ils prirent un caractère insolite de violence et d'opiniâtreté, se reproduisant alors à des intervalles très-courts, et paraissant avoir pour résultat le rejet de toutes les substances alimentaires.

Cette malade recevait alors les soins du docteur Koreff, son compatriote. Il pensa que ces vomissements étaient étrangers à la grossesse, et il eut recours à des médications énergiques et très-variées. Cependant les accidents gastriques n'en persistaient pas moins avec une grande intensité, et lorsque je vis la malade, au commencement du mois de mai, on m'assura que depuis six semaines elle n'avait pu conserver la moindre quantité d'une substance alimentaire quelconque solide ou liquide. Sa langue était sèche et rouge, sa peau chaude, le pouls fréquent et serré, l'haleine fortement acide, le malaise incessant ; enfin la faiblesse résultant de la privation presque absolue de sommeil et d'une abstinence à peu près complète depuis plusieurs semaines, était excessive. Je priai mon collègue M. Chomel de la voir avec moi ; nous la trouvâmes l'un et l'autre dans une situation assez grave pour ne nous laisser que peu d'espoir d'une guérison. Nous prescrivîmes une médication extérieure et tonique, qui ne fut pas exécutée. Deux jours après notre visite, c'est à dire dans les premiers jours de mai, la malade fut prise d'une diarrhée soudaine et abondante. Cette circonstance inattendue produisit une diversion salutaire, et dès ce moment il y eut une amélioration marquée. Un mois après, le rétablissement de cette jeune femme était complet. Elle est accouchée depuis au terme régulier de sa grosssesse et d'un enfant bien développé.

Ce cas si grave, et dont l'issue a été cependant heureuse, est le seul qui se soit offert à mon observation, et je n'ai trouvé nulle part un autre exemple d'un résultat aussi justement inattendu dans des conditions aussi sérieuses.

Il n'en est pas de même des faits qui vont suivre.

Obs. XII. — Une jeune fille, enceinte pour la première fois, se présenta, il y a quelques années, à la clinique d'accouchement ; elle était enceinte de cinq mois, et elle paraissait avoir été souffrante depuis longtemps. Sa pâleur, sa maigreur extrême et sa faiblesse me firent supposer qu'elle était atteinte de quelque affection chronique grave ; cependant j'appris d'elle que l'altération de sa santé était assez récente, et qu'elle résultait de l'abstinence à laquelle des vomissements continuels l'avaient condamnée.

Depuis quelques jours elle avait soudainement cessé de sentir les mouvements de son enfant, et presque aussitôt les vomissement s'étaient spontanément suspendus. Elle accoucha en effet, quinze jours après son entrée à l'hôpital, d'un enfant dont la mort datait évidemment de l'époque où le fœtus avait cessé de se mouvoir.

Obs. XIII. — L'honorable confrère dont j'ai déjà parlé, M. Scellier, demanda mes conseils pour une de ses clientes qui était au commencement du sixième mois d'une seconde grossesse ; elle éprouvait, depuis près de six semaines environ, des vomissements opiniâtres qui l'avaient réduite à un état extrême de faiblesse et de maigreur. Lorsque je la vis, sa langue était sèche et rouge, sa peau chaude, le pouls fébrile, et en entrant dans sa chambre, j'avais été frappé de cette odeur acide et pénétrante qu'exhalait la bouche de quelques-unes des malades qui ont été les sujets des observations précédentes.

Après avoir conseillé quelques moyens qui n'avaient pas été essayées encore, je la quittai, bien convaincu que cette maladie aurait une issue funeste : il n'en fut rien cependant.

Le lendemain de ma visite, les mouvements de l'enfant, jusque-là très-distincts, s'affaiblirent, puis cessèrent. Ce fut le signal d'une amélioration notable, suivie, un peu plus tard, d'une guérison complète.

La malade se rendit alors à la campagne, où elle accoucha, quelques semaines après, d'un enfant mort et putréfié.

Obs. XIV. — Une jeune femme, enceinte pour la première fois et parvenue au septième mois et demi de sa grossesse, avait éprouvé des vomissements d'une violence et d'une opiniâtreté très-inquiétantes. M. Foissac, médecin de la famille, m'avait prié de la voir, et de concert avec lui et avec un autre confrère, des moyens de traitement très-divers avaient été employés sans succès.

MM. Jobert, Danyau et Moreau furent alors appelés. La situation de la malade était devenue assez grave pour que la question de l'avortement provoqué fût agitée. Après une courte discussion, on décida d'un commun accord qu'on attendrait, et qu'une saignée du bras, possible encore, serait pratiquée. A cette saignée succéda une amélioration assez sensible et qui n'aurait probablement eu qu'une courte durée ; car il en avait été déjà plusieurs fois ainsi, mais dès le lendemain la malade cessa de sentir les mouvements du fœtus, et dès lors l'amélioration devint permanente. Douze jours plus tard, un enfant mort et putréfié naquit naturellement.

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 9 mars 1852.

(2) The Lancet, march 1838, p. 825.

(3) Ashwell, On parturition, p. 194.

(4) Thèse de Strasbourg, 1847, p. 31.

(5) Je fais ici allusion au second cas, attribué à Lobstein dans la thèse de M. Schnellbach, et déjà cité par M. Fernot. Je pense que ce cas est le même qui est indiqué auparavant.

liser les services, et, en les centralisant, d'assurer partout des soins hygiéniques et médicaux bien entendus. Avant cette époque, et c'est ce qu'on ignore généralement, le service était dans un état déplorable, ou plutôt il n'y avait pas de service. On ignorait au ministère jusqu'au nombre et au siége des asiles ; les chaînes, qu'on croyait tombées depuis Pinel, étaient maintenues en plus d'un endroit ; des conditions hygiéniques meurtrières ; pas de traitement médical ; la routine, la superstition, la barbarie ; voilà ce que la loi de 1838 est venue renverser. On peut dire sans exagération qu'elle a été pour les malheureux aliénés une loi de salut. Elle a fait un bien immense et elle n'a pas encore porté tous ses fruits. Est-ce, nous le demandons, le moment de l'abroger ? Qu'on veuille donc bien remarquer ceci : aucun des avantages qu'on peut se promettre de la décentralisation administrative n'est applicable au service des aliénés. Le service est nécessairement un d'un bout de la France à l'autre. Ce qui est bon à Montpellier l'est également à Strasbourg. Ce sont les mêmes abus qu'on a partout à craindre ; les moyens de les réprimer sont les mêmes partout ; n'est-ce pas un argument décisif en faveur d'une direction unique ? Il est surtout un point sur lequel la substitution de l'autorité du préfet à celle de l'administration centrale peut avoir des effets désastreux ; c'est le choix du médecin de l'asile, et le règlement de ses attributions. Le régime actuel assure toujours aux aliénés un médecin a donné spécialement à l'étude des maladies mentales ; la pépinière en est à Paris, et un roulement bien ordonné permet d'adapter la valeur des hommes à l'importance des établissements. Dans le régime, nous ne voulons pas dire actuel, mais qui sortirait inévitablement de la décentralisation, toute garantie de ce genre disparaîtrait ; le médecin serait ce qu'il plairait à Dieu ; le plus souvent sans doute, soit dit sans méchante allusion, le médecin des aliénés serait celui du préfet lui-même. Puis le combat depuis longtemps livré dans les asiles entre la médecine et la puissance religieuse, se renouvellerait. Suivant les tendances locales, ce serait ici la médecine qui aplatirait la religion, ou la religion qui ferait échec à la médecine ; deux exagérations également funestes.

Nous nous en tenons à ces remarques générales, n'ayant pas l'intention d'examiner aujourd'hui la question sous toutes ses faces. Nous nous permettrons seulement d'exprimer notre étonnement de ce que les hommes les plus compétents sur la matière, MM. les inspecteurs généraux de service, par exemple, n'aient pas été consultés, ni même avertis. On a vu la fumée, il y a donc eu du feu ; nous nous en sommes d'ailleurs assuré. Mais rien n'est fait encore, et nous savons qu'on lutte contre le projet ministériel. Espérons donc, ne serait-ce qu'en manière de consolation.

— Le feuilleton se croyait au bout de sa besogne ; mais un remords lui est venu. Laissera-t-il partir pour le champ du repos, sans un mot d'adieu, ce disputeur infatigable avec lequel la Gazette et particulièrement la Chronique se sont attiré plus d'une affaire ; cet esprit curieux et sceptique, personnel et indocile, qui s'appelait M. Rochoux ? La médecine perd en lui une de ces individualités qui ne peuvent disparaître sans qu'on le remarque. Qui ne le voit encore, à l'Académie de médecine, se jetant tête baissée au travers de toutes les discussions, lançant des apophthegmes, agitant éternellement la même marotte, telle que celle de l'*activité de la matière*, aussi heureux de faire rire ses collègues que de les faire maugréer. M. Rochoux était un adversaire commode. Le ton ha-

Obs. XV. — Une jeune femme enceinte fut admise à l'Hôtel-Dieu, en 1846, pour des vomissements très-opiniâtres. Sa situation paraissait très-sérieuse, et M. Chomel, dans le service duquel elle était placée, avait exprimé un pronostic fort grave quant à l'issue probable de cette maladie. Cependant des contractions utérines prématurées s'étant déclarées et l'avortement en ayant été la conséquence, les accidents cessèrent et la malade se rétablit.

Obs. XVI—La femme d'un menuisier, mère de deux enfants, devint enceinte pour la troisième fois dans les derniers mois de l'année 1837. Peu de temps après, elle éprouva des vomissements continuels. Le 24 janvier 1838, M. le docteur Griolet, dont elle réclama les soins, la trouva dans l'état suivant : amaigrissement assez avancé; peau sèche : pouls petit et fréquent ; langue naturelle, ventre souple, indolent ; la matrice s'élève jusqu'à l'ombilic.

Malgré les moyens les plus variés, le marasme fit des progrès, et cet état paraissait devoir se terminer par la mort, lorsque, vers la fin de février, l'avortement spontané eut lieu et la malade se rétablit (1).

Un cas tout à fait semblable a été observé à la clinique d'accouchements, il y a quelques années.

En considérant les faits qui précèdent, il est impossible de ne pas reconnaître :

1° Que les vomissements opiniâtres des femmes enceintes constituent des accidents très-graves, et trop souvent mortels ;

2° Que cet état pathologique est plus commun qu'on ne le croit généralement ; car, dans l'espace de treize années seulement, il m'a été possible d'en réunir environ vingt cas devenus mortels, et qui ont été observés par moi-même, ou à l'occasion desquels j'ai été consulté par des confrères de Paris ou de la province.

Mais ce n'est encore que la moindre partie des questions importantes qui se rattachent à ce sujet.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE LETTRE SUR LA LUXATION DU PREMIER CUNÉIFORME par M. Prosper Meynier (d'Ornans).

Monsieur le rédacteur,

Ma lettre relative à la luxation du premier cunéiforme (2) n'eût-elle eu d'autre utilité que de provoquer celle de M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines), je m'applaudirais de l'avoir écrite.

Cet honorable confrère transcrit une observation analogue à la mienne, et parfaitement rédigée. Elle est effectivement extraite d'un ouvrage trop peu connu, quoique d'une date assez moderne encore (3). Je l'avais lu. L'exemplaire, sur papier vélin, que je possède me vient de l'auteur lui-même, qui fut mon compatriote, presque mon parent, et l'un de mes premiers maîtres, à Besançon.

J'avoue que j'avais entièrement oublié le fait intéressant qui vient d'être rappelé ; cependant je prendrai la liberté de faire observer à M. Poulet que je n'avais pas eu la prétention de relater *toutes* les observations de déplacement du premier cunéiforme rapportées jusqu'alors. Pour s'en convaincre, on voudra bien relire les lignes 30 et 31 de mon article, p. 524, première colonne. Comme notre estimable confrère, éloigné des grandes collections scientifiques et littéraires, obligé de me borner, en fait de recherches, aux ressources de ma bibliothèque privée, je n'ai pu consulter que les ouvrages à ma disposition ; et c'est parce que je ne trouvais pas, dans ceux qui sont censés donner l'inventaire complet de la chirurgie, une description suffisamment détaillée pour être vraiment utile, que j'ai voulu y suppléer par mon travail.

Mais si notre estimable confrère de la Haute-Saône a été heureux dans sa première trouvaille, il l'a été beaucoup moins dans la seconde. Cela serait évident pour tous, s'il avait bien voulu copier l'observation due à M. Nélaton. Celle-ci, je l'avais présente à la mémoire... Il ne me serait jamais venu à la pensée de la placer sur la même ligne que les autres. De quoi y est-il question, en réalité? D'une plaie par arrachement, avec issue du grand cunéiforme. Là, certes, il ne pouvait y avoir difficulté pour le diagnostic, puisque tout y était à découvert (1).

Reste donc uniquement le fait recueilli par Briot. C'est bien assez sans doute, et le service rendu par M. Poulet n'en est pas moins très-grand.

Mais puisque Samuel Cooper, dans sa 5e édition, publiée en 1825, en Angleterre, et dont la traduction française est de 1826 ; E.-J. Sanson, en 1834 (2) ; A. Cooper, ou du moins MM. Chassaignac et Richelot, ses translateurs et annotateurs, en 1837 (3) ; Vidal (de Cassis), en 1839 (4), etc.; enfin M. Nélaton (5), et, plus récemment encore, M. Fabre ou l'un de ses collaborateurs, dans la Bibliothèque du médecin-praticien (6), ont omis, comme moi, l'observation du professeur byzantin, eux qui avaient pour devoir et pour but de représenter l'état de la science, eux qui écrivaient *ex professo*, je puis donc être excusé d'un léger manque de mémoire. Tout le monde est exposé à cela, même notre honorable confrère de Plancher. En effet, il a omis involontairement de nommer l'auteur de l'apophthegme grec cité à la fin de sa lettre, et qui donne à celle-ci un parfum d'érudition si relevé. Sans doute il ne s'est pas souvenu que c'est Aristote qui avait dit cela, et il ne s'en est pas rappelé le véritable texte. M. Poulet doit aimer le philosophe de Stagyre ; il me saura donc gré de rétablir ici la phrase de cet auteur :

Πάντες ἄνθρωποι του εἰδέναι ὀρέγονται φύσει.

Ainsi donc, service pour service, et partant, quittes.

P.-S. Je n'aurais pas osé demander, dans vos colonnes si utilement remplies, une place pour ma réponse à M. Poulet, si je n'avais eu quelque chose de plus intéressant et de plus utile à communiquer à vos nombreux lecteurs : c'est un fait relatif aux fractures de l'arcade zygomatique, autre

(1) Union médicale, 4 mars 1857.
(2) Gaz. Méd. de Paris, 1851, n° 33, 16 août, p. 523 et 524.
(3) 1817.

(1) Nélaton, Path. chirurg., t. III, p. 488.
(2) Dict. de méd. et de chir. prat., t. II.
(3) Œuvres choisies d'A. Cooper, 1 vol. grand in-8°.
(4) Traité de pathol. chirurg. et de méd. opérat., t. III, p. 366 et 367, 1re édition.
(5) Op. et *loc. cit.*
(6) T. XIII, p. 520.

bituel de son opposition, paraissant annoncer des intentions peu sérieuses, laissait rarement à ses raisons, même les meilleures, tout le poids qu'elles auraient pu avoir. Puis la contradiction s'accordait si bien avec son tempérament, qu'il la supportait envers lui, sous la forme la plus vive, non-seulement avec tranquillité, mais presque avec plaisir. Il avait trop d'esprit pour se fâcher du sarcasme, et c'est ce qui nous console d'en avoir quelquefois usé à son endroit. Au fond, M. Rochoux était doué d'une grande perspicacité et d'un vrai talent d'observation. Son Traité de l'apoplexie a fait et fera époque dans l'histoire des affections cérébrales.

Notre pauvre confrère est mort d'une façon cruelle pour un partisan fanatique de cet Épicure aux yeux de qui la douleur était le plus grand des maux, comme la volupté le plus grand des biens. Il a succombé au milieu de très-vives souffrances causées par une affection vésicale. Si du moins le père de la doctrine opposée à celle d'Épicure, Zénon, lui eût prêté son stoïcisme pour la circonstance ! Mais on assure qu'il n'en a rien été.

A. Dechambre.

MORT DU DOCTEUR ELLENBERGER. — LETTRE DE M. LE DOCTEUR MÉNIÈRE.

Nous faisons suivre la Chronique de la lettre suivante, dans laquelle notre savant confrère et ami M. le docteur Ménière donne des détails pleins d'intérêt sur les expériences qui ont entraîné la mort du docteur Ellenberger.

Mon cher confrère,

Vos lecteurs n'ont peut-être pas oublié le commencement de ma *promenade en Allemagne*, publiée dans votre numéro du 22 novembre dernier. J'aurais voulu vous donner la suite de ce petit travail, mais diverses circonstances m'en ont empêché. La Gazette Médicale n'y perd pas beaucoup, je vous l'assure. Cependant je viens de lire dans un journal politique, une note qui me rappelle un des incidents les plus remarquables de mon voyage. Elle est ainsi conçue :

« — Le 22 mars est mort, à Prague, un docteur L***, des suites d'un poison » qu'il avait essayé sur lui-même à diverses reprises, *dans l'intérêt de la science.* » Il avait coutume d'avaler, en présence d'hommes de l'art, de grandes quantités des poisons les plus violents, par exemple, la morphine préparée avec l'opium, après avoir pris préalablement un contre-poison. Ayant répété cette expérience, qui n'était pas approuvée par ses amis, il est mort. Il était né en » Suisse. »

Il s'agit ici de M. le docteur Ellenberger, aide-naturaliste du Muséum d'histoire naturelle de Prague. Sa mort est un événement déplorable qui sera sans doute l'objet de quelque communication scientifique de la part des personnes qui en ont été témoins. En attendant que l'on sache au juste dans quelles conditions s'est trouvé ce hardi expérimentateur, et que l'on connaisse dans tous ses détails le fait qui a si fatalement mis un terme à ses témérités, je crois que vos lecteurs

minutia magni momenti. Vous voyez que je me montre d'accord avec moi-même (1).

Parmi les auteurs, les uns disent qu'il n'y a rien à faire, dans les fractures de cette apophyse, alors même qu'il y a enfoncement sensible, au lieu de la saillie qu'elle forme au dehors.

Au contraire, il y en a qui veulent trop agir : ce sont ceux qui conseillent une incision pour relever la pièce déplacée.

D'autres suggèrent d'introduire le doigt dans la bouche, afin de repousser l'os déprimé; mais ils témoignent peu de confiance en ce moyen curatif, et ils ont bien raison.

On en trouve enfin qui parlent d'employer un levier autre que le doigt, sans spécifier l'instrument qu'ils préfèrent.

Je me suis rangé parmi ces derniers, dans un cas de cette espèce dont voici l'exposé :

Obs. — M. E. C., âgé d'environ 30 ans, vient me trouver dans la soirée du 11 octobre dernier. Peu d'instants auparavant, lancé d'une voiture emportée sur une pente rapide, il s'était violemment frappé la tête contre une borne en pierre placée à l'angle d'un mur. De gonflement, il n'en existait pas encore. Aussi me fut-il aisé, quoiqu'à la lumière artificielle, de reconnaître sur le champ un enfoncement de la pommette droite. Avec l'index, introduit dans la bouche, j'essayai de relever la portion d'os enfoncée. Malgré toute la force que je pus y mettre, je ne sentis qu'un mouvement peu prononcé, et il restait une fossette très-visible encore.

Le lendemain matin, le gonflement était venu; et pourtant il n'effaçait pas tout à fait la difformité. Désespérant alors de réussir par une nouvelle tentative avec le doigt, j'imaginai d'employer une tenette à lithotomie. On sait que les mors de cet instrument sont arrondis en bec de cane, et par conséquent se trouvent incapables de blesser, tout en présentant une forme commode pour l'usage auquel je les destinais. Mon espoir ne fut pas déçu. Ce double levier du premier genre, glissé entre l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur et l'arcade enfoncée, releva celle-ci de suite et sans la moindre difficulté. Immédiatement après, plus de difformité, plus de gêne dans les mouvements de la mâchoire.

Comme les tenettes, dont je me suis servi avec un succès si prompt, se trouvent dans l'arsenal de tous les chirurgiens, il leur sera facile d'y avoir recours en pareil cas. On y verra l'avantage de répondre à un besoin nouveau avec un vieil instrument, sans augmenter le nombre, déjà si grand, de ces auxiliaires de la chirurgie.

Agréez, etc.

(1) Voir ma lettre sur la luxation du premier cunéiforme, dans la Gaz. Méd. de Paris, 1851, n° 33, 16 août, p. 523 et 524.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

III. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

ESSAI SUR L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE DANS LES PARALYSIES, LES NÉVRALGIES ET LES CONVULSIONS; par le docteur Borggraeve.

Le travail de M. Borggraeve comprend une vue théorique et des faits pratiques. La vue théorique est ingénieuse et découle des notions récemment introduites dans la physiologie relativement à l'analogie du fluide nerveux et du fluide électrique, ou, pour parler le langage moderne, de la *névrosité* et de l'électricité. Il est certain que les effets de la strychnine sur l'économie ressemblent fort à ceux des courants électriques, et le tableau qu'en trace l'auteur, d'après les expériences de Wepfer et Brunner, de Ségalas, de Bérandi, le montre d'une manière frappante. Or un courant *saccadé* d'électricité passant, pendant un certain temps, à travers le corps d'un animal vivant, produit des convulsions tétaniques; un courant direct continu, s'il est suffisamment prolongé, occasionne, au contraire, la paralysie. En appliquant à la thérapeutique ces deux faits pour ainsi dire retournés, on devait guérir la paralysie par un courant saccadé et calmer les convulsions par un courant continu. L'expérience a déjà justifié en grande partie cette induction. Le nombre des paralysies guéries par le premier mode d'administration est très-considérable; des chorées, des épilepsies ont cédé au second mode, et si l'on n'en peut dire autant du tétanos, du moins M. Malenucci paraît-il avoir suspendu, à l'aide du courant galvanique, les convulsions tétaniques chez des grenouilles préalablement soumises à l'action de la noix vomique. Chez un homme atteint de tétanos et soumis par le même expérimentateur à un courant continu, il n'y eut pas de secousses violentes et les douleurs furent calmées. De ces faits, M. Borggraeve induit que la strychnine doit agir tantôt par courants continus, tantôt par courants interrompus, et que ses effets thérapeutiques peuvent conséquemment s'adresser et aux convulsions cloniques et à la paralysie.

Maintenant, comment les faits cliniques répondent-ils à cette théorie? Les deux observations de paralysie qu'il rapporte montrent, comme toutes celles qu'on connaît déjà, les muscles éprouvant sous l'action de la strychnine des secousses convulsives et recouvrant peu à peu leurs mouvements. Jusque-là, rien de mieux. Mais si la strychnine guérit les convulsions, telles que la chorée, en réalisant les conditions d'un courant continu d'électricité, il semble qu'elle ne doive pas, dans ce cas, amener de secousses musculaires, attendu que les courants saccadés peuvent seuls en produire. Or il n'est pas douteux que les effets de la strychnine ne soient, sous ce rapport, les mêmes dans les affections convulsives que dans les affections paralytiques; et l'observation d'épilepsie, empruntée par l'auteur aux journaux allemands, dit textuellement que le malade soumis à l'emploi du nitrate de strychnine éprouvait *des mouvements convulsifs comme par secousses élastiques*. En prenant connaissance des règles posées par l'auteur relativement à l'emploi de la strychnine *dans la paralysie*, nous

---

ne liront pas sans intérêt les détails de ma rencontre avec cet infortuné savant.

M. Orfila et moi nous avions visité avec beaucoup de plaisir les collections de l'Université située dans la belle rue de Kolowratz. M. le docteur Dormitzer nous avait montré avec une complaisance extrême toutes les richesses que renferme ce grand établissement, lorsqu'il demanda à M. Orfila la permission de lui présenter M. le docteur Ellenberger, qui se trouvait dans les salles de minéralogie. Celui-ci paraissait heureux de voir à Prague un des professeurs de la Faculté de Paris; mais ce qui mettait le comble à sa satisfaction, c'était cette occasion si inattendue de soumettre à notre savant maître en toxicologie, des faits nouveaux sur le moyen de détruire les effets terribles de certains alcalis végétaux, particulièrement de la morphine et de la strychnine. M. Ellenberger parlait comme d'une chose toute simple d'anéantir immédiatement l'action de ces poisons si énergiques; il nous racontait les nombreuses expériences faites sur lui-même, dans le but de prouver la puissance d'un antidote assuré; M. Dormitzer appuyait de son témoignage éclairé ces faits si surprenants; M. Orfila faisait des objections, argumentait sur l'utilité pratique de ce remède difficile à trouver et à employer; il ne paraissait pas très-convaincu du succès, lorsque M. Ellenberger lui proposa de lever tous ses doutes à l'aide d'une épreuve décisive.

Un des employés du musée fut envoyé chez le pharmacien le plus voisin; il en rapporta bientôt après un paquet contenant *quinze décigrammes* d'acétate de morphine. M. Orfila examine cette substance, qui lui paraît de bon aloi, mais, pour plus de certitude, le maître demande de l'acide nitrique, en verse une goutte sur une parcelle du médicament, et celle-ci devient rouge. La réaction indique bien la nature de la substance, et l'expérience commence aussitôt.

M. Ellenberger prend cette masse d'acétate de morphine, la met sur sa langue, la roule dans la salive et l'avale. J'avoue que cette façon d'agir m'a causé une vive émotion, j'étais à peine un peu rassuré par le sangfroid de l'expérimentateur et surtout par celui de M. Dormitzer, qui me disait avoir assisté bien des fois à cette expérience.

Une minute s'écoula pendant laquelle M. Ellenberger parlait très-tranquillement des effets produits par la morphine, d'une sorte de congestion cérébrale, de bourdonnements dans les oreilles et autres symptômes précurseurs d'une action plus énergique. Le temps me paraissait long, je l'avoue, et il me tardait de voir notre confrère user de son remède; enfin, je le vis prendre dans sa poche un petit paquet d'une poudre blanchâtre, en quantité à peu près égale à l'acétate de morphine ingéré tout à l'heure, c'est-à-dire un ou deux grammes au plus. M. Orfila enleva au bout de son doigt humide une parcelle de cette substance, dont la saveur lui parut très-sucrée; et enfin, ceci terminé, l'expérimentateur avala cet antidote comme il avait avalé le poison.

Nous sommes restés avec le docteur Ellenberger plus d'une demi-heure; il a continué de se promener avec nous dans l'établissement, et rien n'a paru indiquer un état de malaise quelconque. Je n'ai vu survenir aucun symptôme pouvant se rattacher à l'ingestion de la morphine, et j'en ai conclu que, dans cette dernière expérience comme dans les précédentes, cette drogue si énergiquement vénéneuse avait été combattue avec efficacité par une substance dont la composition m'est inconnue.

Le docteur Ellenberger nous a dit avoir répété ces tentatives sur des animaux

supposions qu'il allait s'arrêter au point de vue que nous indiquons ici. Il disait en effet: « Ces règles sont, *comme celles de l'électricité*: 1° de commencer par des doses très-faibles; 2° de n'augmenter la dose qu'avec les plus grandes précautions; 3° de procéder *par doses interrompues* plutôt que *par doses continues*. » Mais nous lisons immédiatement après que les doses continues ont l'inconvénient d'exposer au *tetanos*. Or le tétanos est précisément une des affections qui exigent, dans la théorie, les courants continus d'électricité. Comment une maladie convulsive qu'on suppose devoir guérir par le développement d'une action électrique continue, à l'aide d'un médicament propre à faire naître cette action, peut-elle être engendrée par ce même médicament donné à doses trop continues ou pas assez interrompues? Les termes dont on s'est servi signifient probablement que l'administration du médicament doit être interrompu de temps à autre, et pour prévenir l'intoxication et pour augmenter l'action saccadée. Mais ce n'est là qu'effleurer le problème. A notre avis, pour soumettre à l'expérience l'hypothèse qui fait la base du travail, il faudrait, en même temps qu'on traiterait la paralysie par des doses de strychnine assez fortes et séparées par d'assez longs intervalles, attaquer les maladies convulsives par des doses extrêmement fractionnées et rapprochées, de manière à ce que l'action provoquée se rapprochât le plus possible de la continuité. Il y aurait en outre à rechercher, à titre de contre-épreuve, si les convulsions guérissent mieux avec le second mode d'administration qu'avec le premier. En l'absence d'expériences ainsi instituées, et les effets physiologiques de la strychnine ayant été à peu près les mêmes dans les paralysies et les convulsions, la vue théorique de M. Burggraeve ne trouve pas jusqu'à présent d'appui solide dans les faits; et lui-même, avec une louable réserve, est obligé de s'en tenir à l'interrogation. « Un spasme sur la substance cérébrale existant, dit-il quelque part, le spasme nouveau que la strychnine lui imprime se traduit-il en un courant continu? »

IV. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons de janvier à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'autorité et des systèmes en médecine*; par M. Jacques. 2° *Observation de méningite cérébro-spinale*; par M. Giebens. 3° *Observations de fièvres intermittentes larvées, suivies de réflexions sur l'étude du facies médical et des constitutions morbides*; par M. Vandenbergh. 4° *Résumé pratique de l'histoire du chloroforme*; par M. Mertens. 5° *Quelques mots sur les affections cancéreuses*; par M. Rul-Ogez. (L'auteur préconise la cautérisation à l'aide des préparations arsenicales et indique les règles de prudence qui doivent présider à leur emploi.) 6° *Des convulsions qui surviennent pendant ou immédiatement après le travail d'un accouchement à terme*; par M. Douvillé. (Exposition complète et appréciation judicieuse des notions que la science possède sur ce sujet.) 7° *Quels étaient les remèdes antifébriles avant la découverte du quinquina?* par M. Van Meerbeeck. 8° *Empoisonnement par le sulfate de zinc*; par M. Broeckx. 9° *Accouchement prématuré artificiel pour un cas d'éclampsie*; par M. Rul-Ogez. 10° *Du prétendu antagonisme entre la fièvre intermittente et d'autres maladies*; par M. Decondé.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL POUR UN CAS D'ÉCLAMPSIE; par M. RUL-OGEZ.

L'indication de l'accouchement prématuré artificiel comme moyen curatif dans les cas graves d'éclampsie n'étant pas encore généralement admise, on ne saurait donner trop de publicité aux faits dans lesquels on a cru devoir y recourir. C'est ce qui nous a engagé à reproduire l'observation suivante qui, par les réflexions dont elle deviendra l'occasion, peut utilement concourir à la solution de cette question importante.

OBS. — Madame S..., âgée de 30 ans, était parvenue au septième mois d'une seconde grossesse. Depuis dix à douze jours, sans aucun autre malaise qui pût expliquer cette circonstance, elle avait cessé de sentir les mouvements de son enfant. En cet état, dans la nuit du 25 au 26 décembre 1849, elle fut subitement prise d'une violente attaque d'éclampsie. Les convulsions, d'abord limitées aux muscles des yeux et de la bouche, s'étendirent bientôt aux bras et aux jambes; vomissements, respiration irrégulière, bruyante, s'exécutant par secousses continuelles, se suspendent même de temps en temps. Pouls irrégulier, fonctions sensoriales et intellectuelles complètement abolies. Au bout de quelques minutes, ces symptômes furent remplacés par un état soporeux. (Calomel, sinapismes aux jambes et sur le rachis; antispasmodiques. Plus tard, saignée du bras, affusions froides sur la tête, lavements de valériane, d'assa fœtida et de quinine.)

D'autre part, l'application de la main refroidie sur l'abdomen ne fit percevoir aucun mouvement fœtal. L'auscultation ne laissa non plus reconnaître ni le bruit placentaire, ni le bruit du cœur de l'enfant. Le col, quoique souple, n'admettait pas l'introduction du doigt dans sa cavité, et il n'existait aucun signe d'un commencement de travail.

Les symptômes devenant de plus en plus graves, et l'assoupissement étant de plus en plus profond entre les accès, avec face injectée, respiration stertoreuse, membres en résolution complète, l'auteur, d'accord avec M. Berchem, se décida à provoquer l'accouchement. Comme il importait surtout d'obtenir un prompt résultat, on employa la sonde à dard. Conduite sur l'indicateur gauche, dans le museau de tanche, on la poussa de manière à lui faire ponctionner les membranes. Quelques cuillerées du liquide amnionque sortirent, et dès lors les accès convulsifs cessèrent entièrement. L'état comateux persistait encore; mais la dilatation du col s'opéra progressivement; et le lendemain matin l'ouverture de l'orifice ayant acquis la largeur d'une pièce de 5 fr., on reconnut une présentation du siége, et l'on fit l'extraction de l'enfant par les pieds.

L'opération avait été faite et terminée à l'insu de la malade. L'état soporeux persista encore quelques jours, mais se dissipa enfin, laissant à sa suite une amblyopie, qui finit elle-même par disparaître.

L'examen du fœtus démontra que, effectivement, il était parvenu au développement de sept mois, et les taches rouges et livides et les phlyctènes dont la surface de son corps était couverte, firent admettre aux médecins que sa mort pouvait réellement dater de dix à douze jours.

M. Rul-Ogez émet, en terminant, la pensée que la mort du fœtus a été, dans ce cas, la cause de l'éclampsie; ce qui paraît assez contestable. Il recommande aussi d'employer, dans des cas analogues, le même procédé opératoire qui lui a réussi. Mais quoiqu'il importe effectivement en général d'agir alors avec promptitude, l'étroitesse et la non-dilatabilité de l'orifice, surtout chez les primipares, mettraient sans doute obstacle à ce que la sonde à dard y fût toujours facilement introduite.

---

de différentes espèces, et avec non moins de succès; il a vu le narcotisme se manifester sur des plantes arrosées avec l'eau chargée d'acétate de morphine, et ce symptôme disparaître dès que l'antidote était employé convenablement.

Là est le point essentiel. Combien de temps peut s'écouler, sans danger, entre l'ingestion de la substance vénéneuse et l'administration du remède qui doit l'anéantir? A quelle dose faut-il employer ce remède? Ce sont là en effet des questions très-graves, et M. Orfila, comme on doit le penser, en a adressé bien d'autres à notre confrère. Celui-ci nous a dit qu'il avait à peu près achevé un mémoire qui serait prochainement envoyé à l'Académie de médecine de Paris, à l'Académie des sciences, et que tout ce qui se rattache à ce sujet y serait traité en détail.

J'ajouterai que ce savant ne s'est pas borné à cette seule espèce de poison. Croira-t-on qu'il soit possible d'ingérer *deux décigrammes* de strychnine pure sans éprouver presque aussitôt des convulsions mortelles? Et cependant M. Ellenberger dit être arrivé à ce résultat; il espère aller plus loin encore et mettre aux mains du public une substance capable de détruire instantanément les effets terribles de ces alcaloïdes végétaux.

La mort de ce médecin, due sans doute à quelque tentative nouvelle, ou à l'omission de certaines précautions indispensables, en brisant cette carrière consacrée à des recherches d'un si haut intérêt, prive le monde savant et l'humanité de remèdes dont la connaissance eût été un grand bienfait. Peut-être le docteur Ellenberger aura laissé de précieux renseignements sur ce sujet, et ses amis resteront chargés du soin de publier ce qui demeure acquis à la toxicologie. Ce que nous avons vu à Prague, ce qui a été constaté un certain nombre de fois par des hommes éclairés et consciencieux est déjà assez remarquable pour que l'on en tienne compte. Si les préparations de morphine à dose énorme peuvent perdre en un instant leurs qualités délétères, si une substance facile à préparer ôte tout danger à l'usage de sels médicamenteux qui comptent déjà tant de victimes, on devra de la reconnaissance au docteur Ellenberger qui a cherché et trouvé un remède à ces maux. La fin déplorable de ce médecin ne prouve rien contre les résultats déjà obtenus.

Agréez, etc.

P. MÉNIÈRE.

— On écrit de Nantes, 26 février:

« Depuis quelques jours, un assez grand nombre de chiens enragés ont été signalés dans notre ville. Une foule d'animaux mordus ou seulement soupçonnés d'avoir été mordus, ont été abattus. Des chats, également mordus, ont dû aussi être tués. On ne se rappelle pas d'avoir vu, dans la saison d'hiver, une quantité aussi considérable de cas de rage. Ajoutons cependant qu'aucun habitant n'a été victime des chiens hydrophobes.

» La police fait jeter des boulettes empoisonnées dans les rues, et saisir tous les animaux errants rencontrés sur le pavé.

» Les mêmes mesures de précaution sont prises dans toutes les villes du département. »

V. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les cahiers de janvier à septembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la compression à l'aide de l'appareil amidonné ouaté dans les maladies chirurgicales* ; par M. Merchie. (L'auteur dit avoir employé l'ouate avec succès, sans avoir eu connaissance du travail de M. Burggraeve sur le même sujet.) 2° *Observations pratiques relatives à l'emploi de l'acétate neutre de plomb et du nitrate d'argent dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse* ; par M. Van Lil. 3° *De l'iode rendu soluble dans l'eau* ; par M. Dehanque. 4° *Des fièvres paludéennes et des principales maladies intercurrentes observées à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le second semestre de 1850* ; par M. Gouzée. 5° *Quelques observations pratiques sur l'emploi du chloroforme à l'intérieur et comme topique* ; par M. Froment fils. 6° *Ventilation des casernes, des hôpitaux, des écoles et des ateliers* ; par M. Rousseau. 7° *Observations sur l'emploi des ferrugineux et sur celui du sulfate de quinine à petite dose dans les fièvres intermittentes* ; par M. Dewalsche. 8° *Quelques réflexions au sujet des contractures observées à la prison de Saint-Bernard depuis 1846* ; par M. Saunier. 9° *De la revaccination dans l'armée belge* ; par M. Decondé. 10° *Observation de sciatique traitée par la cautérisation de l'oreille* ; par M. Dewalsche. (Une première cautérisation, trop superficielle, n'avait rien produit ; la seconde calma les douleurs ; il en fallut une troisième faite le treizième jour pour chasser quelques élancements qui avaient reparu ; et le malade sortit complétement guéri, dit-on, huit jours après cette dernière opération.) 11° *Pieds-bots ; guérison par la section sous-cutanée des tendons d'Achille, des jambiers antérieurs, des extenseurs, adducteurs et fléchisseurs du gros orteil* ; par M. Tilly. 12° *Du collodion dans diverses affections chirurgicales ; son utilité dans le traitement des plaies du cuir chevelu et dans l'orchite aiguë* ; par M. Dechange. 13° *Sur les rechutes des fièvres intermittentes, et sur l'irritation spinale en particulier* ; par M. Bioard.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME CONTRE L'ODONTALGIE ; par M. FROMONT fils.

Nous extrayons d'un travail de M. Fromont, touchant à beaucoup d'autres points de l'usage médical du chloroforme, ce qui a rapport à l'application de cet agent contre les douleurs de dents. Il essaya d'abord de déposer une goutte de chloroforme sur le point malade même ; mais souvent cette tentative échoua ; car il faut, pour que le contact soit possible, d'abord que la dent soit cariée ; puis que la carie ait mis à nu la pulpe dentaire ; ensuite que cette pulpe ne soit pas recouverte par quelques débris d'aliments ; enfin que le mal siége sur une dent que le rapprochement des dents voisines ne rende pas inaccessible à cette application.

Avec toutes ces causes d'incertitude et ces chances d'insuccès, il sembla préférable à M. Fromont d'attaquer la névralgie d'une autre manière ; il eut donc recours à l'introduction, dans le conduit auditif externe, de l'huile chloroformisée, qui se prépare par l'addition d'une partie de chloroforme à quatre parties d'huile d'amandes douces.

Mais ce topique, il faut le savoir d'avance, échoue complétement contre les douleurs dont le point de départ est dans les dents de la mâchoire supérieure, tandis qu'il calme le plus souvent les souffrances, — quand il ne les guérit pas complétement, — dues à un état morbide des dents de la mâchoire inférieure. Cette différence, dont l'auteur donne une explication assez hasardée, tient, selon nous, à ce que les rapports d'origine des nerfs auriculaires sont plus intimes avec le nerf maxillaire inférieur qu'avec le supérieur.

Avec ce remède, M. Fromont a obtenu des succès décisifs. Chez un voltigeur, l'huile chloroformisée a calmé en quelques minutes la douleur produite par une carie dentaire à la mâchoire inférieure, tandis que, huit jours plus tard, elle resta sans effet contre des douleurs provenant de la carie d'une dent de la mâchoire supérieure.

Le capitaine M., dont les dents, par suite de l'emploi du mercure, sont dans un état pitoyable, est sujet à une odontalgie qui se renouvelle fréquemment. M. Fromont a toujours réussi à calmer ses douleurs, en employant l'huile chloroformisée tantôt dans le conduit auditif, tantôt en frictions sur la joue du côté malade. Ce dernier mode d'administration est surtout destiné aux névralgies des dents supérieures, pour lesquelles il remplace l'introduction de l'huile sédative dans le conduit auditif externe.

QUELQUES RÉFLEXIONS AU SUJET DES CONTRACTURES OBSERVÉES A LA PRISON DE SAINT-BERNARD, DEPUIS 1846 ; par le docteur SAUNIER.

Il s'agit de cette épidémie de contracture observée en 1846 dans quelques prisons de Belgique, et dont nous avons donné une description assez détaillée (Voir GAZ. MÉD., 1846, p. 401). A cette époque, nous disions que, d'après les documents connus, peu d'autopsies avaient été pratiquées, la guérison étant la terminaison presque constante, et qu'on ne pouvait que faire des conjectures sur les caractères anatomiques de la maladie. Ce n'est donc pas sans un certain étonnement que nous avons pris connaissance du travail de M. Saunier, où sont réunies 40 autopsies d'individus ayant été atteints de contracture à une époque plus ou moins rapprochée des décès, autopsies presque toutes recueillies dans le cours de 1846 (l'épidémie s'est prolongée en s'affaiblissant jusqu'en 1851), et dans la seule prison de Saint-Bernard. De plus, au lieu de cette absence de lésions matérielles signalée lors des communications faites en 1846 à l'Académie belge, voilà que, sur ces 40 cas, la moelle a été trouvée ramollie 29 fois. Elle était ramollie, ajoute l'auteur : 16 fois sans autre lésion manifeste des centres nerveux qu'une sérosité plus ou moins abondante ; 6 fois avec un piqueté plus ou moins prononcé du cerveau ; 6 fois avec un ramollissement cérébral ; 1 fois avec une petite tumeur fibreuse de l'arachnoïde. La moelle n'a donc été exempte de ramollissement que 11 fois ; mais sur ce nombre de cas, on a trouvé 1 fois un épanchement abondant de sérosité dans les membranes céphalo-rachidiennes ; 1 fois une rougeur intense du cordon médullaire ; 1 fois un piqueté cérébral très-prononcé ; 1 fois des tumeurs fibreuses dans les méninges cérébrales ; 1 fois, enfin, une flaccidité remarquable de tous les organes. Donc, les centres nerveux n'ont été trouvés réellement sains que dans 6 cas. Aussi l'auteur, sans se prononcer sur la nature de la lésion nerveuse, sans l'attribuer à une inflammation, affirme-t-il du moins que la maladie a son siége dans la moelle ou ses membranes.

Ces résultats diffèrent considérablement de ceux que l'observation a donnés presque unanimement en France, où la contracture des extrémités a été assez souvent rencontrée et décrite. Dans les travaux publiés notamment par MM. Tonnellé, Delaberge, Rilliet et Barthez, le ramollissement de la moelle n'a été rencontré que très-exceptionnellement. Plusieurs autres observateurs n'ont pu faire d'investigations anatomiques, en raison de l'issue presque constamment heureuse de la maladie. Mais le désaccord que nous signalons n'est peut-être qu'apparent. Cette année 1846 a été fatale à la Belgique par une disette de pommes de terre qui a préparé cette cruelle épidémie des Flandres, dont la GAZETTE MÉDICALE a essayé, l'an passé, de déterminer le caractère nosologique. Plusieurs médecins distingués, M. Cambrelin, entre autres, ont même rapporté à l'insuffisance de l'alimentation l'apparition de la contracture épidémique. Or le mémoire même que nous analysons nous apprend que les cas de contracture qui ont donné lieu à autopsie avaient été portés sur la feuille de diagnostic, par M. Stacquez, le prédécesseur de M. Saunier à la prison de Saint-Bernard, sous les titres de typhus, fièvre continue ataxique, fièvre typhoïde, etc. Or, est-il possible que la simple contracture épidémique, maladie aujourd'hui bien connue dans son expression phénoménale, ait été prise pour une fièvre grave par un praticien aussi expérimenté que M. Stacquez ? N'est-il pas probable, au contraire, que déjà l'infection épidémique qui devait plus tard se produire, dans la même localité, par un terrible typhus, commençait à envahir la prison ? que la contracture elle-même n'était qu'un trait particulier de l'épidémie naissante qui, sans doute se traduisait, chez les mêmes malades, par d'autres caractères capables de motiver la dénomination de typhus ou de fièvre ataxique ? Il est bien vrai que le ramollissement de la moelle n'est pas un des caractères du typhus, particulièrement du *typhus fever*, comme a été la maladie des Flandres ; aussi ne voulons-nous pas chercher dans l'existence d'un typhus plus ou moins caractérisé l'explication de ce ramollissement. Notre intention est seulement de faire remarquer qu'une contracture épidémique, précurseur d'un typhus des plus graves et en présentant déjà quelques caractères, ne peut être assimilée à ces épidémies passagères qui ont servi jusqu'ici à faire l'histoire de la contracture ; qu'elle a pu revêtir des caractères anatomiques particuliers, en raison de la spécialité des conditions où elle a pris naissance. C'est tout ce que nous voulons nous permettre de supposer.

TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LE COLLODION ; par M. DECHANGE.

OBS. — Appelé auprès d'un malade affecté depuis deux jours d'un engorgement testiculaire aigu par suite de rétrocession blennorrhagique, M. Dechange trouva le scrotum rouge et luisant, la bourse de ce côté offrant un volume double de l'autre ; fluctuation obscure de la tunique vaginale ; pouls plein et fréquent ; rongeur de la face. Une saignée fut proposée, mais le malade la refusa. Comme les douleurs étaient portées au point que la partie ne pouvait supporter le contact d'un drap roulé avec lequel on avait voulu la relever, M. Dechange dut également renoncer à exercer la compression avec les bandelettes de diachylon. Il fit alors une ponction d'où s'écoula environ une cuillerée à café de sérosité. Les parties furent recouvertes de compresses trempées dans une solution aqueuse d'opium. Il en résulta une détente favorable.

Mais, dès le lendemain, on reconnut que l'amélioration ne s'était point soutenue. M. Dechange songea alors à profiter de la double action que présente le collodion, de comprimer par son retrait les tissus sur lesquels on l'applique et de les dérober à l'action de l'air qui, dit-il, *est un puissant élément de phlegmasie*.

La bourse gauche, bien isolée, fut donc enduite de cette liqueur; il en résulta une sensation de brûlure qui s'éteignit quelques instants après; le scrotum se crispa, et ses rides furent agglutinées de façon à remonter le testicule vers l'anneau. Le malade se sentit soulagé et put reposer la nuit.

La coque formée par le collodion présentait, le jour suivant, des ondulations qui accusaient un volume moindre du testicule. Elle était en outre fendillée et décollée en plusieurs points par le suintement que fournissait la ponction. Une nouvelle couche du liquide adhésif répara ces brèches; et pendant les cinq jours qui suivirent, on ne fit autre chose que d'enlever chaque matin les parties flottantes ou détachées de la coque pour les remplacer et obtenir par là une compression méthodique.

Le neuvième jour de ce traitement, le testicule avait repris son volume normal. A l'exception de l'écoulement urétral et d'un léger engorgement de l'épididyme, qui se dissipa peu à peu, il ne restait aucune trace de cette violente inflammation du testicule.

— Cet exemple démontre, en effet, l'heureuse appropriation du collodion à la thérapeutique de cette maladie, et s'explique, du reste, très-naturellement par l'action doucement compressive d'abord, puis excitante, de la peau, et par conséquent révulsive, qu'il exerce. Ces deux propriétés seront fructueusement utilisées dans les cas semblables à celui dont M. Dechange a rapporté l'histoire; car c'est sans nul doute à elles qu'a été dû le succès obtenu, quoique, à vrai dire, il eût probablement été plus rapide encore et acheté par moins de douleurs, si le médecin avait fait précéder l'application topique de douze à quinze sangsues placées sur le cordon, vieux et classique remède, si l'on veut, mais, selon nous, le plus héroïque encore contre cette affection.

SUR LES RECHUTES DES FIÈVRES INTERMITTENTES, ET SUR L'IRRITATION SPINALE EN PARTICULIER ; par le docteur BINARD.

Nous avons reproduit (GAZ. MÉD., 1851) l'opinion de M. le docteur de Gouzée sur l'importance séméiotique des douleurs spinales dans les fièvres intermittentes. Ce médecin pense qu'il y a danger de récidive tant que ces douleurs persistent, et il conseille de les attaquer au moyen des ventouses. M. Binard aborde à son tour cette question, et, tout en conseillant d'attaquer la douleur spinale à titre de symptôme particulier, il est loin de lui attribuer la même valeur que M. de Gouzée. Pour lui, la douleur spinale (qu'il regarde, par parenthèse, comme une hypérémie des parties fibreuses et musculeuses du rachis) n'est autre chose qu'une complication. « On sait, dit-il, que le sulfate de quinine fait d'ordinaire disparaître la fièvre avant d'enlever l'hypérémie spinale, d'où il résulte qu'il ne produit que lentement le retour de la circulation veineuse à son état normal. De cette manière, la question me paraît être convenablement posée, et, *sans ajouter une importance extrême* au phénomène de l'irritation spinale, *surtout comme pouvant être cause de rechute*, il sera toujours évidemment avantageux de le combattre par un traitement local, s'il paraissait après la disparition du symptôme fébrile, qui aurait cédé au sulfate de quinine. »

Examiner si la congestion des parties fibreuses et musculeuses du rachis (à supposer que telle soit la signification de la douleur spinale) peut être *une cause de rechutes*, c'est peut-être prendre la question dans un sens qu'on ne lui a pas attribué. Le point de vue auquel il faut se placer est double. Si, comme le veulent certains pathologistes, le point de départ des accès est dans le centre nerveux rachidien, il est raisonnable de supposer qu'une douleur persistante, dans la région du rachis, accuse un reste d'activité dans le foyer même du mal; ce qui n'est pas précisément placer la cause de la récidive dans la congestion ou la névralgie demeurée après les phénomènes fébriles. Que si ces accès prennent leur source ailleurs, une souffrance persistante à la région spinale pourra encore moins devenir, dans le sens strict du mot, une occasion de rechute; mais elle n'en aura pas moins une assez grande importance. Il suffit qu'un des caractères d'une affection subsiste après la disparition des autres, en l'absence de conditions spéciales qui le perpétuent, pour qu'il y ait à craindre le réveil de l'affection elle-même. En attaquant directement la douleur spinale par des ventouses, M. de Gouzée semble pencher vers la première manière de voir. Nous regrettons que cet habile observateur, dans le travail analysé par nous l'an dernier, et M. Saucier, dans le présent mémoire, ne soient pas entrés à cet égard dans quelques explications. A nos yeux, le rôle de la moelle dans la fièvre intermittente est loin d'être fixé; et l'action, même empirique, des ventouses appliquées sur la colonne pour arrêter les accès fébriles a besoin de nouvelles vérifications.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

M. DAMOISEAU (d'Alençon) adresse une note sur une nouvelle méthode de traitement pour les fractures du col du fémur. Voici sur quelles indications l'auteur fonde sa méthode :

1° Protéger la vie du malade tant contre les escarres que produit la pesanteur que contre celles qu'engendre l'action des machines ;

2° Ramener le membre à sa longueur et à sa rectitude naturelle et l'y maintenir jusqu'à parfaite consolidation de la fracture ;

3° Assurer l'immobilité absolue des deux fragments en abolissant les mouvements dans les articulations dont ils font partie, c'est-à-dire dans celles de la hanche et du genou, et cela tout en conservant les mouvements indispensables au malade pour satisfaire à ses besoins naturels.

L'auteur rapporte le fait suivant, qui a servi de base à ses études sur ce sujet :

Le 6 juillet 1851, on l'appela auprès d'une femme âgée de 70 ans, d'une constitution détériorée. Elle venait de tomber sur la fesse droite, en glissant sur le carreau de sa chambre. Les personnes qui l'entouraient ayant essayé de la porter sur son lit, furent obligées de s'arrêter devant les cris affreux que la douleur lui arrachait. M. Damoiseau la trouva le siége appuyé sur le bord d'une chaise et maintenue en l'attendant dans cette pénible attitude depuis une heure, tant elle redoutait le moindre ébranlement. Il s'empara du membre blessé, et deux aides s'étant chargés du reste du corps, on la déposa sur son lit. La douleur qu'elle a ressentie dans cette manœuvre, malgré tous les soins, a été telle qu'elle poussait des cris aigus et que désormais elle ne voulait consentir à ce qu'on lui imprimât le moindre mouvement.

La mensuration pratiquée à plusieurs reprises entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord supérieur de la rotule indiqua un raccourcissement de 7 lignes du côté blessé. Pendant les premières heures, il n'y eut pas de rotation en dehors, tous les muscles étaient tendus convulsivement, et le membre était presque inflexible. Une percussion légère sous la plante du pied retentissait douloureusement dans l'aîne. La malade, malgré tous ses efforts, ne pouvait parvenir à détacher le talon de la surface du matelas.

Le lendemain matin, la rotation en dehors était complète. Le troisième jour, on remarqua à l'aîne, du côté droit, en dehors de l'artère fémorale, dans le lieu même où des douleurs horribles se faisaient sentir depuis le moment de l'accident, un empâtement manifeste, douloureux à la pression. Au bout de trente jours, cet empâtement prit une dureté tout à fait osseuse, et pendant quatre mois on sentait dans cette région une tumeur du volume d'un œuf d'oie qui disparut du 180 au 200e jour environ, et qui était formée sans aucun doute par le cal provisoire.

M. Damoiseau reconnut à ces caractères une fracture extracapsulaire du col du fémur. Un pareil diagnostic lui faisait entrevoir pour la malade, dans un avenir très-prochain, les accidents les plus formidables.

L'indication principale était évidemment de sauver la vie ; mais il fallait pour cela un appareil que la peau pût supporter, et qui s'appliquant non plus seulement à un os en particulier, mais bien au squelette tout entier, permît de soulever la malade d'une seule pièce sans ébranler les fragments osseux.

Pour appliquer l'appareil imaginé par M. Damoiseau, l'une des parties, celle qui comprend la table d'appui et sa vis d'élévation, est placée dans le lit destiné au blessé. Un matelas recouvre la table. Un oreiller formant double plan incliné à la manière de Dupuytren, et portant deux courroies munies de deux coussins, est disposé pour recevoir le membre dans la demi-flexion. Sur l'oreiller destiné au siége, on place trois courroies : une destinée à l'élévation du bassin, et deux à la contre-extension.

Cela fait, on dépose doucement le malade sur ce lit. La partie de l'appareil spécialement destinée aux membres inférieurs est ensuite mise en place, des quatre montants qui la constituent, les deux inférieurs sont fixés dans leurs charnières, et l'on fixe aux deux supérieurs le dossier et l'arc de suspension au moyen d'un boulon et d'une clavette.

Il ne reste plus qu'à attacher les courroies, à fixer la plante du pied dans la semelle qui lui est préparée, et la cuisse dans la gouttière, où elle pourra être maintenue à volonté. La réduction se fait ensuite au moyen des vis de l'extension, avec tant de douceur et de sûreté que le malade n'en éprouve aucun ébranlement.

Il importe surtout de ménager la peau. On y parvient en réalisant l'intermittence dans les pressions sur de vastes surfaces, et en n'employant, pour atteindre le but que l'on se propose, que la plus faible dose possible de force extensive.

Ainsi, à l'aide de cette méthode, on prévient les escarres qui sont le résultat de la pression continue et du contact des matières excrémentitielles, on fait entrer le bassin dans l'appareil, et l'on réduit à l'immobilité les deux fragments du fémur, et enfin l'on ramène le membre à sa longueur et à sa rectitude naturelle, et on l'y maintient pendant le temps nécessaire à la consolidation de la fracture.

ENSEIGNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DE LA PAROLE CHEZ LES SOURDS-MUETS.

M. le docteur BLANCHET, chirurgien de l'Institut national des sourds-muets,

adresse un mémoire à l'Académie des sciences, sur l'enseignement et le développement de la parole dans les établissements de sourd-muets belges et allemands, et sur la possibilité de doter presque tous les sourds-muets de France du langage articulé, et de rendre l'ouïe et la parole à un certain nombre d'entre eux.

Il résulte de ses observations :

1° Que les sourds-muets, à l'étranger comme en France, sont presque tous des individus atteints seulement de surdité.

2° Que l'appareil vocal du sourd-muet et celui du parlant sont, à de rares exceptions près, aussi régulièrement organisés l'un que l'autre.

3° Que, dans tous les cas où l'appareil auditif ne peut être traité avec succès, toujours ou presque toujours, il est possible à l'appareil vocal d'entrer en fonctions, *sous l'influence, non plus de l'excitation auditive, mais de l'excitation visuelle, imitative, et au moyen de l'impression tactile des ondes sonores, la parole du sourd-muet qui entend restant toutefois incomparablement plus nette, plus intelligible que celle du sourd-muet privé de l'ouïe.*

4° Si l'étude de la *parole* a été jusqu'à présent si peu cultivée en France, on peut en trouver la cause dans les efforts, en quelque sorte exclusifs, de l'abbé de l'Épée, au début de son apostolat, pour détruire les préjugés qui avaient fait regarder longtemps le langage parlé comme indispensable au développement de l'intelligence.

En démontrant *à priori* que le signe mimique est, pour le sourd-muet, ce que le *signe vocal* est pour le parlant, et que l'un conduit aussi naturellement que l'autre à l'instruction, l'abbé de l'Épée n'a jamais eu la prétention d'interdire la *culture de la parole à ses enfants adoptifs. Ce qu'il a voulu prouver seulement, c'est que les mots de nos langues articulées écrites ne sont qu'arbitrairement et conventionnellement les représentants des idées.* Et la preuve, c'est que, quelques années après être entré dans la carrière de l'enseignement et avoir triomphé des préjugés dont ces malheureux étaient alors les victimes, il dirigea tous ses efforts et toutes ses recherches vers un art encore peu connu en France, celui au moyen duquel on peut arriver à leur apprendre la parole. Malheureusement cet habile instituteur n'eut pas le temps de réaliser sur ce point toutes ses vues charitables; il fut enlevé trop tôt à la religion, à la patrie, à l'humanité.

5° Que le dialecte de tel ou tel pays n'est pas pour lui un obstacle invincible, c'est tout au plus une difficulté qu'il est presque constamment possible de vaincre.

6° Que les lésions organiques de l'appareil auditif, chez les sourds-muets belges et allemands, à part certains vices primordiaux de conformation, d'arrêts de développement ou d'absences d'organes, ne sont pas différentes de celles que l'on rencontre dans la surdité sans mutisme.

7° Qu'il est possible de doter presque tous les sourds-muets de France de la parole et de la faculté de la lire sur les lèvres (sont exceptés les sourds-muets idiots, les individus atteints de paralysie des membres supérieurs et de cécité.)

8° Et qu'un sourd-muet sur 4 ou 5, dans l'état actuel de la science, est susceptible de *recouvrer l'ouïe et la parole*, de manière à pouvoir s'en servir dans ses relations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant un rapport de M. le docteur Pourcelot, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Altkirch, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Wolschwiller (Haut-Rhin), depuis le 18 août 1851 jusqu'en octobre.

SUICIDE PAR RAPPORT AUX MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX.

M. Ulysse Fournier (de Bordeaux) adresse un mémoire sur le suicide par rapport aux maladies des organes génitaux.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes:

1° Qu'il lui paraît bien démontré que quelques maladies des organes génitaux donnent naissance au suicide ;

2° Que la découverte de cette nouvelle cause l'a amené à remplacer la division du suicide en aigu et chronique, par celle-ci: suicide par cause agissant directement sur l'esprit; suicide par cause agissant directement sur l'instinct de la conservation; suicide par cause agissant directement sur l'instinct de la procréation ;

3° Que si le suicide appartenant au premier ordre peut être rangé dans le cadre de la folie, il n'en est pas de même de celui des deux derniers, et pourtant la fatalité qui semble présider dans tous les cas nous empêche de reconnaître plus de responsabilité morale dans l'un que dans l'autre ;

4° Que les mots lâcheté et courage ne sont jamais applicables dans l'espèce; et que quoique le suicide ne soit pas responsable devant Dieu de l'acte qu'il a commis, le clergé fait bien de refuser la sépulture, parce que c'est quelquefois un moyen efficace pour prévenir le suicide ;

5° Que, dans l'espèce, le traitement physique, c'est-à-dire celui qui s'adresse à la maladie des organes génitaux, est plus sûre et plus avantageux que le traitement moral ;

6° Que les législateurs rendront un grand service à la société, si, dédaignant l'opinion des philosophes et se conformant aux conseils des médecins, ils prescrivent une surveillance plus active et des mesures plus sévères contre la prostitution, et s'ils font passer dans nos mœurs l'usage de la circoncision.

EAUX MINÉRALES.

M. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales :

1° Un rapport au sujet de la découverte de deux sources d'eaux minérales découvertes à Condillac (Drôme) : eaux acidules gazeuses alcalino-terreuses.

Il y a lieu de répondre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter les sources de Condillac soit accordée à leur propriétaire. (Adopté.)

2° Rapport sur une eau dite sulfureuse thermale découverte à Bagnolet (Seine).

La commission propose de répondre que l'eau découverte à Bagnolet n'est qu'une eau sélenitense ordinaire nullement thermale et sulfureuse, comme on l'avait annoncé et qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation de l'exploiter comme eau minérale. (Adopté.)

Un troisième rapport sur les eaux minérales prétendues antisyphilitiques est, sur la proposition de plusieurs membres, renvoyé à la commission.

La parole est à M. Pamard, correspondant, pour une communication.

TUMEURS SANGUINES DES OS; ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME.

M. le docteur Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon et correspondant de l'Académie, communique l'observation suivante :

Le nommé Casson (d'Ambras), âgé de 27 ans, soldat au 54e de ligne, jouissant d'une bonne santé, fut, il y a quatorze mois, saisi d'une vive douleur à la jambe gauche, accompagnée d'un craquement, en se livrant à des exercices gymnastiques qu'il fut obligé de cesser immédiatement. Il remarqua qu'il s'était formé une petite tumeur à la partie interne et supérieure de la jambe gauche correspondante au péroné, ayant, dit-il, le volume et la forme de la moitié d'un œuf. La marche était pénible; mais il n'en résultait pas d'augmentation de volume dans la tumeur.

Envoyé à l'hôpital de Tulle, il subit un traitement antisyphilitique; on fit aussi usage des fondants et des résolutifs.

La maladie faisant des progrès constants, Casson voulut rejoindre son régiment, et il vint à Avignon, où il fut obligé d'entrer à l'hôpital, le 15 janvier de cette année.

Le malade fut examiné avec soin. Voici quel était son état : santé générale bonne; la jambe gauche offre au côté externe une tumeur volumineuse, pyriforme, dont la grosse extrémité est tournée en haut et s'étend depuis l'extrémité supérieure du péroné jusqu'à sa partie moyenne. Il est évident que cet os est compris dans la tumeur; mais la possibilité de déterminer de légers mouvements de glissement sur le tibia nous annonçait que ce dernier ne participait pas à la maladie.

Cette tumeur, examinée avec soin, offre évidemment une coque osseuse mince qui donne la sensation, lorsqu'elle est pressée fortement, du froissement d'une enveloppe formée par un parchemin sec et épais. Lorsqu'on la déprime, elle reprend immédiatement sa forme ; on n'y perçoit ni fluctuation, ni bruit de souffle, ni battement artériel, enfin aucun des caractères des tumeurs anévrismales, quoique le début de la maladie nous eût porté à croire à l'existence d'une tumeur de cette nature.

Dans la position où se trouvait ce malade, il était évident qu'on ne pouvait lui conserver la vie qu'en le débarrassant d'une affection qui faisait des progrès constants, qui le rendait impropre à toute espèce de travail et qui avait résisté à tous les traitements mis en usage jusqu'à ce jour. Devait-on procéder à l'amputation du membre, ou se borner à l'ablation de la tumeur? Ce dernier parti nous parut celui qui devait être préféré, et nous y procédâmes de la manière suivante :

Le malade a été soumis à l'inhalation du chloroforme par le procédé suivant, qui est celui que nous employons toujours : un sac en baudruche, pareil à ceux dans lesquels on renferme habituellement du tabac à fumer, contient deux ou trois petites éponges; on y verse un flacon contenant environ 4 grammes de chloroforme, et on le place immédiatement devant la bouche et le nez du malade, en laissant arriver une certaine quantité d'air atmosphérique. Le malade, après quelques minutes, ne s'endormant pas comme on l'observe habituellement, je fis verser une seconde dose de chloroforme dans le sac, qui amena, au bout de quelques instants, l'anesthésie.

Je pratiquai immédiatement l'opération.....

Toute la tumeur fut enlevée, et nous désarticulâmes la tête du péroné, qui était comprise dans la coque de la tumeur anévrismale. L'artère péronière fut liée, ainsi qu'une jumelle inférieure. L'hémorrhagie ne fut pas considérable, et l'opération fut faite avec la promptitude désirable. Cependant, avant qu'elle fût terminée, le malade fut saisi d'une syncope inquiétante, qui nécessita l'usage de l'ammoniaque. Dès que l'appareil fut appliqué, on porta l'opéré dans son lit.

Des frictions avec des linges chauds furent faites sur la région précordiale et sur les membres. Une potion tonique et ammoniacale fut prescrite. Cependant la chaleur du corps ne se rétablissait pas; le pouls restait insensible.

Le malade avait une répugnance invincible à prendre la potion; il était dans son lit, accablé, ne se plaignant pas, mais sans chaleur et sans force. Pendant la nuit, il eut un peu de délire.

Le lendemain, l'état général persiste et le malade déclare ne pas souffrir; mais le corps est toujours froid et le pouls insensible; il y a eu des vomissements.

Le 24, quatre jours après l'opération, l'état général est toujours aussi mauvais, quoique le malade ait pris des bouillons et les ait conservés facilement; il se plaint d'avoir souffert de la jambe que nous avions examinée les jours précédents, et qui n'offrait rien de fâcheux. Ce jour-là, elle était couverte de phlyctènes; il y avait commencement de sphacèle.

Des cataplasmes, saupoudrés de quinquina, ce remède donné à l'intérieur, ainsi que le vin de Bordeaux, le café, rien n'a pu relever les forces; elles sont toujours allées en déclinant, et Casson est mort le 23 janvier, neuf jours après l'opération, sans jamais avoir recouvré ni chaleur ni développement dans le pouls, enfin aucun de ces symptômes qui annoncent la réaction qu'on observe à la suite des grandes opérations.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort; nous trouvâmes la jambe sphacelée jusqu'au genou, où on rencontrait une infiltration marquée s'étendant jusqu'à la cuisse, mais aucune trace de ce travail inflammatoire qui tend à séparer les parties vivantes de celles qui sont mortifiées. Le tronc poplité, les artères tibiales sont intactes; l'artère péronière a été coupée et liée; les nerfs et les veines n'ont pas été intéressés; le tibia est sain.

Examen de la pièce anatomique: La tumeur est formée aux dépens du péroné, qui est renflé depuis son extrémité supérieure jusqu'à sa partie moyenne; elle a 25 centimètres de circonférence et 18 centimètres de long. Elle est formée par une enveloppe osseuse mince donnant une sensation analogue à celle produite par une coquille d'œuf lorsqu'on la déprime, présentant dans certains points absence de substance osseuse, remplacée par un tissu fibreux ayant l'aspect du périoste.

L'intérieur de la tumeur est rempli par une masse considérable de caillots anciens, durcis, contenus dans une vaste cavité offrant des cloisons osseuses qui ont été comparées par M. Mazel, mon interne, à l'aspect produit par la base du crâne vue de loin, lorsque la voûte a été enlevée.

Il ne nous a pas été possible de préciser exactement le point de pénétration des vaisseaux qui alimentaient cette vaste tumeur sanguine. Si, maintenant, nous examinons les antécédents favorables, l'absence de toute lésion anatomique, nous sommes conduits à attribuer la mortification du membre à l'état de prostration générale dans laquelle l'opéré est tombé immédiatement après l'opération et dont il ne s'est jamais relevé, ce qui a occasionné la terminaison funeste que nous avons à déplorer. Cette prostration nous semble devoir reconnaître pour cause l'action du chloroforme. Elle s'est manifestée immédiatement après l'inhalation et elle n'a jamais cessé jusqu'à la mort.

Nous avons, il y a déjà longtemps, signalé la diminution de la réaction due à l'action du chloroforme, et nous l'avons considérée comme une circonstance favorable à la réussite des grandes opérations, mais nous n'avions jamais observé ce phénomène, arrivé au point de s'opposer au rétablissement du mécanisme vital.

Maintenant, la mort de Casson doit-elle être attribuée à une idiosyncrasie particulière que les antécédents favorables du malade n'expliquent pas, ou à l'action délétère du chloroforme? Je laisse à l'Académie le soin de décider la question.

— M. Pamard communique une seconde observation relative à un cas de resection de l'os maxillaire, avec production d'une hémorrhagie par l'artère dentaire, suivi de guérison.

Plusieurs membres demandent la parole sur ces communications.

La parole est à M. Roux.

M. Roux: Le fait que vient de rapporter M. Pamard me paraît offrir une grande analogie avec ceux que j'ai communiqués moi-même il y a quelques années à l'Académie, sous le nom d'anévrisme des os, et pour lesquels j'ai conseillé de pratiquer la ligature de l'artère principale du membre. Aussi me demandé-je, dans le cas que vient d'exposer M. Pamard, il n'eût pas été plus rationnel de tenter la ligature de l'artère fémorale avant de recourir à l'extirpation de la tumeur. J'approuve toutefois M. Pamard d'avoir préféré l'extirpation à l'amputation.

Mais il est un autre point, dans la communication de M. Pamard, qui m'a plus particulièrement frappé, c'est celui qui est relatif au chloroforme. M. Pamard paraît croire que l'état de prostration dans lequel est tombé le malade après l'opération est dû à l'emploi du chloroforme. Cela me paraît très-douteux. Je suis loin, pour ma part, d'être convaincu que le chloroforme ait été pour quelque chose dans ces accidents qui pourraient aussi bien être attribués à toute autre circonstance. Je ne dis pas que cela ne soit possible, à la rigueur, car on ne connaît pas encore tous les effets du chloroforme, mais je crois qu'il y a grandement lieu de douter à cet égard.

M. Velpeau: J'ai remarqué, comme M. Roux, deux points dans l'intéressant travail de M. Pamard, qui méritent toute l'attention de l'Académie. Comme M. Roux, je ne crois pas que la mort, dans ce cas, doive être attribuée au chloroforme. Les accidents signalés par M. Pamard ne ressemblent pas à ceux que produit habituellement le chloroforme.

Le second point est relatif à la nature de la tumeur à laquelle M. Pamard a eu affaire. Je pense que ce que l'on appelle un anévrisme des os pourrait bien n'être point un anévrisme. J'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, de rencontrer des tumeurs de ce genre. Trois cas, notamment, se sont offerts comme par hasard à mon observation, dans l'espace de quinze jours; j'en avais observé trois autres cas semblables quelques années auparavant. L'examen des pièces, que j'ai fait dans tous ces cas, m'a démontré que ces tumeurs-là n'étaient point des anévrismes, à proprement parler, mais qu'elles tenaient plutôt de la nature des cancers. Ce sont des tumeurs fongueuses hématiques. On trouve dans les os ainsi affectés une sorte de masse pulpeuse, non vasculaire, non organisée; point de vaisseaux dilatés; rien en un mot qui ressemble à un anévrisme. Je dis que ces tumeurs ne sont point des anévrismes. J'ajoute que ce ne sont pas davantage des cancers, car elles ne sont ni sujettes à récidive, ni compliquées d'engorgements ganglionnaires. Il en résulte, au point de vue thérapeutique, qu'il est douteux que la ligature puisse réussir dans la majorité des cas. Il est à peu près inévitable de pratiquer l'amputation, ou, comme l'a fait avec raison M. Pamard, l'ablation, quand cela est possible. Je crois donc que, dans le cas particulier en question, M. Pamard a très-bien fait de préférer l'ablation de la tumeur à la ligature.

M. Cloquet: Je suis du même avis que M. Velpeau relativement à la nature de la tumeur en question. Deux fois j'ai eu l'occasion de pratiquer l'ablation de tumeurs semblables, et, dans l'un ni dans l'autre de ces deux cas, je n'ai reconnu aucun des signes et des caractères de l'anévrisme. C'étaient des tumeurs fongueuses, se rapprochant plutôt du cancer que de l'anévrisme.

Quant à l'influence attribuée au chloroforme dans ce fait, je pense, contrairement à l'opinion exprimée par MM. Roux et Velpeau, que c'est le chloroforme qui a jeté le système nerveux de ce malade dans une débilité dont la mort a été la conséquence; j'en trouve la preuve dans l'absence complète de réaction après l'opération, réaction qui aurait eu certainement lieu sans l'emploi du chloroforme. C'est sans doute un cas insolite, utile à recueillir; mais de ce qu'aucun fait semblable n'aurait encore été observé jusqu'ici, ce n'est pas une raison pour nier l'influence du chloroforme.

M. Roux persiste à penser que rien n'autorise à mettre les accidents dont il s'agit sur le compte du chloroforme. Il n'est pas rare de voir, même à la suite d'opérations très-minimes, survenir de ces prostrations, de ces affaissements du système nerveux dont les opérés ne se relèvent point. M. Roux cite, entre autres exemples, celui d'une dame qui, étant venue de Rennes pour se faire opérer d'une tumeur cancéreuse du sein, fut prise immédiatement après l'opération, bien que celle-ci n'eût été ni longue ni difficile, d'une syncope à laquelle succéda un affaissement nerveux tel, que la mort eut lieu au bout de trente-six heures. A coup sûr, ajoute M. Roux, on n'eût pas manqué d'attribuer un pareil accident au chloroforme, si l'usage de cet agent eût été connu à cette époque. Il pense qu'on ne saurait être trop réservé à cet égard.

M. Pamard: M. Roux doit bien penser que son travail sur les anévrismes des os ne m'était point inconnu. Si je n'ai pas suivi, dans cette circonstance, le précepte qu'il a donné de lier l'artère principale du membre, c'est que le cas auquel j'ai eu affaire ne présentait pas le caractère des anévrismes décrits par M. Roux.

M. Roux doute que le chloroforme ait causé la mort de mon malade. J'en doute aussi, et c'est parce que j'en doute que j'ai désiré soumettre ce fait à l'Académie et que je suis venu lui demander des lumières.

J'ai eu recours plus de deux cents fois à l'emploi du chloroforme pour des opérations de toute sorte, et jamais je n'ai vu survenir d'accident de cette sorte. Je ne l'ai même vu mentionner dans aucun auteur; je n'ai vu citer nulle part cette annihilation du principe vital que j'ai constaté chez mon opéré. Le fait que vient de rapporter M. Roux offre bien quelque analogie, mais je ne puis admettre que ce soient identiquement des accidents de même nature. Je n'ai d'ailleurs, je le répète, que des doutes à cet égard, et je les soumets à l'Académie.

Relativement à la nature de la maladie à laquelle j'ai eu affaire, je ne puis que me ranger complétement à l'opinion émise par MM. Velpeau et Cloquet; je pense, comme ces deux savants chirurgiens, que ce n'est ni a un cancer ni à un anévrisme que j'ai eu affaire, mais à une tumeur fongueuse sanguine, qui semble tenir en que que sorte de l'une et de l'autre.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de la section d'accouchement sur les candidats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 20 JANVIER.

PROGRAMME DES PRIX.

§ 1er.

La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 francs sur la question suivante:

De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique; insister sur l'étiologie et sur le traitement.

La Société a reçu deux mémoires.

Le mémoire enregistré sous le n° 1 a pour épigraphe ce vers:

Quæque ipsa miserrima vidi.

L'auteur a pris, dans un certain nombre de faits qu'il a observés lui-même, à peu près tous les éléments de son travail. C'est donc moins l'histoire de la méningite tuberculeuse qu'il a voulu présenter, qu'une étude de quelques-unes de ses parties. Cette étude est très-bien faite, surtout en ce qui regarde l'anatomie pathologique; mais des points non moins essentiels n'ont pas été assez développés: tels, entre autres, le diagnostic et le traitement. Le diagnostic différentiel est tout à fait oublié, et on ne trouve dans ce mémoire aucun examen critique des opinions déjà avancées.

Le mémoire n° 2 a pour épigraphe cette sentence:

In magnis morbis, magna remedia.

L'ordre, la méthode, l'esprit de critique qui règnent dans ce mémoire, en font un ouvrage didactique, un traité pratique de la méningite tuberculeuse, sous le rapport du diagnostic, de l'étiologie et du traitement; mais des subdivisions trop nombreuses dans les formes de la maladie rendent l'exposition quelquefois obscure. L'auteur va jusqu'à admettre une méningite tuberculeuse sans tubercule. Il adopte, ou plutôt il laisse l'esprit incertain sur le choix qu'il fait, soit parmi les méthodes thérapeutiques, soit parmi les nombreux remèdes qu'il énumère. Il accorde un pronostic favorable à l'issue de la méningite tuberculeuse; mais les

faits qu'il cite pour le justifier ne prouvent pas assez la nature essentielle de la maladie pour que l'on puisse partager le sentiment de l'auteur.

Si l'on ne trouve ni dans l'un ni dans l'autre de ces mémoires la solution de la question proposée, on doit reconnaître que certaines parties y sont habilement traitées; on doit reconnaître surtout que le n° 2 est l'œuvre d'un praticien exercé depuis longtemps à l'art d'observer, et à l'art presque aussi précieux de peindre ce qu'on observe.

La Société, voulant récompenser le mérite de ces deux médecins, décerne :

1° Une médaille d'or de la valeur de deux cents francs et le titre de membre correspondant, à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur Henri Hahn, médecin de l'hospice Joséphine, à Aix-la-Chapelle (Prusse rhénane);

2° Une médaille d'or de la valeur de cent francs et le titre de membre correspondant, à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Legendre, médecin des hôpitaux, à Paris.

§ II.

La Société rappelle ici le texte de la question qu'elle a mise au concours pour l'année 1852 :

« Les travaux de Brigth ont les premiers appelé l'attention des médecins sur l'albumine de l'urine, considérée comme signe d'une affection granuleuse des reins. Depuis, quelques médecins ont prétendu que l'albumine se rencontre dans des circonstances tout à fait étrangères à une affection de cet organe. Ce point de séméiologie serait important à éclaircir; car il conduirait à une étiologie rationnelle, et donnerait au traitement des bases déterminées. La Société croit qu'il mérite d'être soumis à une discussion publique; en conséquence, elle propose sur la question suivante un prix de la valeur de 300 francs, qu'elle décernera en 1852:

» *Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.* »

§ III.

L'Académie de médecine, la presse médicale, ont retenti, dans ces derniers temps, de discussions qui ont démontré que l'histoire de la syphilis est loin d'être aussi avancée pour les nouveau-nés qu'elle l'est pour les autres âges. Des opinions divergentes ont été exprimées sur le mode de transmission, les formes, le traitement de cette maladie dans les premiers jours de la naissance; mais de toute part on a été unanime pour reconnaître qu'elle fait de nombreuses victimes, surtout parmi les enfants qui peuplent les crèches de nos hospices. En présence de ces incertitudes et de ces calamités, la Société a cru qu'il était opportun de fixer l'attention sur ce point important de médecine pratique; c'est dans ce but qu'elle propose un prix de la valeur de trois cents francs, qu'elle décernera en 1853, sur la question suivante :

De la syphilis des nouveau-nés.

§ IV.

Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations manuscrites sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plait ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants et à récompenser leurs efforts.

Tous les mémoires manuscrits que la Société a reçus cette année témoignent hautement du talent de leurs auteurs; mais il y en a trois qui se distinguent des autres par l'importance du sujet, ou par le mérite de la composition.

M. le docteur Saucerotte, en rapprochant et en comparant les faits de pneumonie que lui a fourni une longue et active pratique, a été conduit à se prononcer sur la valeur des diverses méthodes de traitement qu'on a tour à tour préconisées. Il a précisé avec une profonde sagacité les caractères de la maladie qui rendent opportune l'application de chacune de ces méthodes.

M. le docteur Saint-Martin a ajouté de nouveaux faits à ceux qu'il a déjà transmis à la Société, sur la pellagre, qu'il continue à appeler *gastro-entéro-rachialgie pellagreuse*. Le zèle qu'il apporte dans l'étude de cette maladie mérite de justes éloges. Ses recherches éclairent le diagnostic et le traitement; et la netteté, l'exactitude de ses descriptions en font de véritables modèles.

M. le docteur Durand-Fardel a étudié le trouble assez mal défini des fonctions digestives, connu sous le nom de dyspepsie. Il serait porté à l'attribuer à un vice particulier des liquides préposés aux transformations successives que subit l'aliment jusqu'au duodénum. Mais n'accordant à cette opinion qu'une valeur secondaire, l'auteur s'applique surtout à établir le diagnostic différentiel de la dyspepsie, et à poser les bases d'un traitement plus rationnel.

La Société, convaincue de l'utilité de ces divers travaux, décerne :

1° Une médaille d'argent grand module à M. le docteur Saucerotte, médecin à Lunéville, déjà membre correspondant;

2° Une première mention honorable à M. le docteur Saint-Martin, médecin à Amon, département des Landes, déjà membre correspondant;

3° Une deuxième mention honorable à M. le docteur Durand-Fardel, médecin à Paris, déjà membre correspondant.

§ V.

Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs, soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui se sont occupés de ces questions.

§ VI.

Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçu que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La Société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que de simples nomenclatures. Elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations, qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

La Société n'a à couronner cette année aucun travail de ce genre. Elle en est d'autant plus étonnée, que la présence de la variole dans ce département a dû ramener beaucoup d'esprits à la découverte Jennérienne.

§ VII.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais, ou allemand, doivent être rendus, francs de ports, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, 67, avant le 15 mars.

Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 30 décembre 1851.

Fauré, président.
Burguet, secrétaire général.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des eaux et des boues thermo-minérales de Saint-Amand (Nord); par D. Charpentier, docteur en médecine, médecin-inspecteur des thermes de Saint-Amand, etc. — Chez J.-B. Baillière.

Les eaux et les boues minérales de Saint-Amand ont éprouvé, comme tous les établissements de ce genre, des vicissitudes de renommée et d'oubli. Bien que leur efficacité n'ait jamais été mise en doute, ce qui est déjà une présomption singulièrement décisive en leur faveur, M. le docteur Charpentier vient aujourd'hui, dans un petit ouvrage très-concis, très-substantiel, signaler de nouveau leurs propriétés incontestables dans certaines maladies. Il s'est heureusement gardé, et nous en faisons la remarque expresse, de tomber dans la banalité si commune aux médecins d'eaux minérales, d'en faire une panacée universelle contre toute espèce d'affections pathologiques.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur fait un aperçu historique de ces termes dont l'antiquité ne saurait être contestée; puis il traite de la nature physique et chimique de ces eaux, de ces boues, qui en ont fait la réputation. La seconde partie est relative aux effets physiologiques et thérapeutiques observés dans l'établissement. Selon l'auteur, les moyens de traitement des thermes de Saint-Amand consistent dans ses eaux minérales, sulfureuses et salines, et dans des boues de même nature, mais dans lesquelles le fer, le soufre et une matière *végéto-animale* se trouvent en grande quantité. Les eaux ne s'emploient guère qu'en boisson et en douches, les boues leur étant infiniment préférables pour les bains. Mais outre les éléments physiques et chimiques de ces eaux et boues, la température influe beaucoup sur leur efficacité, et cette température semble invariable. Toutes les analyses faites s'accordent sous ce rapport; toutes leur donnent de 20 à 21 degrés Réaumur. « J'y ai plongé le thermomètre dans les différentes saisons de l'année, dit M. Charpentier; je n'y ai jamais trouvé la moindre différence. » De cette donnée et de celles qui résultent de la composition intime des eaux de Saint-Amand, on est facilement conduit à admettre leur efficacité thérapeutique contre une foule de maladies, principalement contre les rhumatismes chroniques, les engorgements articulaires, la faiblesse, la paralysie, l'atrophie des muscles, etc.; puis, en raison de leur action stimulante, contre les maladies du système lymphatique, les adénites chroniques, etc. L'auteur pense même qu'elles seraient très-favorables, comme d'ailleurs toutes les eaux sulfureuses, contre les tuber-

cules des poumons, lorsqu'ils sont à l'état cru et que la fièvre ne s'est pas encore manifestée. Beaucoup de dermatoses, en raison de la matière *végéto-animale* contenue en grande quantité dans ces eaux, peuvent aussi être avantageusement combattues par leur emploi; elles sont également utiles dans la gravelle, et le docteur Charpentier rapporte à cet égard un fait très-circonstancié, d'autant plus curieux que la guérison eut lieu après vingt jours de traitement.

L'auteur ne manque pas d'appuyer ses assertions sur une collection d'observations extraites d'une infinité d'auteurs. Ces observations, choisies avec discernement et posées avec soin, se lisent avec un vif intérêt, parce qu'on y suit facilement, dans chacune d'elles, les phases diverses de la maladie, les accidents qui ont eu lieu, les circonstances qui ont arrêté, entravé ou favorisé la guérison et les effets curatifs des eaux et boues de Saint-Amand. Ces observations ont donc les deux caractères principaux qui donnent du poids et de la valeur aux faits scientifiques, c'est-à-dire l'importance et l'authenticité. Nous ne doutons pas que l'établissement thermal de Saint-Amand ne reprenne, sous la direction vigilante et éclairée du docteur Charpentier, la célébrité qu'il avait autrefois. Il est presque passé en proverbe que *le bon médecin fait les bonnes eaux* : cela est possible à la rigueur; mais quand les bonnes eaux et le bon médecin sont réunis, le succès n'en est que plus certain et surtout mieux justifié.

Reveillé-Parise.

VARIÉTÉS.

BANQUET DU DOCTEUR SEUTIN.

Nons reprodnisons, d'après un journal belge, les deux toasts snivants.

TOAST DE M. J. GUÉRIN AUX MÉDECINS BELGES.

« Monsieur Seutin,

» Je viens, au nom de mes confrères de Paris à qui vous avez fait l'honneur de les convier à ce banquet, vous dire qu'ils sont heureux de joindre leurs félicitations à celles du corps médical belge, et de vous offrir un témoignage de leur profonde sympathie pour votre personne, votre caractère et vos travaux. Eux aussi ont compris depuis longtemps les immenses services que vous avez rendus à la science et à l'humanité. Ils savent vos luttes, votre persévérance; les unes ont été en proportion de l'importance des idées et des réformes que vous aviez à faire prévaloir, et l'autre aussi grande, aussi énergique, aussi durable que les obstacles que vous avez rencontrés. Pour vous comme pour vos idées, le jour du triomphe a lui, et ce triomphe n'est pas renfermé dans le temple de la médecine belge : il a retenti partout en France et dans tous les pays de l'Europe où l'art est assez avancé pour comprendre et mettre à profit les conquêtes dont vous l'avez enrichi.

» Mais en venant nous associer, nous simples voyageurs, à cette éclatante et sympathique manifestation des médecins belges, permettez-nous de voir ce qui vous environne, les hommes et les choses, et d'étendre à l'ensemble dont vous êtes une si glorieuse partie, les félicitations que nous sentons le besoin de lui offrir.

» En Belgique, la science médicale, les institutions médicales et le corps médical sont, pour le médecin étranger, un grave sujet de préoccupation et de respect.

» Ce n'est pas le lieu d'insister pour prouver à tous ceux qui me font l'honneur de m'entendre, que la science médicale belge occupe une place élevée dans la médecine européenne. Ce serait donner à une déclaration de bonne justice la forme d'une flatterie : la médecine belge n'en a pas besoin, et nous n'avons pas la prétention de nous la permettre; mais ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que la médecine belge a pris depuis vingt ans surtout un caractère qui la distingue, qui l'honore et qui l'élève dans la science médicale de tous les pays. Je puis l'attester mieux que personne. Il y a vingt-cinq ans à peine, alors que je prenais mes grades dans une université du pays et que j'avais le bonheur de compter parmi vous de nombreux camarades qui sont devenus mes amis, il n'y avait pas de médecine belge. Les ouvrages, l'enseignement et les institutions n'étaient qu'un reflet incertain de ce qui se faisait ailleurs. Aujourd'hui l'originalité se dessine partout, que dis-je, elle est partout accomplie dans la science comme dans l'art, et vous n'êtes vous-même, M. Seutin, qu'un exemple particulier de ce qu'après vingt-cinq ans d'absence, je suis heureux de constater avec mes amis qui m'accompagnent, dans la grande révolution qui s'est opérée autour de vous.

» Honneur donc aux travailleurs de la médecine belge! Grâce à leur infatigable persévérance, toutes les branches de la connaissance médicale se sont révivifiées et l'arbre tout entier, cultivé par leurs mains laborieuses, a pris le caractère du sol où il est planté, de l'atmosphère bienfaisante où il respire et de la sérénité du ciel qui le protége. (Applaudissements.)

» Si de la science nous passons aux institutions, nous ne sommes pas moins frappés de l'originalité qui vous distingue. — Chez vous on a compris le bienfait de la vraie liberté appliquée à l'enseignement des sciences et de la médecine en particulier. L'enseignement est libre. Les Universités de l'État ont des Universités rivales. Il n'y a de privilége pour aucune, et les produits de toutes arrivent avec le seul avantage de la supériorité, au contrôle d'un jury indépendant et placé au-dessus des intérêts particuliers. Ce grand progrès, qui assure l'émission et le triomphe de toutes les vérités, a pour première conséquence l'abolition des doctrines rétrogrades et routinières qui se perpétuent avec les coteries privilégiées, et pour autre conséquence non moins importante, la diffusion immédiate des vérités les plus récentes dans les nouvelles générations de la science. Tout se touche et s'enchaîne dans une bonne organisation scientifique, et nul doute que la liberté d'enseignement n'ait contribué pour une part à la rénovation de la science médicale belge.

» Le même caractère nous a frappés dans la composition et l'organisation de vos corps savants, et de l'Académie de médecine de Belgique en particulier. Ce n'est pas telle ou telle influence de nom ou de localité qui la domine : c'est le pays médical tout entier qui y est représenté. De même que dans l'enseignement, toutes les idées, toutes les doctrines, toutes les écoles y ont leur place; et comme il est de l'essence des bonnes organisations de contenir en elles les instincts de leur conservation, l'Académie de médecine de Belgique, pour se perpétuer au degré d'autorité où elle est parvenue, a échangé son principe d'amovibilité présidentielle contre une inamovibilité de fait, en l'honneur de l'homme qui en est devenu l'âme, la tête et l'intelligent régulateur de ses mouvements. (Applaudissements.)

» Ce qui frappe surtout dans les institutions médicales belges, c'est l'alliance des libertés propres à chaque organisation particulière, avec la somme de dépendance indispensable à l'harmonie de la partie avec le tout, de l'ordre de choses particulier avec l'ordre de choses général, sans que l'un puisse gêner les mouvements de l'autre. Admirable pondération, qui est une des lois de la nature, et sans laquelle les éléments d'ici-bas se heurtent, s'entre-choquent, jusqu'à ce que l'intelligence de l'homme ou le hasard aient remis chaque chose à sa place!

» Quel plus beau et plus éclatant témoignage de cette harmonie qui nous a frappés, dans les choses et les hommes de la Belgique médicale, que cette réunion même à laquelle nous avons le bonheur d'assister! Composée de l'élite de la profession, d'autant de rivaux que d'amis, animée d'un même sentiment, dominée par une même pensée, celle du glorifier le corps médical dans un de ses membres, elle nous offre l'image d'une grande famille où les meilleures traditions des corporations médicales anciennes ont été conservées, mais fécondées par les tendances les plus progressistes des associations modernes.

» C'est grâce à vous, mon cher Seutin, grâce à votre cordiale hospitalité, que nous avons pu rendre cet hommage à la médecine et au corps médical belge. Permettez-nous maintenant de porter, sous vos auspices, le toast suivant :

» A la médecine belge!
» Aux institutions médicales de la Belgique!
» Au corps médical belge! »

Ce discours est suivi des plus vifs applaudissements.

TOAST DE M. VLEMINCKX AUX MÉDECINS FRANÇAIS.

« Ce n'est pas sans éprouver l'émotion la plus vive que je me lève pour répondre au toast que vient de porter mon excellent ami, M. J. Guérin, tant en son nom qu'au nom de ses confrères de Paris qui ont bien voulu prendre part à cette fête. Nous sommes heureux et fiers des paroles flatteuses qu'il vient d'adresser à notre illustre amphitryon. Ce n'est pas à vous, messieurs, qu'il est nécessaire de prouver combien elles sont méritées. Le magnifique hommage que vous venez de lui rendre à l'instant même est là pour témoigner de vos sentiments à son égard et de la haute opinion que vous avez conçue de son immense talent chirurgical; mais quand nous voyons des hommes tels que ceux qui sont venus s'asseoir à nos côtés, s'associer à cet hommage et sanctionner votre jugement, il doit nous être permis de ressentir un redoublement de fierté et pour nous-mêmes et pour notre pays.

» Des juges plus éclairés, je n'en connais pas; des appréciateurs plus compétents, nous les chercherions en vain. Eux aussi n'ont-ils pas attaché leurs noms à de grandes, à de belles découvertes? eux aussi n'ont-ils pas répandu dans le monde de grandes et d'utiles vérités? n'ont-ils pas, en un mot, rendu par leurs leçons et leurs écrits des services considérables à l'humanité? (Bravo! bravo!)

» Messieurs, j'ignore les desseins que la Providence réserve à notre Belgique, mais quels qu'ils soient, ce sera un éternel honneur pour elle d'avoir su, indépendante et libre, reconquérir dans les arts et les sciences en Europe, reconquérir, dis-je, à l'ombre de ses belles institutions vous venez de l'entendre, une place honorable et digne; de s'être souvenue qu'elle est toujours la patrie de Rubens et de Van Dyck, comme de Vésale, de Van Helmont et de Rega. (Applaudissements réitérés.)

» Je remercie mon excellent ami de lui avoir rendu ce témoignage, car ce témoignage, pourquoi ne le dirais-je pas, nous y attachons une haute valeur. Il nous connaît lui; *toujours et partout*, nous l'avons vu s'intéresser avec une inquiète sollicitude aux destinées de notre patrie; la Belgique fut son berceau, c'est au milieu de nous qu'il a fait les premiers pas dans sa brillante carrière, qui vient de recevoir, il y a quelques jours à peine, un nouveau lustre de la part du premier corps savant du monde. (Bravo! bravo!)

» Messieurs, des barrières politiques nous séparent de la France. Ces barrières, nous l'espérons bien, resteront toujours debout; mais pour les arts et les sciences, pour le mérite et l'intelligence, les barrières s'abaissent, les frontières disparaissent. Membres d'une grande famille, médecins français et belges sont unis par les liens d'une heureuse et loyale confraternité. Buvons donc, messieurs, buvons à nos confrères de Paris, qui ont bien voulu honorer cette belle fête de leur présence, et dans leurs personnes, à cette belle médecine française qui a légué au monde d'impérissables monuments. Vidons nos verres en leur honneur et faisons des vœux pour que, satisfaits de l'accueil cordial qu'il nous a été si agréable de leur faire, ils viennent par de fréquentes visites raffermir nos liens d'estime et d'amitié. »

(Un tonnerre d'applaudissements accueille ce toast.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Tous les ans, à pareille saison, se montrent dans nos climats les affections catarrhales; et presque tous les ans, elles portent le cachet le plus significatif des maladies épidémiques, à savoir, la diversité des localisations morbides sur un fond commun de caractères spécifiques. Il en est encore ainsi depuis cinq ou six semaines à Paris. Décrire à nouveau ces affections serait tomber dans de fastidieuses redites; il suffira d'en indiquer les traits principaux, qui ne ressemblent pas, du reste, complétement à ceux des épidémies saisonnières de même espèce observées dans ces dernières années.

Signalons tout de suite une forme de début tout à fait remarquable que nous n'avons vue bien tranchée que chez les enfants, et qui est de nature à égarer un instant le diagnostic. Tout le monde connaît cette sorte de *catarrhe stomacal* (peut-être aussi *pancréatique*) dans lequel les malades vomissent une, deux, trois fois par jour, plus particulièrement le matin au réveil; des quantités considérables de mucus blanchâtre et filant; affection le plus souvent apyrétique, mais qui épuise rapidement les forces, et dans laquelle il importe de faire prendre *fréquemment* des aliments, des potages épais, un peu de viande, pour donner un emploi au mucus sécrété et modifier la sécrétion elle-même. Eh bien! nous avons vu cette forme morbide, apparaissant au milieu d'une bonne santé, devenir le premier terme d'une série de manifestations catarrhales du côté des bronches, des yeux, des oreilles; de telle sorte qu'il était assez singulier de voir une maladie qui allait revêtir surtout les apparences d'un rhume intense, débuter par des vomissements, et qu'on étonnait beaucoup les parents, toujours disposés à attribuer le vomissement à une indigestion, en les avertissant que leurs enfants auraient bientôt de la toux avec de la fièvre et de la courbature. Qu'on veuille bien remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'un embarras gastrique devenu, en quelque sorte, le principe d'une maladie générale, la tenant sous sa subordination, la marquant d'un cachet spécial et dictant les principales indications thérapeutiques. La manifestation gastrique dont nous parlons n'est qu'un premier effet d'une cause qui va tout à l'heure s'attaquer à d'autres organes, et ne se distingue des effets ultérieurs que par la date. Mais elle est précieuse au point de vue nosologique, en ce qu'elle accuse l'action d'une cause très-générale, et oppose une objection irréfutable à ceux qui seraient tentés de ne voir dans la constitution médicale actuelle qu'une réunion de bronchites.

Ce mode de début, que nous avons mis en relief à cause de son importance, n'est pas, à beaucoup près, le plus fréquent. Ordinairement les sujets sont avertis de l'imminence du mal par du malaise, de la faiblesse, de petits frissons irréguliers, du coryza, du larmoiement; bientôt la gorge devient le siége de picotements insupportables, quelquefois même d'une véritable angine avec gonflement des amygdales; la sécrétion muqueuse s'établit dans les bronches, et la maladie est installée. Rien, sous ce rapport, qui diffère du mode habituel. Il y a plus: à ne considérer que ces cas et à ne tenir compte que du début, on méconnaîtrait aisément la présence d'une influence spéciale. C'est ainsi, en effet, que commencent les rhumes ordinaires. Mais la maladie prend toute sa signification en se développant.

Les deux caractères saillants qu'elle nous a paru revêtir sont la *généralisation de l'état catarrhal* et *l'adynamie.*

Que la sécrétion muqueuse eût commencé par l'appareil digestif ou par l'appareil respiratoire, on voyait très-fréquemment les deux appareils associés dans le mouvement pathologique. La prédominance appartenait aux bronches, qui se remplissaient d'un liquide parfois ténu comme de l'eau de gomme, plus souvent visqueux et tenace, et déterminant alors une toux intense et de pénibles efforts d'expectoration; mais, en même temps, bon nombre de sujets se plaignaient d'un état de malaise à la région épigastrique, de fadeurs, d'envies de vomir; la langue était blanche, livide, pâle sur les bords; la diarrhée n'était pas rare; elle consistait dans un flux muqueux, sans coliques vives ni aucun signe de phlegmasie. En outre, on voyait, chez les enfants, non-seulement les yeux rester larmoyants et bouffis, mais encore les paupières sécréter en abondance un liquide muqueso-purulent qui se concrétait à la racine des cils ou sur les joues. Et, enfin, dans quelques cas, une décharge purulente, sans bouton, sans abcès, une véritable excrétion de pus, se faisait par le conduit auriculaire. Nous avons vu des enfants passer successivement par les manifestations catarrhales de l'estomac, des intestins, des fosses nasales, des bronches, des yeux et des oreilles.

L'adynamie se traduisait par la dépression des forces et l'insuffisance des actions organiques. Généralement les malades accusaient une grande faiblesse dès le début de la maladie et alors même qu'une toux peu intense, une expectoration peu abondante et l'absence de bruits stéthoscopiques anormaux, annonçaient des localisations sans importance; le pouls était petit, médiocrement fréquent, ou même au-dessous du type normal; les évacuations sanguines ou tout autre moyen débilitant, tel que les vomitifs et les purgatifs, abattaient les forces à un degré inaccoutumé. Quoi qu'on fît, les symptômes dépendant de l'appareil respiratoire, la toux, la sécrétion bronchique, persistaient très-longtemps ou se réveillaient sous la moindre variation de température. Nous ne croyons pas que les rhumes, même les plus simples, aient jamais été plus difficiles à guérir que cette année. Nous avons vu, chez des adultes bien constitués, ordinairement bien portants, des ronchus et des sifflements intenses se prolonger pendant plusieurs semaines à la partie postérieure des poumons, et même de simples catarrhes bronchiques donner lieu à l'œdème pulmonaire le plus évident, avec obscurité du son à la partie déclive, râle sous-crépitant très-humide, rejet extrêmement abondant de mucosités presque séreuses, le tout sans fièvre et avec conservation de l'appétit. L'emploi des boissons stimulantes, de quelques toniques (infusion d'arnica, vin amer, vin pur aux repas) devenait nécessaire pour décider un travail de résolution.

Voilà quels ont été les caractères généraux et habituels de la maladie régnante, telle du moins que nous l'a montrée la pratique civile. Il faut ajouter que le tableau n'était pas toujours aussi complet, et qu'on en rencontrait çà et là des traits pour ainsi dire détachés, où se révélait encore parfaitement l'unité de la cause morbigène. Ainsi, chez quelques enfants, la maladie s'est arrêtée aux vomissements de matières muqueuses; chez d'autres, le flux bronchique n'a succédé aux vomissements qu'au bout de huit ou quinze jours, comme si l'action morbide n'avait pas été épuisée dans un premier effort. Quelques malades n'ont eu que la diarrhée; d'au-

Feuilleton.

SUR LA DÉFORMATION ARTIFICIELLE DU CRANE, EN AMÉRIQUE (1).

Une coutume singulière a été rencontrée chez les nations sauvages ou à demi policées, sans qu'on ait pu en déterminer ni l'origine ni la signification. Les récits des voyageurs et les recherches ethnographiques s'accordent pour signaler des peuples de situation bien diverse, ramenant la tête des nouveau-nés à une forme particulière, au moyen de bandages, d'instruments différents, ou uniquement par la pression des mains. Nous conservons des modèles de ces difformités dans nos muséums; et l'on cite souvent l'aplatissement extraordinaire qu'offre le crâne des Caraïbes. Aujourd'hui à peu près réduits à la petite île de Saint-Vincent, ces célèbres Caraïbes occupaient au seizième siècle toutes les îles, depuis Porto-Rico jusqu'à la Trinité, et toute la portion de la côte de l'Atlantique comprise entre l'embouchure de l'Orénoque et celle de l'Amazone, c'est-à-dire jusqu'à la frontière du Brésil; leur résistance opiniâtre tint longtemps les Européens en échec. M. de Humbold a retrouvé sur le continent même les débris de cette nation, représentée par une peuplade de la province de Venezuela, aux bouches de l'Orénoque. L'usage de comprimer graduellement la tête des enfants dès leur naissance jusqu'à un temps plus ou moins éloigné, s'est perpétué encore parmi eux; comme l'écrivait le Dr Amie à Delamétherie, en 1791 (1), la manœuvre consiste à fixer une planche garnie de coton sur le front et à la serrer par des liens pour empêcher cette partie d'acquérir sa convexité naturelle. Le compagnon de Colomb, Pierre Martyr, déclare qu'on n'imaginerait pas un aspect plus fier et plus menaçant que celui des Caraïbes, et les Espagnols ne pouvaient, quand ils en venaient aux mains, les considérer sans un violent sentiment d'horreur. On a attribué généralement à ces sauvages un caractère de férocité indomptable.

Mais d'autres tribus de l'Amérique, aussi bien dans le Nord, à l'exception des contrées polaires, que dans la partie méridionale, suivent cette espèce de mode. Serait-ce un signe de fierté guerrière ou l'exagération d'un type national que ces aborigènes chercheraient à s'imprimer par une pareille pratique? On l'ignore; dans l'antiquité, les Macrocéphales du Pont-Euxin, au récit d'Hippocrate (2), estimaient la longueur de la tête comme un indice de courage, et, d'après cette opinion, pétrissant le crâne des enfants, à la naissance, ils s'efforçaient, par di-

(1) Note lue à la Société de biologie le 10 avril 1851.

(1) JOURNAL DE PHYSIQUE, année 1791.

(2) Hippocrate, TRAITÉ DES EAUX, DES AIRS ET DES LIEUX.

tres une ophthalmie catarrhale; d'autres encore une otorrhée. C'était toujours la même maladie, mais morcelée et comme *détaillée*.

D'autres affections, n'émanant pas directement de la même influence épidémique, en ont néanmoins porté le cachet. Nous avons vu notamment des érysipèles prendre rapidement un mauvais caractère et aboutir à la diffluence du sang, avec infiltration profonde des membres et taches bleuâtres sous la peau. Il paraît aussi, quoique nous n'en ayons pas vu personnellement d'exemple, qu'on a observé à Paris des angines de mauvaise nature.

Le traitement qui convient à une maladie caractérisée comme on l'a vu se devine aisément. Grande réserve dans l'emploi des évacuations sanguines; emploi énergique des vomitifs, des purgatifs et des diaphorétiques. Nous devons dire pourtant que les vomitifs, l'ipécacuanha surtout, nous a toujours mieux réussi que les laxatifs. C'est sans doute qu'il agit doublement, en débarrassant l'estomac et les bronches et en poussant à la diaphorèse. Il a été particulièrement utile dans les cas où l'estomac a été le siége des premiers symptômes; il toujours suspendu et quelquefois arrêté court l'évolution pathologique. Les purgatifs ont rendu de grands services à une époque plus avancée de la maladie, quand la sécrétion muqueuse soit du tube digestif, soit des bronches, menaçait de durer longtemps. Quand le catarrhe passait d'une muqueuse à l'autre chez les enfants, quand surtout il tournait à la purulence, on retirait les plus grands avantages de l'établissement d'un vésicatoire au bras. Dans un cas de notre pratique, le vésicatoire rendit, dès le lendemain de son application, une quantité énorme de pus, et l'enfant, qui dépérissait à vue d'œil, reprit presque aussitôt des couleurs et de la gaieté.

Nous n'avons pas entendu, dans cette simple note, donner une histoire, même abrégée, de la constitution médicale actuelle. D'autres observateurs auraient, sans doute, beaucoup à y ajouter. Nous avons voulu seulement indiquer ce qui nous avait le plus frappé dans le cercle de notre pratique.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'INTERMITTENCE COMPOSÉE (second mémoire pour servir à la localisation des fièvres intermittentes); par M. AMAND BEAUPOIL, D. M.-P., membre associé correspondant de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, etc.

Dans un premier travail (1), j'ai cherché à faire comprendre : 1° que l'*intermittence* ne peut pas être systématiquement *localisée* dans un organe ou système d'organes à l'exclusion des autres;

2° Qu'elle peut être libre de toute modification organo-pathologique, et consister plus particulièrement alors dans un trouble du système nerveux de la sensibilité générale; on bien accompagner l'une quelconque des nombreuses affections, soit organique, soit fonctionnelle, du cadre nosologique.

Dans ce dernier cas, la *lésion morbide locale* et l'*intermittence* peuvent rester indépendantes l'une de l'autre (quoique marchant ensemble et se gênant mutuellement), se *compliquer*, comme l'on dit; ou bien, elles peuvent se lier d'une manière plus intime, se *fondre*, *s'identifier* l'une avec l'autre pour ne plus faire qu'une seule et même affection (1), une seule entité morbide indécomposable en les deux parties qui la constituent, bien qu'empruntant des caractères de toutes deux, sans toutefois être ni l'une ni l'autre. Une comparaison, tirée de la chimie, me semble très-propre à faire saisir ce phénomène; que l'on suppose de l'acide sulfurique et de la potasse, par exemple, mis en présence dans les conditions favorables à leur union, ils se combineront, ils *s'identifieront* pour former du sulfate de potasse, *composé* nouveau qui n'est ni l'acide sulfurique ni la potasse, bien que participant de l'un et de l'autre à la fois et par son origine et par les caractères qu'il leur emprunte. Tout en lui se ressent des composants dont il dérive; il n'est pas jusqu'au nom qui sert à le désigner qui ne le rappelle, et pourtant il est bien un être nouveau, ayant une modalité à part, indépendante de celle de ses composants; il a conservé seulement l'air de famille!

De même, j'appelle *intermittence composée* l'être nouveau produit par l'*union de l'intermittence* avec une *lésion locale* organique ou fonctionnelle.

Soit que l'intermittence s'identifie à la lésion locale, soit qu'elle la complique, toujours elle est le phénomène *capital*, celui qui domine toute la manifestation symptomatique, et réclame en première ligne l'attention du thérapeutiste, puisque, même quand elle ne fait que compliquer l'affection locale, elle peut, avec son paroxysme, ramener tous les accidents de celle-ci au moment où l'on n'y devait plus compter s'ils s'étaient trouvés isolés de l'intermittence; et lorsqu'existe l'identification de la lésion locale avec l'intermittence, le fait est moins contestable encore, puisque celle-ci semble confisquer l'autre pour se l'approprier, comme le démontrent les observations (2).

De là résulte que la médication spécifique de l'intermittence (quinquina et ses succédanés) doit être administrée tout d'abord, quitte à remplir les indications secondaires qui se présentent en même temps, ou qui pourront surgir consécutivement.

Ce point nous ramène tout naturellement à une objection qui a été posée par nos honorables collègues de la Société médicale d'Indre-et-Loire. On nous a demandé (3) « à quels signes on reconnaîtra l'*identification* de l'intermittence avec la lésion locale. » — Je pensais avoir prévu cette objec-

(1) V. GAZ. MÉD. DE PARIS, numéros du 29 avril et du 6 mai 1848, page 335 et 354, CONSTITUTION MÉDICALE INTERMITTENTE DU CANTON DE SAINTE-MAURE EN 1847, premier mémoire pour servir à la localisation des fièvres intermittentes, par le docteur A. Beaupoil. — Voyez également le RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE, troisième et quatrième trimestre de 1847 (page 92), et premier trimestre de 1848 (page 26).

(1) *Idem et unum fieri* — devenir une seule et même chose!

(2) Ceci, soit dit en passant, suffit à prouver que l'intermittence n'est pas *symptomatique* de la lésion locale.

(3) Voy. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE, deuxième et troisième trimestre de 1848, page 38, lignes 32 et sq.

---

verses manœuvres, de l'allonger aux dépens de sa largeur. M. d'Orbigny (1) a retrouvé au Pérou, près du lac de Titicaca, des monuments dus à une civilisation bien plus avancée peut-être que celle de Palenque, elle-même, et par conséquent antérieure aux Incas; et des tombeaux des Aymaras ensevelis dans ces ruines, le voyageur a exhumé des crânes fortement aplatis d'avant en arrière. Sans entrer dans la discussion intéressante de l'antiquité de cet usage, nous remarquerons avec lui que les têtes les plus déprimées qu'il ait rencontrées se trouvaient toujours dans les tombeaux dont la construction, de plus d'apparence, annonçait qu'ils appartenaient à des chefs. Le Dr Morton (2) a reconnu aussi, sur une douzaine de vingt-quatre exemples, que la forme singulièrement allongée des crânes des Aymaras du Pérou résulte d'un mode particulier de compression artificielle, appliquée dès la plus tendre enfance. Mais d'autres observations n'ont pas tardé à lui prouver, d'une manière concluante, que cette conformation était aussi commune parmi les peuples du littoral que dans les régions montagneuses de la Bolivie, qu'elle n'appartient à aucune tribu ou nation en particulier, et qu'elle fut toujours due, dans tous les cas, à une manœuvre mécanique. Enfin ce savant ethnologue a pu classer les crânes des anciens Péruviens sous quatre formes bien distinctes de modification artificielle, savoir :

1° La forme allongée horizontalement ou cylindrique, obtenue sans doute au moyen de deux compresses d'étoffes repliées, qu'on plaçait chacune d'un côté de la suture du frontal, et qu'on maintenait à l'aide de bandages obliques;

2° La forme conique ou en pain de sucre;

3° Le simple aplatissement ou dépression du front, entraînant une expansion du reste de la tête, postérieurement et latéralement;

4° Un simple aplatissement vertical de l'occiput, dont l'irrégularité pourrait encore être expliquée par la manière peu soigneuse dont l'enfant est attaché à la planche qui, chez beaucoup de tribus du nord et du sud de l'Amérique, remplace habituellement le berceau.

Blumembach avait déjà attiré l'attention sur un curieux décret de la cour ecclésiastique de Lima, en date de 1585, lequel mentionne au moins quatre modes de déformations artificielles de la tête, communes même alors parmi les Péruviens, et en défend la pratique sous des peines spécifiées (1).

On pourrait naturellement supposer, dit M. Morton (2), qu'un peuple pourvu de têtes petites et mal conformées occupait une place très-inférieure dans l'échelle de l'intelligence humaine. Il n'en est rien, et les relations de Pédro de Cieca, officier dans l'armée de Pizarre, et de Garcilajo de la Vega, démontrent déjà que les Espagnols, à leur arrivée, trouvèrent au Pérou des monuments immenses, témoignant d'une civilisation fort avancée et antérieure aux Incas.

(1) D'Orbigny, L'HOMME AMÉRICAIN CONSIDÉRÉ SOUS LES RAPPORTS PHYSIQUES ET MORAUX. Paris, 1840.

(2) Morton, SAME OBSERV. ON THE ETHNOG. AND ARCHÆOL. OF THE AMERICAN ABORIGENES. AMER. JOURN. OF SCIENC. V. II, 1846.

(1) Blumembach, DE GENERIS HUMANI VARIETATE NATIVA.

(2) Morton, CRANIA AMERICANA, etc. Philadelphie, 1839.

tion dans la lettre même qui en est l'occasion, lorsque j'écrivais (1) : « Le » traitement est la seule pierre de touche de cette identification.... » Mais puisque je n'ai point été compris, je vais essayer d'être plus clair.

Je viens d'établir plus haut que l'intermittence est toujours le phénomène *dominant*, soit dans l'identification, soit même dans le cas de simple complication ; cette domination n'existât-elle point, il n'en serait pas moins vrai que la lésion locale attaquée par le traitement rationnel qui lui conviendrait si elle était seule, peut tout au plus guérir cette lésion sans avoir aucune influence positive sur l'intermittence (2). Ceci ne peut pas être contesté. Mais allons plus loin : si le traitement rationnel, si aucun ordre de moyens thérapeutiques (le spécifique de l'intermittence excepté) n'a prise ni sur la lésion locale, ni sur l'intermittence, qu'en conclure? Tout au moins que la présence de cette dernière exerce une influence puissante sur la lésion locale! Que si, au contraire, le spécifique administré *seul* vient à guérir rapidement et l'intermittence et la lésion locale, c'est qu'évidemment l'une et l'autre étaient si bien enchaînées, si étroitement unies, qu'elles ne pouvaient tomber l'une sans l'autre, c'est-à-dire qu'elles ne formaient plus qu'un être unique, une *intermittence composée* attaquable par la médication quinique comme l'intermittence simple elle-même, ainsi que plusieurs observations nous l'ont démontré.

Reste enfin un dernier cas, au point de vue du traitement; c'est celui où la médication quinique n'emporterait que l'intermittence laissant la lésion locale réclamer son traitement particulier. Ce résultat dénoterait la *complication* des deux entités morbides l'une par l'autre, ce qui est bien différent de l'*identification*, ainsi qu'on doit le comprendre maintenant.

Nous avions donc raison de dire que le traitement est la véritable pierre de touche et le seul moyen pour savoir s'il existe réellement *identification* de l'intermittence et de la lésion locale : *Naturam morborum curationes ostendunt*.

En résumé, localisation de l'intermittence en un point précis de l'économie, identification de la première avec la maladie de ce point, la lésion locale organique, ou fonctionnelle, pouvant être contemporaine ou même antérieure au développement de l'intermittence, tels sont les deux phénomènes qui nous ont occupé jusque-là, et sur lesquels je désire arrêter encore l'attention du lecteur.

Leur étude, en effet, me paraît appelée à dominer la question de l'intermittence, parce qu'elle dévoile le lien qui unit si fréquemment celle-ci à une lésion locale; conséquemment, parce qu'elle donne l'explication de guérisons inespérées obtenues par l'intermédiaire de la fièvre intermittente, et aussi parce qu'elle peut conduire à quelques considérations spéculatives tendant au même but. Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots sur ce dernier point, que nous avons déjà présenté ailleurs (3) : On doit souhaiter voir la fièvre intermittente légitime s'identifier aux affections chroniques réputées incurables toutes les fois que celles-ci ne sont point l'expression d'un désordre anatomique. Nous ne voulons pas dire par là que les seules affections sans lésion appréciable, *sine materia*, telles que les

(1) *Loc. cit.*, p. 38, lignes 5 et 6.

(2) C'est là une preuve irrécusable de l'indépendance du phénomène intermittence, car si celle-ci était symptomatique, elle devrait guérir par le traitement rationnel de la lésion locale, ce qui n'a pas lieu.

(3) Voy. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE, année 1848, p. 38.

névroses cérébrales, l'épilepsie en particulier, et toutes les lésions fonctionnelles pourront seules se bien trouver de l'identification de l'intermittence, les observations que nous citons plus bas prouvent le contraire; mais nous la conseillons pour celles-là seulement, regardant comme plus dangereux qu'utile de combiner l'intermittence à une affection qui trouve l'origine de tous ses désordres dans une lésion anatomique grave.

De tout temps, on a reconnu l'heureuse influence de la fièvre intermittente sur la terminaison favorable des affections les plus graves, et depuis bien longtemps, par suite, on a songé à la développer artificiellement dans certains cas donnés; mais je ne sache pas que jusqu'ici personne en ait fixé les termes d'une manière aussi explicite que nous venons de le faire; je ne sache pas surtout que personne ait songé à en appuyer l'explication sur la combinaison des deux *êtres pathologiques* (lésion locale et intermittence) en *un seul*, sur leur *identification*, comme je l'appelle, phénomène qui *seul* me paraît pouvoir rendre compte de cet heureux résultat.

Mettez donc dans les conditions de contracter l'intermittence les gens susceptibles de profiter du bénéfice de l'identification. Pour cela, envoyez-les habiter un pays où la fièvre intermittente paludéenne soit endémique; recommandez-leur de vivre comme les habitants de ce pays, au milieu des alternatives de chaud et froid, de sec et d'humide, etc., attendant que la fièvre les prenne et souhaitant qu'elle sévisse sur l'organe faible, prédisposé, chez eux, à en ressentir l'influence, ainsi que nous avons cherché à l'établir dans un autre travail (1).

Ce qui précède justifie l'importance que nous accordons au phénomène de l'identification, et nous met dans l'obligation de prouver la réalité de son existence par des faits. Nous allons, à cet effet, rapporter quelques observations simples et claires, mais précises, afin d'éviter autant que possible toute chance d'équivoque.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE ; HYPÉRÉMIE UTÉRINE ; GUÉRISON.

OBS. I. — Madame L. G., jeune femme de la campagne, d'une excellente santé, ordinairement bien réglée, contracte une fièvre intermittente quotidienne au moment de ses mois; l'écoulement, plus pénible qu'à l'ordinaire, se supprime vers le troisième jour, au lieu d'en durer cinq à six, comme à l'ordinaire, et dès lors le paroxysme de la fièvre s'accompagne chaque jour d'une douleur intolérable dans le bas-ventre, avec suintement de stries sanguinolentes à la suite de véritables contractions utérines. Un court frisson parcourant la colonne vertébrale de haut en bas, signale tous les tantôt le retour de l'accès, qui se termine dans la soirée, à peu près tout d'un coup et presque sans moiteur.

Attribuant tous ces accidents à la suppression de ses règles, la femme L. prend des bains de siége à la vapeur d'armoise, pendant une huitaine de jours, et se fait piquer aux sangsues sans plus de succès; enfin, elle réclame mes soins le 25 novembre 1849.

Je la trouve au milieu de l'accès, offrant les symptômes suivants : cris aigus, agitation incessante, face animée, yeux rouges et saillants, peau chaude sans sécheresse, pouls plein, 104 pulsations par minute, bas-ventre très-sensible à la pression, brûlant. Il ne fut pas permis de constater l'état du col de l'utérus par le toucher vaginal. Urines claires, abondantes; selles normales; peu d'appétit; rien du côté de la poitrine, ni de la tête, à part la céphalalgie. L'accès se termine à l'approche de la nuit, comme à l'ordinaire, par une légère moiteur de la partie inférieure du tronc, puis la malade s'endort et passe une bonne nuit.

26 novembre. Un gramme de sulfate de quinine est administré dans la matinée. Un très-léger frisson survenant à l'heure habituelle, quelques douleurs mo-

(1) GAZ. MÉD., année 1848, p. 356.

Des liens d'une parenté intime semblent unir les populations primitives du Pérou et du Mexique : aplatissement de la région frontale, grande expansion des régions latérales du crâne et proéminence du vertex au sommet de la tête, tels sont les caractères qui se rencontrent encore, nettement accusés, sur les bas-reliefs découverts et dessinés par Del Rio au milieu des ruines de Palenqué, dans la Nouvelle-Espagne. Ces traits sont si prononcés et ils se répètent avec une telle exactitude sur ces dessins qu'on ne peut se défendre de les regarder comme l'effet d'une compression mécanique et également comme la reproduction fidèle d'une physionomie nationale (1). Aussi le Dr Morton, étudiant en quelque sorte à la trace la pratique du moulage artificiel de la tête en Amérique, est-il autorisé à trancher par la considération des crânes eux-mêmes la question d'origine commune attribuée aux Toltèques du Pérou et aux Aztèques de Mexico. Sans le suivre sur ce terrain, et pour en terminer avec ces nations disparues, dont les vestiges attestent un certain degré de civilisation, nous leur rattacherons avec lui ces Natchez que les Français ont presque entièrement exterminées en 1730; à peine si quelques débris de cette intéressante population se retrouveraient épars sur les rives du Mississipi. M. Morton (2) donne le dessin de deux crânes de Natchez, provenant de tombeaux, dans l'État du Mississipi, et qui représentent tout à fait la forme en pain de sucre. Les Espagnols, en débarquant dans la Floride, s'étonnèrent de voir les têtes de plusieurs Indiens démesurément hautes et s'élevant en pointe. Du Pratz (1) raconte que les femmes des Natchez placent leur nouveau-né dans un berceau garni avec un coussin de gazon. L'enfant est couché sur le dos et fixé par les membres; sur son front passent deux bandes en cuir, qui maintiennent la tête sur le coussin et l'aplatissent. On ne dressait jamais les enfants sur les jambes avant qu'ils eussent atteint l'âge d'un an.

D'autres tribus du sud de l'Amérique septentrionale avaient le même usage de déformer le crâne artificiellement; parmi elles on cite les Choctaws (2), les Warsaws, qui, d'après Lawson (3), employaient un rouleau serré plus ou moins étroitement, suivant la volonté de la nourrice, sur le front de l'enfant. Enfin nous nommerons les Katawbas à l'est et les Atakapas à l'ouest du Mississipi, comme pratiquant cette manœuvre. Au temps de l'expédition de Lewis et Clark (4), les Sokulks, répandus au couchant et au pied des montagnes Rocheuses, aplatissaient aussi les têtes de leurs enfants; de telle sorte que le front se continuait en ligne droite, de la racine du nez jusqu'au vertex. Ils sont représentés par ces voyageurs comme un peuple doux et pacifique, vivant dans un certain bien-être. De nos jours, M. Towsend (5) a visité les sources de la rivière Colombia, où

(1) Morton, *loc. cit.*

(2) Morton, *loc. cit.*, p. 187, pl. XX et XXI.

(1) HISTOIRE DE LA LOUISIANE, p. 313.

(2) Adair, HIST. DES INDIENS AMÉRICAINS, p. 284.

(3) Lewis et Clark, EXPÉD. II, p. 12.

(4) Lawson, HIST. DE LA CAROLINE, p. 24.

(5) Towsend, voy. à la Riv. colombienne.

dérées dans le bas-ventre, puis des sueurs peu abondantes vers le soir, tels sont les indices du paroxysme de ce jour. Bonne nuit.

27. 0,60 sulfate de quinine; l'accès manque complétement.

28. 0,40 sulfate de quinine. La guérison est définitive.

Voilà bien évidemment une *fièvre intermittente quotidienne* avec prédominance de *localisation* vers l'utérus, celui-ci étant lui-même affecté d'une *hypérémie* que je soutiens être *identifiée* avec l'intermittence, puisque le traitement employé par la malade sur elle-même (traitement que nous devons considérer comme rationnel de l'hypérémie utérine) n'a en aucune prise sur les accidents, tandis que le sulfate de quinine, employé *seul*, a promptement guéri et l'intermittence et la lésion hypérémique contre laquelle on se sent porté à lui accorder bien peu de puissance. Que s'il a agi aussi vite et aussi bien contre l'une et l'autre à la fois, il ne peut en être redevable qu'à leur identification seule, comme l'indique l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt* (1).

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE ; DIARRHÉE ; GUÉRISON.

Obs. II. — Madame S. L., 32 ans, grande, robuste, enceinte à terme, est prise, le 21 septembre 1848, d'une fièvre intermittente regulière dont l'accès commence, chaque soir, par un frisson violent, et se termine, tous les matins, par de la moiteur générale.

Sur ces entrefaites, elle accouche très-heureusement, dans la journée du 26 septembre, et le frisson manque au soir. Les suites de couches se passent régulièrement, et la malade ne comptait plus sur la fièvre intermittente, lorsque, au commencement d'octobre, les lochies se suppriment tout à coup et sont remplacées par une diarrhée séreuse des plus abondantes, qui se montre chaque soir après un léger frisson, et dure toute la nuit, accompagnée d'une fièvre brûlante. La journée se passe bien.

Les accidents revenaient ainsi toutes les nuits, comme la fièvre intermittente qui avait précédé l'accouchement, lorsque, le 6 octobre 1848, j'administrai 0,60 sulfate de quinine. Paroxysme de la nuit suivante modéré; diarrhée moins abondante.

7 octobre. 0,60 sulfate de quinine. L'accès marque à peine.

8 et 9 octobre. 0,60 sulfate de quinine; bouillons et soupes; selles moulées; guérison. Les lochies n'ont point reparu.

La diarrhée séreuse qui revient chaque nuit avec la fièvre a-t-elle remplacé les lochies? Je le présume. Il n'est pas ordinaire de voir celles-ci couler aussi peu de temps chez une femme robuste et se supprimer tout à coup. Tout en constatant cette substitution d'une évacuation naturelle par une autre, je veux surtout fixer l'attention du lecteur sur l'intervention de l'intermittence dans la production de ce phénomène, intervention qui imprime la modalité intermittente à la diarrhée et lui vaut d'être curable par le sulfate de quinine, ce qui implique de toute nécessité la production d'une *intermittence composée*, c'est-à-dire l'identification de l'intermittence avec la lésion locale (diarrhée).

Aux observations qu'on vient de lire, j'en pourrais joindre plusieurs autres, si je croyais que le nombre pût ajouter à leur valeur; mais il me semble préférable de corroborer mes observations par celles d'autrui, étant bien persuadé que si différents observateurs arrivent au même résultat par des voies différentes, sans avoir eu connaissance de leurs efforts réciproques, leurs travaux doivent approcher bien près de la vérité, s'ils n'en sont pas l'énoncé exact. En conséquence, je vais extraire d'une brochure de M. le docteur E. Bouyer (de Marennes) (1) l'observation 2 et les réflexions dont il la fait suivre, réflexions qui cadrent si parfaitement avec ma pensée que je ne saurais les passer sous silence, quand même le fait dont elles émanent ne serait pas une démonstration aussi exacte de ma théorie.

Je copie textuellement (2) :

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE ; HÉMOPTYSIE ; GUÉRISON.

Obs. III. — « La fille Catherine N..., vigoureuse et d'un tempérament sanguin, » âgée d'environ 40 ans, cuisinière, était sujette, depuis une vingtaine d'années » environ, à des crachements de sang qui paraissaient à des époques indéterminées, mais presque tous les trois ou quatre mois, et plus particulièrement à » l'automne et au printemps. Chaque année, à cette dernière saison, elle se » faisait saigner. Au mois de septembre 1840, elle vint à Marennes pour y » servir.

» Le 6 mars 1841, je fus mandé auprès de Catherine, à sept heures du soir. » Elle était en proie à un violent spasme; elle éprouvait au pourtour de la base » de la poitrine un sentiment de constriction insupportable. Elle avait eu, avant » mon arrivée, une défaillance d'une demi-heure, pendant laquelle la respiration » était anhéleuse et bruyante. De violentes quintes de toux étaient survenues » ensuite, accompagnées d'un crachement de sang abondant. Le pouls est plein, » dur et fréquent, la peau sèche et brûlante, la respiration vite et pénible; céphalalgie intense. (Saignée de 500 grammes; potion avec 30,00 de sirop de » morphine, à prendre par cuillerée d'heure en heure.) Toux pendant la nuit; » insomnie, agitation.

» Le 7 au matin, mieux sensible; quoique la toux persiste sans crachats sanguinolents. A six heures du soir, même accident que la veille, *sans frisson* » préalable; toux plus violente que pendant la journée; expectoration abondante » d'un sang pur, défaillance, constriction à la base de la poitrine qui semble le » résultat de la contraction spasmodique du diaphragme. (Deuxième saignée de » 500 grammes; nouvelle potion opiacée.)

» Le 8 au matin, mieux comme la veille. Aujourd'hui je prescris 0,60 sulfate » de quinine avec addition de 0,05 d'opium en six pilules, à prendre de dix » heures à midi. Le soir, toux légère, défaillance moins longue, encore un peu » de spasme, point d'hémoptysie.

» Le 9, six pilules comme hier. Le soir, bien; l'accès a à peine marqué; le pouls » a de la fréquence; la céphalalgie et la chaleur sont cependant assez fortes; il » n'y a pas eu de *frisson* plus que les jours précédents.

» Le 10, quatre pilules de sulfate de quinine opiacées. Le soir, bien.

» Le 11, deux pilules. La malade est très-bien. Les règles sont survenues dans » la journée; toute médication a cessé dès lors et la guérison a été parfaite. »

« Voici un cas bien tranché de *fièvre intermittente quotidienne*, avec » accidents assez sérieux vers la poitrine. Si, analysant cette observation, » on essaye de se rendre compte de ce qui s'est passé chez la malade, on » verra d'abord qu'elle était d'un tempérament pléthorique, et dès long-

(1) Cet adage doit être vrai, surtout lorsque le médicament rentre dans la classe des spécifiques, quinquina, mercure, etc.

(1) Voy. Étude sur les fièvres intermittentes dans le Rec. des trav. de la Soc. méd. de la Seudre, année 1847. Je dois la connaissance de cette étude à l'obligeance de son auteur, qui me l'a adressée après avoir lu dans la Gazette Médicale (*loc. cit.*) mon premier mémoire sur les fièvres. Qu'il me soit permis de lui renouveler ici mes sincères remerciments pour son envoi et pour la bienveillante sympathie qu'il veut bien manifester à mes travaux.

(2) *Loc. cit.*, pages 16, 17, 18.

Orégon, dans la cordillère Missouri-Colombienne, et le docteur Morton lui emprunte les détails les plus circonstanciés sur le sujet qui nous occupe. Les tribus de cette contrée ont reçu le nom général de *têtes-plates* (Flat-head). Elles pratiquent presque toutes, par des moyens divers, la même déformation du front; de sorte que la voûte crânienne se dispose, dans certains cas, suivant un plan horizontal. Il est à remarquer que le dialecte chinouque est parlé uniformément par toutes ces peuplades.

« Le mode d'opérer cet aplatissement, dit M. Towsend, varie beaucoup suivant les diverses tribus. Les Indiens Wallamet placent l'enfant, aussitôt après la naissance, sur une planche. » Des bandes croisées en divers sens et passant dans des boutonnières, sur les côtés, maintiennent le nouveau-né, et au bord supérieur de la planchette existe une petite dépression pour recevoir la partie postérieure de la tête. Une autre planche plus petite, attachée au moyen de charnières de cuir, vient s'appliquer obliquement sur le front, et est fixée plus ou moins fortement à l'aide de cordons.

« Le mode des Chinouks et des autres riverains de la mer diffère sensiblement du précédent, et paraît en quelque sorte moins barbare (1). » Il consiste, en effet, dans un berceau où l'enfant est placé sur un lit d'herbes sèches, et dans un petit tampon, également d'herbes, qu'on fixe sur le front. « L'enfant est réduit à cette posture pendant quatre ou ou huit mois, jusqu'à ce que les sutures du crâne soient à peu près fermées et les os devenus solides. On ne les retire presque jamais du berceau, à moins de maladie grave, avant que l'aplatissement du front ne soit complet. Le docteur Morton donne la figure et la description d'un de ces berceaux, telles qu'elles lui ont été transmises par M. Towsend lui-même. C'est, à peu de différence près, le même système dont la collection de M. Catlin montrait des exemples, lorsque les Ioways et les O-jib-be-Ways se laissaient visiter à Paris, il y a peu d'années. L'ulcération du cuir chevelu et sans doute la mort assez fréquemment succèdent à ces procédés, qui doivent être très-douloureux; mais les tribus de la rivière Colombia attachent encore une si grande valeur à l'aplatissement du crâne que leurs esclaves, provenant la plupart de tribus voisines, n'ont pas la permission de le pratiquer. On ne s'étonnera pas si cette manœuvre diminue réellement l'angle facial, en élargissant la face et en la projetant en avant; l'espace interpariétal est notablement augmenté; les deux côtés du crâne perdent leur symétrie. Toutefois la capacité intérieure de la tête, considérée d'une manière absolue, n'est point diminuée, et, ce qui frappe encore davantage, les facultés intellectuelles n'en souffrent pas. Le témoignage unanime de tous les voyageurs établit ce dernier fait, quelque étrange qu'il paraisse.

Nous pourrions emprunter à l'expédition de Lewis et Clark, ainsi qu'aux notes de voyage de M. Towsend, des preuves en faveur des qualités des têtes-plates, qui ne sont inférieures en aucun point aux autres tribus américaines. Mais le docteur Morton a pu étudier en 1839, à Philadelphie même, un Chinook, d'origine pure (1). Une si grave autorité nous impose le devoir de transcrire les détails de cette entrevue dans leur étendue : « Cet Indien, dit M. Morton, était un

(1) Towsend, *loc. cit.*; Morton, *loc. cit.*

(1) Morton, Crania americana, p. 266.

» temps accoutumée à ces congestions pulmonaires qui se manifestaient » le plus souvent par une hémoptysie dont on se rendait maître au moyen » d'une saignée. Cette déplétion sanguine faite à propos réussissait même » parfois à prévenir ces accidents. Mais voilà que, laissant son pays, cette » fille vient vivre au milieu de notre atmosphère à miasmes paludéens, et » sa maladie change de nature : elle devient *intermittente*. L'intermit» tence *domine* la maladie ordinaire ; elle *impose* sa loi à l'hémoptysie. » Dès lors les moyens curatifs, qui jusqu'à présent avaient réussi, échouent : » il faut user de la médication *antipériodique* pour *guérir l'hémop» tysie*. »

Nous n'avons rien à ajouter aux lignes précédentes ; il est impossible de mieux faire ressortir le phénomène de l'*identification* entre l'intermittence et la lésion locale (l'hémoptysie). Quelques lignes plus bas, l'auteur ajoute un développement non moins conforme aux idées émises dans notre premier mémoire : « Il y avait, dit-il (1), dans la position de la fille Cathe» rine N..., une modification importante à sa situation précédente. Autre» fois l'hémorrhagie bronchique se développait sous l'influence de sa con» stitution, dans un pays où l'air ne porte pas avec lui la cause efficiente » de l'intermittence. Ici sa constitution étant restée la même, le miasme » paludéen a imprimé son cachet à l'organisme, et la maladie a apparu » avec ce stigmate. Avec une prédisposition individuelle autre que celle » qui lui appartient, cette fille n'eût certainement pas eu d'hémoptysie, ni » aucun des accidents dont nous avons été témoin. » Ainsi, la cause efficiente de la fièvre intermittente, le miasme, en pénétrant dans l'économie de cette fille, a réveillé l'hypérémie des poumons (point faible, attaquable chez elle) qui lui était habituelle, et s'est *identifiée* avec elle d'après l'ordre que nous avons assigné à la production de ce phénomène dans notre premier mémoire (2).

Il est impossible de voir une opinion plus identique professée en même temps par deux hommes entièrement inconnus l'un à l'autre : nous différons pourtant en un point. Pour M. le docteur E. Bouyer, l'hémoptysie *complique* (3) la fièvre intermittente, tandis que pour moi l'une et l'autre *s'identifient* pour constituer une *intermittence composée*. La différence, ce nous semble, gît plutôt dans le mot que dans la pensée, et j'ose espérer que mon savant confrère ne fera point de difficulté d'opter pour l'*identification*, si ce nouveau travail parvient à sa connaissance. Il comprendra que cette union intime des deux affections peut *seule* rendre raison de l'essence du phénomène au point de vue capital du résultat, la curation d'accidents si divers par la médication antipériodique.

CONCLUSIONS.

Du travail qu'on vient de lire, il résulte :

1° Que les *conclusions* de notre premier travail demeurent intactes (4) ;

2° Que le phénomène de l'*identification* est loin d'être rare dans les pays où la fièvre intermittente paludéenne est endémique ;

3° Qu'on peut essayer de produire cette *identification* dans l'espoir de guérir, par la médication antipériodique, les affections chroniques, *sine materia*, réputées incurables.

(1) *Loc. cit.*, page 18.

(2) Voy. GAZETTE MÉDICALE, année 1848, p. 356, THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT DE L'INTERMITTENCE.

(3) *Loc. cit.*, p. 19, l. 4.

(4) Voy. GAZETTE MÉDICALE, année 1848, p. 357 et 358. — REC. DES TRAV. DE LA SOC. MÉD. D'INDRE-ET-LOIRE, année 1848, p. 31 et 32.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES ; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite. — Voir le numéro 14.)

Dans l'exposé rapide des études antérieures sur l'action des cantharides, nous avons laissé de côté, pour nous en occuper spécialement, les opinions de l'école italienne, école dont toutes les données thérapeutiques sont basées sur la doctrine de la phlogose ; école dont nous devons louer les efforts en matière médicale, mais dont nous combattons le point de départ, à savoir le dichotomisme pathologique.

Dans l'ouvrage remarquable de M. Giacomini, on trouve les propositions suivantes :

1° Les cantharides et leurs différentes préparations exercent sur l'économie animale une action dynamique très-puissante et une action mécanico-chimique fort évidente.

2° Ces deux actions sont si distinctes entre elles que l'une est en raison inverse de l'autre ; et si chacune d'elles avait lieu isolément, les effets de l'une seraient contraires à ceux de l'autre.

3° L'action dynamique est *hyposthénisante* cardiaco-vasculaire à un très-haut degré ; elle n'a lieu qu'après le travail de l'assimilation.

4° L'action mécanico-chimique est irritante, inflammatoire, caustique ; elle ne s'exerce que lorsque les cantharides sont immédiatement appliquées, ou bien dans les régions où elles peuvent être transportées sans être assimilées.

5° L'augmentation de l'urine est due à l'action hyposthénisante des cantharides ; la cuisson dans l'urètre, la douleur à la vessie et aux reins, sont dues à l'action mécanico-chimique.

6° L'action mécanico-chimique peut être empêchée ou modérée. Il n'en est pas de même de l'action dynamique ; celle-ci s'exerce toujours et elle est constamment supérieure à l'autre.

7° Les cantharides, quelle que soit la manière dont on les applique, même sous forme d'emplâtre vésicatoire, agissent comme remède hyposthénisant. En conséquence, on ne doit les employer que dans les maladies hypersthéniques.

8° Les bons effets des vésicatoires, on les doit ordinairement aux principes des cantharides qui sont absorbés, et non à la révulsion ou à l'antagonisme qu'elles exercent.

Ainsi, pour l'école italienne, l'action topique des cantharides, qu'elle s'exerce sur le derme ou sur les muqueuses gastro-intestinale ou génito-urinaire, est irritante, inflammatoire, caustique.

On est généralement d'accord, quand il s'agit d'une action topique, sur l'effet immédiat d'une substance ; aussi reconnaissons-nous, avec M. Giacomini, l'action irritante des cantharides. Seulement nous ajouterons un léger

» jeune homme de 20 ans. Il avait été pendant trois années au service de quel» ques missionnaires chrétiens, et il avait acquis alors une grande habitude de » la langue anglaise, comprenant son interlocuteur et répondant avec un bon » accent et une certaine exactitude grammaticale. Il me parut doué de plus de » sagacité que je n'en avais observé chez aucun Indien. Il était communicatif, » enjoué et de bonnes manières... Il avait les traits indiens bien accusés, une » face large, les pommettes saillantes, la bouche grande, les lèvres épaisses, un » nez long et resserré, beaucoup de distance entre les yeux, qui cependant n'é» taient pas obliques, une petite taille et des membres robustes. Sa teinte n'é» tait ni de couleur cuivrée ni brune, mais assez claire, comme on la trouve » chez les blancs qui ont été exposés aux ardeurs du soleil. Ce qui me frappa le » plus chez ce jeune homme, c'est que sa tête était aussi déformée artificielle» ment qu'aucun crâne de la même tribu faisant partie de ma collection. » M. Morton indique les mesures des divers diamètres prises sur la tête de ce Chinouk ; l'angle facial est d'environ 73°.

Deux frères chinouques, au rapport de MM. Dumontier et Catlin, ont été envoyés tous deux aux colléges de New-York, puis sont venus en Europe : l'un a étudié le droit et plaiderait avec un certain mérite (1). Chez ces hommes, comme chez leur compatriote observé par Morton, une notable déformation du crâne n'a point empêché le développement ni l'exercice des facultés intellectuelles. Ajoutons, avec M. Catlin lui-même, qui a vécu au milieu de ces tribus, que les têtes très-déformées, chez les Chinouks, appartiennent aux chefs ; les tombeaux les plus décorés renferment les crânes les plus aplatis. M. Catlin affirme que cette compression est inoffensive. Toutefois, le père Laffitean, et le docteur Sconler depuis, relatent que la coutume d'aplatir la tête est universelle parmi les Nootka-Colombiens, sans que l'intelligence des individus perde rien de son intégrité. Ils nous apprennent aussi que ces hommes sont particulièrement sujets à l'apoplexie et à d'autres accidents graves du côté du cerveau (1). Peut-être, dans le même fait, trouve-t-on la raison du grand nombre de squelettes d'enfants qu'offrent les tombes des Aimaras.

Les observations relatives à la configuration de la tête n'ont pas été négligées par le savant voyageur, M. d'Orbigny, dans ses appréciations sur l'Amérique méridionale ; mais il est à remarquer qu'elles ne l'ont conduit à aucune loi générale, la forme du crâne variant dans chaque tribu. Nous avons déjà signalé la déformation du crâne, si évidente chez les anciens Péruviens et continuée par les Aimaras. L'un des compagnons de Dumont-d'Urville, M. le docteur Dumontier (3), possède plusieurs crânes de Patagons, ayant subi une constriction dans le sens de la circonférence. Chez les Patagons, les enfants sont attachés sur une planchette, et on rencontre des adultes et même des vieillards qui portent encore leur lien circulaire. Du reste, il est à observer que beaucoup de têtes de Patagons n'ont pas la moindre déformation. Les crânes déformés, dit M. Dumontier, sont

(1) MÉM. DE LA SOC. ETHNOLOG. DE PARIS, octobre 1847.

(1) Prichard, HIST. NAT. DE L'HOMME, t. II, p. 155.

(2) MÉM. DE LA SOC. ETHN., *loc. cit.*

développement et nous nous appuierons sur les conclusions de M. Bouilland. L'irritation produite par les cantharides appartient à l'ordre des irritations sécrétoires (Dupuytren, Marandel), genre albumineux. Si cette irritation devient inflammatoire, elle donne lieu à un *secretum* fibrineux.

Quant à l'action intime, dynamique des cantharides, nous sommes loin de partager les opinions de M. Giacomini; nous sommes réellement de l'école française, et nous les regardons, avec M. Orfila, qui les classe parmi les poisons irritants; avec MM. Trousseau et Pidoux, qui les rangent parmi les médicaments irritants; avec M. Bouchardat, qui affirme qu'administrées à l'intérieur elles réussissent souvent à relever l'énergie des fonctions vitales, défaillantes; avec M. Barbier (d'Amiens), qui les abandonne pêle-mêle dans les *incertæ sedis;* enfin comme une substance *hypersthénisante.*

Pour appuyer sa théorie, M. Giacomini nous donne un long historique de l'empoisonnement de dix-huit lapins.

Nous devons, avant d'entrer dans cette discussion, établir un fait toxicologique très-important.

Toutes les fois qu'une substance sera donnée à dose telle qu'elle sera fatalement toxique, nous verrons les sujets soumis à l'expérimentation présenter vers le moment mortel des phénomènes d'hyposthénisation. Aussi la classe des hyposthénisants devient-elle d'autant plus nombreuse, que les substances sont expérimentées à dose plus élevée. En ce genre, les Italiens ont été très-loin, ils ont été souvent jusqu'aux limites étroites qui séparent la vie de la mort, et ils ont cru, dans ce phénomène final, découvrir l'action dynamique de la substance employée. Il y a là une erreur des plus graves, qu'il faut relever.

L'action dynamique ne se révèle pas seulement au début ou à la fin d'une expérience : 1° au début, on peut, avec raison, accuser l'action mécanico-chimique, topique de la substance, ou bien la réaction organique; 2° à la fin, la défaillance qui suit naturellement la plus ou moins longue lutte soutenue par l'organisme contre une substance hétérogène.

C'est dans l'évolution des symptômes, sous l'influence de doses diverses, qu'il faut chercher le secret de la vertu de certaines substances. Il faut enfin, pour arriver à la vérité en pareille matière, avoir déterminé l'*électivité* de la substance; car si vous attendez que l'action ait envahi toute l'économie, vous êtes bien près du poison et bien loin du médicament.

Ceci dit, nous imiterons MM. Trousseau et Pidoux, M. Bouchardat, et, comme eux, nous conviendrons, avec M. Giacomini, que les cantharides à doses élevées « peuvent causer des nausées, des vomissements, des vertiges, le délire, des défaillances, des convulsions et même le tétanos. » Oui, en même temps que ces effets se produisent, on note un ralentissement considérable du pouls, qui peut même s'arrêter complétement et déterminer la mort (Bouchardat, Annuaire, 1846). Mais aussi les phénomènes de l'empoisonnement peuvent suivre une autre marche : « Odeur nauséabonde et infecte; saveur âcre et désagréable; nausées, vomissements abondants; déjections alvines copieuses et souvent sanguinolentes; épigastralgie des plus vives; coliques affreuses; douleurs atroces dans les hypocondres; ardeur dans la vessie; urine quelquefois sanguinolente; priapisme opiniâtre et très-douloureux : pouls fréquent, dur; sentiment de chaleur très-incommode; face vultueuse: respiration pénible, accélérée; soif ardente, quelquefois horreur des liquides; convulsions, tétanos, délire, etc. » (M. Orfila, ouvr. cité.)

Comme nous l'avons dit quelques lignes plus haut, nous sommes là bien loin du médicament, nous sommes arrivés au poison.

Or si on administre les cantharides à doses modérées, « le pouls devient plus vif, plus fréquent, la chaleur augmente. » (Barbier, t. III, p. 598.) Ce dernier phénomène, nous l'avons établi d'une manière péremptoire dans nos expériences sur les chiens; expériences que nous avons relatées plus haut et dont nous avons livré les conclusions à l'Académie des sciences.

Les cantharides, dit M. Bouchardat, provoquent une véritable fièvre inflammatoire accompagnée de rougeur et de chaleur à la peau, de sueurs abondantes, avec tous les phénomènes caractéristiques du côté de l'appareil génito-urinaire.

Cette série de symptômes ne peut assurément établir que les cantharides sont des agents hyposthénisants, et ils seront constatés toutes les fois que les cantharides agiront à dose non toxique. Nous ajouterons que chez le seul sujet (exp. 1), où la mort fut la conséquence de l'administration du poison, la température était encore de 2 degrés au-dessus du point initial, douze heures après l'ingestion. Il était onze heures dix minutes du soir et l'observation de l'animal ne put être continuée. Le lendemain il était mort.

L'*élévation de la température* nous paraît être un phénomène constant et autoriserait, à notre sens, à ranger les cantharides parmi les substances *hypersthénisantes.* D'ailleurs les lésions cadavériques révèlent partout la congestion, l'hypérémie, avec hypersécrétion albumineuse des membranes muqueuses.

Le caractère qui avait semblé le plus important à noter était assurément l'état des organes génito-urinaires. Le priapisme souvent douloureux que provoque l'emploi des cantharides indiquait une *spécificité* bien remarquable. L'examen de la vessie n'éclaire pas beaucoup la question. Souvent on trouve cet appareil à l'état normal; quelquefois la vessie est fortement revenue sur elle-même, sans lésion de la membrane muqueuse: nos autopsies et celles de M. Orfila le prouvent. D'autres fois, mais rarement, on constate une injection, soit de la membrane muqueuse, soit de la séreuse vésicale. Nous rapporterons donc le priapisme, l'état de contracture de la vessie, à l'influence des cantharides sur le système cérébro-spinal. Cependant les cantharides agissent encore sur l'appareil génito-urinaire de la même manière qu'elles agissent sur tout l'élément muqueux ou séro-muqueux, sur la peau, sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, sur la membrane interne de l'appareil génito-urinaire. Elles augmentent l'activité vitale et déterminent une sécrétion d'abord albumineuse, puis fibrineuse, si on marche vers l'inflammation.

Les autopsies cadavériques, en effet, révèlent cette hypersécrétion et l'état inflammatoire des muqueuses. Elles nous donnent aussi la clef de l'état convulsif, du tétanos; ainsi, on remarque une légère injection des membranes cérébro-spinales, un léger rosé de la substance grise, quelquefois un peu de piqueté de la substance blanche, et dans un seul cas de nos propres expériences (Exp. 1), la rougeur des ganglions du grand sympathique. M. Barbier (d'Amiens) avait noté, comme presque tous les auteurs de toxicologie, l'état morbide du système cérébro-spinal; mais il a, en plus, signalé l'état pathologique des plexus des nerfs ganglionnaires. Cet état morbide, nous l'avons noté une seule fois sur quatre nécropsies.

Cet état semblerait même, au premier coup d'œil, figurer étrangement dans notre travail, car la rougeur des ganglions a, dans la majorité des cas, été notée avec un abaissement de température.

Nous nous expliquons ainsi ce phénomène : lorsqu'il survient du refroi-

---

même en assez petit nombre, tant la nature a de puissance pour ramener les organes à leur développement normal.

La même remarque s'applique à toutes les peuplades qui exercent une manœuvre quelconque sur le crâne des nouveau-nés; il est parfaitement établi d'une manière générale que la configuration obtenue artificiellement ne se transmet pas par la génération; ni Hippocrate, ni Buffon, ne seraient admis à prétendre, de nos jours, que les chauves engendrent des chauves, ceux qui ont des yeux bleus des enfants aux yeux bleus, et les Macrocéphales des Macrocéphales. D'ailleurs, Blumembach (1) a déjà recueilli de nombreux exemples de cette coutume de déformation du crâne, plus ou moins prononcée, et commune à des nations de l'Europe, de l'Asie, des Antilles, aussi bien qu'aux Américains; ce qui est moins connu, c'est que les Polynésiens eux-mêmes exercent une pression modérée sur l'occiput de leurs enfants, en imitation du type Malais, s'il faut en croire Pickering (2). Enfin, sous nos yeux, en France, existe la pratique de donner à la tête une forme de convention. On comprend que les sages-femmes de Constantinople demandent à la mère quelle configuration il faut donner à la tête du nouveau-né; les Orientaux, dit le baron d'Asch (3), préfèrent la forme que fait prendre une bandelette dont on entoure fortement la tête, parce qu'alors, disent-ils, le turban se place mieux. Mais chez nous, comment expliquer l'habitude que M. le docteur Foville a le premier signalée comme très-répandue, en Normandie particulièrement (1), et qui consiste à entourer la tête des nouveau-nés d'un bandeau de toile terminé par des cordons qu'on ramène en avant et qu'on serre fortement. Ce lien laissé en place produit bientôt une dépression circulaire et ineffaçable qui commence au haut du front, où elle offre sa plus grande largeur; de là se dirige obliquement en bas et en arrière, passe au-dessus de la conque de l'oreille, et va gagner cette portion de la nuque où les masses charnues du cou se fixent à l'occiput; la déformation générale de la boite osseuse et en particulier de tous les os qui forment la voûte du crâne en est la conséquence nécessaire. M. Foville en a décrit les divers degrés; il devait encore aux renseignements d'un médecin de ses amis la certitude qu'on voit à Toulouse beaucoup de dépressions transversales du crâne attribuées à la compression qu'exercerait la coiffure pendant les premiers temps de la vie. Au moment où nous achevions notre travail ethnologique, nous apprenons que M. le docteur Lunier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort, vient d'observer, dans le département des Deux-Sèvres, diverses sortes de déformation crânienne, analogues à celles de la Normandie (2). La Charente, la Charente-Inférieure et la Vendée, offriraient les mêmes exemples sur une grande échelle. Tantôt le front déprimé se déjette en arrière; tantôt le crâne est aplati au niveau de la fontanelle antérieure et un peu latéralement; à un degré plus avancé, la surface plane est remplacée par une

(1) Blumembach, *loc. cit.*
(2) Pickering, The races of man, 1851, p. 45.
(3) D'Asch, Lettre a Blumembach, 1788.

(1) Foville, Déformation du crane, etc. Broch., 1834.
(2) Annales medico-psychologiques, janvier 1852.

dissement, il y a action centripète, et alors congestion vers les organes centraux, d'où hypérémie des ganglions splanchniques; lorsque la température s'élève, il y a effet centrifuge, d'où l'état normal, la couleur blanche des ganglions; mais si l'élévation de la température devient l'indice d'une fièvre inflammatoire, il y a surstimulation, et alors hypérémie des ganglions: c'est le cas des cantharides.

Nous croyons donc pouvoir déduire de l'observation des faits les conclusions suivantes:

1° Les cantharides ont *électivité* sur le système absorbant et exhalant, et sur le système nerveux, mais primitivement sur l'appareil cérébro-spinal.

2° Les cantharides et leurs différentes préparations exercent sur l'économie animale une action *dynamique* qui est *hypersthénisante*.

3° Les hypersécrétions qu'elles déterminent sont *spécifiquement* albumineuses.

Maintenant que nous avons déterminé l'*électivité*, la *spécificité* et l'action *dynamique* des cantharides, nous allons rapidement parcourir et interpréter les nombreux faits cliniques de l'emploi de cet agent thérapeutique.

Nous ne parlerons pas de son usage comme aphrodisiaque. Son action sur le système nerveux cérébro-spinal, le priapisme qu'il provoque explique son introduction dans le traitement de l'impuissance.

Hippocrate, Dioscoride, Paul d'Égine, Bucholz, Huxham, Herwig, Autenrieth, Chaumeton, Farr, Hofeland, Capirani, Sylvaticus, Brisbane, Schéeben, Eberle, donnaient les cantharides dans les diverses formes de l'hydropisie, dans l'anasarque, l'ascite.

M. Rayer l'emploie dans la néphrite albumineuse.

M. Piogey, dans une excellente thèse soutenue en 1850, l'emploie dans la néphrite albumineuse qui suit la scarlatine.

Dans ces diverses formes de l'hydropisie, les unes essentielles, les autres symptomatiques, il faut distinguer deux influences différentes des cantharides.

a. Dans les hydropisies dites essentielles, elles peuvent agir en relevant les forces vitales, en réveillant, en stimulant le système absorbant, en augmentant les sécrétions à la surface des membranes muqueuses et séro-muqueuses.

b. Dans les hydropisies symptomatiques, dans les néphrites albumineuses, n'agissent-elles pas d'abord par leur action *hypersthénisante*, et secondairement par une véritable *substitution?*

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les hydropisies qui tiennent à des lésions du cœur ou des gros vaisseaux, ou à des obstacles à la circulation, ne pourront être modifiées par cet agent.

L'*électivité* des cantharides sur les membranes muqueuses et séro-muqueuses, reconnue tacitement par les grands cliniciens, fit employer cet agent dans les blennorrhagies et les blennophthalmies gonorrhéiques par Th. Bartholin, Werloff, Richard, Mead, Robertson (d'Édimbourg), Autenrieth, Fr. Hoffmann, Eberle, Grenier.

Dans ces affections, les cantharides arrivaient comme modificateur des sécrétions, et aussi, quand l'application était locale, comme agent révulsif.

Hippocrate, J. Groenevelt, Werloff, W.-P. Dewes, Leiger, Richler, Baumes, Stveller, Morillon, Howship, Dickson, Samuel Lair, Klapp, Clarke, ont utilisé leur action vers les organes génito-urinaires, en l'administrant comme emménagogue, et dans la dysurie, l'ischurie et l'incontinence d'urine.

C'est encore à l'action hypersthénique et modificatrice des sécrétions muqueuses qu'il faut rapporter son emploi par C. Broussais dans le catarrhe vésical; par Robertson dans la leucorrhée; par Batten dans la diarrhée.

C'est également à cette action sur les sécrétions muqueuses, mais aussi sur les plexus ganglionnaires que nous rapporterons les heureux effets qui leur ont été attribués par Struve, Barton, Millar, Lettsom, Armsbong, Schaeffer, Bucholz, Westphal, Wiedemann, dans la coqueluche; et par Farr, Weikard, Brisbane, dans l'asthme.

C'est à une véritable influence substitutive qu'il faudra rapporter l'action topique des cantharides dans les dermopathies, et à l'*électivité* sur le système muqueux, leurs effets lors de leur administration intérieure. Duchesne, Most, Biett, Lorry, les recommandent dans ces affections; Dupuytren dans l'alopécie.

Hall, Brisbane, Vanderhaus, Wrisberg, Van Hoven, Christie, Dürr, les ont indiquées dans le diabète.

L'élimination par les reins de paillettes de cantharides ne peut assurément se faire sans que leur passage ne soit marqué par une modification sur la sécrétion rénale, et cette modification, quelle qu'elle soit, sera une véritable application de la médication substitutive.

Administrées dans le scorbut par Ekclund, Irven, elles ont dû agir en relevant les forces vitales, enfin par leur action hypersthénique générale.

Comme excitant local du réseau capillaire, Wardrop a pu les prescrire dans un liniment contre les engelures.

L'action des cantharides sur le système cérébro-spinal a pu motiver leur emploi dans les paralysies (Vaughan, hôpitaux italiens), et dans le tétanos (Gardener, Brown et Mease); mais si la même raison pouvait être invoquée pour justifier son emploi dans l'hydrophobie (Avicenne, Mathioli, Cardan, Capoli Vacca, Spieleuberg, Axter, Werloff, Dramis, Meyer et Hirtzel, Van Swieten, Bonoui, Reimann, Kramer, Wichmann, Bucholz, Aepli, Vogel, Rush, Rust, Bridsley, Hildreth); nous n'en serions pas moins embarrassés, vu l'obscurité qui règne encore sur cette affection pour expliquer le mode d'action.

A la fin de certaines affections, lorsque les phénomènes inflammatoires ont été complétement abattus, et qu'il y a lieu de provoquer la résorption de certains éléments (dans la pneumonie, la pleurésie, etc.), l'usage des vésicatoires est généralement répandu. Les Italiens expliquent le bienfait de cette médication, non par l'action révulsive, mais par l'action hyposthénisante des particules de cantharides absorbées.

Nous ne croyons pas beaucoup à l'action révulsive, mais nous pensons que l'absorption des cantharides devient utile en excitant les fonctions du système absorbant, en produisant au besoin une légère fièvre, nécessaire au réveil des fonctions vitales.

Nous nous résumons:

Les cantharides élèvent la température animale. Les expériences qui nous sont propres (premier mémoire présenté à l'Académie des sciences, avril 1851) l'établissent d'une manière péremptoire.

Elles modifient les sécrétions muqueuses et les rendent albumineuses, nos nécropsies et celles de M. Orfila le prouvent.

Les phénomènes convulsifs et tétaniques, ainsi que l'examen des lésions de l'axe cérébro-spinal révèlent leur action sur le système nerveux.

D'autre part, les faits cliniques empruntés à des praticiens dont la science

---

dépression latérale qui se prolonge parfois sur les côtés; dans les cas les plus favorables, c'est une dépression circulaire qui divise le crâne en deux segments de sphère inégaux. M. Lunier donne des détails sur les procédés mis en œuvre pour produire ces difformités; le bandeau joue le principal rôle, remplacé qu'il est plus tard par une calotte en carton, qu'on a soin de maintenir au moyen d'un fil de fer dont les extrémités prennent leur point d'appui sur l'oreille, en avant du tragus: ce nouveau genre de supplice paraît destiné principalement aux femmes, qui continuent, dit-on, à le subir toute leur vie, à l'aide d'une gourmette en fer ou d'une bride fort serrée qui passe sous le menton et maintient le bonnet. M. le docteur Foville avait déjà noté que les trois quarts des aliénées les plus abruties de l'Asile de Rouen et la moitié des autres pensionnaires du même sexe présentaient la déformation du crâne à un haut degré. Suivant M. Lunier, à Niort, sur 38 malades du quartier des femmes présentant l'une des déformations signalées, il y a 13 idiotes, 5 imbéciles, 7 épileptiques, 1 hystérique fort peu intelligente, 2 paralytiques, 8 démentes, 1 lypémaniaque et 3 érotomanes. Sur 10 hommes, il y a 1 idiot, 2 imbéciles, 2 épileptiques et 5 déments. Il ne nous appartient pas d'analyser ces faits comme ils le méritent sous le rapport psychologique et hygiénique; notre but se bornait à exposer en traits généraux:

1° Que la déformation artificielle du crâne n'est point particulière, en Amérique, à quelques peuplades, ni aux Caraïbes de l'île Saint-Vincent, mais que, de toute antiquité, l'usage en a régné depuis le Wisconsin, cet affluent du Mississipi, qui traverse l'état des Hurons, jusques et y compris les Pampas de la Patagonie.

2° Que les manœuvres exécutées à cet effet sont très-spéciales à ces tribus, quoiques variées. Nous insisterons uniquement sur ce qu'elles permettent une compression méthodique en quelque sorte, et tout au moins graduelle. Nous ne parlons point de l'aplatissement de l'occiput, il a peu d'importance; mais les moyennes de mensurations prises par Murton sur huit crânes colombiens de sa collection et comparées avec celles de crânes américains normalement conformés (1) tendent à démontrer que l'opération d'aplatir ou autrement de déformer le crâne dès l'enfance par des moyens artificiels ne diminue ni la capacité intérieure du crâne ni le volume entier du cerveau. A en juger par l'évaluation des deux portions antérieure et postérieure de la boîte crânienne, il n'y a pas non plus de modifications matérielles dans les proportions relatives de l'encéphale, d'autant moins que l'espansion latérale de la région du front compense la diminution du diamètre vertical; toutefois l'angle facial est réduit d'au moins 5 degrés.

3° (et cette conclusion nous semble importante à opposer aux observateurs de Rouen et de Niort) le procédé des Americains ne lèse point l'intelligence; il y a *accommodement* des parties, comme on disait déjà du temps de Haller (2). Quoi qu'on ait vu la folie chez les sauvages et chez les nègres avec les mêmes caractères que chez nous, en faisant la part des accidents qu'une pareille compression peut produire, nous attesterons les exemples qui ne nous ont pas man-

(1) Murton, *loc. cit.*, p. 216.
(2) Haller, ÉLÉM. PHYS., lib. XXIX, sect. 4, § XX.

et la bonne foi médicales sont reconnues, corroborent pleinement les expériences et les données physiologiques.

Nous terminerons ce travail par les propositions précédemment énoncées.

1° Les cantharides ont *électivité* sur le système absorbant et exhalant, et sur le système nerveux.

2° L'action *dynamique* des cantharides est *hypersthénisante*.

3° Les hypersécrétions qu'elles déterminent sont *spécifiquement* albumineuses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

(Établie à Willebroeck.)

Les livraisons de février et mars 1851 contiennent : 1° *Observation de leucophlegmasie et ascite, survenues à la suite d'un accès de colère, et guéries par le nitrate de potasse administré à haute dose*; par M. Verelst. 2° *Observation d'un cas de difformité du bassin chez une fille grosse, délivrée par l'opération césarienne*; par M. Voet. 3° *Observation d'un cas de teigne faveuse développée successivement sur différentes parties du corps*; par M. Étienne. 4° *De la nécessité de modifier certains systèmes admis de nos jours en médecine*; par M. Samblanc.

OBSERVATION D'UN CAS DE DIFFORMITÉ DE BASSIN CHEZ UNE FILLE GROSSE, DÉLIVRÉE PAR L'OPÉRATION CÉSARIENNE ; GUÉRISON ; par M. VOET.

Cette observation ne présente aucune circonstance qui lui donne l'intérêt de l'opportunité au milieu des discussions qui viennent d'avoir lieu sur l'indication de l'hystérotomie. Elle prouve seulement une fois de plus que cette opération réussit plus souvent dans la pratique civile qu'à l'hôpital, plus souvent à la campagne que dans les villes, différence peut-être trop oubliée des sommités médicales qui, habituées à ne tenir compte que de leurs *relevés cliniques*, raisonnent et agissent parfois dans un sens exclusivement dicté par cet ordre de considérations.

OBS. — M. Voet fut appelé, le 26 mars 1849, dans la commune de Nieuwenrode, pour voir une pauvre fille rachitique, atteinte de vice du bassin. De légères douleurs avaient commencé depuis huit jours, mais le travail ne s'était établi que le 24, lors de la rupture de la poche des eaux.

Le toucher lui apprit que le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur n'avait pas plus de 2 pouces. Le col était dilaté et la tête en partie engagée dans la cavité du bassin.

Les douleurs avaient été fortes; mais, en ce moment, elles étaient presque arrêtées. Depuis ce matin, elle ne sentait plus les mouvements de l'enfant.

L'impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles ayant été reconnue en consultation avec MM. les docteurs Windelinckx et de Backer, M. Voet se mit en devoir de préparer l'opération césarienne. Il divisa la ligne blanche de l'ombilic au pubis. Il avait sondé la femme avant l'opération et avait extrait quelques onces d'urine. Et cependant le premier objet qui se présenta devant la plaie fut la vessie remplie d'urine. Comme elle se trouvait comprimée entre l'arcade pubienne et la tête de l'enfant enclavée dans le bassin, il fut impossible de faire parvenir une sonde dans sa cavité, et on dut continuer l'opération en laissant ce viscère rempli de liquide.

L'incision de la matrice ayant été pratiquée, on dégagea et fit sortir les pieds de l'enfant, mais la tête était fortement enclavée, et il fallut d'énergiques tractions pour l'extraire, d'autant plus que l'utérus s'étant contracté pendant ces manœuvres, les bords de l'incision étranglaient en quelque sorte la tête et contribuaient aussi à la retenir. — L'enfant était mort.

Dans le premier pansement, j'eus soin, dit l'auteur, de placer une compresse longuette passant par la plaie et les voies naturelles ; ensuite je réunis la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives. (Il ne précise pas si la délivrance eut lieu par la plaie ou par les voies naturelles.)

Un peu de tympanite et quelques vomissements inspirèrent d'abord des craintes sur le résultat de l'opération. Cependant les lochies s'écoulèrent régulièrement par les voies naturelles, en même temps que du pus par la plaie. Sans qu'il eût été besoin d'employer aucun remède énergique, la convalescence s'établit promptement.

Le 17 avril, la plaie extérieure n'avait plus que 2 pouces de largeur, et ne suppurait presque plus.

Le 27, la cicatrisation était complète.

Quelques mois plus tard, M. Voet vit par hasard cette femme travaillant dans les champs à côté d'autres ouvrières. Elle lui dit n'éprouver aucune incommodité et se trouver parfaitement rétablie.

OBSERVATION D'UN CAS DE TEIGNE FAVEUSE DÉVELOPPÉE SUCCESSIVEMENT SUR DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS; par le docteur ÉTIENNE (de Caen.)

Deux circonstances de ce fait offrent surtout de l'intérêt. La première est le degré et l'étendue de l'affection cutanée. Le favus, qui datait de cinq à six ans chez une jeune fille de 25 ans, s'était d'abord montré sur différentes parties du cuir chevelu, et avait gagné le front, la paupière du côté gauche, et s'était étendu successivement jusqu'à l'épaule du même côté. La cuisse et la jambe gauches, puis le genou droit, avaient été ensuite envahis. La lésion avait atteint, dans certaines régions, un degré rare. Ainsi la partie externe du membre inférieur gauche, depuis le haut de la cuisse jusqu'à la moitié de la jambe, présentait une rangée de croûtes d'un jaune brunâtre, disposées en forme de stalactites. Ces incrustations *de la grosseur d'un œuf de poule* et dont le sommet était creusé du godet caractéristique, étaient séparées les unes des autres par des sillons profonds, et la laxité de la peau les rendait tellement mobiles qu'en se choquant les unes contre les autres, elles faisaient entendre un bruit sourd pendant la marche.

La seconde circonstance à signaler, et sur laquelle l'auteur insiste avec grande raison, c'est la grande part qu'a eue dans la guérison l'emploi des moyens propres à relever et à dépurer l'organisme. La maladie avait résisté à tous les moyens locaux; la calotte même, employée au début, quand la teigne n'occupait que le cuir chevelu, avait échoué complétement. Mais il faut dire que la malade avait continué à vivre au sein d'une misère et d'une malpropreté affreuses, partageant avec plusieurs personnes une salle basse, humide, mal éclairée, et ne se nourrissant que d'aliments grossiers et insuffisants. La Société de médecine de Caen s'étant intéressée à cette malheureuse, on lui donna une chambre bien

---

qué. La famille Toltécane, qui a peuplé le Mexique et le Pérou, a laissé des vestiges d'un état social qui, sans égaler les civilisations de l'Ancien-Monde, se révèle de jour en jour comme ayant atteint une notable supériorité; M. de Humbold l'a comparé à celui des anciens Égyptiens, des Etrusques et des Tibétains (1) ; les constructions gigantesques élevées dans les environs de Cuzco et du lac de Titicaca témoignent pour cette race. Et quant aux tribus errantes au pied des montagnes Rocheuses, il ne semble pas que l'aplatissement du crâne ait rien modifié du caractère de l'homme sauvage américain : « L'insensibilité en » fait la base, dit la Condamine (2); je laisse à décider si on la doit honorer du » nom d'apathie ou l'avilir par celui de stupidité; elle naît sans doute du petit » nombre de leurs idées qui ne s'étend pas au delà de leurs besoins. Gloutons » jusqu'à la voracité, quand ils ont de quoi se satisfaire; sobres quand la néces» sité les y oblige jusqu'à se passer de tout, sans paraître rien désirer; pusilla» nimes et poltrons à l'excès, si l'ivresse ne les transporte pas; ennemis du tra» vail, indifférents à tout motif de gloire, d'honneur et de reconnaissance, uni» quement occupés de l'objet présent et toujours déterminés par lui ; sans inquié» tude pour l'avenir, incapables de prévoyance et de réflexion, se livrant quand » rien ne les gêne à une joie puérile qu'ils manifestent par des sauts et des éclats » de rire immodérés ; sans objet et sans dessein, ils passent leur vie sans pen» ser, et ils vieillissent sans sortir de l'enfance, dont ils conservent les défauts. »

(1) Balbi, ABRÉGÉ DE GÉOGRAPHIE.

(2) MÉM. DE L'ACAD. DES SC., 1745, p. 419. Relation de la Condamine.

Ce portrait, si sûrement tracé par notre illustre voyageur, reproduit le type avéré de la race américaine ; c'est là une variété, mais non une anomalie humaine, et nous rappellerons d'ailleurs que les têtes les plus aplaties appartiennent aux chefs ou aux personnages distingués de la tribu. On s'est demandé s'il y a analogie entre les résultats de la compression sur nos races civilisées et sur les crânes des sauvages; après ce qui a été énoncé précédemment sur la déformation graduelle d'une part et la constriction à l'aide d'un bandeau fixé de l'autre, le parallèle des désordres produits n'est pas même possible.

Dr E. LE BRET.

— Le nombre moyen annuel des décès à l'âge de cent ans et au-dessus, en France, est de 148. Voici, par ordre décroissant, les quinze départements qui en comptent le plus : Pyrénées (Basses), Dordogne, Calvados, Gers, Puy-de-Dôme, Ariége, Aveyron, Gironde, Landes, Lot, Ardèche, Cantal, Doubs, Seine, Tarn-et-Garonne. On voit que les pays de montagnes se rencontrent en grand nombre dans cette série.

— Les négociations relatives aux décisions prises par la commission internationale sanitaire paraissent traîner en longueur. Plusieurs gouvernements, et surtout l'Autriche, font des difficultés pour sanctionner les décisions qui ont été prises, à moins qu'il n'y soit apporté plusieurs modifications importantes.

éclairée et exposée au midi, des vêtements chauds et propres, une nourriture convenable. En même temps M. Étienne fut chargé de diriger l'emploi des moyens thérapeutiques. On calma d'abord la fièvre et la soif par des boissons adoucissantes; on fit tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes et d'onctions huileuses; puis on s'appliqua à tonifier graduellement l'organisme. Enfin on lava les parties malades avec la *lotion de Barlow* (eau de chaux, 224 grammes; sulfure de potasse, 8 grammes; savon blanc, 10 grammes; alcool rectifié, 4 grammes), et dans les intervalles des lotions, on appliqua une poudre composée de 22 grammes d'axonge et 2 grammes d'iodure de soufre. La guérison fut complète au bout de huit mois. Nous le répétons avec l'auteur, quelque bien entendu qu'ait été l'emploi des moyens thérapeutiques, l'amélioration des conditions hygiéniques, si elle n'a pas été l'agent direct du succès, en a constitué au moins la condition indispensable.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De la gutta-percha au traitement des fractures des membres*; par M. Uytterhoeven. 2° *De la complication des maladies gastriques dans les maladies chirurgicales*; par M. Schnermans. 3° *Observation d'une chlorose accompagnée d'hémiplégie*; par M. Swéron. 4° *Rapport sur le service sanitaire de la prostitution dans la ville de Bruxelles*; par M. Dugniolle. 5° *Étude théorique et clinique sur les contre-indications du quinquina et de ses préparations dans les fièvres intermittentes*; par M. Massart. 6° *Considérations cliniques sur le diagnostic de la pneumonie ataxique*; par M. Putegnat. 7° *Cas remarquable de calcul intestinal*; par M. d'Harvenc. 8° *De la version podalique à double rotation du fœtus*; par M. C. Bernard. 9° *Rapport sur le service sanitaire des pauvres des paroisses de Notre-Dame-de-Finisterre, de Saint-Nicolas et de Saint-Jacques-sur-Caudenbergh*; par M. Boph. 10° *Observation curieuse d'un délire maniaque intermittent*; par M. Swéron. 11° *Observation de cyanose déterminée par la communication directe des deux ventricules du cœur avec l'aorte*; par M. Hyernaux. 12° *Quelques faits cliniques recueillis au grand hospice de l'Infirmerie*; par M. Joly.

DE LA COMPLICATION DES MALADIES GASTRIQUES; par le docteur SCHNERMANS.

Nous n'avons pas sous les yeux la première partie de ce travail, consacrée, autant que nous pouvons le présumer, à des considérations générales. Les secondes, troisième et quatrième parties, renfermées dans les numéros dont nous rendons compte ici, consistent dans une sorte de revue des affections internes ou externes susceptibles de se lier, soit à titre de complication, soit dans un rapport de causalité, avec la gastrite, la gastralgie et la gastro-atonie.

Les articles où la gastrite est étudiée dans ses relations avec les phlegmasies, les fièvres continues et les affections organiques, telles que les tubercules, ne sont guère que la reproduction des recherches de M. Louis. Le fait général qui en ressort est que l'hypérémie de la membrane muqueuse de l'estomac, dans ces maladies, se lie principalement à l'existence du mouvement fébrile. Nous n'avons pas à insister sur un ordre de faits dont tout le monde a pris connaissance dans les ouvrages du médecin français.

Rien non plus, dans l'étude de la gastralgie, qui ne se trouve déjà consigné dans les annales de la science. Elle accompagne souvent la chlorose, l'anémie, l'hypocondrie, l'hystérie; on la rencontre dans la suette, dans la métrite, le cancer de l'utérus, la méningite, etc. La gastro-atonie succède, avec la gastralgie, aux affections de long cours; elle se montre surtout chez les vieillards, chez les individus à tempérament lymphatique, chez ceux qui ont fait un long usage de boissons émollientes et mucilagineuses, etc., etc. Voilà ce que l'auteur rappelle, en essayant d'indiquer les caractères spéciaux de la souffrance gastrique dans les différentes affections auxquelles elle se rattache : par exemple, la constriction du pharynx et le développement de gaz chez les hystériques; le resserrement épigastrique dans la suette. C'est assez dire que l'auteur n'a pas eu l'intention de divulguer des notions nouvelles, mais plutôt de rassembler et de coordonner des notions acquises. Il émet pourtant, à ce sujet, plusieurs opinions ou conjectures qui ne nous semblent pas pouvoir être acceptées.

La première est ainsi formulée : « On pourrait soutenir avec vraisemblance, même avec certitude d'approcher de la vérité, que la gastro-atonie ne complique qu'une seule maladie, qui est l'anémie... C'est dans la chlorose, à la suite des hémorrhagies, pendant la convalescence de toutes les affections aiguës, pendant le cours de toutes les affections chroniques, que la gastro-atonie vient à naître. Eh bien ! n'est-ce pas dans ces occurrences que l'on est frappé le plus fréquemment d'anémie? » Oui, sans doute, l'anémie survient fréquemment dans ces conditions; mais est-ce à dire que l'atonie de l'estomac ait pour préliminaire indispensable la diminution du fluide sanguin? Rien n'est moins certain. La paresse de l'estomac, considérée en soi, ne révèle qu'une dépression des forces digestives, et rien n'indique que cette dépression ait pour raison d'être l'anémie. Il n'est pas vraisemblable qu'une forte émotion morale, dont l'atonie gastrique est si souvent la conséquence et la conséquence immédiate, n'aboutit à ce résultat qu'en diminuant la quantité des globules et en empêchant l'abord du sang dans la muqueuse gastrique.

M. Schnermans croit voir dans une de ses observations le témoignage d'une influence défavorable de la gastro-atonie sur la marche d'une phlegmasie. Un homme de 45 ans est atteint de pneumonie double au second degré. La résolution se fait très-bien à droite; mais à gauche, le souffle tubaire persiste; matité; plus de fièvre; chaleur normale de la peau; prostration; pouls petit, dépressible, à 75. La langue est converte d'un enduit blanchâtre; les lèvres sont décolorées; bouche fade; inappétence; constipation. On administre les amers : la langue se nettoie, l'appétit renait, le râle crépitant, de retour, se fait entendre, et quelques jours après, le poumon est tout à fait dégagé. Le traitement avait d'abord consisté en évacuations sanguines, potions stibiées et vésicatoires. L'emploi des amers avait été commencé le douzième jour, le souffle tubaire du poumon gauche ayant persisté jusque-là. Telle est l'observation; nous y voyons bien que l'emploi des amers (lesquels, sous quelle forme et à quelle dose?) a paru déterminer un travail de résolution dans le poumon hépatisé; mais est-ce uniquement en donnant des forces à l'estomac que les amers ont agi? partant, est-ce l'atonie de l'estomac qui entravait la résolution? C'est ce qui n'est aucunement démontré.

Enfin, suivant l'auteur, une observation empruntée au TRAITÉ DE GASTRALGIE de Barras, *semblerait* prouver que la gastralgie peut *déterminer* la phthisie pulmonaire. Cette affection, ajoute-t-il, par la douleur qu'elle fait endurer au malade, par les dérangements qu'elle occasionne dans les digestions, l'hypocondrie à laquelle elle donne lieu, débilite les tempéraments les plus robustes et prédispose ainsi à la tuberculose. Cela est possible, quoique la prédisposition à la phthisie tienne ordinairement à des causes plus générales et plus profondes; mais en tout cas, cette fâcheuse influence n'est pas particulière à la gastralgie, et même on peut dire qu'elle lui appartient moins qu'à d'autres affections de l'estomac et des intestins.

Cette question de la relation des affections gastriques avec d'autres affections médicales ou chirurgicales a une grande importance, et serait susceptible d'offrir un grand intérêt. L'auteur a montré qu'il en connaît bien les éléments; mais de ces éléments, nous craignons qu'il n'ait pas tiré le meilleur parti possible.

CYANOSE DÉTERMINÉE PAR LA COMMUNICATION DIRECTE DES DEUX VENTRICULES AVEC L'AORTE; par le docteur HYERNAUX.

Cette observation, recueillie à l'hôpital Saint-Pierre dans le service de M. Pigeolet, mérite d'être rapportée. Elle offre l'exemple d'une anomalie très-rare qui réalise chez un enfant de 6 ans les conditions de l'état fœtal et offre, par le mélange habituel des deux sangs, une grande analogie avec l'état normal des dernieres classes des vertébrés, notamment des reptiles.

Cet enfant étant mort à la suite de convulsions, voici ce qui fut constaté du côté de l'organe central de la circulation. Le volume du cœur est tel qu'il doit être à l'âge de 5 ou 6 ans; mais l'aorte égale en grandeur celle d'un adulte. Le ventricule droit, au lieu d'être affaissé, forme une saillie arrondie résultant de l'épaisseur de ses parois qui est beaucoup plus considérable que celle des parois ventriculaires gauches. *On ne rencontre pas la moindre trace de l'artère pulmonaire.* Il ne s'élève du cœur *qu'un seul gros vaisseau* représentant l'aorte qui prend naissance dans les deux ventricules à la fois, et qui, au moment où elle se recourbe pour former la crosse, donne naissance à un petit tronc unique d'où partent les artères pulmonaires droite et gauche. La cloison inter-ventriculaire est complète jusqu'au niveau du sillon circulaire; en cet endroit, un stylet introduit par l'aorte peut alternativement circonscrire l'un et l'autre ventricule. Cette artère unique qui s'élève du cœur est munie de trois valvules sygmoïdes qui, par leur adossement, en ferment hermétiquement la lumière. Quant aux valvules auriculo-ventriculaires et aux ouvertures de même nom, elles sont conformées avec la plus grande régularité. En outre, le trou de Botal n'est pas fermé; on peut y introduire facilement une plume d'oie. Toute facilité était donc donnée, et dans les ventricules et dans les oreillettes, au mélange des deux sangs.

L'enfant qui portait cette anomalie présentait sur tout le corps, mais spécialement aux extrémités et à la face, une cyanose des plus prononcées. Les bras et les jambes étaient émaciées, presque incapables de mouvement. La pulpe des doigts et des orteils était développée en massue; les lèvres, le pourtour du nez, les paupières, la langue, la muqueuse buccale offraient une teinte bleue très-prononcée. Pouls petit et faible, température de la peau inférieure au degré normal, extrémités froides. Les bruits du cœur, bien qu'ayant leur timbre ordinaire, paraissaient mal détachés. L'enfant était sujet à des attaques épileptiformes.

VIII. LA PRESSE MÉDICALE.

Les numéros de janvier à septembre 1851 contiennent : 1° *Lettre à M. le professeur Van Huevel sur le forceps-scie et le diatripteur*; par M. Didot. 2° *Du rob de Laffecteur et de son inefficacité dans le traitement des maladies vénériennes, syphilitiques et cutanées*; par M. Thiry. 3° *Note sur le traitement du choléra et sur ses causes*; par M. Dnranl. 4° *Clinique chirurgicale de M. Seutin à l'hôpital Saint-Pierre*; recueillie par M. Dupont. 5° *Du traitement des fractures de la rotule*; par M. Seutin. 6° *Attaques d'hystérie suivies d'expulsion d'un faux germe*; par M. Hannon. 7° *Formation et théorie de la préparation du kermès*; par M. Koene. 8° *Sur un nouveau mode d'administration du soufre*; par M. Hannon. 9° *Du rétrécissement du canal de l'urètre*; par M. Geens. 10° *Revue clinique des affections vénériennes, syphilitiques et cutanées, traitées dans le service de M. Thiry*; par M. Schœnfeld. 11° *Surdité et mutisme guéris à la suite d'une variole confluente*; par M. Rousselle. 12° *Observations de taille (service de M. Seutin)*; recueillies par M. Dupont. 13° *Observation d'encéphalite aiguë*; par M. Servais. 14° *Pseudarthrose guérie par le frottement des fragments et l'immobilité prolongée*; par M. Limange. 15° *Observation de trachéotomie (service de M. Deroubaix)*; par M. Simon. (Opération faite pour un rétrécissement des voies aériennes survenu à la suite d'une plaie pénétrante du cou; mort.) 16° *Effets de la nicotine*; par M. Vandencorput. 17° *Hernie crurale étranglée; opération; mort (service de M. Joly)*; par M. Depolter. 18° *Luxation scapulo-humérale survenue pendant le cours d'une arthrite aiguë*; par M. Hannon. 19° *Considérations sur la nature de la fièvre typhoïde*; par M. Scheermans. 20° *Du traitement de la pleurésie et de la pneumonie*; par M. Lebeau. 21° *Opération du bec-de-lièvre; reflexions sur cette opération*; par M. Hoebeke. 22° *Anévrisme de l'artère poplité, abcédation et ouverture du sac; guérison (service de M. Seutin)*; par M. Gonne. 23° *De l'entérite chez les enfants*; par M. Scheermans. 24° *Phlegmon gangréneux diffus ayant envahi les régions anale, périnéale et scrotale*; par M. Delvaux. 25° *Inflammation de la bourse muqueuse pré-rotulienne; ponctions et injections répétées; séton; complication de phlegmon diffus et de résorption purulente; guérison*; par M. Joly. 26° *Procédé pour découvrir la présence de l'iodate de potasse dans l'iodure de potassium*; par M. Bonnewyn.

PSEUDARTHROSE GUÉRIE PAR LE FROTTEMENT DES FRAGMENTS ET L'IMMOBILITÉ PROLONGÉE; par M. LIMANGE.

Par la simplicité des moyens employés, mise en regard de la promptitude de la guérison, cette observation nous semble bien faite pour prouver une fois de plus que, dans le cas de pseudarthrose, une sage persistance dans la contention et l'immobilisation du membre est la première condition de la cure.

OBS. — Delen, âgé de 48 ans, gendarme, fut traité pendant quatre mois par le bandage de Scultet, d'une fracture de cuisse qu'il s'était faite en décembre 1848. La consolidation n'ayant pas été obtenue, il entra à l'hôpital militaire de Bruxelles le 7 juin 1849.

C'est un homme de bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladies syphilitiques. MM. Limange et Seutin constatent l'existence d'une fausse articulation située à la partie moyenne de la cuisse. Les fragments sont très-mobiles, comme flottants, à tel point que l'on peut fléchir presque à angle droit la partie inférieure du membre sur la supérieure. Il y a un raccourcissement d'environ 2 pouces.

On commence par imprimer aux deux fragments des mouvements très-étendus en les frottant et les pressant fortement l'un contre l'autre; au bout de cinq ou six minutes de ces manœuvres, on perçoit comme des rugosités, ce qui fait penser que les tissus qui unissaient les fragments sont déchirés.

On applique ensuite au malade un bandage amidonné. — Il le garda trois mois. Au bout de ce temps, la consolidation n'était pas encore opérée, mais l'extrême mobilité n'existait plus et le malade pouvait déjà s'appuyer sur son membre. On fit alors faire un appareil mécanique qui emboîtait celui-ci, en maintenant immobiles la pseudarthrose et l'articulation du genou: ce qui permit de marcher avec l'aide d'un bâton. Dans cet état, il fut envoyé en congé.

Au bout de cinq mois, Delen revint pour faire faire des réparations à son appareil. La consolidation est complète; le membre se ment tout d'une pièce. Il marche en s'appuyant sur le membre affecté, et sans aucun appareil; même pendant quinze jours, il s'en passe complètement; cependant il tient à le remettre encore, car le souvenir des difficultés de sa guérison lui a donné une extrême appréhension.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE SURVENUE PENDANT LE COURS D'UNE ARTHRITE AIGUË; par M. HANNON.

Ce fait, constaté avec le plus grand soin, et par un observateur des plus compétents, rapproche, jusqu'à un certain point, les luxations spontanées de l'épaule de celles qui, sous le même nom, ont été depuis si longtemps décrites à l'articulation coxo-fémorale.

OBS. — M. B., d'un tempérament sanguin, âgé de 45 ans, n'avait eu précédemment qu'un rhumatisme aigu de la hanche et du genou, lorsque, en mai 1851, il fut pris d'un gonflement très-douloureux de l'articulation scapulo-humérale gauche. La partie était chaude, rosée. Douleur très-vive, s'exaspérant à la pression et aux mouvements. Pouls à 110, bruits cardiaques rudes, courbature, anorexie, langue blanche.

L'arthrite aiguë était évidente; elle fut combattue par les antiphlogistiques.

Le troisième jour, les symptômes s'étaient encore aggravés.

Dans la nuit du cinquième au sixième jour, M. B. ressentit une douleur brusque, subite, et si aiguë qu'elle domina tout ce qu'il avait éprouvé jusque-là.

Le lendemain, M. Hannon trouva le coude écarté du tronc, une dépression angulaire du bras, au niveau de l'insertion deltoïdienne. L'avant-bras était fléchi sur le bras, le malade le soutenait de l'autre main. Tronc incliné du côté gauche, et abaissement de l'épaule malade.

En plongeant lentement et avec force les doigts sous l'acromion, on sentait à travers les parties gonflées un vide, à l'endroit où l'on aurait dû rencontrer la tête de l'humérus. Du côté de l'asselle, on sentit une tumeur lisse, arrondie, formée par la tête de l'humérus.

L'épaule présentait une forme différente de celle de la veille. Gonflée et arrondie uniformément hier, elle offrait aujourd'hui sous l'acromion un aplatissement assez prononcé, surtout postérieurement.

Une luxation sous-coracoïdienne était donc évidente. La luxation fut réduite, et on obtint ainsi un soulagement considérable; le bras fut maintenu dans l'immobilité.

Le lendemain, le gonflement était encore notable et les mouvements impossibles. En examinant l'articulation, M. Hannon s'aperçut que l'humérus avait subi un nouveau déplacement; seulement, comme le bras était maintenu, il n'y avait eu qu'une luxation incomplète; la tête s'était arrêtée sur le bord de la cavité glénoïde. — Cette semi-luxation fut encore réduite; on fit une dernière application de sangsues; le bras fut maintenu dans l'immobilité, et, cette fois, la guérison s'opéra sans entraves.

M. Hannon attribue le déplacement à l'abondance de l'épanchement synovial qui s'était fait dans la cavité articulaire. D'autre part, les dimensions restreintes de la cavité glénoïde de l'omoplate comparées à celles de la tête de l'humérus, et le peu de profondeur de cette cavité, aident à se rendre compte de la lésion.

DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE ET DE LA PNEUMONIE; par M. le docteur LEBEAU.

L'article dont il s'agit est le résumé de leçons cliniques données à l'hôpital militaire par M. Lebeau et rédigées par M. le docteur Crocq. On comprend qu'une leçon destinée à de jeunes élèves ne puisse être analysée ici; nous nous contenterons donc d'y signaler une grande clarté d'exposition et beaucoup de sagesse dans les préceptes thérapeutiques. M. Lebeau, partisan des émissions sanguines, ne comprend pas une formule de saignées; ami des bonnes statistiques, il les croit très-difficiles en matière de thérapeutique. Il se montre enfin tel que doit être un bon et habile praticien. Cette déclaration très-sincère nous met à l'aise pour présenter quelques remarques critiques au sujet des deux seuls points que nous ayons l'intention de relever dans ce travail.

Dans les considérations préliminaires auxquelles il se livre sur le diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie, il s'exprime ainsi : « Les auteurs répètent tous à l'envi que la pleurésie est caractérisée par du souffle bronchique et la bronchophonie, et quelquefois de l'égophonie. D'après cela, il serait généralement impossible de la distinguer d'une pneumonie au second degré; il serait surtout impossible de distinguer positivement la pleuropneumonie. Eh bien! il n'en est rien.... On entend *un souffle doux et moelleux*, analogue à celui que l'on produit en soufflant légèrement sans rien placer devant la bouche. » Ce passage nons paraît trop absolu à plusieurs égards. Même avec l'existence d'un souffle véritablement bronchique ou *tubaire*, le diagnostic ne serait pas aussi désarmé que le croit M. Lebeau; le déplacement de la matité en rapport avec les changements de position, l'absence de crépitation autour du point où s'entend le souffle bronchique,

l'absence de tout bruit ou mieux encore le caractère lointain du bruit respiratoire au-dessous de ce point, l'existence si fréquente de l'égophonie, l'insignifiance des crachats, tout cela offre de grandes ressources. En outre, que le fait doive ou non répandre de l'obscurité sur le diagnostic, il nous paraît avéré que dans certains cas où rien n'autorise à supposer des complications, l'épanchement pleurétique s'accompagne d'un souffle tubaire très-analogue, sinon tout à fait semblable, à celui de la pneumonie. A quoi cela tient-il? Ce serait une autre question. Nous nous bornerons pour le moment à maintenir le dire des auteurs classiques auxquels M. Lebeau fait allusion. Seulement, nous accordons que le plus souvent le souffle entendu au niveau de l'épanchement est bien tel qu'il le décrit. La comparaison dont il se sert est même d'une très-grande justesse.

Le second point sur lequel nous dirons un mot est relatif à l'emploi des vésicatoires. C'est l'opinion de beaucoup de praticiens que les vésicatoires sont plus nuisibles qu'utiles dans la période de fièvre. L'auteur la partage entièrement. « Le vésicatoire, dit-il, doit être rejeté tant qu'il y a des symptômes fébriles; l'employer alors serait ajouter une irritation à une autre déjà existante, *sans qu'il y ait possibilité de révulsion.* » Eh bien! notre observation dément cette assertion. Alors même que le vésicatoire élève le pouls et augmente momentanément la fièvre, il agit souvent avec une efficacité évidente contre l'épanchement. Nous l'avons mainte fois vérifié chez les enfants. Surseoir à l'application de vésicants jusqu'à la disparition des symptômes fébriles, c'est, suivant nous, se priver d'une ressource précieuse et courir précisément le risque qu'on veut éviter, celui de l'employer sans avantages.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

REMÈDES CONTRE LA DÉGÉNÉRATION PHYSIQUE ET MORALE DE L'ESPÈCE HUMAINE.

M. FOURCAULT communique un travail intitulé : HYGIÈNE SOCIALE. REMÈDES CONTRE LA DÉGÉNÉRATION PHYSIQUE ET MORALE DE L'ESPÈCE HUMAINE, OU MOYENS DE DIMINUER LE NOMBRE DES SUJETS FAIBLES, AYANT UNE CONSTITUTION DÉTÉRIORÉE, DES RACHITIQUES, DES SCROFULEUX, DES PHTHISIQUES, DES GOUTTEUX, DES DARTREUX, DES ÉPILEPTIQUES, DES ALIÉNÉS, DES INFIRMES, DES VAGABONDS, DES CRIMINELS, EN RÉDUISANT CONSIDÉRABLEMENT LES CHARGES PUBLIQUES.

Les moyens que M. Fourcault propose pour améliorer les conditions physiques, morales et sociales des classes ouvrières sont les suivants :

1° Des écoles de gymnastique et de natation fondées sur les grands fleuves et sur le littoral de la mer;

2° Des dispensaires de gymnastique;

3° La gymnastique clinique;

4° Des hôpitaux agricoles et des succursales maritimes;

5° Des établissements publics réunissant les procédés simples et économiques de l'hydrothérapie, les étuves sèches, humides, les eaux minérales artificielles.

Dans ce mémoire, l'auteur achève de démontrer que la plupart des affections chroniques, comme la plupart des maladies aiguës, sont déterminées par des causes agissant sur les fonctions de la peau, en suspendant la transpiration insensible; il prouve la nécessité d'entretenir ou de rétablir ces fonctions, au début des premières affections, pour maintenir l'équilibre organique et pour arrêter leurs progrès. Le traitement pharmaceutique ne saurait remplir cette indication essentielle, ni combattre les diathèses qui résultent de la présence d'éléments superflus et nuisibles refoulés dans le torrent circulatoire; et l'on doit prescrire le mouvement gymnastique, dans une foule de cas, pour favoriser l'exonération de ces éléments, pour appeler le sang dans le système capillaire externe, pour provoquer des sueurs salutaires, ou une série de réactions opposées aux tendances funestes de la nature. Prescrire le repos, l'immobilité à l'origine des maladies dues à l'exercice des professions sédentaires, surtout lorsqu'elles sont apyrétiques, c'est donner aux diathèses le temps de se former, aux lésions locales le temps de s'aggraver; c'est suivre une méthode irrationnelle, antiphysiologique, dont l'expérience constate chaque jour les dangereux effets. L'auteur se borne à indiquer sommairement les procédés des exercices gymnastiques proprement dits, de ceux que l'on peut faire au lit, avant ou après le sommeil.

GYMNASTIQUE CLINIQUE. — La somascétique clinique se divise naturellement en *hygiénique, médicale, orthopédique.*

La première, ou l'*hygiénique*, a pour but de fortifier les muscles, de développer les parties les plus grêles, de répartir également la sève vitale, de neutraliser l'action concentrique des causes ambiantes; elle est favorable aux enfants dès l'âge le plus tendre, aux convalescents, aux goutteux, aux infirmes, à tous ceux qui sont forcés de garder le lit, aux ouvriers passant une partie de leur vie dans les ateliers, condamnés à l'immobilité, aux femmes dont les occupations sédentaires sont pour elles une source inépuisable de maladies chroniques et d'infirmités précoces. Pour en prévenir le développement, il suffira souvent d'exécuter des mouvements de flexion et d'extension des extrémités supérieures et inférieures, pendant cinq ou dix minutes le soir ou le matin, avant ou après le sommeil; les mouvements alternatifs de toutes les articulations des membres sont déterminés par des contractions musculaires énergiques, soutenues, variées, lentes ou brusques et rapides. Dans les cas ordinaires, on ne provoquera pas la sueur, et jamais on ne doit produire la fatigue.

La seconde, ou la *médicale*, ayant pour fin de rétablir l'équilibre organique déjà rompu, exige des mouvements musculaires plus prolongés et souvent répétés; une légère moiteur, parfois même une sueur abondante doit être provoquée à l'aide des exercices cliniques; leur action révulsive et dépuratoire peut être favorisée par des frictions avec un gant de crin, par des bains, des douches à diverses températures, par des couvertures de laine, par le maillot des hydrothérapeutes. Les fièvres intermittentes, les affections nerveuses périodiques, l'arrêt de la transpiration peuvent donc être combattus par cette double action. Lorsque la goutte occupe les extrémités inférieures, les mouvements gymnastiques des extrémités supérieures exerceront la révulsion la plus favorable et *vice versâ*. Les maladies de l'utérus, les engorgements dont cet organe est si souvent le siége, les écoulements leucorrhéiques, les engorgements des membres et des organes abdominaux seront combattus plus spécialement par les premiers mouvements.

La troisième, ou l'*orthopédique*, devant redresser la taille, les membres ayant une direction vicieuse, exige un lit convenablement disposé, des bandes en tissu élastique servant de point d'appui aux pieds, des ressorts à boudin terminés par deux anneaux ou par un anneau à une extrémité, et à l'autre par une poignée ayant la forme de l'étrier; cet anneau est fixé à un crochet aux pieds ou aux traverses du lit, au plafond, et, suivant la direction que l'on veut donner aux mouvements gymniques : deux ressorts à boudin et une bande élastique suffisent donc pour exécuter ces divers mouvements. Il importe d'ajouter que les contractions musculaires faibles, sans énergie, sans effort soutenu, ne produisent aucun effet hygiénique, médical, orthopédique.

La gymnastique clinique est la partie la plus importante de la somascétique privée; cette dernière devrait être obligatoire pour les enfants, pour les femmes, pour les ouvriers passant une partie de leur vie dans les ateliers, n'exerçant que les mains ou les doigts et exposés, par cela même, aux maladies chroniques les plus graves. On peut donc, sans l'aide des instruments, même sans ressorts à boudins, exécuter les mouvements les plus salutaires de la gymnastique hygiénique et médicale.

SUR LA STRUCTURE ET LES FONCTIONS DES GANGLIONS.

M. WALLER communique la note suivante contenant les derniers résultats de ses recherches expérimentales faites sur ce sujet.

En appliquant, dit l'auteur, le procédé de section que j'ai communiqué à l'Académie, dans ma lettre du 22 novembre, à l'étude des nerfs qui présentent sur leur trajet la structure ganglionnaire, je suis parvenu à des résultats qui jetteront du jour sur leurs fonctions et sur quelques faits restés jusqu'à présent inexplicables dans la physiologie.

Comme je l'ai déjà démontré, un nerf quelconque séparé de son centre cérébro-spinal se trouve changé, au bout de plusieurs jours, dans toutes ses conditions physiques et microscopiques, jusqu'à ses extrémités périphériques. La question qui se présente alors est de savoir jusqu'à quel point la même loi s'applique aux nerfs qui présentent sur leur trajet une structure ganglionnaire.

A cet égard, mes expériences sur les ganglions spinaux répondent d'une manière non équivoque que, lorsque la section d'un nerf sensitif spinal se fait au-dessus de son ganglion, la désorganisation ne se transmet jamais au delà du ganglion.

Après avoir mis à nu les racines d'un nerf spinal et les avoir coupées au-dessus du ganglion, de manière à conserver une partie de la racine en connexion avec le ganglion, et ayant gardé l'animal pendant dix à douze jours, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° La partie de la racine sensitive attachée à la partie supérieure du ganglion est tout à fait désorganisée, de la même manière que lorsqu'un nerf est coupé à sa partie périphérique.

2° Lorsqu'on suit le nerf dans l'intérieur du ganglion, on trouve que ses branches désorganisées se subdivisent dans ce corps, en se mélangeant avec d'autres fibres tout à fait normales.

3° Le mélange des fibres normales et désorganisées se fait d'une manière variable et dans toutes les proportions.

4° Lorsqu'on suit un faisceau désorganisé dans l'intérieur du ganglion, ses fibres paraissent se terminer dans une collection de corps ganglionnaires, également altérés, ne paraissant consister que d'une membrane externe, indistincte et atténuée, vidée de son contenu.

5° Les fibres normales qui restent paraissent prendre leur origine par des filaments libres, courts et très-fins dans les corps ganglionnaires. L'élimination des autres fibres nerveuses, en réduisant le nombre des autres fibres nerveuses dans le ganglion, est un grand avantage pour reconnaître les origines des fibres inférieures.

6° Toutes les fibres qui sortent du ganglion conservent leur état normal. Au bout d'un mois et plus, dans un jeune chien ou chat, l'état des fibres inférieures est le même qu'au premier jour. La régénération des fibres supérieures entre le ganglion et la moelle se fait de la manière ordinaire.

7° Les fibres motrices, au contraire, sont complétement désorganisées jusqu'à leur extrémité. On peut vérifier la même chose en galvanisant ce nerf au moment de la section; on obtient des contractions dans les muscles correspon-

dants, mais au bout de quatre jours la même irritation n'éveille plus aucune contraction des muscles.

8° Lorsqu'on se borne à couper la racine postérieure seulement sans léser l'antérieure, aucune fibre ne se désorganise dans le nerf mixte au-dessous du ganglion.

9° Lorsque le nerf est coupé au-dessous du ganglion, toutes les fibres se désorganisent. L'extirpation du ganglion produit le même effet sur le nerf que la section du nerf immédiatement au-dessous de son ganglion

10° Le nerf dont je me sers presque toujours pour ces expériences est la deuxième paire cervicale. Sur ce nerf, le ganglion spinal est situé à 2 ou 3 lignes en dehors du canal vertébral; et sur les chiens et les chats, surtout chez les jeunes animaux, à cause du moindre développement des apophyses et des muscles de la nuque, il est très-facile de couper les racines sensitives et motrices, même isolément, sans aucun danger pour la vie de l'animal.

11° Cette particularité de ce nerf, dont les physiologistes n'ont point encore tiré parti, nous a permis de répéter toutes les expériences de Bell, de M. Magendie et de M. Longet sur les racines spinales, sans aucun des phénomènes de paralysie et de stupeur qui compliquent ces expériences sur les mammifères, après la dénudation de la moelle épinière; en outre, ces expériences ne causent pas la mort de l'animal.

12° Comme le nerf occipital interne vient uniquement de la deuxième paire, qui est de nature mixte jusqu'à la nuque où il est exclusivement sensitif, il nous offre toutes les facilités pour ces expériences.

La section de la racine ganglionnaire cause la paralyse complète de sensation, mais avec conservation complète du pouvoir moteur. La section de la racine antérieure lui laisse la grande sensibilité qui lui est propre. Le pouvoir moteur, qui existe encore après, diminue graduellement, à cause de la désorganisation de ces fibres, et est complétement perdu au bout de quatre jours, époque à laquelle on aperçoit distinctement la désorganisation des fibres. Les mêmes résultats s'obtiennent, soit qu'on galvanise le nerf à la partie périphérique ou à sa partie centrale. Mais dans toutes les combinaisons qu'il est possible de faire à ces expériences, nous obtenons, comme résultat invariable, que les fibres sensitives au-dessous du ganglion ne s'altèrent jamais tant qu'elles sont en connexion avec les corpuscules ganglionnaires.

Ces observations nous permettent d'expliquer d'une manière satisfaisante les résultats de M. Magendie sur la section de la cinquième paire, où la nutrition de l'œil fut intacte après la section au-dessus du ganglion, et désorganisée après la section au-dessous du ganglion.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens et Velpeau.)

— MM. Philipeaux et Vulpian adressent un mémoire sur la détermination des parties qui constituent l'encéphale des poissons. Leur but a été de montrer, dans ce travail, que l'encéphale des poissons est composé des mêmes parties que celui des animaux vertébrés supérieurs, et que ces parties, à très-peu de différences près, sont disposées de la même façon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'instruction publique relative à une demande de vaccin pour l'ambassade de Belgique.

— M. Chapelle (d'Angoulême) communique deux observations de guérison de croup par le tartre stibié à dose rasorienne. (Comm. : MM. Louis et Cazeaux.)

— M. Fremineau, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, adresse une note sur l'application d'un nouvel instrument propre à éviter la piqûre de l'artère humérale dans la phlébotomie. (Comm. : M. J. Cloquet.)

— M. Marchal (de Calvi) signale à l'attention de l'Académie un phénomène extraordinaire qu'il vient d'observer dans le cours de la glucosurie; c'est la coïncidence d'une gangrène spontanée du petit orteil, gangrène qui, dans le cas en question, ne pouvait être rattachée ni à l'inflammation ni à aucune diathèse spéciale. L'auteur appelle l'attention de l'Académie sur le rapport possible, sinon probable, dans quelques cas, de la gangrène dite spontanée avec la glucosurie. (Comm. : MM. Bouchardat et Rayer.)

— M. Simonin, directeur de l'École préparatoire de médecine de Nancy, communique une observation relative à une opération césarienne pratiquée pendant l'éthérisme produit à l'aide du chloroforme. Le but de cette communication est d'attirer l'attention sur le rôle de l'utérus pendant un éthérisme obtenu à l'aide du chloroforme et poussé jusqu'aux limites du possible. (Comm. : MM. Danyau et P. Dubois.)

— M. Lefort, pharmacien à Gannat, adresse l'analyse de l'eau minérale de Jenzat (Allier). (Comm. des eaux minérales.)

CAUTÉRISATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

M. Leroy-d'Étiolles adresse un mémoire sur la cautérisation directe ou antérograde des rétrécissements de l'urètre, les circonstances dans lesquelles il convient d'en faire usage, et les avantages que l'on en retire lorsqu'elle est appliquée à propos.

La cautérisation antérograde, employée par Ambroise Paré, Loysean, Wisemann, Roncali, Hunter et Évrard-Home qui en a abusé, était tombée sous les critiques de Ducamp et de ses imitateurs, lorsque M. Leroy-d'Étiolles entreprit de la réhabiliter dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 11 sept. 1838. Il a continué à démontrer, par une nouvelle série de faits publiés dans son Traité des rétrécissements et angusties de l'urètre, que la cautérisation directe est, dans certaines circonstances, la meilleure des méthodes, et dans le mémoire actuel il vient encore, par de nouveaux faits, confirmer cette démonstration. Les rétrécissements qui laissent filtrer l'urine et n'admettent ni les sondes ni les bougies sont ceux auxquels convient plus particulièrement la cautérisation d'avant en arrière; le nombre en est aujourd'hui beaucoup diminué, il est vrai, par l'introduction dans la pratique des bougies tortillées et crochues qui est due à M. Leroy-d'Étiolles, mais il en est encore que l'on ne parvient pas à franchir par cette manœuvre et que détruit la cautérisation antérograde. Il ne faut pas perdre de vue, ajoute M. Leroy-d'Étiolles, que dans ces cas le chirurgien en est réduit à choisir entre la cathétérisme forcé, l'incision de l'urètre de dehors en dedans, la ponction de la vessie et la cautérisation directe. Les faits nombreux rapportés par M. Leroy sont de nature à faire donner sans hésitation la préférence à cette dernière méthode.

(Comm. d'Argenteuil.)

— M. le Président annonce que, conformément à une décision prise par l'Académie, il va être procédé à la publication du sixième volume des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.

Le bureau propose de confier cette publication aux soins d'une commission composée de MM. Duval (seul survivant de l'Académie de chirurgie), Roux, Bégin, Malgaigne et Dubois (d'Amiens). (Adopté.)

— M. Bouvier a la parole pour une lecture.

MORTALITÉ COMPARÉE DES QUARTIERS DE PARIS DANS L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE 1849.

M. Bouvier lit un mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de choléra de 1849. L'auteur résume son mémoire en ces termes :

1. La proportion générale des décès à la population dans le choléra de 1849 forme les deux tiers de celle de 1832, quant aux individus atteints à domicile, et abstraction faite des militaires de la garnison de Paris.

2. Le minimum de mortalité, le même qu'en 1832 pour les arrondissements, est moitié moindre que dans la première épidémie pour les quartiers; le maximum, fort réduit en 1849, dans les arrondissements, est le même qu'en 1832 dans les quartiers.

3. Certains arrondissements ont subi une mortalité beaucoup moindre qu'en 1832; aucun n'en a éprouvé une notablement plus élevée. Quelques quartiers seulement ont eu une proportion de décès plus forte que dans la première invasion.

4. L'ordre de mortalité, soit des arrondissements, soit des quartiers, est fort analogue aux deux époques, sauf un certain nombre d'exceptions très-tranchées.

5. En groupant les quartiers les plus voisins les uns des autres dans l'ordre de mortalité, on constate que Paris peut se partager, au point de vue des ravages du choléra, en plusieurs régions très-inégalement atteintes par ce fléau. Les quartiers les plus épargnés en 1849 sont situés pour la plupart dans la moitié occidentale de la capitale et les quartiers les plus maltraités dans la moitié orientale, tandis qu'en 1832, les premiers occupaient surtout la moitié septentrionale, et les seconds la moitié méridionale.

6. Le degré d'aisance des arrondissements, mesuré par la proportion de leurs locations non imposées, a exercé sur la mortalité cholérique de 1849, comme sur celle de 1832, une influence comparable à celle que la même circonstance exerce sur la mortalité ordinaire.

7. Cette influence n'a pas été moins manifeste dans la seconde épidémie que dans la première, quoique l'abaissement de la mortalité en 1849, eu égard à celle de 1832, ait été plus grand dans quelques-uns des arrondissements pauvres que dans la plupart des autres.

8. Dans le plus grand nombre des quartiers, la mortalité des deux épidémies est dans un rapport évident avec le nombre de familles pauvres, indiqué pour la proportion des locations non imposées. C'est ce qu'on peut appeler *la loi de l'aisance*, laquelle comporte un certain nombre d'exceptions.

9. Le partage de la capitale en deux moitiés d'après la proportion des familles pauvres présente une grande analogie avec sa division au point de vue de la mortalité causée par le choléra.

10. Quelques quartiers pauvres ont plus gagné que les autres à la diminution de la mortalité dans la seconde épidémie, et un petit nombre de quartiers riches n'ont pas été moins maltraités dans celle-ci que dans la première; mais, en somme, la différence de la mortalité dans les quartiers pauvres et riches est presque la même aux deux époques.

11. En 1849, de même qu'en 1832, l'influence de la densité de la population sur la mortalité cholérique s'est montrée très-inférieure à celle du degré d'aisance. Cependant elle a pu s'ajouter à cette dernière dans certains quartiers, et paraît l'avoir contre-balancée en partie, effacée dans d'autres.

12. Il est difficile de démêler la part qui revient peut-être à d'autres circonstances, telles que le degré d'élévation du sol, d'humidité atmosphérique, dans la production des différences de mortalité des quartiers.

13. Indépendamment des conditions de mortalité appréciées jusqu'ici, certains quartiers paraissent avoir été de véritables foyers ou centres épidémiques, sur lesquels la cause inconnue du fléau a plus spécialement porté son action. Dans les deux épidémies, ces foyers ne se sont développés que dans des localités pauvres.

14. La proximité et l'éloignement de ces foyers épidémiques paraissent avoir influé sur la mortalité d'autres quartiers.

15. Des faits statistiques, relatifs à la mortalité cholérique des quarante-huit quartiers de Paris, se déduisent les mesures principales, à l'aide desquelles on peut espérer de restreindre, à l'avenir, les ravages du mal. Ces mesures consistent surtout à donner de l'air aux quartiers trop resserrés, à assainir les rues et les habitations, à améliorer le sort des classes pauvres, tout en leur inspirant plus d'esprit d'ordre et de moralité, enfin à évacuer, autant que possible, les localités dans lesquelles s'annonce, en temps d'épidémie, la présence d'un foyer cholérique.

M. Villermé demande à présenter quelques observations au sujet de cette communication.

Vu l'heure avancée, la discussion a été ajournée à la prochaine séance.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'accouchement.

BIBLIOGRAPHIE.

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTHÉRITE GANGRÉNEUSE DES PARTIES GÉNITALES, SURVENUE CHEZ DE NOUVELLES ACCOUCHÉES (Thèse inaugurale) ; par M. ALEXIS CHAVANNE (de Lyon).

L'histoire des épidémies puerpérales est à un double titre digne de tout l'intérêt des pathologistes. Par les caractères communs qui les rattachent à la grande famille des affections épidémiques, elles impliquent les mêmes points de vue à étudier, les mêmes obscurités à dissiper, les mêmes problèmes à résoudre. Par leur dépendance de l'état de puerpéralité, qui, en en constituant la condition prédisposante essentielle, semble dégager d'autant les difficultés du problème étiologique, elles touchent à l'un des points les plus intéressants de la pathologie. L'épidémie dont M. le docteur Alexis Chavanne a fait le sujet de sa thèse inaugurale, mérite à ce double titre et aussi par le soin avec lequel la relation en est faite, de fixer un instant l'attention de nos lecteurs.

Il ne s'agit point ici d'une de ces épidémies de fièvres puerpérales, aussi redoutables par leur rapide extension que par la gravité de leur marche vers une terminaison presque constamment fatale, dont les grands établissements hospitaliers ne sont que trop souvent le théâtre. L'épidémie décrite par M. Chavanne a été aussi circonscrite par le nombre de ses victimes que par l'étendue des lésions qui la caractérisaient. Mais elle n'en est pas moins curieuse à étudier, précisément à cause même du fait qui ressort de ce contraste apparent entre la nature locale de la lésion, son peu d'étendue et son peu de gravité dans la généralité des cas, et l'appareil prodromique et symptomatique général qui semblaient accuser une influence beaucoup plus générale ; et, comme présentant, en outre, une des formes les plus rares et les plus insolites de l'état morbide puerpéral.

Nous empruntons à la thèse de M. Chavanne la description des principaux caractères de cette affection :

Dans les premiers jours de janvier 1850, la température étant exceptionnellement très-basse, plusieurs femmes furent prises, presque subitement, de bronchite, de diarrhée, d'embarras gastrique; puis survinrent chez d'autres malades, des frissons irréguliers, des douleurs abdominales, chez quelques-unes une légère hémorrhagie, chez toutes une fièvre de lait tardive, incomplète, irrégulière. Ce ne furent là que les avant-coureurs d'une épidémie. Vingt-six femmes nouvellement accouchées furent bientôt atteintes d'une affection consistant en une espèce de gangrène limitée aux parties génitales.

L'auteur distingue, d'après le siége de cette affection, trois formes différentes : 1° Une gangrène limitée à la vulve et au vagin ; 2° gangrène étendue à la matrice ; 3° vulvite simple sans gangrène.

Voici pour chacune de ces formes ce qui a été noté de plus particulier, tant sous le rapport des symptômes généraux et locaux, que de la marche de la maladie et de sa terminaison.

Dans les cas de gangrène limitée à la vulve et au vagin, l'invasion avait lieu ordinairement trois ou quatre jours après l'accouchement, quand celui-ci s'était effectué naturellement et sans difficulté, et un ou deux jours plus tôt, quand le travail avait été long ou que l'emploi du forceps était devenu nécessaire. Les symptômes généraux différaient sensiblement de ceux qui précèdent et accompagnent d'habitude la fièvre puerpérale. Point de frissons, point de réaction fébrile, le pouls était même généralement mou, dépressible et peu accéléré; la peau n'était ni chaude ni moite. Un accablement général, une lassitude insolite, une sorte de prostration sans douleur, traduite sur la physionomie des malades par une expression de tristesse et d'indifférence taciturne; l'inappétence accompagnée d'une constipation opiniâtre, tel était l'ensemble des symptômes qui marquait le début de la maladie. L'écoulement lochial a été rarement influencé d'une manière sensible. De tous les phénomènes puerpéraux, celui qui a éprouvé, de la part de la maladie, l'influence la plus constante et la plus sensible, a été la fièvre de lait. Dans tous les cas, sans exception, la fluxion mammaire a été retardée et plus ou moins incomplète et irrégulière.

Quant aux symptômes locaux, en voici la description à peu près textuelle :

Lorsque la gangrène survenait à la suite d'un accouchement naturel, simple, ordinaire, deux jours après en moyenne, quelquefois le lendemain même, il survenait une tuméfaction plutôt œdémateuse qu'inflammatoire de la vulve, occupant surtout les grandes lèvres. Cet état durait un, deux, rarement trois jours, sans que la femme s'en plaignît. Puis, en quelques heures, des douleurs vives, cuisantes, se déclaraient à la vulve. Ces douleurs coïncidaient avec l'apparition, sur la membrane muqueuse qui double les grandes lèvres et tapisse l'entrée du vagin, de plaques plus ou moins étendues, de couleur grisâtre, d'apparence pultacée, de forme irrégulière, occupant de préférence les points ecchymosés aux environs des caroncules myrtiformes, plus souvent la face interne des grandes lèvres, et toujours la déchirure de la fourchette. Il était fréquent d'observer, sur l'une et l'autre lèvre, des plaques de même dimension, de même forme, se correspondant exactement. Ces plaques pultacées, comparées par l'auteur à cette forme de pourriture d'hôpital que Delpech a appelée *pulpeuse* et que M. Robert a proposé, depuis, de nommer *diphthérite des plaies*, adhéraient à la tunique muqueuse, et semblaient même faire corps avec cette membrane. Autour d'elles et dans les espaces qui les séparaient, la muqueuse ne présentait rien de particulier, si ce n'est parfois une rougeur érysipélateuse, qui annonçait qu'elle ne tarderait pas à être envahie. Une odeur fétide s'exhalait en même temps de la vulve. Telle était la première période, ou *période d'éruption*.

Au bout de deux ou trois jours environ ces plaques se limitaient soit d'elles-mêmes ou par l'effet du traitement. Autour d'elles s'établissait, dans la membrane muqueuse, un travail inflammatoire éliminateur ; c'était la deuxième période, ou *période d'élimination*.

A cette période en succédait une troisième, que l'auteur appelle *période de restauration*, et qui était marquée par la chute des escarres (à la fin du premier septénaire ou dans le courant du second), laissant à leur place une petite plaie suppurante, taillée peu profondément dans l'épaisseur de la muqueuse, et ayant rarement dépassé cette membrane ; ces petites plaies marchaient ensuite à la cicatrisation sans particularité notable, sauf quelques cas où elles prirent un mauvais aspect, où les bourgeons charnus devinrent mollasses, saignants et se couvrirent d'une nouvelle couche pulpeuse, semblable à la première.

Quand l'accouchement s'était effectué après un travail difficile et long ou par le forceps, aux mêmes phénomènes principaux se joignaient les particularités suivantes : d'abord l'apparition des plaques pulpeuses était en général plus rapide, la douleur immédiate ; le gonflement des parties génitales externes plutôt inflammatoire que simplement œdémateux ; la membrane muqueuse plus rouge ou plus violacée, quelquefois comme excoriée superficiellement ; les ecchymoses plus nombreuses et plus étendues ; quelques-unes ne tardaient pas à se convertir en véritables escarres qui ne ressemblaient point aux escarres pulpeuses. C'étaient des escarres de contusion, noirâtres, sèches et comme chagrinées. Elles étaient aussi plus profondes, se détachaient plus tard. La plaie qui en résultait ne présentait du reste rien de particulier dans sa marche vers la cicatrisation. A côté de ces parties mortifiées s'étendaient les escarres gris jaunâtre, molles, résultant des plaques pultacées. Elles ne semblaient pas, du reste, s'influencer réciproquement dans leur marche ni dans leur apparition. Les escarres de contusions se déclaraient toujours après les plaques pseudo-membraneuses ; leur élimination était aussi plus longue.

Dans quelques cas (au nombre de 4) la gangrène s'étant étendue à la matrice, les malades ont succombé. Elles ont offert, dans ce cas, tous les symptômes de la fièvre puerpérale au plus haut degré d'intensité. Les lésions anatomiques constatées dans l'utérus offraient les mêmes caractères que les lésions externes ; mais elles étaient compliquées de la péritonite purulente.

Enfin, à côté de ces cas extrêmes qui représentent l'épidémie à son summum d'intensité, l'auteur mentionne quelques cas de simple vulvite sans gangrène et qui par la concomitance de symptômes généraux semblables à ceux qui accompagnaient la gangrène épidémique, constituaient évidemment comme le premier degré de l'épidémie.

Telle a été la physionomie générale de l'épidémie décrite par M. Chavanne. A ses caractères, il est aisé d'en reconnaître la nature ; elle vient se ranger à côté des affections diphthéritiques dont MM. Bretonneau, Trousseau, Gendron et autres ont si bien tracé l'histoire ; c'est en un mot, comme l'a très-bien qualifiée l'auteur, une diphthérite ayant pour support l'état puerpéral.

Il était intéressant de rechercher quelles pouvaient être les causes de cette épidémie. On sait combien est obscure en général l'étiologie des épidémies puerpérales et à combien d'hypothèses on en a appelé sans qu'on soit jamais parvenu encore à aucune notion précise à cet égard. Ici la localisation circonscrite de la lésion, sa nature gangréneuse, l'absence de toute relation, apparente au moins, avec l'état sanitaire général de l'établissement et celui de la ville, les conditions générales de salubrité au milieu desquelles cette épidémie s'était développée et comme isolée en quelque sorte, tout semblait devoir porter à rechercher une cause toute spéciale. Malgré toutes les recherches auxquelles M. Chavanne s'est livré à cet égard, il ne lui a été possible d'en assigner aucune à cette épidémie. Ni l'état atmosphérique, ni les conditions hygiéniques locales n'ont pu donner la raison suffisante du développement de cette affection. Et ce qui est plus digne de remarque encore, c'est qu'il n'a pas été plus possible de trouver dans les conditions individuelles, dans la constitution, le tempérament, les antécédents des accouchées, dans les circonstances même de l'accouchement, de causes déterminantes, qu'il n'a été possible de trouver la cause efficiente dans les conditions générales communes auxquelles toutes ces femmes étaient soumises.

Sans doute, au premier abord, si l'on rapproche les lésions dont il s'agit des causes qui les produisent quelquefois dans les conditions ordinaires, telles que les contusions résultant d'un travail laborieux, du séjour prolongé de la tête au passage, de l'application des instruments et des manœuvres obstétricales, jointes à la circonstance d'une constitution débilitée par des maladies antérieures ou d'un tempérament entaché de quelque vice diathésique, on est naturellement porté à penser que le concours de ces diverses circonstances fortuitement réunies chez un certain nombre d'accouchées, pouvait bien être la cause unique d'une affection qui n'aurait eu dans ce cas, de l'épidémie, que l'apparence. Mais si l'on analyse les faits consignés dans le tableau annexé au travail de M. Chavanne, on ne tarde pas à se convaincre de l'insuffisance de ces données étiologiques. On y voit en effet, d'une part, que, sur les 26 accouchées atteintes de la maladie en question, 16 n'avaient éprouvé aucune incommodité notable pendant leur grossesse; et que 9 d'entre elles seulement avaient une constitution médiocre ou débilitée par des maladies antérieures, les 17 autres jouissant d'une bonne constitution. D'autre part, l'accouchement a été naturel dans 20 cas, dont un seul gémellaire; le forceps n'a été appliqué que dans 8 cas seulement. De sorte que le traumatisme puerpéral qui, pour quelques-unes, expliquerait le développement de la diphthérite gangréneuse, perdrait pour les autres toute sa valeur étiologique. Il est digne de remarque, d'ailleurs que, dans certains cas d'accouchements très-faciles, où le traumatisme avait été nul ou presque nul, la maladie s'est développée, tandis que dans d'autres, au contraire, qui avaient provoqué une intervention énergique, il n'y eut aucune trace de diphthérie. L'action du traumatisme, ainsi qu'on l'a pu remarquer dans l'énoncé succinct que nous avons fait de la marche de l'affection, se serait donc bornée à rendre plus hâtive l'invasion de la maladie, et à lui imprimer un caractère plus franchement inflammatoire dans quelques cas. Le traumatisme n'a eu, en définitive, d'autre rôle que celui de la puerpéralité elle-même, c'est-à-dire de constituer une simple prédisposition, de servir de base et d'appui à l'épidémie.

Que conclure de là? C'est qu'il y avait en dehors ou au-dessus de toutes les conditions appréciables, une cause générale qui les absorbait ou se les subordonnait toutes; c'est qu'en un mot il y avait en jeu une influence épidémique. C'est ce qu'en a parfaitement déduit M. Chavanne. Cette influence épidémique, en effet, ne fût-elle pas ressortie de l'impossibilité même de rattacher cette affection à une cause appréciable, on l'eût déduite avec tout autant de raison des caractères mêmes de l'affection, de son mode d'invasion, de l'état général de prostration et des troubles fonctionnels qui précédaient la manifestation locale de la maladie, de la constante régularité de sa marche et de l'identité de ses symptômes dans la presque totalité des cas.

Disons enfin, pour terminer l'esquisse de cette épidémie, qu'un de ses caractères, malheureusement trop exceptionnel, a été sa bénignité. Sauf, en effet, le petit nombre de cas où la gangrène avait envahi l'utérus et qui se sont promptement terminés par la mort, presque tous les autres cas ont guéri. Il ne faudrait pas toutefois faire exclusivement honneur de cette bénignité à la nature; une partie de cet bonneur doit revenir à l'habile chirurgien en chef de la Charité, M. Bouchacourt, qui a institué un traitement parfaitement rationnel, basé sur deux indications principales, l'une déduite de l'état général et de la puerpéralité, l'autre tirée de la lésion anatomique.

Le traitement général consistait dans une médication tonique, modérée en vue de la susceptibilité des nouvelles accouchées aux affections de nature inflammatoire, et dans l'emploi des moyens propres à favoriser l'évolution des phénomènes puerpéraux.

Quant au traitement local, c'est surtout la cautérisation qui en a fait la base. Le caustique auquel M. Bouchacourt a donné la préférence est l'acide chlorhydrique. Un fort pinceau de charpie, trempé dans cet acide, était promené légèrement, à deux ou trois reprises, sur la surface malade, on y restait appliqué quelques secondes, suivant le besoin d'une cautérisation plus ou moins prononcée; on plaçait immédiatement sur les points touchés, entre les grandes lèvres, de manière à isoler l'une de l'autre leur face interne, un gâteau de charpie imbibé d'huile d'olives. Ce pansement simple et facile apaisait promptement la douleur suscitée par le caustique, et était renouvelé deux fois par jour. Lorsque la période d'élimination s'était effectuée, on recouvrait les ulcérations d'un autre plumasseau de charpie, enduit de cérat opiacé, jusqu'à ce que la cicatrisation fût complète. Cette dernière précaution avait pour objet de prévenir les adhérences vicieuses qui auraient pu se produire entre les grandes lèvres.

Le résultat de ce traitement a été très-favorable : à l'exception des quatre femmes atteintes de gangrène de l'utérus, et de trois autres chez lesquelles l'affection primitive s'était compliquée de métro-péritonite mortelle, toutes les autres malades, c'est-à-dire 19 sur 26, guérirent. Il convient d'ajouter que toutes les malades n'ont pas été rigoureusement soumises au même traitement; quelques-unes des premières atteintes n'ont point été cautérisées, et c'est là précisément la circonstance qui a le mieux permis d'apprécier comparativement les effets de la cautérisation. Chez toutes celles qui ont été cautérisées, la guérison a été beaucoup plus rapide que chez les autres.

L'épidémie dont nous venons, d'après M. Chavanne, d'esquisser rapidement les principaux traits, n'est pas sans précédent ou du moins sans analogue dans les annales de l'obstétrique. Une épidémie à peu près semblable a été observée à Lyon, dans le même établissement, par M. Moutain, en 1815; et plus récemment M. Dubois a constaté, à l'hôpital de la Clinique, une affection qui offre une grande analogie avec celle qui nous occupe. Mais nous ne sachons pas qu'aucune épidémie de ce genre ait été l'objet, jusqu'ici, d'une description aussi complète et aussi bien circonstanciée. La thèse de M. Chavanne devra donc être accueillie comme une excellente monographie à joindre aux documents destinés à constituer l'histoire des épidémies puerpérales, et comme témoignage d'un heureux début dans la carrière médicale.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

Budget de l'Académie de médecine, de l'Institut et de plusieurs autres institutions scientifiques. — L'Académie nationale de médecine figure au budget de 1852 pour 44,100 fr., parmi lesquels se trouvent compris les traitements d'un secrétaire perpétuel à 4,000 fr.; du directeur du service de la vaccine à 2,000 fr.; d'un bibliothécaire à 1,200 fr., et 15,000 de jetons de présence.

L'Institut est porté au budget pour une somme de 586,300 fr. Les dépenses communes aux cinq Académies, bibliothèque et secrétariat de l'Institut, s'élèvent à 58,000 f. Chaque secrétaire des sections reçoit 6,000 fr. Les indemnités et droits de présence sont les mêmes pour les cinq académies, et fixés à 1,500 f. par chaque membre : ce qui donne une somme de 222,500 fr.; dont 97,500 pour les 65 membres de l'Académie des sciences. Il y a, en outre, 10 académiciens libres à 300 fr. aux Académies des sciences, des inscriptions et belles-lettres et des beaux-arts, et 5 académiciens libres également à 300 fr. à l'Académie des sciences morales et politiques.

Le collége de France a 28 professeurs qui reçoivent un traitement de 5,000 fr.; un secrétaire et des préparateurs dont le traitement varie de 1,500 fr. à 2,400 fr.

Le Muséum d'histoire naturelle possède 15 professeurs à 5,000 fr., 2 maîtres de dessin à 2,000 fr., un bibliothécaire à 3,000 fr., un sous-bibliothécaire à 2,400 fr.; 15 aides naturalistes et aides préparateurs de 1,500 à 3,000 fr.; 20 préparateurs de 800 à 1,800 fr. Les indemnités aux voyageurs naturalistes sont portées à 25,000 fr. Le matériel, qui comprend les galeries, le jardin, les serres, la ménagerie et autres frais, reçoit comme entretien la somme de 215,000 fr.

— On lit dans l'Impartial de Nancy :

« Une épidémie s'est déclarée subitement dans la commune de Ludres, où elle sévit exclusivement sur les jeunes garçons. Depuis une dixaine de jours, elle a atteint environ quarante élèves, et l'école des garçons se trouve déserte.

» M. le docteur Victor Parisot, médecin des épidémies, envoyé sur les lieux par M. le préfet pour examiner le caractère du mal et prescrire les moyens curatifs et préservatifs à employer, a reconnu la rougeole dans l'affection signalée, et a constaté que, si elle s'est étendue rapidement à un grand nombre de sujets, du moins elle ne s'est aggravée d'aucune complication sérieuse.

» Aucun décès n'a eu lieu; plusieurs des malades sont complétement guéris; la plupart sont en voie de convalescence, et tout fait espérer que, grâce à la sollicitude de l'administration et aux soins éclairés du médecin, la maladie aura bientôt entièrement disparu sans qu'on ait aucune perte à regretter. »

— M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 18 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU NOUVEAU RÈGLEMENT DES ÉTUDES, DANS SES RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE.

Nous ne pouvons laisser passer sans quelques observations le décret du 10 avril, concernant le règlement des études. Les considérations politiques qui ont inspiré ce décret et que le rapport de M. Fortoul expose avec une grande franchise, il nous est interdit de les examiner. Peut-être aussi outre-passerions-nous le droit d'un journal scientifique si nous recherchions quel système se révèle, quelles vues se trahissent, en matière d'enseignement secondaire, dans ce nouvel acte de l'autorité. Nous croyons néanmoins pouvoir dire quelques mots sur la question générale. L'innovation consacrée par le règlement n'est pas malheureuse en soi. Nous ne trouvons pas mauvais que l'État donne à la jeunesse l'enseignement scientifique aussi sérieusement qu'il a donné jusqu'ici l'enseignement littéraire. Dans l'état actuel des choses, il est certain que la science n'est guère inscrite au programme des études que pour mémoire. Elle est considérée dans les colléges comme une surcharge ennuyeuse ; et toute la sympathie, toute l'ardeur des élèves sont pour les lettres, dans lesquelles, en effet, le succès est entouré par l'opinion publique, aussi bien que par les chefs du corps enseignant, d'un éclat particulier. La prédilection est assez naturelle, il faut le reconnaître, dans un système où l'étude du grec et du latin accompagne obligatoirement et prime l'étude des sciences, et où d'abondantes sources d'instruction scientifique sont d'ailleurs prodiguées à qui le désire, au sortir même du collége. Un enfant destiné à la culture des sciences ne peut donc s'y livrer avec fruit dans les établissements d'enseignement secondaire, et parce que les sciences, ne venant qu'en sous-ordre dans ces établissements, n'occupent qu'une faible partie des exercices, et parce qu'elles n'y excitent pas cette émulation qui est l'une des conditions les plus sûres des études soutenues. S'acheminer, à cet âge, vers les grands centres de population pour demander l'instruction scientifique aux institutions de haut enseignement, quoi de plus impraticable ? L'enfant ne peut être ainsi arraché sans péril au foyer domestique ; puis l'enseignement supérieur ne s'adapte qu'à des intelligences déjà exercées.

Il y a donc là une lacune que le décret tend à remplir. Nous ajouterons volontiers qu'il a une certaine parenté avec la loi qui a supprimé depuis quatre ou cinq ans le certificat d'études. Quand l'élève se présente aux examens du baccalauréat, la loi ne lui demande plus s'il s'est nourri de l'enseignement officiel, ni s'il a passé rigoureusement par toutes les étapes des études classiques ; elle n'exige de lui que la preuve d'une instruction suffisante. Dès lors il n'est plus imposé à l'État de donner *à tous* un enseignement littéraire complet ; le seul souci dont il doive se préoccuper, le seul devoir auquel il soit astreint, c'est d'offrir, dans ses établissements, les moyens d'acquérir les deux ordres de connaissances que se partagent les intelligences et qui préparent diversement à la vie professionnelle, sans trop s'enquérir si celui qui désertera les études de grammaire après la quatrième n'embrassera pas plus tard une profession exigeant des connaissances littéraires, ou si celui qui achèvera ses humanités n'embrassera pas la carrière des sciences. L'épreuve probatoire qui les attend tous à la fin de leurs études dégage l'État de toute responsabilité.

Quelle que soit la valeur de ce système, il est indispensable d'en tenir compte si l'on veut apprécier justement et sous toutes ses faces l'innovation apportée par le décret du 10 avril. La division de l'enseignement des colléges en deux branches séparées, outre qu'elle est raisonnable, comme nous l'avons dit, n'apporterait pas à elle seule une modification profonde à l'état de choses actuel. Mais, disons-le tout de suite, le principe de la division, au lieu de rester contenu dans la sphère de l'enseignement, au lieu d'offrir une simple facilité aux jeunes gens, a été poussé à des conséquences extrêmes qu'on ne saurait trop déplorer. De ce que les lettres et les sciences *peuvent* être séparées dans l'éducation, on en a conclu qu'elles *devaient* l'être toujours, et on a établi entre elles un véritable divorce. Toute garantie d'instruction littéraire à l'entrée des carrières dites scientifiques a été supprimée. La loi sur l'instruction laissait la famille conduire l'éducation de ses enfants dans la direction et de la manière qui lui convenait ; mais elle retrouvait le jeune homme à la porte de l'École de médecine ou de l'École de pharmacie, et lui imposait le baccalauréat ès lettres. Le nouveau décret, qui conserve le baccalauréat pour les études du droit, le supprime pour les études médicales et pharmaceutiques. Voilà la grande innovation.

Le décret part, selon nous, d'une idée absolument fausse. Il suppose que l'éducation littéraire ne peut influer en rien sur les conceptions de l'ordre purement scientifique. Tout au contraire l'étude des langues, l'assidu commerce du vrai et du beau, la méditation des grands écrivains, en rectifiant le jugement, en fortifiant et éclairant l'intelligence, sont éminemment propres à préparer les véritables savants. On n'est que trop enclin, en ce moment, à prendre la science par le petit bout, à n'y voir qu'un assemblage de faits sans cohésion, à bafouer les vues de généralisation. Que serait-ce si elle était livrée uniquement à des esprits incultes ? Ce que nous disons ici s'applique à toutes les sciences, mais plus particulièrement encore à la médecine. La science médicale, en effet, puise ses éléments partout ; l'étude du cœur humain, dans le drame, dans la poésie, dans le roman, dans la philosophie, dans l'histoire, fournit au médecin de précieux documents, tout aussi bien que l'étude des maladies. Il n'est pas jusqu'à l'exercice même de son ministère qui ne l'oblige, s'il veut en rester digne, à la fréquentation des moralistes et des penseurs de toute sorte.

Ce n'est pas tout : il n'est aucune science dans laquelle le dépôt de l'observation et de l'expérience des siècles soit plus précieux, plus instructif, nous dirions presque plus *nouveau*, que dans la science médicale. Des trésors sont enfouis dans ces grands monuments grecs ou latins, que la médecine actuelle, avec toute son exactitude, est loin de faire oublier. Or il y a ceci de remarquable qu'ils n'ont point passé, comme ceux des autres sciences, de la physique, de la chimie, de l'astronomie, dans les livres modernes. Ce qu'on trouve dans un traité classique n'est pas dans les anciens ; mais que de choses, et des meilleures, dans les anciens, qui ne se trouvent pas dans les traités classiques ! Si donc les médecins ne possèdent pas l'instruction nécessaire pour aller lire dans ces immortelles archives, ne refait-on pas pour eux une sorte de barbarie ? Et voyez quelle inconséquence ! l'État entretient à grands frais d'immenses et riches bibliothèques ; la médecine y occupe une place considérable. Les médecins sont invités à venir prendre leur part de toutes ces richesses ; et puis, on dirige leur éducation de telle sorte qu'ils ne puissent éprouver, devant ce pain de vie intellectuelle, que le supplice de Tantale ! Chose bonne à remarquer, quand le décret aura porté ses fruits, il y aura des médecins qui ne

Feuilleton.

CHANSONS DU DOCTEUR RENÉ MOREL, RECUEILLIES ET PUBLIÉES PAR SES AMIS.

Triste métier que celui de chansonnier, dit un adage populaire ; et ce n'est pas en moi qu'il trouvera un contradicteur. Au milieu des plus désopilants couplets, le sourire meurt sur mes lèvres si de l'œuvre je me reporte à l'auteur, si ma pensée vient à s'arrêter sur l'existence sociale des premiers coryphées de Momus. Collé, Vadé, Piron, Désaugiers, princes de la chanson, la gaieté que vous allumiez autour de vous partait-elle d'un foyer toujours entretenu sans effort ? Quand, après une nuit de *flonflons*, vos jambes titubantes vous mettaient en face de quelque brave ouvrier hâtant le pas vers son travail du matin, jamais l'idée ne vous vint-elle de comparer votre journée à la sienne ? Et au terme d'une vie si riche en joies factices, si pauvre en vrai bonheur, celui qui fût venu écouter cette voix secrète qui s'exhale alors de la conscience du mourant, ne l'aurait-il pas entendu murmurer à son tour : Triste métier que celui de chansonnier !

C'est pourtant aux œuvres, à la mémoire d'un chansonnier que je veux intéresser ici nos confrères. Mais celui-là ne ressemble en rien aux célébrités du Caveau. Il n'eut ni leurs prétentions littéraires, ni leurs exclusives préoccupations. Morel, mort cette année à Lyon, compta, dans notre ville si richement douée sous le rapport médical, parmi ceux qui cultivent la science avant l'art, qui aiment mieux suivre le filon du progrès que d'exploiter à pleines mains la large veine de la routine. Sa carrière de médecin fut longue, digne, remplie d'œuvres utiles et de bonnes œuvres. Elle reste parmi nous comme un modèle irréprochable d'intégrité et de savoir. Entouré de l'estime générale, membre de la Société de médecine, élu presqu'à l'unanimité conseiller municipal dans des temps difficiles, il ne manqua pas même à son honorabilité d'avoir pu exercer vingt-cinq ans, au milieu de l'estime universelle, une spécialité que l'esprit d'intrigue et de cupidité n'a que trop souvent déconsidérée aux yeux du public ; Morel fut longtemps le seul, et resta jusqu'à la fin le premier représentant de l'urologie opératoire, à Lyon.

Tel était notre aimable chansonnier ; et vous pouvez maintenant juger si l'appréciation de tout à l'heure lui serait justement applicable. Quand on voit tout se reposer, se détendre ainsi, dans toute la nature, le laboureur marquer par un refrain la fin du sillon, les écoliers par un chœur l'heure de la délivrance, le marin s'animer au travail par sa monotone cantilène, pourquoi le médecin, lui dont le sillon n'est pas moins dur, la tâche non moins aride, le fardeau non moins lourd, ne pourrait-il pas jouir aussi du *droit à la chanson* ? Morel ne le comprenait pas autrement. Il suffit d'ouvrir une page de son recueil pour voir que ces vers, le plus souvent œuvre de circonstance, sont le fruit d'une imagination en vacances, d'un esprit qui ignore l'effort. Un anniversaire, une naissance, une invitation à dîner, un ridicule bien notoire, bien public, venaient-ils chatouiller sa muse, soudain, à l'heure, à l'instant même, elle répondait

seront pas en état de comprendre la technologie de leur science ; il faudra vulgariser la langue à leur usage ou leur imposer des dénominations qu'ils ne comprendront pas, qu'ils auront le droit de ne pas comprendre. On a peine à comprendre que de telles considérations n'aient pas arrêté le conseil de l'instruction publique, qui a préparé le règlement. Qui sait ? peut-être les a-t-il trouvées banales ; elles le sont en effet, mais de cette banalité qui est le propre des vérités trop évidentes.

Nous ne savons ce que l'avenir réserve au décret. L'autorité a prouvé en plus d'une circonstance qu'elle savait écouter la voix de l'opinion ; nous ne pouvons nous résigner à croire qu'elle reste sourde en cette circonstance.

A. Dechambre.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE; par le docteur Adolphe Gubler, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central des hôpitaux, etc. (Mémoire lu à la Société de biologie, le 21 février 1852.)

HISTORIQUE.

Les médecins accordaient autrefois une large part à la syphilis dans la production des maladies des principaux viscères ; on peut même leur reprocher d'avoir été enclins à s'exagérer l'importance de cette cause pathogénique.

L'existence des affections syphilitiques des organes internes fut soupçonnée dès les premiers temps de l'invasion présumée de la syphilis en Europe, et l'attention se porta d'abord sur le foie en raison du rôle important qu'on lui attribuait alors d'après les anciens. Parmi les auteurs de la collection d'Aloysius Luisinus (Aphrodisiacus, sive de lue venerea, Lugd. Bat., 1728), il en est un bon nombre qui ont écrit sur ce point. C'est ainsi que Nic. Massa, dans un ouvrage publié en 1563, définit la maladie vénérienne : une mauvaise disposition du foie au refroidissement avec une certaine sécheresse, etc. Suivant Pierre-André Matthiole le virus vénérien peut aussi occuper le foie. Ant. Lecoq (De ligno sancto) reconnait qu'une qualité nuisible et pestilentielle pullule dans le foie des syphilitiques. J.-B. Monti, après s'être demandé quelle est la nature de la maladie vénérienne, répond « que c'est une mauvaise intempérie chaude et sèche imprimée au foie par la contagion. » Après cela il n'est pas embarrassé pour expliquer tous les symptômes du mal ; « car, dit-il, si le foie est infecté, lui qui est le principal organe de la nutrition, tout doit aller en se détériorant. » Jean Fernel signale également l'altération du foie dans la syphilis. Ant. Musa-Brassavole admet que le *contagium* envahit d'abord les aines, où il produit des bubons, qu'ensuite il fait irruption dans le foie, puis dans le cœur et dans la tête : la bile jaune et l'atrabile lui servent beaucoup dans ses explications. Gabriel Fallope cherche le siége du mal français en partant de cette règle que, s'il constitue une maladie unique et spéciale, il doit résider dans une seule partie, laquelle devra être toujours affectée. Il arrive à cette conclusion formulée déjà par son maître, Brassavole, et les auteurs précédemment cités, à savoir : que le foie étant le seul organe toujours lésé, est, par conséquent, le siége de prédilection de la maladie. En effet, il ne voit dans les différents symptômes de la vérole que les résultats variés de ce qu'il nomme le déchet de la *faculté naturelle*. Si donc cela est constant, il est absolument nécessaire, suivant lui, que le mal affecte la source même de cette faculté, et c'est dans le foie qu'il doit prendre son origine comme dans la partie qui lui est propre.

Jusqu'ici, comme on le voit, tout se borne à des vues de l'esprit plus ou moins justifiées par les doctrines régnantes ; mais il faut arriver à Bernardin Tomitano pour trouver quelque chose de plus positif. Cet auteur, après avoir cité, pour la détruire, l'assertion de ceux qui veulent que l'affection vénérienne consiste en une solution de continuité du foie, rapporte que d'autres médecins assurent avoir découvert à l'autopsie une sorte de gale et de pustules sur le foie des personnes infectées, et que lui-même a vu, à Pavie, le foie d'une courtisane presque entièrement galeux sur sa face convexe, sans autre altération d'organes. Cette femme, âgée de 46 ans, était d'un embonpoint prononcé et d'une blancheur de peau remarquable ; comme elle avait fait pendant trente ans le métier de courtisane, tout le monde pensa qu'elle avait été affectée au moins une fois de la maladie vénérienne.

Barthélemy Maggi (de Bologne) raconte, de son côté, en quelques lignes, l'histoire d'un grand personnage qui était atteint de la vérole, et se livre, à l'occasion de ce fait particulier, à quelques considérations sur le mal dont il s'agit. Parmi les symptômes offerts par son illustre client, il note une certaine âpreté de la peau, sa décoloration, spécialement au visage et au cou, avec tendance au brun ; la sécheresse des excréments, ordinairement durs et cendrés, ce qui atteste, d'après Galien, la chaleur et l'aridité du foie ; leur dureté était telle que le malade était obligé de les rompre avec ses doigts. En outre il signale une induration médiocre du foie, constatée par la palpation, avec une certaine obstruction de ce viscère annoncée par la couleur jaune foncé des urines. Dans son opinion, le foie est le siége principal du mal vénérien.

En 1604, Fr. Ranchin (Thèses de Montpellier) soutient que le foie est toujours affecté chez ceux qui ont la vérole.

Jean Keil va plus loin (Dissert. inaug.; Bresl. siles.; in Disput. Joh. Hartmann ; Marpurgi 1614), car il définit la syphilis « *morbus chronicus et occultus hepatis ex contage ab impurâ venere primùm natus, naturalem facultatem à totius substantiæ dissidio insigniter lædens.* » Il invoque à l'appui de sa doctrine les opinions de Mercatus et des différents auteurs que nous avons cités plus haut, mais il ne la confirme par aucune preuve directe.

Un peu plus tard, Jonston (*Joannes*) soutient à son tour que le foie est le siége de mal vénérien (Idæa univ. medicinæ praticæ ; Lugd., 1655).

Sans adopter une manière de voir si exclusive et si peu fondée, beaucoup d'autres médecins après eux ont admis des affections syphilitiques du foie : tels sont Astruc, Van Swieten, Fabre, Lassus et Hufeland. Portal a décrit quelques-unes de ces altérations, et Morgagni n'était pas éloigné d'y croire, comme on peut s'en assurer dans ses lettres sur les siéges et les causes des maladies.

---

sans plus de gêne que de prétention. « Un mot lui venait — dit son spirituel éditeur — il faisait un couplet ; une idée faisait naître une chanson, et le nombre des couplets ne s'arrêtait souvent qu'au moment de la chanter. »

Cette facilité de composition, refuge et prétexte si habituel des plats auteurs, sera, je l'espère, prise en considération pour excuser le sans-gêne de quelques-unes de ses poésies, œuvre posthume, que Morel avait toujours refusé de mettre au jour, et dont de pressantes sollicitations ont seules pu obtenir de sa famille la publication. Nous reconnaissons volontiers que le style et la versification eussent parfois pu être plus châtiés. Souvent la pointe paraît banale ; le trait final est plus imprévu que délicat ; le calembour y prend ses coudées trop franches. Mais c'est justement là ce qui fit la fortune de ces boutades rimées ; tant de laisser-aller, de négligence, avaient concilié au malicieux confrère les inaliénables bénéfices de l'improvisation. Et la piquante raillerie, sitôt conçue sitôt lancée, passait grâce au déshabillé de la forme qui éloignait tout soupçon de préméditation. La chanson sur l'homœopathie en est un exemple ; ce n'est qu'en vertu de ce privilége que Morel put, sans jamais exciter la plus légère récrimination, terminer un couplet, éloge ironique de la doctrine hahnemannienne, par ce jeu de mots :

« On ne parle que de Descet (1) (Décès)
» Dans l'homœopathie. »

(1) Nom d'un fameux médecin homœopathe de Lyon.

En prose comme en vers Morel était le même. Finement hyperboliques, ses attaques se sauvaient toujours par ce cachet d'exagération qui rassure la victime, tout en laissant à la galerie le droit de n'en rabattre qu'à son gré. Un jour, à pied, il rencontra le docteur B. en carrosse. — Où allez-vous ainsi ? demande l'humble piéton. — Je vais à l'école vétérinaire. — Tiens ! vous êtes donc malade ? — Les témoins du dialogue ne se rappellent pas sans rire le vigoureux temps de galop par lequel le pauvre docteur B. crut prudent de répliquer.

Ailleurs, à la Société de médecine, le docteur Parat, vestige honorable d'une génération passée, mais beaucoup, beaucoup plus grand par le mérite que par la taille, dissertait académiquement sur l'indispensable nécessité d'une hygiène rigoureuse, même en parfaite santé. « C'est dans un but de prévoyance, ajoutait-il, pour colorer son argumentation ; *Si vis pacem, para bellum.* » — Parat bel homme ! s'écria à l'instant Morel. Aussitôt la discussion s'éteignit dans un rire fou : mais l'orateur vint, comme les autres, serrer la main qui avait lancé le trait.

Pourquoi cette universelle sympathie pour un critique d'habitude ? Pourquoi, à l'inverse du type classique, Morel fut-il toujours de

Ceux qui pour un bon mot vont *gagner* vingt amis ?

C'est qu'il offrait constamment une revanche à ses dépens sur le même terrain. Bien plus, il allait au-devant de la plaisanterie, et semblait prendre goût à la façonner lui-même. Les épigrammes sur la médecine commencent, je crois, maintenant à paraître surannées et de mauvais goût. Eh bien ! notre confrère mettait une sorte de gloire à les aiguiser de ses mains, à faire des découvertes

Mais peu de temps après son apparition l'opinion soulevée par Massa sur l'importance du rôle que joue le foie dans la syphilis suscita quelques contradicteurs. Léonard Botalli d'Asti nous paraît être le premier qui se soit élevé contre elle. Vient ensuite Alex. Traj. Petronio, qui reprend tous les raisonnements avancés par les fauteurs de la doctrine qu'il combat et les dispose en trois catégories pour les réfuter tour à tour : il réussit aisément à en faire voir le peu de solidité, mais il ne prouve rien contre l'existence de l'affection spécifique du foie dont les autres, en définitive, avaient seulement essayé de donner la théorie. Prosp. Borgarucci, praticien fort répandu de son temps, assure de son côté qu'il est faux que le foie se dessèche comme le font les membres de ceux qui ont la maladie vénérienne, et prétend n'avoir jamais trouvé dans le foie aucune excroissance, quoiqu'il ait ouvert les corps de beaucoup de personnes qui avaient été sous le coup de la syphilis jusqu'au moment de leur mort. Portal (MAL. DU FOIE, p. 373) se charge de lui répondre. « Mais, dit-il, de ce qu'il n'y a pas d'excroissance dans le foie, il ne s'ensuit pas qu'il ne soit souvent affecté chez ceux qui sont atteints du vice vénérien. Les livres contiennent des exemples nombreux d'indurations scrofuleuses, de suppurations, d'augmentation ou de diminution de volume du foie chez ceux qui sont atteints de la vérole. Combien de ces malades n'ont-ils pas éprouvé des douleurs dans la région épigastrique, des troubles dans les digestions, des coliques, la jaunisse, un amaigrissement considérable, et tout cela ne s'est guéri que par le mercure. » Au reste, les opposants à la doctrine si bien défendue dans ce passage n'ont jamais constitué qu'une faible minorité dans le monde médical.

L'attention des médecins ne s'était pas bornée à l'organe sécréteur de la bile ; ce même Petronio, qui refuse au foie d'être le siége de la maladie vénérienne, prétend que si l'un des organes intérieurs doit être particulièrement affecté, c'est plutôt le cerveau. A.-M. Brassavole croyait que la tête et le cœur avaient aussi leur part d'altérations. Plus tard Morton, Hufeland, Swédiaur ont reconnu une *phthisis à lue venereâ*, et Jos. Frank dit avoir guéri une semblable affection par des moyens spécifiques. Corvisart, à son tour, enseigne que certaines végétations des valvules du cœur sont de nature vénérienne.

Mais de nos jours ces idées sont presque universellement abandonnées. A quoi tient ce revirement dans les opinions régnantes ? Les lois qui présidaient à l'évolution de la syphilis se seraient-elles modifiées, ou bien nos devanciers auraient-ils mal observé ? Ni l'un ni l'autre. L'erreur est de notre temps, et elle trouve son explication dans un concours de circonstances que je vais essayer d'apprécier.

En première ligne je placerai les regrettables tendances imprimées à la syphilographie par le célèbre promoteur de la doctrine physiologique qui, ne voyant dans les accidents vénériens qu'une série d'inflammations développées en l'absence de toute cause spécifique, devait nécessairement méconnaître les effets intérieurs de ce virus que tout le monde proclame maintenant.

La spécialité des services de malades, indispensable dans les grands centres de population tels que Paris, est une autre cause d'empêchement pour arriver à établir la filiation des accidents syphilitiques. En effet, les hôpitaux consacrés aux maladies vénériennes ne sont pas ceux dans lesquels, grâce aux progrès de la thérapeutique, on a le plus souvent l'occasion de faire l'anatomie pathologique de ces affections ; les individus qui en sont atteints vont mourir ailleurs de maladies communes ou de conséquences si lointaines de leur syphilis constitutionnelle que, dans les hôpitaux ordinaires, on constate des lésions organiques sans savoir à quelle cause les rapporter.

Enfin, pour le foie en particulier, dont l'aspect et les autres qualités peuvent subir de si grandes variations sans sortir des limites encore trop vagues de l'état physiologique, on n'apprécie que les altérations les plus avancées, tandis que les premiers degrés passent inaperçus.

Malgré tous ces obstacles réunis, le moment est venu où la lumière se fera. Déjà M. Ricord a publié dans son grand ouvrage (CLINIQUE ICONOGRAPH. DE L'HÔP. DES VÉNÉRIENS) plusieurs cas d'affections pulmonaires, hépatiques et cardiaques qu'il compare aux gommes sous-cutanées. De son côté, M. Rayer a rapporté (TRAITÉ DES MAL. DES REINS) une série d'observations de néphrite albumineuse coïncidant avec une altération du foie chez des sujets infectés de syphilis. Voici comment il s'exprime à leur égard (t. II, p. 486) : « J'ajoute qu'ayant observé, un assez grand nombre de fois, de semblables maladies du foie sans lésion rénale, j'ai été conduit à penser (et j'ai plusieurs fois déclaré ma conviction à l'hôpital) que ces altérations du foie me paraissaient liées, dans ces cas, à la cachexie vénérienne. » On aime à pouvoir citer en sa faveur de pareilles autorités. Nos propres recherches sont antérieures à la plupart des publications dont il nous reste à parler ; cependant nous allons d'abord nous occuper de celles-ci.

En 1848, M. Diétrich, professeur à l'Université de Prague, a fait paraître un mémoire sur *l'affection syphilitique du foie* chez les adultes, dont plusieurs conclusions sont fort contestables, mais qui aura du moins l'avantage d'appeler sur ce point l'attention des médecins allemands.

En Angleterre, il a été publié un relevé des maladies de l'aorte, dans lequel on établit que plus de la moitié, je crois, des sujets présentaient des antécédents syphilitiques. Quelques médecins de ce pays vont même jusqu'à faire des myringites (inflammations de la membrane du tympan) et des pneumonies vénériennes.

Après avoir annoncé depuis longtemps la nature syphilitique du pemphigus neo-natorum, M. le professeur P. Dubois a inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, en 1850, sur une altération particulière du thymus chez les nouveau-nés entachés de syphilis, un travail fort remarquable et destiné à avoir un grand retentissement.

M. Lagneau fils vient de rassembler dans sa thèse inaugurale (1851) tous les faits, épars dans les auteurs, d'affections pulmonaires supposées syphilitiques.

Enfin, plus récemment encore, M. Depaul a lu à l'Académie de médecine un mémoire très-bien fait sur des foyers d'apparence purulente qu'il a rencontrés dans les poumons des nouveau-nés et qu'il croit de nature syphilitique.

Il y a donc en ce moment une tendance générale à réhabiliter la syphilis dans le domaine de la pathologie interne. C'est un édifice à reconstruire avec les anciens et les nouveaux matériaux ; mais pour qu'il résiste au vent de la critique, il faut que ces matériaux soient choisis avec sévérité et employés avec discernement. Par exemple, il ne suffit pas d'avoir montré la fréquente coïncidence des affections de l'aorte avec une syphilis antérieure pour être autorisé à établir entre ces deux faits un rapport de causalité ; les affections vénériennes sont malheureusement si communes dans les grandes villes, qu'à ce compte on pourrait leur attribuer la plupart des maux qui affligent l'humanité, surtout si l'on continue à confondre les blennorrhagies avec les

---

en ce genre. Au banquet de la Société de médecine, il jette comme bouquet le couplet suivant :

« Permettez-moi quelque louange
» Pour le choix de votre bureau :
» Un president,
» Ferme et savant,
» Bien escorté par trois bons secrétaires;
» Un tresorier,
» Vrai financier,
» Nouveau Sully faisant bien son métier ;
» Votre archiviste entend bien son affaire :
» Avec un tel etat-major
» Le corps d'armee est assez fort......
» Pour depeupler la terre. »

Une autre fois, c'est de sa propre personne qu'il fait directement les honneurs. Dînant avec des avocats, il leur propose ainsi son traité de paix :

« La partie est au moins égale,
» Et nous sommes à deux de jeu.
» Oui, je le sais,
» Un seul procès
» Vous suffirait pour vider mes goussets.
» Mais je saurais bien à Loyasse (1),
» Fût-il aussi rempli qu'un œuf,
» Vous bien portant comme Pont-Neuf,
» Vous trouver une place. »

(1) Cimetière de Lyon.

Et ce dernier trait, si joli, si fin par sa crudité feinte ! C'est encore dans un dîner, et à la campagne ; le poëte s'adresse à l'amphitryon :

« J'ai bien là-bas quelqu'un à l'agonie,
» Qui pour mourir attend son médecin.
» Grâce à ta fête, il est encore en vie,
» Et j'ai remis son affaire à demain. »

Ajoutons bien vite que celui qui, à table, faisait si bon marché de la science et des clients fut toute sa vie un modèle d'humanité et de dévouement. Ses inspirations médicales, on peut le dire, lui venaient le plus souvent du cœur. Pour certains professeurs, le malade est un probleme à résoudre : à ses yeux c'était avant tout un malheur à soulager, et il appliqua à ce but toutes les puissances de sa riche organisation. Aussi tout consultant, avec lui, parcourait inévitablement ce cercle de la douleur à l'espoir, de l'espoir à la confiance, de la confiance à la guérison, de la guérison à l'amitié. — On peut me croire, car ce n'est pas un panégyrique que j'écris : je redis simplement de Morel ce que j'ai trouvé, sans une seule exception, dans la mémoire de tous ses confrères, dans le cœur de tous ses malades.

Les chansons d'un médecin ne pouvaient pas n'être pas médicales. Ce recueil comprend bon nombre de pièces dont la profession fait tous les frais. *La Carrière du médecin*, *l'Homœopathie*, *l'Hydrosudopathie*, *Vivent les maladies*, *Mon canal* — sujet qu'un urologue seul pouvait trouver ou, pour dire mieux, faire assez large — *A propos de ma gaieté*, etc., captiveront les gens de l'art par le dou-

accidents véritablement syphilitiques, comme on paraît le faire souvent de l'autre côté du détroit.

Que dirait-on d'un auteur qui, ayant noté l'existence antérieure de la rougeole ou de la vaccine, viendrait leur rapporter les lésions survenues plus tard du côté de l'aorte?

Pour que la conclusion tirée du relevé dont il s'agit fût légitime, il faudrait donc qu'on eût défalqué les cas dans lesquels la maladie de l'aorte pouvait s'expliquer par les causes généralement admises, et que, pour les cas restants, on eût montré l'apparition des premiers symptômes du mal remontant à l'époque de la manifestation des accidents syphilitiques constitutionnels, comme cela a lieu, par exemple, pour le sarcocèle vénérien.

De plus, si l'on trouvait aux affections de l'aorte prétendues syphilitiques quelque chose de particulier dans leur marche, leurs caractères anatomiques, et surtout dans leur traitement, cela ajouterait beaucoup à la rigueur de la démonstration.

Or, j'ai été assez heureux pour rencontrer, pendant mon internat à l'hôpital Necker, des faits qui remplissent presque toutes ces conditions et qui me semblent devoir laisser très-peu de place au doute. Ces faits sont relatifs à une maladie non décrite du foie que j'ai découverte, au commencement de 1847, étant avec M. le professeur Trousseau, chez des enfants atteints de syphilis constitutionnelle. Dans le courant de janvier 1848, la GAZETTE DES HÔPITAUX a rendu compte d'une leçon du savant professeur, dans laquelle, par un désintéressement que je ne saurais trop reconnaître, cette maladie nouvelle se trouve mentionnée sous mon nom. J'ai aussi montré plusieurs exemples de cette altération du foie à la Société anatomique et à la Société de biologie, ainsi qu'à plusieurs médecins haut placés dans la science, parmi lesquels il me suffira de citer MM. Cruveilhier, Cullerier, Rayer, Ricord, etc. Le fait commence donc à se vulgariser à Paris; pour le répandre davantage encore, j'ai cru qu'il importait de le livrer, sans plus tarder, à la publicité.

La maladie que je vais faire connaître n'a encore, que je sache, été décrite nulle part. Il faudrait s'en étonner, sans doute, si elle ne se rapportait à un âge dont la pathologie laisse encore tant à désirer, et si elle n'appartenait à un organe dont les affections restent si obscures malgré la vive lumière qu'ont jetée sur leur étude quelques travaux contemporains. Disons toutefois, pour être juste, que Portal semble l'avoir entrevue, et qu'il l'a indiquée en ces termes : « On remarque fréquemment que ce vice (syphilitique), contracté par les enfants dans le sein de leur mère ou pris de leur nourrice, porte ses premiers effets sur le foie et sur le mésentère. » (TR. DES MAL. DU FOIE, p. 375.) Mais il n'a pas connu l'altération anatomique du foie, à laquelle se rattachaient les symptômes par lui énumérés, et d'ailleurs on pourrait lui reprocher de n'avoir pas montré un esprit suffisamment critique dans la liste un peu trop longue qu'il en a dressée.

C'est précisément sur la lésion caractéristique du foie dans ces conditions morbides que mes recherches ont porté, et que je possède des observations entièrement neuves. Une fois engagé dans cette route, j'ai dirigé aussi mes investigations vers les adultes affectés de syphilis constitutionnelle, et je déclare que sur plusieurs individus qui avaient succombé dans la période tertiaire j'ai trouvé une altération plus ou moins analogue, si ce n'est identique, à celle qu'on décrit sous le nom de cirrhose; en sorte que, si ces faits ne sont pas de simples coïncidences, certains états granuleux reconnaîtraient pour origine le virus syphilitique.

Mais ce n'est pas seulement à l'époque des accidents tertiaires que le foie peut être touché par la syphilis; j'ai vu cinq fois l'ictère se déclarer au moment même de la première apparition d'un exanthème syphilitique, et comme M. Ricord a noté quelquefois cette coïncidence, je crois qu'elle n'est pas l'effet d'un pur hasard. Tout cela semblerait donc justifier jusqu'à un certain point la prétention des anciens, reproduite par Keil, qui voulait que la syphilis eût son trône dans le foie : « *Habere in hepate præcipuum fundamentum, basim et radicem.* »

Aujourd'hui nous ne nous occuperons que de l'affection syphilitique du foie chez les enfants du premier âge, réservant pour un second travail ce qui est relatif aux autres parties de cette vaste et difficile question.

Pour procéder avec méthode, je vais commencer par établir les caractères anatomiques de la lésion, et par conséquent sa nature intime; je m'efforcerai ensuite de montrer qu'elle appartient exclusivement aux jeunes sujets entachés de syphilis héréditaire; puis j'étudierai les symptômes qui peuvent la faire reconnaître pendant la vie. J'en indiquerai le degré de gravité, et je terminerai par l'exposition des moyens thérapeutiques à mettre en usage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'altération singulière du foie que j'ai rencontrée chez de jeunes enfants syphilitiques était tantôt générale et tantôt partielle.

Dans le premier cas, et lorsque l'altération est portée au plus haut degré, la glande offre une couleur jaune fort différente de celle de l'état normal, et que je ne puis mieux comparer qu'à la nuance de certaines pierres à fusil. L'apparence de deux substances s'est complétement évanouie; seulement, sur le fond jaunâtre uniforme, on découvre, avec de l'attention, un semis plus ou moins clair de petits grains blancs, opaques, ayant l'aspect des grains de semoule, et de plus des arborisations déliées appartenant à des vaisseaux exsangues.

Le foie est sensiblement hypertrophié, globuleux, turgide, dur et difficile à entamer avec les doigts, qui finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à sa surface. Son élasticité est telle que si l'on presse fortement entre les doigts, comme pour l'écraser, un morceau cunéiforme emprunté à son bord tranchant, ce morceau s'échappe à la manière d'un noyau de cerise et rebondit à la surface du sol. Incisé, il crie un peu sous le scalpel, comme ferait de l'encéphaloïde cru.

Les coupes qu'on pratique sur ce foie altéré sont très-nettes, homogènes, et la grande consistance dont il jouit permet d'en obtenir des tranches très-minces, douées d'une demi-transparence qui se retrouve à un certain degré dans les portions naturellement amincies de l'organe, telles que le bord tranchant et surtout la languette qui termine le lobe gauche.

En exprimant le tissu du foie après l'avoir incisé, il ne s'écoule point de sang; mais on fait sourdre des surfaces de section une sérosité assez abondante, limpide, légèrement nuancée de jaune, qui s'échappe également à la longue sans l'intervention d'aucune action mécanique. Il en résulte, dans les deux cas, une moindre turgescence et même une certaine flaccidité de l'organe, par laquelle il ne faudrait pas s'en laisser imposer, si l'on était appelé à prononcer sur l'existence de la lésion.

La sérosité dont il s'agit se coagule dans les mêmes conditions que les dissolutions albumineuses, ce dont je me suis assuré de la manière suivante : après avoir haché une portion de tissu du foie, j'ai laissé les fragments, pendant quelques minutes, macérer dans l'eau, en ayant soin d'agiter. Le liquide clair qui en est résulté ayant été ensuite exposé dans un

---

ble attrait de la pensée et de la forme. Nous les recommandons en toute sécurité, sous ce rapport, à nos confrères.

Mais, en général, sa muse s'inspire plutôt de l'oubli complet que des réminiscences du diplôme. C'est à table, entre amis, qu'il s'épanouit librement, qu'il entraîne et séduit. Calembours ou épigrammes, tirant sur autrui ou sur lui-même, bachique ou anacréontique, il faut que les lèvres s'entr'ouvrent en même temps que les flacons, rates et verres, tout se désemplit à la fois. Ici, à *la bénédiction* d'un appartement, il s'écrie :

« D'un assaut
» Vif et chaud,
» Frappons ce vin delectable;
» Dieu, quand nous serons sous la table,
» Nous benira de plus haut. »

Invité au dîner de circonstance d'un radical, qui voulait faire une fin, il lui présenta ainsi son hommage :

« Nous savons tous qu'en politique
» Son esprit est bien affermi,
» Qu'il ne craint pas la Republique
» Et que du peuple il est l'ami.
» Je crains bien que le mariage
» Ne le retourne tout, grand Dieu?
» Amis, il est déjà, je gage,
» Partisan du juste milieu. »

Battu par le flot des agitations populaires, tour à tour porté candidat, puis repoussé, il se console en chantant :

« Tout en me laissant à la porte,
» D'aise vous m'avez transporté;
» D'autant plus mal on m'a porté,
» D'autant mieux je me porte. »

Et cette pensée, tableau si finement esquissé des sages prévisions du buveur émérite qui sait bien où il va, et y va quand même :

« Boire pur
» C'est bien dur;
» Mais j'en fais le sacrifice :
» O Bacchus! sois moi propice
» N'éloigne pas trop le mur. »

Une de ses chansons est spécialement faite *contre la manie qu'on a, dans certaines maisons, de faire servir le vin par derrière.* Le bonhomme Chrysalde n'aurait pas désavoué cette boutade :

« Je n'aime pas qu'on observe
» Combien de fois je boirai :
» Qu'ai-je besoin qu'on me serve?
» Moi seul je me servirai.
» Quoique vieux,
» Grâce aux dieux,
» J'ai le bras encor solide;
» Je ne suis pas bien timide
» Et moins encor paresseux. »

tube à la flamme de la lampe à alcool, s'est troublé, au moment de l'ébullition, par des flocons blanchâtres ayant tout l'aspect de l'albumine coagulée. Les fragments, bouillis à leur tour, se sont durcis et sont devenus blancs et opaques.

Dans un cas où, le troisième jour après la mort, j'ai essayé de constater la présence du sucre de diabètes, démontrée dans le foie normal par M. Cl. Bernard, je n'ai pas obtenu, avec le tartrate double de cuivre et de potasse, la réaction caractéristique. L'absence d'un produit normal de sécrétion, dans un organe si profondément altéré, n'a rien qui doive surprendre; cependant on pourrait objecter contre ce résultat négatif le long espace de temps écoulé depuis la mort, et par conséquent la possibilité de la disparition du sucre qui aurait existé primitivement : c'est donc une expérience à refaire.

Voilà les principaux caractères de l'altération syphilitique du foie portée à l'extrême, tels qu'ils se sont présentés à nous dans trois de nos observations; mais il s'en faut que cette altération soit toujours si évidente et si générale : plus souvent peut-être elle revêt d'autres formes que nous allons étudier.

Parmi celles-ci, la plus commune ne se distingue de la précédente que par le degré de la lésion, qui reste d'ailleurs généralisée. Ses caractères, toujours beaucoup moins tranchés, sont quelquefois assez peu accusés pour qu'elle ait pu jusqu'ici échapper à des yeux non prévenus, et qu'à l'avenir elle passe encore souvent inaperçue. A ce titre, elle demande que nous insistions davantage sur les moyens de la reconnaître.

Le foie, moins gros que dans la première forme, peut même ne pas s'éloigner très-manifestement du volume normal. Il est ferme, sans offrir l'excessive dureté signalée dans d'autres cas, et il retient en partie la nuance de coloration que nous avons comparée à celle du silex. Cette couleur jaune s'observe plus particulièrement à la périphérie, c'est-à-dire dans la couche superficielle du tissu hépatique, et conséquemment le long du bord antérieur. L'intérieur de l'organe offre plutôt une coloration indécise, nuancée de jaunâtre et de brun rouge, plus ou moins atténué. Nulle part le parenchyme ne paraît tout à fait sain.

En même temps, le foie jouit aussi d'une certaine demi-transparence qui permet de distinguer, à une petite profondeur, les grains de semoule dont sa substance se trouve parsemée. Ces points opaques sont ici beaucoup plus nombreux et plus serrés, et le piqueté abondant qu'on découvre, lorsqu'on examine attentivement la pièce, me semble un des meilleurs indices de la modification pathologique dont le foie est alors le siége.

A la vérité ces grains opaques plongés au milieu de la substance légèrement translucide reproduisent jusqu'à un certain point l'aspect des deux substances qui passent pour constituer le tissu hépatique; mais, outre que ces grains sont séparés par de très-grands intervalles, la substance ambiante ne ressemble pas beaucoup à la trame essentiellement vasculaire des espaces aréolés de l'état sain.

Au reste, il ne faut pas oublier que les caractères du foie dans le premier âge de la vie sont très-différents de ce qu'ils seront plus tard.

Cette glande, d'abord très-développée par rapport aux dimensions de l'enfant, conserve pendant quelque temps un volume relatif considérable qui diminue ensuite par degrés, en sorte qu'elle est absolument moins grosse à la fin du premier ~~mois qu'au moment~~ de la naissance. C'est ainsi que chez un enfant à terme, qui avait à la vérité le foie d'un volume hypernormal, le diamètre transverse de cet organe, en suivant un peu la convexité de la face supérieure, était de 18 centim.; le diamètre antéro-postérieur du lobe droit était de 13 centim.; le même diamètre du lobe gauche était de 11 centim. Tandis que chez un enfant d'un mois, dont le foie me paraissait gros, comparé à celui des sujets de cet âge, le diamètre transverse, mesuré par la face plane (1), n'était que de 14 centim; le diamètre antéro-postérieur du lobe gauche égalait à peine 9 centim. et celui du lobe droit surpassait très-peu ce chiffre.

Au moment de la naissance, le tissu hépatique ressemble pour la coloration à celui de la rate elle-même, et quoique sa couleur brun rouge perde graduellement de son intensité, elle reste encore assez foncée pendant les premiers mois de la vie extra-utérine pour être fort différente au premier abord de la nuance jaunâtre que nous avons dit appartenir au foie altéré, laquelle se rapprocherait au contraire davantage de la couleur normale chez l'adulte. Ce serait l'inverse pour la transparence; car le foie de l'adulte est opaque même en lame très-mince, tandis que le foie de l'enfant très jeune est manifestement translucide dans les mêmes conditions, ce qui diminuerait un peu la valeur de ce caractère de l'altération syphilitique, si celle-ci ne s'accompagnait pas en général d'une transparence beaucoup plus marquée en même temps que d'une nuance plus ou moins jaunâtre. Cette opacité du foie de l'adulte comparé à celui de l'enfant me paraît dépendre de deux circonstances principales : d'une part, de la prédominance du tissu fibreux; d'autre part, de la plus forte proportion des matières grasses accumulées dans les cellules propres. La différence, sous ce dernier rapport, est des plus frappantes.

L'aspect granitique et l'apparence des deux substances qui en résulte manquent dans le foie du nouveau-né, mais ils existent déjà d'une manière bien prononcée dans la période de la vie où nous nous arrêterons, c'est-à-dire vers la fin du deuxième ou du troisième mois de l'existence.

De plus, à cet âge le foie normal incisé laisse écouler en abondance le sang dont il est rempli, ce qui n'arrive pas également pour celui qui a subi l'altération morbide que nous décrivons.

En définitive, le diagnostic anatomique de cette altération nous paraît devoir être toujours possible pour quiconque aura présentes à l'esprit les particularités que nous venons de passer en revue. Il importe toutefois d'être prémuni contre une dernière cause d'erreur que je vais indiquer. Lorsqu'on saisit entre les doigts un foie sain, la pression chasse des points sur lesquels elle s'exerce le sang renfermé dans les réseaux capillaires et fait ressortir la couleur propre du parenchyme hépatique qui tire, comme on sait, plus ou moins sur le jaune. Ces places jaunâtres ou fauves pourraient être prises pour des points malades au milieu d'un tissu normal, si l'on n'avait pas été témoin du phénomène; mais l'empreinte en creux laissée par les doigts ou par tout autre objet compresseur et surtout l'absence d'une certaine diaphanéité, ainsi que la possibilité de faire revenir le sang par refoulement, sont autant de caractères auxquels on ne saurait se méprendre.

Le cas suivant, qui est un exemple de cette seconde forme de l'altération, contribuera à en fixer dans l'esprit les diverses particularités.

(1) Cette circonstance n'influe pas beaucoup sur les résultats de la mensuration; lorsque le foie repose sur sa face supérieure, la pesanteur force ses deux extrémités, surtout la gauche qui est plus mince, à se rapprocher du plan qui le supporte, si bien que la face inférieure devient elle-même un peu convexe.

Je finis par un sujet qui trouvait Morel, si bon, toujours impitoyable. Il s'agit du mauvais vin ;

LE VIN DE JUJURIEU.

« Du jujurieu dans maint couplet
» Chantons la vertu parfique ;
» Mais d'être plein de mon sujet
» Garde-moi bien, muse bachique.
» Sur son compte il n'est qu'une voix,
» Partout on proclame sa gloire :
» Mais il est plus aise, je crois,
» De le chanter que de le boire.

» Comme le généreux mâcon
» Qui bien souvent nous fait voir double,
» Il ne trouble pas la raison,
» Car c'est toujours lui qui se trouble.
» On peut, qu'il soit vieux ou nouveau,
» En avaler maintes rasades;
» Un docteur qui conseille l'eau
» Le recommande à ses malades.

» On dit qu'il n'a point de bouquet,
» Cette critique est sotte et vaine;
» C'est une erreur, c'est un caquet :
» Il a le bouquet du surène?
» On ose encor lui reprocher
» D'être sujet à l'avarie;
» N'en croyez rien; sans y toucher
» Conservez-le toute la vie.

» O vin du cru! console-toi,
» Amour de ton propriétaire,
» Dans sa cave tu fais la loi
» Mieux que le beaune et le madère.
» Parmi les vins de choix, de prix,
» Ta place hélas! est la dernière :
» Mais des piquettes du pays
» Tu seras toujours la première.

» Disons toute la vérité;
» On voit que j'en suis un apôtre :
» Il jouit d'une qualité
» Que l'on cherche en vain dans un autre.
» Il devient bleu, ce joli vin,
» En le mêlant avec l'eau pure;
» Il peut servir à double fin,
» Car il est bon pour la teinture. »

Hélas! cette existence si enviée était destinée à démentir toutes les prévisions humaines. Honoré, chéri pour son caractère, estimé pour son talent consciencieux, Morel avait largement recueilli les fruits de la considération publique. La vieillesse approchait; mais il défiait ses épreuves en en chantant d'avance les compensations. — Cependant l'avenir de sa jeune famille était venu mêler une préoccupation constante à ses pensées jusque-là si pleines d'imprévoyance. Content de peu pour lui, pour elle il eût voulu plus que l'épicurienne médiocrité. Il se laissa donc entraîner par de brillantes promesses. Morel devint spéculateur!... Mais bientôt le rêve se dissipa et fit place aux plus tristes déceptions.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE MATERNELLE; SYMPTÔMES DE PÉRITONITE; MORT; FOIE INFILTRÉ D'ÉLÉMENTS FIBRO-PLASTIQUES.

Obs. I. — Marie-Joséphine, née à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 7 (service de M. Cullerier), le 18 mars 1849, d'une mère affectée de syphilides tardives et de plaques muqueuses autour des parties génitales, succombe le 17 avril, après avoir présenté du dévoiement et les symptômes ordinaires de la péritonite.

Autopsie le 19 avril 1849, à neuf heures du matin.

Aspect extérieur. — Le petit cadavre est très-amaigri; le ventre est plat. La peau, légèrement bistrée sur tout le corps, l'est un peu davantage à la face. Dans cette région existent des traces non douteuses de syphilis constitutionnelle. Les lèvres sont froncées à la manière d'une bourse à coulisse. Les sillons sont d'un rouge cuivreux; l'épiderme qui les revêt est excessivement ténu.

Les narines sont obstruées par des croûtes brunes. Il y a quelques croûtes moins foncées sur la racine des sourcils et dans les sillons naso-jugaux. Le reste de la peau du visage est çà et là couvert de squammes. Les autres parties du corps, tronc et membres, ceux-ci surtout, sont le siége de boutons durs constitués par une croûte jaunâtre ou brune hyacinthe, arrondie, un peu bombée et enchâssée dans le derme comme un verre de montre (ecthyma lenticulé). Sous ces croûtes le derme est rouge et creusé de canaux vasculaires plus larges que dans les intervalles de peau saine; il laisse suinter des gouttelettes de sang noir qui devient bientôt rutilant.

Les pustules d'ecthyma, plus larges et plus nombreuses au voisinage de l'anus et des parties génitales, y sont aussi généralement excoriées. A leur niveau, le derme est induré et épaissi de manière à rappeler une moitié de pois cassé ou un cotylédon de pois (ecthyma profond). Celles de ces pustules qui sont dans les plis génito-cruraux et dans la rainure interfessière sont humides et couvertes d'un peu d'enduit grisâtre; celles qui sont exposées à l'air libre sont desséchées comme les surfaces qui ont été dépouillées de leur épiderme par un vésicatoire.

Outre ces pustules d'ecthyma profond, on rencontre dans les mêmes régions plusieurs surfaces en relief finement granuleuses (plaques muqueuses).

Tête. — Le crâne n'a pas été ouvert.

Je n'ai exploré que la partie antérieure des cavités nasales; elles renfermaient un peu de pus ichoreux teinté de sang. La membrane muqueuse tapissant la cloison médiane était ulcérée à droite et à gauche. Le cartilage, mis à nu dans une très-petite étendue, était desséché, rouge et demi-transparent. Autour de ce point central, la membrane fibro-muqueuse ramollie, grise, infiltrée de matière purulente, se détachait par lambeaux semblables à de la filasse.

Poitrine. — Les poumons, d'un beau rose, reviennent sur eux-mêmes, sont parfaitement souples, ne crépitent pas et ne présentent ni induration partielle ni aucune autre altération.

Le cœur n'est pas ouvert.

Abdomen. — Le foie présente l'altération anatomique particulière à la syphilis.

Il est à fond jaunâtre, nuancé par place de rouge plus ou moins vineux. Sur ce fond on aperçoit par transparence, dans la substance hépatique, une infinité de petits points opaques et blancs, semblables à des grains d'une semoule très-fine, disséminés dans une pâte translucide. Les parties jaunes, en effet, jouissent d'une demi transparence très-marquée et facile à constater, sur le long du bord tranchant du foie, soit sur le bord d'une coupe pratiquée dans l'épaisseur de l'organe. La surface des coupes est très-lisse et n'a rien de l'aspect normal; on y voit seulement de larges marbrures jaunes sur un fond rougeâtre. Il n'y a que les couches superficielles du foie, principalement vers le bord antérieur, qui présentent la nuance jaune sans mélange, et ces couches, perdant peu de leur volume par retrait, font parfois un relief marqué par rapport aux couches profondes, qui reviennent davantage sur elles-mêmes.

Des points blancs opaques, analogues à ceux que j'ai comparés à des grains de semoule, se remarquent à la surface des tranches.

Çà et là le péritoine hépatique, au niveau des parties qui ont la teinte jaunâtre la plus caractérisée, est couvert de pellicules pseudo-membraneuses adhérentes qui lui donnent un aspect tomenteux.

Ce que nous avons dit plus haut de l'aspect extérieur du foie se rapporte plus particulièrement à la face convexe, la face concave offrant sur le fond général un piqueté rouge assez abondant par places.

La vésicule biliaire, verdâtre à l'extérieur, renferme une bile filante d'un rouge d'ambre.

Je ne vois rien de particulier dans le hile et les organes qui s'y rendent ou en partent.

Le foie pèse plus de 200 grammes.

Son plus grand diamètre (le transverse), mesuré par la face concave, est de 14 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur, passant par la vésicule et le lobule de Spigel, = presque 9 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur, mesuré par la face inférieure sur le lobe gauche et le lobe droit, égale ou surpasse très-peu 9 centimètres.

La diagonale, menée entre la pointe supérieure du lobe gauche et l'angle antérieur du lobe droit, = 16 centimètres et demi.

Nous supposons toujours le foie étalé sur un plan, ce qui lui donne une forme artificielle; car, dans l'état naturel, la face supérieure est très-bombée et la face inférieure très-concave, ce qui fait que cette dernière face est en réalité moins étendue, et que les parties qui lui appartiennent y sont plus ramassées, plus pressées les unes contre les autres.

La rate, longue de 7 centimètres et demi, large d'un peu plus de 4 centimètres, est d'un rouge brun, d'une consistance ferme, et ne renferme pas de boue splénique. Le péritoine qui la recouvre a presque partout perdu son poli, ce qu'il doit à de minces concrétions pseudo-membraneuses difficiles à enlever.

L'estomac contient un liquide glaireux, mêlé de stries blanches et de grumeaux blancs.

Les intestins grêles contiennent une matière jaune, demi-liquide, homogène, en petite quantité. Ils n'ont pas été fendus dans leur longueur; mais rien ne faisait présumer qu'ils fussent malades.

A l'extérieur, pas la moindre injection, pas la plus légère rougeur.

Cependant le péritoine est enduit d'une couche purulente difficile à apercevoir. Au premier abord, les points déclives de la cavité péritonéale renferment un pus phlegmoneux accumulé. La quantité totale peut en être évaluée à une cuillerée à soupe (15 à 20 grammes environ).

Pas d'autres traces de péritonite.

Les reins sont pâles, mais fermes et en apparence parfaitement sains.

La vessie est pleine d'urine foncée, floconneuse, comme si elle était chargée d'albumine coagulée.

Examen microscopique à un grossissement de 520 diamètres. — Le foie, surtout dans ses portions jaunâtres, demi-transparentes, s'est montré infiltré d'une très-grande quantité d'éléments fibro-plastiques, noyaux, cellules, plus ou moins allongées et effilées.

Les cellules propres renfermaient de rares et très-petits globules gras, ainsi que quelques granules de matière colorante.

La rate renfermait une énorme quantité d'éléments fusiformes et un grand nombre de noyaux fibro-plastiques.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

(*La suite au numéro prochain.*)

Trompé dans ses espérances, il put entrevoir pour les objets de son affection le dénûment en perspective. Le chansonnier dut s'occuper d'échéances, de ventes, de liquidations, etc. : effort encore plus pénible pour son cœur! il lui fallut commencer à douter de l'amitié.

En peu de mois, une maladie organique de l'estomac, précipitant sa marche accoutumée, l'eut conduit au tombeau. Quelle cause en avait ainsi hâté le terme? Il n'y eut qu'une voix pour la nommer. Fatal exemple de ces contrastes où le sort semble se complaire! L'homme le plus gai parmi nous était mort de chagrin; le meilleur convive était littéralement mort de faim.

En recueillant ce qui lui appartint, ses amis trouvèrent ces vers. Pour eux c'était un souvenir précieux. Ils voulurent en doubler le charme en y associant la réalisation du dernier, du plus cher vœu de celui qu'ils pleuraient, et décidèrent que le recueil serait publié et vendu au bénéfice de ses enfants.

Si le lecteur a pu, par cette imparfaite ébauche, s'initier aux qualités attachantes de notre regretté confrère, si arrivé à la dernière page, il a ressenti quelque chose de cette attractive séduction qui émanait de toute sa personne comme une provocation à l'amitié, il n'est pas trop tard pour satisfaire au besoin de son cœur. Il peut encore prendre rang parmi les amis de Morel en s'inscrivant au nombre des bienfaiteurs de sa famille (1). J'adresse avec confiance cet appel aux médecins de tous les pays, sûr qu'il existe, en dépit du temps et de l'espace, une communion réelle entre toutes les âmes généreuses; et ce serait, je l'avoue, ma plus douce récompense de les voir en grand nombre venir demander à partager l'honneur et les charges de cette amitié posthume.

P. Diday.

(1) Les Chansons de R. Morel se trouvent en vente au bureau de la Gazette Médicale. — Un volume in-12.

— On lit dans le Moniteur de l'armée :

« Par décision du 9 avril, le prince-président de la République a donné son approbation au classement résultant de la fusion des sections de médecins et de chirurgiens en un seul corps de médecins militaires.

» Ce classement comprend : les inspecteurs, les officiers principaux, les médecins ordinaires de première classe et les majors de première classe; les médecins ordinaires de deuxième classe et les chirurgiens-majors de deuxième classe; les médecins-adjoints et les chirurgiens aides-majors de première classe.

» Les chirurgiens aides-majors de deuxième classe restent classés comme ils l'étaient dans les annuaires précédents, à cette exception près que les anciens aides-majors non docteurs, et d'une nomination antérieure à l'ordonnance du 12 août 1836, sont mis hors cadre, tout en conservant leurs emplois jusqu'à leur admission à la retraite ou leur réception au doctorat.

» La fusion est faite de telle sorte que les médecins et chirurgiens conservent, sur leur nouveau contrôle, un rang exactement correspondant à celui que chacun occupait précédemment dans sa hiérarchie professionnelle. »

— M. le docteur Thierry père vient de mourir à un âge très-avancé.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite. — Voir les nos 14 et 16.)

II. — PHOSPHORE.

Cette substance est peu employée en médecine. Son action vénéneuse a été mise en lumière surtout par les travaux de M. Orfila, dont le nom se retrouvera toujours sous notre plume lorsqu'il s'agira de l'action toxique des substances.

Cependant à peine ce corps était-il découvert, que Kunckel en composait des pilules dites *lumineuses*, qu'il destinait à combattre l'asthénie qui accompagne les affections chroniques.

Bayle a réuni, dans sa BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE, à peu près tout ce que nous possédons sur les essais tentés à l'aide de cette substance, dont les vertus *vitales* eussent paru merveilleuses, si bon nombre de faits malheureux n'étaient venus refroidir l'engouement qu'elle excita.

Nous apportons à la science quelques matériaux nouveaux, quelques expériences tentées au point de vue des modifications que subit la caloricité animale sous son influence.

Nous avons fait six expériences dont nous traçons ici l'historique.

EXP. I. — 15 décembre 1850. Température initiale, 40°,2.

A onze heures trente-cinq minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien, 2 centigr. de phosphore dans 50 grammes de mucilage huileux à 20°.

A midi trente-cinq minutes, 45°,5.

A deux heures cinquante-cinq minutes, 41°,2. L'animal ne présente aucun symptôme particulier.

A six heures dix minutes, 41°,9.

A onze heures quarante minutes du soir, 41°,3.

EXP. II. — 12 janvier 1851. Température initiale, 40°,3.

A midi trente minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien de petite taille, 5 centigr. de phosphore dans 50 gr. de mucilage huileux à 20°.

A midi cinquante-sept minutes, 40°,1.

A une heure trois minutes, l'animal est pris de nausées.

A trois heures vingt-cinq minutes, 39°,9.

A cinq heures trente minutes, on le trouve mort.

EXP. III. — 15 décembre 1851. Température initiale, 40°,4.

A midi, on introduit dans l'estomac d'un chien, 5 centigr. de phosphore dans 50 gr. de mucilage huileux à 20°.

Immédiatement après, il survient des nausées continuelles et très-violentes, accompagnées d'une agitation extrême; l'animal paraît en proie à de vives souffrances.

A midi quarante-cinq minutes, 39°,8. Le chien est plus calme.

A trois heures, 40°,5. L'animal continue à être calme; il y a eu une sécrétion très-abondante de salive; pas de symptômes du côté des organes génitaux.

A six heures quinze minutes, 42°,7.

A onze heures quarante-cinq minutes du soir, 42°,6.

Le 17 au matin, l'animal est vivant et marche. On le tue par strangulation.

NÉCROPSIE. — CAVITÉ THORACIQUE. Les organes ne présentent que l'état qui suit la strangulation.

CAVITÉ ABDOMINALE. Le foie est turgescent; la rate et les reins sont à l'état normal; le pancréas est rouge foncé.

La membrane muqueuse de l'estomac est très-légèrement teintée de rose vif. L'intestin est rempli de lombrics et surtout de tænias; sa membrane muqueuse est injectée dans tout son parcours. La vessie contient une certaine quantité d'urine et sa membrane interne est d'un rose vif.

Les ganglions du plexus solaire sont blancs.

L'axe cérébro-spinal est à l'état physiologique.

EXP. IV. — 22 décembre 1850. Température initiale, 40°.

A onze heures cinq minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien, 10 centigr. de phosphore dans 50 gr. d'un mucilage huileux à 20°.

A onze heures douze minutes, selle liquide.

A midi quarante-cinq minutes, 40°,2; vives souffrances accompagnées de cris et de nausées.

A trois heures cinq minutes, 39°,8.

A six heures, on le trouve mort.

NÉCROPSIE le 24 à onze heures et demie.

CAVITÉ THORACIQUE. Les poumons sont rouges, maculés, peu crépitants; leur section est d'un rouge foncé et laisse écouler un sang noir.

La cavité droite du cœur contient des caillots noirs, diffluents, non fibrineux; la cavité gauche en contient peu.

CAVITÉ ABDOMINALE. Le foie et les reins sont à l'état normal; le pancréas est rouge. La cavité de l'estomac exhale une odeur phosphorée très-prononcée; elle contient un liquide d'un jaune laiteux et un mucus épais de la même couleur; la membrane muqueuse est généralement d'un gris rosé et chargée d'ecchymoses dans le petit cul-de-sac.

La première moitié de l'intestin contient des tænias et un mucus épais, jaune; la membrane muqueuse sous-jacente est très-vascularisée et présente par places des ecchymoses. A l'extérieur de la seconde moitié, on remarque des boursouflures des membranes intestinales, situées au niveau des plaques de Peyer; ces boursouflures incisées, on ne découvre pas d'altération aux membranes. Cette seconde partie de l'intestin contient un mucus moins épais et moins foncé que celui de la première portion et la membrane muqueuse qu'il recouvre est sans altération. Celle du gros intestin est d'un gris sale. La vessie est pleine d'une urine parfaitement limpide; sa membrane muqueuse est légèrement rosée.

Les ganglions du grand sympathique examinés avec soin, nous ont offert un plexus solaire au ganglion rouge et un blanc; à la région lombaire, un blanc intérieurement et extérieurement; un deuxième rose extérieurement et blanc intérieurement; un troisième, plus inférieurement situé que les deux précédents, rose extérieurement et intérieurement.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. Les membranes du cerveau sont légèrement injectées; la substance grise est rouge; la substance blanche offre un très-léger piqueté. Les membranes de la moelle épinière sont intactes; la substance grise est rouge, mais la blanche est saine.

EXP. V. — 22 décembre 1850. Température initiale, 39°9.

A onze heures vingt-trois minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien, 15 centigr. de phosphore dans 50 gr. de mucilage huileux à 20°.

A midi cinquante-cinq minutes, 39°.

A trois heures dix minutes, 39°,9.

A six heures quinze minutes, 39°,8.

A dix heures quarante minutes, 39°,7.

On le trouve mort le lendemain.

AUTOPSIE le 24, à dix heures du matin.

CAVITÉ THORACIQUE. Les poumons sont rouges, crépitants; leur section est d'un rouge cerise et laisse couler un sang de même couleur. La cavité droite du cœur contient des caillots noirs, diffluents, non fibrineux.

CAVITÉ ABDOMINALE. Il s'exhale des viscères une odeur de phosphore et de cadavre.

La cavité de l'estomac contient un mucus épais d'un gris rougeâtre. La membrane muqueuse de ce ventricule est d'un rose terne et présente des ecchymoses dans le petit cul-de-sac. La première moitié de l'intestin grêle contient un mucus épais rouge brun; la membrane muqueuse sous-jacente est fortement injectée et présente, de place en place, des ecchymoses. La seconde moitié contient des tænias et un mucus d'abord grisâtre, puis complètement jaune. La membrane muqueuse de cette portion n'offre plus de trace de vascularisation.

Le foie et les reins sont à l'état physiologique. Le pancréas est d'un rouge clair.

La vessie est distendue par une urine parfaitement limpide; sa membrane muqueuse est d'un rose vif.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges. Des ganglions situés à la région lombaire, l'un supérieur était blanc, un autre, inférieurement placé, était rose.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. Les membranes du cerveau sont un peu injectées. La substance grise est rouge; la substance blanche est intacte. Les membranes de la moelle épinière sont très-légèrement injectées. La substance grise est rouge et la substance blanche intacte.

EXP. VI. — 12 janvier 1851. Température initiale, 40°,3.

A midi quinze minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien, 20 centigr. de phosphore dans 50 gr. de mucilage huileux à 20°.

A midi vingt-cinq minutes, l'animal a quelques nausées.

A midi cinquante-cinq minutes, 39°,4.

A trois heures, on le trouve mort.

AUTOPSIE le 14, à dix heures du matin.

CAVITÉ THORACIQUE. Les poumons sont d'un rose vif. Le cœur est rempli de caillots peu consistants.

CAVITÉ ABDOMINALE. L'estomac contient un liquide jaune laiteux qui répand d'abondantes vapeurs blanches d'une odeur phosphorée très-prononcée. La membrane muqueuse est à peu près à l'état normal dans le grand cul-de-sac; elle est lie-de-vin dans le petit. L'intestin présente à sa surface interne une rougeur ecchymotique qui s'affaiblit à partir du second quart. Le foie et la rate sont à l'état sain; le pancréas est légèrement rosé. Les reins sont un peu turgescents. La vessie est fortement revenue sur elle-même; sa membrane interne est un peu rosée.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges; ceux de la région lombaire sont rosés.

CAVITÉ CÉRÉBRO-SPINALE. Les membranes du cerveau présentent une injection très-peu intense. Le cerveau est sain. Les membranes de la moelle épinière sont intactes, ainsi que la substance blanche; la substance grise est légèrement rosée.

Ainsi, nos expériences démontrent que, sous l'empire de petites doses de phosphore introduites dans l'estomac avec les précautions requises pour préserver la membrane muqueuse d'une action topique immédiale, la température s'élève de 1°,7 et même de 2°,2; mais que si on introduit cette substance à doses plus fortes, la calorification diminue de 0°,2 à 0°,9, quoique l'état inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale eût mieux expliqué une élévation.

Nos autopsies, d'accord avec celles de Giulio (cité par Alibert et Orfila),

démontrent que l'inflammation des membranes gastro-intestinales peut expliquer la mort, mais n'est pas nécessaire pour la produire.

Les expériences faites sur des chiens par les docteurs Bréra et Moggetti s'accordent entièrement avec celles de Giulio et avec les nôtres, pour rapporter au système nerveux les phénomènes pathologiques qui précèdent la mort des sujets soumis à l'expérimentation.

MM. Barbier (d'Amiens), Trousseau et Pidoux se sont abstenus de parler du phosphore.

Alibert, Bayle et Schwilgué ont abordé son étude. Ce dernier (Traité de mat. méd. 1818, t. I, p. 406) s'exprime ainsi : « Si on l'administre à trop grande dose, ou si on en continue l'usage pendant trop longtemps, il peut facilement jeter l'estomac dans un état de débilité et même de paralysie momentanée... On l'emploie particulièrement dans les fièvres adynamiques et ataxiques, dans leurs diverses complications. Il faut, dans ces cas, l'administrer à petite dose et fréquemment, car la prostration qui suit est en raison de l'excitation tonique qu'on détermine... On y a surtout recours dans l'apoplexie imminente, dans l'asphyxie, la syncope, en un mot, dans tous les cas où il ne faut exciter que momentanément, mais d'une manière très-intense. »

Bayle nous donne le long exposé des faits rapportés par Mentz, Morgenstern, Hartmann, Barchewitz, Wolff, Weikard.

Ainsi Mentz a administré le phosphore dans la dernière période des fièvres putride, bilieuse, pétéchiale, alors qu'il y avait perte des sens, affaiblissement extrême. Dans ces cas, le phosphore a provoqué des sueurs abondantes, du calme, du sommeil.

Morgenstern a donné le phosphore dans un cas de fièvre avec éruption pourprée. L'emploi de cet agent provoqua une sueur abondante et une amélioration qui ne fut que momentanée.

P. J. Hartemann rapporte un cas où un malade atteint de fièvre pourprée eut le même sort que le sujet cité par Morgenstern; mais à côté de ce fait malheureux, il donne six exemples de guérison : rougeole de mauvais caractère, pneumonie, rhumatisme chronique, attaques épileptiformes, ophthalmie chronique, affection convulsive.

Wolff relate six observations recueillies par son père. Ces observations se rapportent à des fièvres putrides avec éruption et à une éruption miliaire, chez lesquelles le phosphore provoqua des sueurs abondantes, qui furent suivies de guérison.

Lentin soupçonne cette substance de pouvoir être utile dans la phthisie pulmonaire accompagnée d'haleine fétide. Il cite deux cas de carie osseuse qui furent guéris par l'emploi topique de l'acide phosphorique étendu.

Alph. Leroy expérimenta sur lui-même le phosphore, et reconnut sa puissance aphrodisiaque et l'énergie momentanée qu'il imprime aux fonctions vitales.

Gaultier de Claubry a constaté l'action bienfaisante de l'éther phosphoré dans la prostration accompagnée d'œdème qui suit la fièvre putride. Les deux principaux phénomènes que provoqua le phosphore furent des urines abondantes et des purgations.

M. E.-C. Jacquemin mentionne des faits analogues à ceux de M. Gaultier de Claubry.

Hufeland rapporte deux faits de fièvre intermittente guéris par le phosphore et deux cas de goutte tophacée, où ce médicament provoqua des sueurs copieuses et une sécrétion abondante d'urine.

Coindet fait connaître la guérison d'une affection apoplectique, de deux hydrocéphales et de fièvres malignes.

Lutzelberger a constaté l'action vitale du phosphore dans l'épuisement qui suit les hémorrhagies considérables.

Handel cite un cas d'épilepsie et un de cardialgie, accompagnée de coliques et suivie de convulsions, qui furent guéris l'un et l'autre par l'emploi du phosphore.

J.-F.-D. Lohstein a plusieurs fois expérimenté avec bonheur l'éther phosphoré dans des fièvres nerveuses, dans un typhus parvenu au plus haut degré de malignité, dans une péripneumonie ataxique, dans une céphalalgie périodique, dans une cardialgie, dans des douleurs arthritiques, dans une suppression de règles, dans une chlorose, dans une paralysie, etc.

Pouzoni (de Florence), cité par Targioni-Tozetti, dit avoir guéri une hémiplégie par des frictions avec le liniment phosphoré.

Gumprecht déclare avoir combattu avec succès deux paraplégies.

Crell, des fièvres catharrhales bilieuses.

Lœbelstein-Lœbel a constaté les sueurs abondantes au nombre des effets physiologiques du phosphore; il en a également constaté les bons effets dans la goutte sereine, la manie, la céphalalgie opiniâtre.

Lauth a expérimenté le phosphore dans la paralysie et l'épuisement, mais il fut toujours malheureux dans cet emploi. Paillard le prône comme caustique.

Bantlatz, Rossi, Valsalli-Eandi, Anselmi ont étudié avec soin les effets physiologiques du phosphore, et tous sont arrivés à reconnaître l'augmentation de la chaleur et de l'appétit, l'éréthisme génital, l'hypersécrétion urinaire, et en dernière analyse, la force délétère sur la puissance nerveuse.

Alibert a voulu l'expérimenter dans un cas d'épilepsie et dans l'épuisement qui suit le scorbut invétéré. Il est arrivé à cette conclusion qu'administré à très-petites doses, il a été à la fois et sans danger et sans succès.

Nous nous trouvons maintenant en présence des expériences de notre illustre toxicologiste.

M. Orfila rapporte un certain nombre de curieuses expériences tentées avec le phosphore, mais toutes faites à un point de vue qui n'est point le nôtre.

Comme M. Magendie, il a constaté l'exhalation de vapeurs blanches, après l'absorption de cette substance.

Tous les faits que nous venons de rapporter sont curieux, parce qu'ils tendent tous à établir l'énergie vitale que le phosphore imprime à l'organisme épuisé par de longues souffrances; ils établissent également l'énergie rendue aux fonctions sécrétoires, soit à celles des reins, de la peau ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Tout en restant dans une certaine réserve à l'égard de l'action bienfaisante du phosphore, nous pouvons cependant arriver à des conclusions qui engageront les praticiens à user d'un moyen qui peut devenir précieux entre des mains habiles, mais qui peut aussi être terrible entre des mains imprudentes.

Le phosphore, avons-nous dit plus haut, tue non par l'inflammation intestinale qu'il occasionne, mais par son action sur le système nerveux.

Comme les cantharides, le phosphore est aphrodisiaque; comme elles, il agit sur le système nerveux céphalo-spinal; comme elles, il réveille, ou plutôt il relève l'énergie vitale : il est donc *hypersthénisant*.

Comme les cantharides, il agit sur les sécrétions des muqueuses; comme elles, il amène des hypersécrétions, mais il n'a pas encore été constaté si ces hypersécrétions sont, comme celles des cantharides, de nature albumineuse. C'est un point sur lequel nous appelons l'attention des médecins qui s'occupent de l'analyse chimique des produits physiologiques et pathologiques.

Nous rapprochons le phosphore et les cantharides, et nous pensons que le phosphore peut être employé, comme ces dernières, à la fin des maladies, lorsqu'il s'agit d'imprimer à l'organisme une énergie momentanée, énergie que nous appelons factice, et qu'il faudra soutenir jusqu'à ce que la force vitale ait repris son empire.

Le phosphore pourra encore être essayé, mais avec une précaution extrême, dans certaines affections du système nerveux, comme agent substitutif. On pourra également le prescrire lorsqu'il s'agira d'augmenter ou de modifier par substitution les sécrétions.

Nous concluons en ces termes :

1° Le phosphore a *électivité* sur le système nerveux céphalo-spinal;

2° Le phosphore est une substance *hypersthénisante;*

3° Le phosphore provoque des hypersécrétions dont la nature *spécifique* reste à déterminer.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants;* par MM. Barthez et Rilliet. 2° *Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur;* par M. Laurencet. 3° *De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte;* par M. Delasiauve. 4° *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle, et sur son traitement;* par M. Gosselin. 5° *Recherches sur deux variétés assez rares d'acné, décrites sous les noms de* molluscum contagiosum *et de* molluscum pendulum; par M. Caillault. 6° *Observation de farcin chronique, avec guérison probable;* par M. Ad. Richard et Foucher.

Sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants; par les docteurs Rilliet et Barthez.

Les auteurs s'attaquent en commençant à une opinion de M. Beau, qui a essayé d'établir une séparation tranchée entre la bronchite à râles sonores et la bronchite à râles humides ou *bullaires*, la première ayant pour

caractère d'être peu grave, mais très-sujette à récidive ; la seconde, d'amener rapidement un grand danger, mais de récidiver rarement. La cause matérielle des râles sonores serait la ténacité du mucus sécrété ; les râles bullaires dépendraient de la présence d'un mucus ténu. Nous avons eu occasion nous-même d'examiner cette théorie (Gaz. Méd., 1849, p. 146), et de montrer qu'elle ne s'accordait pas exactement avec l'observation. MM. Rilliet et Barthez, à leur point de vue spécial, établissent que la distinction de M. Beau ne saurait être applicable à la bronchite des enfants et élèvent des doutes sur l'explication physique des râles. Ils ont vu, en effet, la bronchite *à répétition* avoir, sur le même enfant, tantôt la forme sibilante, tantôt la forme bullaire ; ils ont vu des enfants d'une même famille être atteints simultanément, sous l'influence de la même constitution épidémique, les uns de la première espèce de bronchite, les autres de la seconde espèce ; ils ont vu enfin les deux formes coexister ou alterner souvent sur le même individu pendant le cours d'un seul et même catarrhe, c'est-à-dire que l'on percevait, par l'auscultation, un mélange de râles muqueux et de râles sibilants, circonstance d'ailleurs commune à tous les âges et que tous les observateurs ont eu occasion de rencontrer. Les auteurs croient aussi, contrairement au dire de M. Beau, que la bronchite à râles sonores s'accompagne souvent, chez les enfants, de symptômes généraux aussi intenses que ceux de la bronchite à râles bullaires ; ils accordent seulement que la seconde est plus grave que la première.

Sur ces questions de fait, on ne peut qu'être d'accord avec les auteurs du mémoire. Il est même à craindre qu'ils n'aient autant raison contre M. Beau qu'en prêtant à la distinction établie par cet observateur un caractère absolu qu'il n'était pas dans sa pensée. M. Beau ne peut pas avoir voulu contester la possibilité d'une coexistence ou d'une succession rapide des deux espèces de râles chez le même individu ou chez deux individus frappés dans les mêmes circonstances, sous l'influence de la même constitution épidémique. Ce sont là des faits d'une observation trop journalière. Il a seulement remarqué des différences très-notables, quant à la marche et quant à la gravité, entre certaines affections bronchiques à râles sonores, plus spécialement propres à la vieillesse, revenant ordinairement par accès, et la bronchite à râles humides ; et il a cru pouvoir expliquer certaines différences de symptômes et les différences de phénomènes stéthoscopiques par le plus ou moins de viscosité du mucus sécrété. C'est dans ces termes généraux que nous avons, dans le temps, combattu sa manière de voir.

MM. Rilliet et Barthez penchent à croire que les râles sibilants ne sont pas dus à la présence d'un mucus adhérent que la colonne d'air ferait vibrer sans le déplacer, mais dépendent d'une congestion aiguë ou chronique de la membrane muqueuse. Ils font jouer d'ailleurs un assez grand rôle à la congestion dans la production des râles sonores, sur quelque point de l'arbre respiratoire qu'ils se fassent entendre, et c'est à cette cause, par exemple, qu'ils attribuent le bruit propre à la *laryngite striduleuse*. C'est là, on le sait, une explication rejetée par des pathologistes très-versés dans cet ordre de questions. Nous croyons, quant à nous, que c'est arbitrairement qu'on établit une sorte d'opposition entre les deux termes du problème, et qu'on ne veut accepter l'un qu'à l'exclusion de l'autre. Toute cause susceptible de produire le rétrécissement *partiel* d'un ou de plusieurs tuyaux bronchiques, et de forcer ainsi la colonne d'air à passer brusquement d'un conduit relativement large dans un pertuis étroit, déterminera la formation d'un râle sonore. Ce pourra être aussi bien une congestion de la muqueuse que l'adhérence d'un mucus visqueux ; seulement, dans ce dernier cas, le râle ne sera pas toujours *sibilant* ; il pourra être *vibrant*, dans le sens exact du mot, comme sont fréquemment ceux qu'amènent les mucosités des fosses nasales, et l'on sait bien d'ailleurs que les râles sonores peuvent présenter ces deux caractères et les présentent souvent en même temps chez le même individu. A vrai dire, les auteurs nous paraissent avoir un peu exagéré le rôle de la congestion, qui n'est pas d'ailleurs facile à démontrer anatomiquement, et les raisons qu'ils invoquent contre l'explication tirée de la sécrétion de mucosités pourraient se retourner contre celles qu'ils demandent au boursouflement de la muqueuse. « Lorsqu'on voit, dans certains cas, disent-ils, la rapidité avec laquelle se produisent les râles sonores, le peu d'intervalle qui sépare leur apparition du début du mal, on doute que les mucosités puissent être si promptement sécrétées, et l'on est plutôt tenté de croire à une congestion aiguë de la membrane muqueuse avec gonflement rapide, sorte d'œdème inflammatoire qui précède quelquefois les sécrétions muqueuses et qui peut rendre compte des râles sibilants. » Mais faut-il plus de temps pour amener, chez les enfants, le dépôt d'un liquide muqueux dans les bronches, que pour attirer dans l'épaisseur de la muqueuse bronchique une quantité de sang capable d'en produire le boursouflement ? C'est ce qu'il serait fort téméraire d'affirmer. Chez les enfants, il n'est pas rare de voir des râles sous-crépitants très-prononcés, très-serrés, disparaître et se reproduire dans l'espace de quelques heures. Personne, pourtant, ne songe à les attribuer à une autre cause qu'à la présence de liquides dans les bronches ; dès lors la rapidité avec laquelle se forment les râles sibilants ne saurait être invoquée contre la supposition d'un mécanisme analogue. Néanmoins, nous le répétons, on n'est pas autorisé à rejeter tout à fait l'existence d'un rétrécissement partiel des bronches par épaississement de la muqueuse ; il semble difficile qu'il ne s'en produise pas quelquefois, notamment au niveau des éperons formés par la rencontre des tuyaux bronchiques. C'est un point de physiologie qui n'est pas encore suffisamment éclairci.

Après les trois ou quatre observations destinées à appuyer l'opinion des auteurs sur la théorie de M. Beau, ils rapportent quelques exemples de congestion pulmonaire assez intense pour amener de la matité, de la respiration bronchique, et disparaissant néanmoins avec une surprenante rapidité. Il s'agissait, sans doute, comme ils le disent, de cette lésion particulière du poumon que MM. Legendre et Bailly ont distinguée de l'hépatisation, sous le nom d'*état fœtal*. La valeur de cette distinction, qui est très-fondée en anatomie, mériterait d'être discutée ; mais elle ne se présente dans le mémoire que d'une manière incidente. Nous aurons un jour ou l'autre occasion d'y revenir.

De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte ; par le docteur Delassiauve.

Des cinq observations rapportées par l'auteur, comme simples éléments d'une intéressante question de thérapeutique, une seule appartient à la goutte ; les quatre autres concernent le rhumatisme articulaire aigu. Dans toutes, l'emploi de la teinture de colchique a été suivi d'un amendement notable dans les symptômes. Il faut ajouter, et l'auteur lui-même va au-devant de l'objection, que la saignée a été pratiquée chez quatre malades ; mais on sait que, même avec des saignées répétées, le rhumatisme aigu dure rarement moins de huit jours, tandis que, dans les observations citées, la convalescence a commencé à s'établir au bout de trois ou quatre jours. Nous le répétons, il n'y a aucune opinion décisive à asseoir sur ces faits ; mais ils sont assez remarquables pour qu'on ne néglige pas d'en tenir compte.

La dose de teinture employée a été d'une trentaine de gouttes seulement. Elle paraîtra bien faible à côté de celles qu'emploient d'autres praticiens, M. Fiévée, par exemple, ou M. Monneret. L'auteur en prend occasion de quelques sages remarques sur la manie actuelle des hautes doses. Nous croyons, avec lui, qu'on administre souvent sans utilité, parfois avec des inconvénients sérieux, des substances actives à des doses dont la moitié ou le quart eussent produit les mêmes effets thérapeutiques. Cela est vrai surtout du sulfate de quinine ; nous pouvons l'affirmer par expérience. Toutefois, nous ne sommes pas en mesure d'en dire autant de la teinture de colchique.

Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle, et sur son traitement ; par M. Gosselin.

Lorsque, autrefois, on trouvait les parois d'une hydrocèle plus dures que d'habitude, on n'hésitait pas à en accuser une transformation de la tunique vaginale. Les expressions d'*épaississement*, de *cartilaginification* de cette membrane ont cours dans la science et rendent bien l'idée que les chirurgiens se forment encore sur le mécanisme et la nature de ce changement. M. Gosselin a entrepris de prouver, contrairement à cette opinion, que dans les cas semblables il n'y a que *déposition* d'une fausse membrane à la face interne de la tunique vaginale. Cette manière de voir est en effet rendue par ses recherches extrêmement vraisemblable, du moins comme explication de la plupart des faits observés jusqu'ici.

Mais ce n'est pas seulement une théorie d'évolution anatomique que M. Gosselin a voulu créer. Cette interprétation a surtout du prix parce qu'elle lui a permis de mieux préciser le traitement qui convient aux hydrocèles *avec dégénérescence de la tunique vaginale* (ancien nom de l'affection). Nous allons donc, avec lui, passer en revue les opérations proposées et actuellement pratiquées contre cette complication ; et nous dirons ensuite celle qui, d'après ses recherches, lui semble être la plus rationnelle.

La *ponction simple* serait une tentative dépourvue de chances de succès, mais non pas de dangers possibles, puisqu'elle provoque quelquefois une fistule et une suppuration de longue durée.

L'*injection* peut, à la rigueur, réussir, mais c'est seulement quand la pseudo-membrane, mince et peu consistante, en est encore à son premier degré d'organisation. Dans un état plus avancé, elle constitue un obstacle presque absolu à la guérison par ce moyen ; ou pourra donc l'essayer dans les cas douteux, en employant, de préférence au vin chaud, la teinture d'iode qui est moins excitante.

L'incision, méthode autrefois usuelle, a été réservée par plusieurs chirurgiens pour le cas dont il s'agit ici. M. Gosselin cite un certain nombre de faits où cette opération, pratiquée cependant par les mains les plus habiles, a été suivie d'accidents graves, quelquefois de la mort. — Nos souvenirs nous permettent d'ajouter à sa liste une observation de ce genre. L'opération fut faite en 1833 à l'Hôtel-Dieu par Breschet, et une hémorrhagie, survenue trois jours après, força d'employer le fer rouge et fut accompagnée d'une inflammation phlegmoneuse qui mit les jours du malade en danger. — M. Gosselin explique la fréquente production de ces accidents par les propriétés pathologiques du tissu qui constitue la fausse membrane et qui est organisé pour être facilement frappé par les phlegmasies.

Du reste, quand la mort n'a pas lieu, la guérison est douteuse, et elle s'opère au moins très-lentement; car si l'exfoliation de la fausse membrane s'effectue, il faut pour cela beaucoup de temps; si, au contraire, elle persiste, les bourgeons charnus ne se forment pas ou ne se forment que très-difficilement sur ce produit accidentel dont la vitalité se prête mal à ce genre de transformation dont, en même temps, la densité et l'inflexibilité ne lui permettent de revenir sur lui-même qu'avec beaucoup de peine.

L'excision est un procédé plus rationnel, puisque le but qu'il se propose est d'enlever, en laissant le testicule intact, les parois épaisses et inflexibles qui s'opposent à la guérison. Mais M. Gosselin démontre que son exécution a été entendue et réalisée jusqu'ici de deux manières différentes, mais toutes les deux défectueuses. — Ainsi les anciens auteurs, Boyer, Dupuytren, Sabatier, enlevaient à la fois la tunique séreuse et la fibreuse, et dans cette ablation il n'est pas douteux que souvent l'épididyme se trouvait compris et le canal déférent divisé, accident d'autant plus difficile à éviter que l'épididyme, étant alors refoulé, déplacé, aminci et d'une couleur grisâtre qui se confond avec celle des membranes à enlever, peut être méconnu. D'autres auteurs, tels que Blandin, veulent bien que l'ablation soit bornée au feuillet pariétal de la tunique vaginale; mais comme il n'y a en réalité à extirper qu'une fausse membrane appliquée sur ce feuillet, leur conseil, mieux précisé que celui des anciens auteurs, est encore d'une exécution très-difficile et ne s'adresse point à la véritable cause du mal.

A ces opérations, ou trop laborieuses ou nécessairement insuffisantes, M. Gosselin en préfère une dont il formule méthodiquement les règles, c'est *l'ablation de la fausse membrane* ou *décortication*. Voici les trois temps successifs dont elle se compose :

1° *Ouverture de la poche*. Avant tout le chirurgien doit chercher à connaître la position du testicule; ce qui ne peut se déterminer que par la douleur que la pression exercée sur lui réveille. S'il est en arrière, on peut opérer sans crainte; si, au contraire, il se trouve en avant, il faut procéder avec ménagement. Dans ce cas, on commencera à inciser en haut, et on agrandit ensuite l'incision vers la partie inférieure.

Il ne faut pas laisser sortir la totalité du liquide avant d'avoir introduit le doigt pour chercher à préciser directement et avec plus d'exactitude la situation du testicule.

2° Ce deuxième temps consiste à décoller la fausse membrane. On y parvient aisément en se servant des doigts comme lorsqu'on veut écorcer une orange. Il a cependant fallu commencer par établir un vide entre la fausse membrane et la séreuse qu'elle revêt. Cela s'obtient en tirant d'une main avec la pince sur l'une de ces membranes, en même temps qu'on retient les autres avec l'autre main. Dès qu'un commencement de séparation est effectué, on continue sans éprouver aucune difficulté, et on l'achève en s'arrêtant à la partie postérieure, dans le voisinage du testicule, là où la pseudo-membrane est plus adhérente. Alors on accomplit le décollement de la même manière de l'autre côté.

3° Pour couper la fausse membrane décollée, on se sert du histouri ou mieux des ciseaux, en ayant bien soin de ne pas comprendre dans la section les autres tissus. On pourrait également exciser l'un des côtés avant de procéder au décollement de l'autre.

Si la poche est très-volumineuse, on se trouvera bien d'en exciser d'abord une partie au lieu de l'inciser simplement.

Le but de l'opération est immédiatement réalisé; car le fond de la plaie qu'elle produit n'est plus un tissu anormal, peu flexible et d'une vitalité rebelle à la cicatrisation; c'est le tissu séro-fibreux naturel, un peu épaissi dans quelques cas, mais non transformé en matière dense et inflexible. Il est apte à contracter une inflammation de bon caractère, à se couvrir promptement de bourgeons charnus et à se rétracter pour la formation de la cicatrice.

Le pansement se fait en remplissant la cavité de charpie sèche.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros du 16 octobre au 31 décembre 1851 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Triple abcès par congestion, occupant les fosses iliaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin*; par M. Bonnafont. 2° *Tumeur et kyste volumineux de la cavité abdominale abcédée*; par le même. (Ces deux observations ont été lues à l'Académie de médecine. Voir Gaz. Méd. de 1851.) 3° *Histoire de la percussion depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours*; par M. Mailliot. (Travail tout d'érudition.) 4° *Des procédés thérapeutiques dont l'action, depuis longtemps reconnue, est analogue à celle des enduits imperméables, et de la loi physiologique à laquelle se mesure la puissance de tous ces agents*; par M. Robert Latour. (Travail communiqué à l'Académie de médecine. Voir Gaz. Méd. de 1851). 5° *Fragment de philosophie médicale*; par le docteur Braive. 6° *De la génération du foyer cholérique*; par M. Jodin. 7° *Considérations pratiques sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la strychnine et de l'aconit*; par M. Roy. 8° *Rapport sur l'hydrothérapie en France*; par M. Gibert. (Rapport fait à l'Académie de médecine.) 9° *Compte rendu fait à la Société médicale du sixième arrondissement sur l'emploi du sel marin et sur l'action de cet agent sur la rate dans les fièvres intermittentes*; par M. Jules Lemaire. 10° *Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire*; par M. Charles Dubreuilh. 11° *Leçons sur la morve*; par M. Brachet (de Lyon.)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA STRYCHNINE ET DE L'ACONIT; par M. le docteur Roy.

Ce travail commence une série de publications dans lesquelles M. Roy, au moment de quitter le service des hôpitaux de Lyon, se propose de rendre compte de quelques résultats de sa pratique à l'Hôtel-Dieu. Ses premières remarques sont relatives à l'action thérapeutique de la strychnine et de l'aconit.

M. Roy a tiré avantage de l'emploi de la strychnine contre l'atonie gastrique, la constipation par débilité intestinale, la diarrhée atonique, l'impuissance génitale, l'emphysème pulmonaire par simple dilatation des vésicules, les hydropisies asthéniques, la chorée avec faiblesse musculaire, un cas de sciatique où la douleur n'augmentait pas par la marche. La règle d'emploi qui paraît guider toujours M. Roy est la présence d'un état asthénique. Il voit dans la strychnine un moyen excitateur de l'action des nerfs et consécutivement des actions organiques, et non un moyen *régulateur*. Ainsi quand il emploie la strychnine contre la chorée, c'est que la faiblesse des muscles était très-grande; quand il l'emploie contre la sciatique, c'est que la non-augmentation de la douleur pendant la marche annonçait *plutôt un état asthénique du nerf qu'un état névralgique*; de même, s'il a recours à la strychnine dans les cas d'atonie gastrique, il la repousse dans ceux de gastralgie. A cet égard, sa manière de voir diffère complétement de celle de beaucoup d'autres praticiens, et nous rendions compte tout récemment encore d'un travail de M. Burggraeve où la gastralgie, la sciatique intense, la chorée sous toutes les formes, sont comptées parmi les affections justiciables de la strychnine, toute réserve faite sur le mode d'emploi. Nous croyons aussi que ce serait trop restreindre l'action de la strychnine que de la limiter aux maladies asthéniques. Comme l'a très bien dit M. Burggraeve, il y a entre l'action de cet agent et celle de l'électricité l'analogie la plus étroite. Or de violentes névralgies cèdent parfois tout à coup à l'action d'un courant continu d'électricité. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la strychnine?

M. Roy a tiré ingénieusement parti de l'action, pour ainsi dire, élective de l'aconit sur le système capillaire sanguin, pour faire cesser, à l'aide de cet agent, des accidents dyssentériques et des hémoptysies actives. Dans les deux cas qu'il rapporte brièvement, l'action sédative de l'aconit sur les capillaires s'est traduite très-rapidement. Un flux dyssentérique abondant, avec ténesme insupportable, a diminué après une première dose d'alcoolature et a disparu rapidement; une hémoptysie qui durait depuis plus de quinze jours et avait résisté à beaucoup de moyens fut arrêtée court par une potion contenant *soixante centigrammes* d'extrait d'aconit.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur Charles Dubreuilh.

En rendant compte du travail lu par M. Grisolle à l'Académie de médecine en octobre 1849, nous disions : « Quelque disposé que nous soyons à reconnaître tout le mérite du travail de notre confrère, et la précision des éléments apportés par lui dans la question, nous n'oserions encore, pour notre part, rompre entièrement avec une croyance qui nous avait paru jusqu'ici assez justifiée. » M. Dubreuilh qui vient bien citer nos paroles pour exprimer l'état de l'opinion après la lecture de M. Grisolle, vient en aide par de nouveaux faits à l'opinion de l'honorable académicien, qui

est d'ailleurs celle de pathologistes distingués. Nous reconnaissons volontiers que les huit observations de M. Dubreuilh sont très-défavorables à l'opinion ancienne, qu'elles attestent clairement la possibilité du développement et d'une marche rapide de la phthisie pulmonaire pendant la grossesse, qu'elles doivent enfin peser sérieusement dans l'esprit de ceux qui n'ont pas de parti pris et n'attendent que le jugement des faits. Nous dirons néanmoins que ce côté de la question n'est pas le seul dont il y ait à se préoccuper, et que c'est ici le cas où les faits négatifs ne peuvent rien contre les faits positifs. Des accoucheurs du premier mérite affirment encore aujourd'hui (et nous l'entendions dire il n'y a pas longtemps à M. Cazeaux) que dans certains cas la tuberculisation se ralentit pendant la grossesse et prend une nouvelle activité après l'accouchement. Est-ce hasard? est-ce influence de conditions spéciales où se trouve la femme? Comment s'en assurer? En étudiant avec soin dans leurs détails les cas particuliers; en creusant leur signification à l'aide de tous les caractères qui peuvent faire lire une cause dans son effet. Or nous ne croyons pas qu'on se soit sérieusement occupé de cette partie de la besogne, non moins utilement, non moins indispensable que la première. M. Dubreuilh nous répondra avec raison qu'il ne possède pas d'observations du genre de celles que nous supposons. A la bonne heure; mais on peut affirmer en toute sécurité qu'il y en a, et les partisans même de l'opinion nouvelle le reconnaissent, en mettant seulement sur le compte de la marche naturelle de la phthisie les ralentissements qui coïncident parfois avec la grossesse. Eh bien! ce sont ces faits-là que nous voudrions voir publier avec détails, afin de juger en pleine connaissance de cause et tous les éléments du procès sous les yeux.

Nous avons demandé, avec beaucoup d'autres, si le grand travail qui s'opère du côté de l'utérus pendant la grossesse n'est pas de nature à retarder l'évolution de la maladie tuberculeuse. L'auteur cite, à cette occasion, un passage de M. le docteur Robert (de Strasbourg) où cette vue est traitée d'hypothèse gratuite et tendante à « représenter toutes les autres fonctions dans un état de langueur pendant tout le temps de la grossesse. » Il ne faut que l'observation la plus superficielle, ajoute M. Robert, pour se convaincre du contraire.

En exagérant ainsi la pensée d'autrui, on la rend aisément inacceptable; mais entre l'allanguissement de toutes les fonctions et une action dérivative exercée sur un travail pathologique, il y a un intervalle immense. Ne voit-on pas des tumeurs, des écoulements, un grand nombre de phénomènes morbides, soit organiques, soit fonctionnels, disparaître pendant la grossesse et revenir après l'accouchement? On ne saurait le nier. Eh bien! c'est assez pour rendre assez plausible *à priori* la supposition d'un effet semblable sur la phthisie pulmonaire. La supposition est-elle vraie? C'est l'affaire de l'observation; nous soutenons seulement qu'elle n'est pas antiphysiologique.

Dans un prochain travail, l'auteur étudiera l'influence de l'*allaitement* sur la tuberculisation pulmonaire.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

ANATOMIE DU CRISTALLIN ET DE SA CAPSULE.

M. GROS adresse une note sur le cristallin et sa capsule, dans laquelle il expose quelques points nouveaux sur l'anatomie de ces organes, qu'il résume en ces termes:

1° La capsule est intimement adhérente au cristallin et ne peut s'en séparer que par déchirure.

2° La paroi interne de la capsule porte un réseau celluleux qui est la véritable matrice du cristallin.

3° L'humeur de Morgagni n'existe pas.

4° Les cellules, en se multipliant, forment des couches qui s'aplatissent, se polygonisent et s'abontent pour former les bandelettes polyédriques.

5° Les bandelettes, qui se renouvellent sans cesse, se forment de toutes les cellules qui se trouvent sur le même plan et sur la courbe comprise entre une ogive (vertex) et le pô e opposé.

6° La couche celluleuse, restant intègre et adhérente à la capsule, peut encore fournir des bandelettes après l'extraction.

7° La défécation du cristallin paraît devoir se faire par un canal central, triangulaire, antéro-postérieur, correspondant aux ogives.

8° A l'état frais, la couche celluleuse génératrice est parfaitement transparente.

9° Toute opacité, corticale ou centrale, indique une coagulation ou granulation.

10° L'opacité de la capsule est révoquée en doute.

11° L'opacité réputée capsulaire est en dehors ou en dedans de la membrane.

12° L'opacité des couches corticales s'opère dans la couche génératrice, qui revêt alors la capsule, comme l'amalgame derrière une glace.

13° Les cellules troublées et malades peuvent encore s'arranger en bandelettes opaques ou rester isolées et former un détritus globuleux et lactescents, selon leur âge.

14° Les stries cataracteuses s'étendent vers le centre en raison des nouvelles couches malades qui sont formées par la couche celluleuse génératrice.

DESTRUCTION D'UNE TUMEUR DU SEIN PAR LA CAUTÉRISATION.

M. A. LEGRAND informe l'Académie qu'il vient de faire une heureuse application de la méthode de la cautérisation (à l'aide de la solution concentrée de potasse caustique) au traitement d'une tumeur du volume d'un petit haricot, qu'une jeune fille, âgée de 14 ans, jouissant du reste de la plus excellente santé, portait sous le sein droit. Six cautérisations, pratiquées du 18 février dernier au 18 mars suivant, ont suffi pour amener ce résultat. Cependant la dernière escarre n'étant tombée que le 2 avril, on peut dire que le traitement a duré près de deux mois, mais avec cette condition très-importante à signaler que la douleur a toujours été très-courte et fort modérée et que la jeune personne en traitement n'a jamais été arrêtée un seul instant dans ses occupations.

Pour favoriser la pénétration du caustique, M. Legrand avait superficiellement incisé l'escarre, après la seconde cautérisation, et fendu cette même escarre à une profondeur de 2 millim. environ, avant la quatrième cautérisation.

Ces deux petites cautérisations n'ont causé aucune douleur, ni déterminé d'effusion de sang. La première escarre, assez épaisse, a laissé après elle une cavité de 5 à 6 millim., au fond de laquelle a été retrouvé le produit morbide qui constituait la tumeur. Deux cautérisations après la chute de cette première escarre ont détruit ce qui restait encore de cette production pathologique.

DU DEGRÉ DE NUTRITIVITÉ DES VIANDES LES PLUS USUELLES.

M. MARCHAL (de Calvi) communique les résultats de quelques expériences propres à déterminer le degré de *nutritivité* des viandes les plus usuelles (porc, bœuf, mouton, veau, poulet). J'ai pris, dit l'auteur, 20 grammes de muscle de chacun de ces animaux, en ayant bien soin que la chair ne contînt ni aponévroses, ni tissu cellulaire, ni graisse autre que celle qui est naturellement interposée aux fibres musculaires, et j'ai fait évaporer au bain-marie, pendant plusieurs jours, ces cinq échantillons dans cinq capsules. Voici les résultats obtenus en rapportant les proportions à 1000.

Première expérience.

	Matière solide.		Eau.
Porc	204,50	. . . .	705,50
Bœuf	277,00	. . . .	723,00
Mouton.	265,50	. . . .	734,50
Poulet	263,50	. . . .	736,50
Veau.	260,00	. . . .	740,00

Deuxième expérience.

	Matière solide.		Eau.
Porc	302,50	. . . .	607,50
Bœuf.	275,00	. . . .	725,00
Mouton.	263,50	. . . .	736,50
Poulet	263,00	. . . .	737,00
Veau.	255,50	. . . .	744,50

On pourrait croire, d'après ces premiers chiffres, que, par rapport à la nutritivité, les viandes dont il s'agit doivent être rangées dans l'ordre ci-dessus (porc, bœuf, mouton, poulet, veau). Mais il n'en est rien, attendu que les chairs en apparence les plus maigres contiennent des substances grasses, et qu'il est impossible de tenir compte de ces substances quant à la nutritivité proprement dite. En effet, les substances grasses, constituant des aliments respiratoires et nullement plastiques ou réparateurs, sont destinées à être brûlées ou à prendre place dans l'économie sous forme de dépôt inerte. Il fallait donc, pour déterminer la véritable nutritivité des diverses viandes, éliminer de leur résidu solide les substances grasses. C'est ce que l'auteur a fait, dans la seconde expérience, en traitant les cinq résidus par l'éther jusqu'à épuisement, ce qui lui a donné les résultats suivants, bien différents des premiers :

	Matière soluble dans l'éther.		Matière insoluble dans l'éther.
Bœuf	25,437	. . . .	240,563
Poulet	14,070	. . . .	248,030
Porc	59,743	. . . .	242,757
Mouton.	20,643	. . . .	233,857
Veau	28,743	. . . .	226,757

D'où il résulte que, dans l'ordre de nutritivité, les animaux, au lieu d'être rangés ainsi :

1. Porc
2. Bœuf
3. Mouton
4. Poulet
5. Veau

devraient être rangés comme il suit :

1. Bœuf
2. Poulet
3. Porc
4. Mouton
5. Veau.

On sera frappé du degré de nutritivité de la viande de poulet, mais on cessera de s'en étonner en réfléchissant à l'extrême rapprochement de ses fibres. Il se pourrait toutefois que la moindre sapidité de cette chair diminuât un peu son pouvoir trophique.

Si ces expériences, ajoute l'auteur, étaient suivies sur une grande échelle, il faudrait tenir compte des conditions d'âge et de climat. On trouverait sûrement moins de matériaux solides *effectifs* dans les chairs des animaux les plus jeunes, et moins aussi probablement dans les chairs des animaux du centre et du nord que dans les chairs des animaux du midi, lesquels, plus maigres, n'en seraient que plus appropriés à la nutrition, quoique moins estimés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. CHAMPOUILLON, médecin à l'hôpital du Val-de-Grâce, communique, à l'exemple de M. Marchal (de Calvi), deux cas de glucosurie compliqués l'un et l'autre de gangrène partielle des orteils. (Comm. déjà nommée.)

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) rappelle qu'il a communiqué dans le temps la formule d'une pommade au chloroforme et au cyanure de potassium contre la migraine. Cette pommade ne lui ayant pas paru réussir dans tous les cas, il propose aujourd'hui de lui substituer l'usage de l'éther chlorhydrique chloré sous la même forme. (Comm. déjà nommée.)

— M. POMMIER, de Chambonlive (Corrèze), adresse deux notes dont la première est relative à un cas d'hydropisie de l'ovaire avec un kyste multiloculaire du poids de 10 kilogr., et la seconde à un cas d'aphonie guérie par l'électropuncture. (La première de ces communications est renvoyée à l'examen de MM. Villeneuve et Cazeaux.)

— M. BERTHE, pharmacien, adresse un paquet cacheté contenant des expériences relatives à l'huile iodée. (Le paquet est accepté.)

— M. NACQUART fait hommage à l'Académie d'une collection de livres et de brochures pour la bibliothèque.

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS RÉDUIT A L'AIDE D'UN PROCÉDÉ PARTICULIER DE TAXIS.

M. BARRIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit la relation d'une observation de renversement complet de la matrice, survenu à la suite de l'accouchement, accompagné de métrorrhagies graves et répétées, et réduit avec succès quinze mois après l'accident. Il s'agit d'une jeune femme, accouchée en décembre 1850, et qui, quelques jours après une délivrance difficile, sentit sortir du vagin une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à terme. A dater de cette époque, cette femme fut en proie à des métrorrhagies et à des leucorrhées alternatives qui l'avaient réduite à un état de faiblesse et d'anémie extrême au moment où elle fut admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon, environ quinze mois après l'accident. M. Barrier ayant constaté l'existence d'un renversement complet de l'utérus procéda à sa réduction de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, le bassin sur le bord du lit, les jambes écartées, et soumise à l'éthérisation, M. Barrier introduisit la main dans le vagin. Pour donner à l'utérus le plus de fixité possible, il le plaça dans la concavité des quatre derniers doigts; alors, à l'aide de la pulpe du pouce directement appliquée d'avant en arrière sur le fond de la matrice formant la partie déclive de la tumeur, l'opérateur le repoussa dans la direction de l'axe du détroit inférieur, dans le but d'appliquer le col de l'utérus contre le sacrum, et de soutenir le fond du vagin par un plan résistant pour éviter la rupture. Après quelques minutes d'une action lente et soutenue avec une certaine force, le fond de l'utérus était rentré de 2 à 3 centim. en lui-même. Le même effort fut encore soutenu un instant, et sentant l'organe céder graduellement, l'opérateur fit entrer ses deux doigts, index et annulaire, dans le canal où son pouce commençait à se loger à mesure qu'il repoussait le fond de la matrice, et avec ces deux doigts il changea la direction de l'effort sans en augmenter l'énergie. Il repoussa donc le fond de l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant. Aussitôt l'utérus céda complétement et reprit sa position normale. Toute espèce d'effort ayant été cessé, M. Barrier reconnut l'état des parties. La main placée sur l'hypogastre lui fit sentir la matrice à sa place ordinaire; les doigts placés dans le vagin s'engageaient facilement à une grande profondeur dans le col utérin dilaté. Le col, tout à fait effacé, se continuait avec le vagin, sans ligne de démarcation sensible.

La réduction bien constatée, on plaça dans le vagin une vessie en caoutchouc vulcanisé, qui fut insufflée, pour l'opposer à la reproduction de la maladie et prévenir une hémorrhagie qu'il y avait lieu de redouter. Pendant l'opération la malade n'avait pas perdu plus de 60 à 80 grammes de sang.

Les suites de cette opération se sont passées sans accident, et la guérison a été complète. (Commiss. : MM. P. Dubois et Danyau.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchement.

La section présente la liste de candidature suivante :

1° M. Lenoir; 2° M. Depaul; 3° M. Jacquemier; 4° M. Devilliers; 5° M. Colombe; 6° M. Hatin.

Les voix se sont réparties comme il suit :

Nombre des votants : 91. Majorité : 46.

M. Depaul obtient.	33 voix.
M. Lenoir	31
M. Devilliers	14
M. Jacquemier	12

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin qui donne le résultat suivant :

Votants : 89. Majorité 45.

M. Depaul obtient.	48 voix.
M. Lenoir	36
M. Devilliers	2
M. Jacquemier	2
Billet blanc	1

En conséquence, M. Depaul est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

SCARIFICATIONS MULTIPLES DU COL DE LA MATRICE.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN lit un rapport sur un mémoire de M. Mayer (de Belfort) ayant pour titre : DES SCARIFICATIONS MULTIPLES DU COL DE LA MATRICE (A L'AIDE D'UN INSTRUMENT NOUVEAU) DANS LE TRAITEMENT DES LEUCORRHÉES SYMPTOMATIQUES DES ENGORGEMENTS UTÉRINS.

Ce mémoire a pour but de démontrer que certaines leucorrhées, rebelles à tous les moyens conseillés jusqu'ici, dépendent d'un engorgement du corps ou du col de la matrice, et que le seul moyen de guérir et l'engorgement et la leucorrhée, qui en est le résultat, c'est d'opérer une déplétion sanguine locale. Des observations que rapporte M. Mayer, il conclut :

1° Qu'il est une espèce de leucorrhée symptomatique d'un engorgement aigu ou chronique de la matrice ou seulement du col;

2° Que cette espèce de leucorrhée, incurable par les moyens ordinaires, exige les déplétions sanguines locales;

3° Que les sangsues appliquées loin du col sont inefficaces, et que leur application sur le col même est hérissée de difficultés telles que ce moyen est tombé en désuétude;

4° Qu'il est possible de suppléer à l'action locale des sangsues par des scarifications multiples de la surface externe du col de l'utérus;

5° Qu'un instrument spécialement adapté à cet usage et rendant l'opération des plus faciles mérite de fixer l'attention des praticiens et de prendre place dans le traitement d'une affection souvent rebelle à toute autre médication.

M. le rapporteur conclut en proposant de déclarer que bien que les scarifications du col de la matrice, sur un point opposé et dans un même but, mais avec des idées différentes, aient déjà été pratiquées, et sans donner au scarificateur de M. Mayer toute l'importance qu'il y attache, néanmoins les observations de M. Mayer sont dignes de fixer l'attention de l'Académie, et qu'il y a lieu d'adresser des remercîments à l'auteur, de renvoyer son mémoire au comité de publication, et de considérer ce travail remarquable par le soin avec lequel ont été exposés les symptômes généraux et locaux comme un titre de plus à la place de correspondant que M. Mayer sollicite.

Sur quelques observations présentées par quelques membres, l'heure étant avancée, le bureau propose d'ajourner le vote de ces conclusions à la séance prochaine.

AMPUTATION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. MAISONNEUVE présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation de l'os maxillaire supérieur sain, dans le but de rendre possible l'extirpation d'une tumeur fibro-plastique du pharynx, avec prolongements polypiformes dans les fosses nasales, les sinus frontaux, la fosse temporale, la fosse zygomatique et la joue. Cette opération a été faite de telle manière que les incisions pratiquées sur la ligne médiane et à la commissure droite des lèvres n'ont intéressé aucun nerf moteur; que par conséquent tous les mouvements de la face sont parfaitement conservés, et que le malade ne présente aucune difformité. Après la guérison, M. Maisonneuve a fait construire une pièce mécanique, à laquelle les dents mêmes du malade ont été appliquées et qui sert à la fin d'obturateur et de dentier. Grâce à cet appareil, la mastication et la parole s'exécutent comme à l'état normal, et la mutilation subie par ce malade est complétement dissimulée.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

PREMIÈRE, DEUXIÈME ET TROISIÈME LETTRES SUR LA PHYSIOLOGIE; par M. RUDOLPHE WAGNER. — GAZETTE D'AUGSBOURG, n° 264, 265, 280; année 1851.

M. Rudolphe Wagner (de Goettingue) publie en ce moment dans la

GAZETTE D'AUGSBOURG des lettres sur la physiologie dont nous tâcherons de présenter une analyse succincte. Le nombre de ces lettres est actuellement de 17. A ne considérer que le cadre projeté des sujets à traiter, il atteindra certainement un très-haut chiffre. Nous serons donc obligés de continuer cette analyse dans une série d'articles, au fur et à mesure que les lettres elles-mêmes se succéderont.

Disons tout d'abord qu'il paraîtra peut-être étrange de voir un professeur de physiologie étaler une science élevée qui exige tant de connaissances spéciales, devant un public pour ainsi dire universel et peu formé à l'intelligence des questions physiologiques. Toutefois la GAZETTE D'AUGSBOURG, qui jouit en Allemagne et au dehors d'une si grande considération, s'occupe en général non-seulement de politique, d'industrie, d'art et de poésie, mais elle aime encore à accorder à la science une vaste place dans sa feuille supplémentaire.

Après avoir traité, il y a environ dix ans, des questions de la plus haute philosophie, elle ouvrait ses colonnes aux lettres sur la chimie qui avaient pour auteur l'illustre Liébig.

Elle publia ensuite des lettres astronomiques.

Puis survint le temps d'arrêt des années 1848 et 1849.

Mais une fois les orages politiques dissipés, les études paisibles de la science reprirent leur cours habituel dans la feuille supplémentaire de la Gazette. « On retournait à la source toujours fraîche de la pensée et du » savoir pour s'y retremper et s'y recréer. »

C'est sous l'influence de cette pensée que Liébig y publia une seconde série d'articles sur la chimie, et que Rudolphe Wagner y fait paraître dans ce moment ses « *Lettres physiologiques.* »

Il est à remarquer qu'avec un public très-éclairé, il est vrai, mais cependant peu initié aux termes et aux choses, les écrivains sont obligés d'accommoder leur langage aux connaissances générales de ce public; ce qui du reste ne nuit en aucune manière à la science elle-même. Cette simplicité de démonstration rend les vérités scientifiques plus pénétrantes, leur utilité pratique plus frappante.

Dans la première lettre, M. Wagner, après quelques lignes d'introduction, parle de la difficulté de faire connaître, d'une manière populaire, les lois physiologiques, difficulté incomparablement plus grande que l'exposition des lois des sciences telles que l'astronomie, la physique et la chimie, où les phénomènes peuvent être réduits à des principes assez simples, et où les méthodes sont plus perfectionnées et plus certaines. Pour n'indiquer qu'un de ces points délicats et complexes de la physiologie, il rappelle la théorie de la circulation du sang, en citant le mot spirituel d'un naturaliste du Nord qui disait : « L'arbre avec lequel on fera le berceau de celui » qui remplira pour la doctrine de la circulation du sang le rôle de Newton, » en astronomie, n'a pas encore poussé. »

Ajoutez les actes psychiques des êtres d'une organisation supérieure, compliquant encore les phénomènes physiques multiples, la difficulté de bien définir ces actes psychiques et d'éviter d'exciter la colère des naturalistes ou des philosophes, et vous aurez tout l'embarras de la solution populaire du problème.

M. Wagner ne veut parler qu'en physiologiste dans le sens de Haller. Mais il ne se propose pas de faire le professeur en adoptant, sans se laisser distraire, un ordre systématique pour ce qu'il a l'intention de développer devant son public très-varié. Il obéira, en prenant la plume, à l'inspiration du moment, sans perdre de vue les rapports de l'ensemble. Aussi réclame-t-il, pour ses esquisses, un peu de ce droit de spontanéité des « *bonnes idées* » dont Goëthe disait : Elles n'ont pas besoin de nous indiquer d'où elles viennent, il suffit qu'elles nous disent : « *Nous voilà !* »

Le physiologiste de Gœttingue date sa première lettre de Trieste. Il y était allé avec deux de ses laborieux élèves pour faire des expériences sur la torpille qui fréquente ces plages, et c'est à ce sujet qu'il commence cet enseignement populaire.

L'examen de cet animal merveilleux, doué de machines électriques sujettes à la croissance, le guidera dans l'étude des phénomènes nerveux et des actes du cerveau, lui servira de point de départ pour la partie physiologique de la psychologie.

Au moment où, pour ses CONSIDÉRATIONS SUR LES APPAREILS ÉLECTRIQUES DE LA TORPILLE ET DU GYMNOTE, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. Jobert de Lamballe a eu les honneurs de la dernière séance publique de l'Académie des sciences, il n'est certes pas sans intérêt de connaître les résultats du travail analogue d'un savant étranger.

L'historique des recherches sur les poissons électriques, notamment le gymnote, s'attache aux noms de Richer (1671), Adrien de Berkel (1680), van de Lott (1761), Bancroft (1766), Bajon, Garden (1773), et surtout à celui d'Alexandre de Humboldt; puis aux noms de Humphry Davy, Walsh et Faraday.

M. Wagner s'occupe de la torpille, connue déjà de l'antiquité. On en trouve trois sortes différentes dans la Méditerranée et l'Adriatique. La plus grande et la plus rare, *torpedo nobiliana*, a été décrite pour la première fois par le prince de Canino; elle acquiert plusieurs pieds de longueur et autant de largeur. Les deux autres sont de moindres dimensions. Cependant leurs embryons développés, fraîchement tirés de la mer, donnent des secousses assez fortes, et l'on n'est pas tenté de les toucher deux fois.

La variété *torpedo marmorata* se trouve journellement au marché aux poissons de Trieste. La *torpedo ocellata* a été rencontrée par M. Wagner plutôt sur la côte occidentale de l'Italie, où il était allé il y a cinq ans.

La torpille possède un organe particulier qui a l'apparence d'une masse gélatiniforme, de la largeur de la moitié d'une main et de l'épaisseur d'un demi-pouce. Situé immédiatement sous la peau lisse de l'animal, il s'étend, des deux côtés du corps, entre la tête et la nageoire thoracique qui est unie à la tête sous forme de disque. Cet organe consiste en petites piles, et chacune est formée d'un grand nombre de lamelles membraneuses excessivement minces et superposées; celles-ci ne sont séparées que par une couche également très-mince d'un liquide albumineux très-aqueux et ne touchent qu'aux bords où elles adhèrent les unes aux autres.

Quatre troncs nerveux, énormes à proportion, provenant de la partie postérieure du cerveau, pourvoient exclusivement les appareils membraneux de nerfs. Ces appareils sont disposés de manière à ce que les surfaces des petites piles qui regardent le dos de l'animal produisent l'électricité positive, tandis que les surfaces regardant en bas, vers le ventre, se comportent électronégativement. Quand on touche du bout du doigt, à l'endroit de l'organe électrique, la partie supérieure de la torpille, et avec un autre doigt sa partie inférieure, on ressent une secousse aux muscles du bras. Cette secousse est assez forte pour se produire même lorsque plusieurs personnes sont introduites dans le cercle, pourvu qu'elles se tiennent par leurs mains mouillées. Les coups se suivent rapidement.

Il y a donc dans le cerveau de la torpille des parties, aisées du reste à trouver et à isoler, nommées « lobes électriques, » qui mettent en action l'organe électrique. Ces lobes sont composés d'amas de corpuscules sphéroïdes, à peine visibles à l'œil nu, et faciles à déterminer à l'aide du microscope. Près d'une douzaine de filets plus ou moins fins rayonnent en tous sens de ces corpuscules, dits cellules ganglionaires multipolaires. Quelques-uns de ces rayons naissent des filets nerveux qui se rendent immédiatement aux nerfs de l'organe électrique; d'autres servent à mettre les cellules en communication entre elles.

M. Wagner est persuadé d'avoir trouvé dans ces observations un nouveau point d'appui pour l'anatomie des centres nerveux. Certaines autres connaissances qu'il a acquises dans les derniers temps sur le cerveau humain lui semblent avoir avec elles une analogie si frappante, qu'il espère en tirer les conclusions les plus importantes pour déterminer le mécanisme des fonctions nerveuses.

Par anticipation il donne les explications suivantes :

La moelle épinière, la moelle allongée et bien des parties du cerveau de l'homme et des animaux sont composées de masses dans lesquelles se trouvent des agglomérations insulaires de cellules multipolaires qui communiquent entre elles à l'aide de petites fibres, et qui envoient et reçoivent des filets nerveux. Ces agrégats de cellules sont doués de forces propres et distinctes. Quelques-uns représentent les organes centraux de tel ou tel groupe de muscles, et se comportant à l'égard des muscles du corps, comme les lobes électriques de la torpille avec ses appareils électriques. Quelques autres étant excités et en oscillation moléculaire, produisent les phénomènes de l'audition; d'autres encore donnent la sensation de la lumière, de sorte qu'on peut admettre des cellules électriques, motrices, auditives, visuelles, etc., voire même des cellules psychiques qui font naître les fantasmagories colorées de nos rêves ou celles que nous évoquons par notre imagination.

Il y a donc, selon M. Wagner, dans le cerveau et la moelle épinière des agglomérations distinctes de corpuscules communiquant entre elles, de véritables cellules ganglionaires multipolaires qui, en formant des systèmes particuliers d'appareils de force, servent à l'économie animale, soit pour conduire les impressions au sens intime, soit pour exécuter instantanément ses ordres. Ces appareils développent aussi des forces indépendantes de la volonté qui nous causent les mouvements involontaires des muscles dans les convulsions qui, dans le rêve, la fièvre ou l'aliénation mentale, nous remplissent d'un chaos de sensations internes, telles que le bourdonnement, le tintement, les phénomènes lumineux, les hallucinations, etc.

Arrivé là, M. Wagner se voit obligé d'entrer dans plus de détails sur quelques chapitres principaux de la physiologie du système nerveux, dont l'analyse nous occupera une autre fois.

Disons, pour terminer cet article, que le célèbre professeur se propose de faire un troisième voyage à la recherche des poissons électriques. Il espère, à l'époque des grandes vacances de 1852, pouvoir se rendre aux bords du Nil pour étudier le silure électrique.

F. FELDMANN, D. M.

VARIÉTÉS.

DÉCRET SUR LE PLAN D'ÉTUDES.

Voici les principales dispositions du décret du 10 avril, afférentes aux études de la médecine :

Art. 1er. — Indépendamment de la division élémentaire qui sera établie, s'il y a lieu, pour preparer les enfants à l'enseignement secondaire, les lycées comprennent nécessairement deux divisions, la division de grammaire, commune à tous les élèves, et la division supérieure, où les lettres et les sciences forment la base de deux enseignements distincts.

Art. 2.—Après un examen constatant qu'ils sont en état de suivre les classes, les élèves sont admis dans la division *de grammaire*, qui embrasse les trois années de sixième, de cinquième et de quatrième.

Chacune de ces trois années est consacrée, sous la direction du même professeur :

1° A l'étude des grammaire française, latine et grecque ;

2° A l'étude de la géographie et de l'histoire de France.

L'arithmétique est enseignée, en quatrième, une fois par semaine, à l'heure ordinaire des classes.

A l'issue de la quatrième, les élèves subissent un examen, appelé examen de *grammaire*, dont le résultat est constaté par un certificat spécial, indispensable pour passer dans la division supérieure.

Art. 3. — La division supérieure est partagée en deux sections.

L'enseignement de la première section a pour objet la culture littéraire, et ouvre l'accès des facultés des lettres et des facultés de droit.

L'enseignement de la seconde section prépare aux professions commerciales et industrielles, aux écoles spéciales, aux facultés des sciences et de médecine.

. . . .

Les études scientifiques ont lieu pendant trois années correspondantes.

Les langues vivantes sont enseignées pendant les trois années dans les deux sections.

Les programmes indiqueront les autres études qui pourront être communes aux deux enseignements.

Une dernière année, dite *de logique*, obligatoire pour les deux catégories d'élèves, a particulièrement pour objet l'exposition des opérations de l'entendement et l'application des principes généraux de l'art de penser à l'étude des sciences et des lettres.

Art. 9. — Il y a un seul baccalauréat ès sciences.

Les candidats sont dispensés de prendre le diplôme de bachelier ès lettres.

Les épreuves sont de deux sortes :

1° De deux compositions écrites ;

2° Questions orales embrassant tout ce qui fait l'objet de l'enseignement de la section scientifique des lycées.

Art. 11. — Les parties les plus élevées des mathématiques, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, qui étaient comprises dans les anciens programmes du baccalauréat ès sciences mathématiques et du baccalauréat ès sciences physiques, sont reportées à l'examen des trois licences ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles, qui demeurent distinctes.

Art. 12. — Les étudiants des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres. Ils doivent produire celui de bachelier ès sciences avant de prendre la première inscription.

Art. 15. — Les professeurs des Facultés de droit, de médecine, des lettres des sciences et des Écoles supérieures de pharmacie s'assureront, par des appels ou par tout autre moyen, de l'assiduité des auditeurs.

Art. 18. — Le présent décret sera mis à exécution à partir du 1er octobre prochain.

— Le Moniteur de jeudi dernier publie une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique aux recteurs, dont il est utile de faire connaître les extraits suivants :

« ...... J'ai donc décidé que MM. les doyens des Facultés de droit et de médecine, MM. les directeurs des écoles supérieures de pharmacie et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, seront tenus d'adresser désormais aux parents des élèves, à la fin de chaque semestre de l'année scolaire, un bulletin contenant l'état des inscriptions et des examens subis pendant le cours de ce semestre ; ils y joindront leurs observations particulières sur l'assiduité aux divers cours obligatoires, sur la manière dont les examens auront été subis, sur la conduite de l'étudiant à l'intérieur et au dehors de l'école.

» MM. les doyens et directeurs seront également tenus de notifier sur-le-champ aux parents ou au tuteur de l'étudiant les poursuites disciplinaires ou autres dont celui-ci aurait été l'objet...

» Vous donnerez en conséquence les ordres les plus précis pour que le relevé des notes du dernier semestre soit adressé, sans retard, aux parents de chaque étudiant. »

Ces mesures ont pour but d'obvier, autant que possible, aux inconvénients qui résultent de la négligence de quelques étudiants à prendre leurs inscriptions ou à passer leurs examens aux époques déterminées par les règlements, négligence qui leur fait prolonger le temps des études au delà de la durée fixée par les lois.

— Uniforme des chirurgiens de la garde nationale. Nous croyons être utile à nos confrères qui viennent d'être nommés chirurgiens de la garde nationale, en leur communiquant les renseignements qui nous ont été transmis sur le costume qu'ils doivent porter :

Tunique d'ordonnance ; collet ouvert. Les broderies des différents grades sont semblables à celles des grades correspondants dans l'armée, mais en argent. Le frac, pour tenue du soir, est facultatif, et est une tenue de fantaisie. Boutons d'officiers d'infanterie, mais avec caducée.

Pantalon d'ordonnance (bande ronge).

Épée : Sabre d'officier avec gland de grade. Le modèle de l'épée est à volonté. Caducée à la plaque du ceinturon. Le ceinturon est en argent pour la grande tenue, et en cuir verni pour la petite tenue.

Chapeau d'état-major, sans autre ornement qu'une ganse en argent, galon cul-de dé, largeur de 40 millimètres, partagé par son milieu par une raie de soie noire de 3 millimètres, façon dite à la Suisse.

Gibernes d'ordonnance de l'armée. Dans la grande tenue, le baudrier est découvert ; dans la petite tenue, il est couvert de son étui en maroquin rouge. (Union méd.)

— On lit dans la Presse du 21 avril :

« Il paraît que les négociations relatives à la ratification de la convention conclue à Paris par la commission sanitaire internationale ne sont pas encore terminées.

» L'Autriche, Naples, l'Espagne et la Grèce sont les puissances qui ont montré le plus de répugnance à souscrire à ce traité. L'Autriche, qui a détruit les quarantaines à Trieste, et qui par ce moyen a mis ce port en état de lutter avec Marseille pour les voyages du Levant en Angleterre, hésite à adopter les modifications adoptées au congrès de Paris. Les autres puissances font, au contraire, des difficultés pour détruire leurs quarantaines.

» La Russie, la Hollande, la Belgique, l'Angleterre, le Portugal et même la Turquie ne font aucune objection contre le projet, qui consiste à restreindre les quarantaines et à faciliter les communications internationales. »

— On lit dans le Conciliateur de la Creuse :

« L'épidémie qui sévissait dans quelques communes de l'Allier s'est propagée sur presque tous les points de ce département et a gagné le territoire de la Creuse, où la maladie a pris un caractère moins grave.

» Ici, comme dans le département voisin, le mal se déclare par des crampes et des douleurs générales qui sont bientôt suivies de maux de tête et de délire. Seulement ces symptômes ne sont pas toujours mortels parmi nous comme dans l'Allier. On ne sait à quoi attribuer cette épidémie. Plusieurs personnes étaient tentées d'en voir la cause dans le brusque changement de température qui avait eu lieu au commencement de mars. Quoique la sécheresse ait cessé, la fièvre typhoïde continue. »

— Enseignement de la médecine a Berlin. — Les professeurs des Universités prussiennes se divisent en professeurs ordinaires, extraordinaires et *privatim docentes*. La Faculté de Berlin en compte seize ordinaires, dix extraordinaires et douze *privatim docentes*, en tout trente-huit. Les matières de l'enseignement se divisent en diverses sections, de manière que chaque professeur donne des leçons sur trois ou quatre parties distinctes, et que chaque matière est enseignée, soit dans son ensemble, soit dans ses divisions, par divers professeurs : de là la grande émulation qui existe entre eux et le soin qu'ils apportent à se mettre au courant de la science.

Le grand hôpital de la Charité, peut-être l'un des plus grands de l'Europe, et quelques hospices, sont les lieux où se fait l'instruction clinique. Busch fait sa clinique d'accouchements à la Charité ; Casper enseigne la médecine légale, Juengken la clinique chirurgicale et l'ophthalmologie, Romberg la médecine, Schoenlein la clinique médicale, Barez les maladies des enfants, Ideler les maladies mentales, Schmidt les accouchements et les maladies syphilitiques, Wolff la clinique médicale, Kranichfeld la clinique ophthalmologique, le docteur Troschel les éléments de la clinique médicale et chirurgicale.

— De la mortalité a Londres. Tous les districts de Londres ont donné une grande mortalité pendant le mois de mars. — Dans la première semaine on a enregistré 1,128 décès, dans les deux suivantes 1232 et 1208, et dans la dernière 1218. — En dédnisant de ces nombres les morts par empoisonnement ou causes externes violentes, on a pour les trois dernières semaines de mars les chiffres suivants 1160, 1183, 1161.

Les effets de la saison se montrent dans la mortalité causée par les maladies des organes respiratoires ; ce genre d'affections qui comprend la bronchite, la pneumonie, l'asthme, la pleurésie, la laryngite, etc., a compté, dans la dernière semaine, 243 morts, la moyenne des années précédentes étant de 193 seulement, ou de 212 en tenant compte de l'augmentation de la population depuis 10 ans. — Dans ce nombre la pneumonie figure pour 72, la bronchite pour 126. — La phthisie, qui forme une espèce à part dans la classe des maladies tuberculeuses, a donné lieu dans les deux dernières semaines à 151 et à 160 décès. Il y a eu 21 décès par suite de variole, 8 de croup, 31 de scarlatine, et 1 à l'hôpital Saint-Barthélemy à la suite de l'administration du chloroforme pendant une opération.

— Prix. La Société de médecine de Nîmes a mis au concours la question suivante : 1° le tartre stibié et l'ipécacuanha administrés à haute dose dans le traitement des maladies de poitrine possèdent-ils le même mode d'action thérapeutique ? S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications.— Prix : une médaille d'or de 200 fr. Les mémoires doivent être adressés, selon les formes académiques, avant le 1er déc. 1852, terme de rigueur, à la société de médecine de Nîmes, Hôtel-de-Ville.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION DE ZOOLOGIE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — INJECTIONS IODÉES DANS LES ABCÈS PAR CONGESTION.

Quand les questions de personnes deviennent des questions de principes, il faut les traiter comme telles, et l'importance qu'elles acquièrent explique celle qu'on est conduit à leur donner dans la discussion. C'est pour ce motif que nous croyons pouvoir nous arrêter quelques instants sur l'élection qui vient d'avoir lieu à l'Académie des sciences, dans la section de zoologie.

La lutte sérieuse s'est passée entre MM. de Quatrefages et Claude Bernard. Au point de vue où nous nous plaçons, l'intérêt des personnes cédait le pas à l'intérêt des principes. Pour nous, l'Académie n'avait pas à choisir entre deux hommes d'un mérite différent ; mais entre un zoologiste, représentant les traditions anciennes de la section, et un biologiste tendant à y introduire un élément scientifique nouveau : l'élément physiologique destiné à compléter l'élément zoologique et l'élément anatomique. Or nous n'avions pas attendu l'issue du scrutin pour dire notre sentiment à cet égard : la GAZETTE MÉDICALE du 27 mars 1852 renferme un article où nous avons traité au long cette question. Nous avons été d'avis que l'Académie obéirait à une impulsion de progrès si elle consentait à élargir et à rajeunir le cadre déjà vieux de la section de zoologie. La présentation, on se le rappelle, avait été faite dans un sens tout différent : des zoologistes seuls avaient été admis sur la liste ; mais l'Académie, mue sans doute par des sentiments analogues à ceux que nous avons exprimés avec toute la presse scientifique, avait ajouté aux candidats de la section deux physiologistes d'un haut mérite, MM. Cl. Bernard et Longet. Cette première manifestation pouvait faire espérer que le succès ne s'arrêterait pas là. Le scrutin, bien que quelque temps incertain, a fini par donner gain de cause à la section : M. de Quatrefages a été nommé à une majorité de 7 voix sur son principal compétiteur, M. Bernard. Cependant ce résultat est loin d'être le même si on l'envisage au point de vue des personnes ou au point de vue des principes : M. de Quatrefages a vaincu M. Bernard, mais la physiologie l'a emporté sur la zoologie, et c'est en cela qu'on peut dire que la victoire a été du côté du progrès. En effet, ôtez un candidat élu les voix de la section, nous ne disons pas toutes, mais celles seulement qu'il a obtenues, et son élection était impossible. La majorité des membres présents était de 30 ; M. de Quatrefages n'a obtenu que 31 suffrages. C'est donc avec une juste raison que nous pouvons répéter que si le zoologiste l'a emporté sur le physiologiste, c'est la physiologie qui a vaincu la zoologie. L'on pourrait même ajouter que, sans quelques fautes de tactique, sans quelques rivalités mal inspirées, le triomphe du savant eût été aussi complet que celui de la science. Félicitons-en donc l'Académie et M. Bernard ; car, le cas échéant qu'une nouvelle vacance, *Di avertant !* vienne à se déclarer dans la section de zoologie, nous ne faisons aucun doute que l'ingénieux physiologiste ne soit conduit par la section même au fauteuil du zoologiste.

Si nous avons insisté sur cet événement, c'est qu'il touche à tous nos intérêts de science et de savant ; qu'on nous permettra même de présenter quelques réflexions à cet égard qui ne seront peut-être pas perdues pour l'avenir.

Ceux qui comprennent le véritable intérêt de la médecine doivent chercher à lui faire prendre place partout où elle peut gagner en estime et en autorité. Il n'est que trop vrai que son crédit a été fort limité jusqu'ici à l'Académie des sciences : à ce point qu'il ne s'agissait de rien moins que de supprimer la section de médecine pour la remplacer par une section d'anatomie et de physiologie. Cette disposition d'esprit mérite qu'on s'en préoccupe, puisqu'elle existe. Elle naît d'un préjugé très-déplacé sans doute et souverainement injuste à notre égard ; mais elle a pour effet de nous rétrécir toutes les avenues, et de retarder ainsi l'avénement de la science en empêchant l'avénement des hommes qui la représentent. Pour changer l'opinion à notre égard, que faudrait-il ? Beaucoup de choses sans doute, mais une surtout : toutes les fois qu'un médecin, qu'un enfant de la famille, qui s'est distingué dans une branche quelconque de notre science, a quelques chances d'arriver, il faudrait que l'intérêt des individus cédât le pas à l'intérêt du corps, et que chacun de nous aidât au succès du nôtre. Dans l'espèce, par exemple, il eût été digne de louange qu'un autre physiologiste également distingué, mais dont le moment n'était pas arrivé, fît cause commune avec son émule. Cet acte de dévouement, utile à l'intérêt commun, ne l'eût pas été moins à l'intérêt individuel. La médecine eût été heureuse de compter un de ses enfants de plus dans l'illustre compagnie ; et le compétiteur se fût débarrassé pour l'avenir d'un concurrent qu'il retrouvera toujours avec les avantages de la dernière lutte. Mais, il faut le reconnaître, notre siècle n'est pas celui des principes et des abnégations ; l'intérêt de la science n'est plus qu'une chimère, et l'intérêt particulier est le seul mobile de toutes les actions.

— La question des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion est bien près d'être résolue, non pas dans un sens favorable à la méthode, nous avons le regret de le dire, mais dans un sens utile aux malades. Il y a quelques jours que M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et M. Hipp. Larrey ont fait connaître à la Société de chirurgie l'issue malheureuse de plusieurs cas traités par les injections iodées et avec le concours du principal promoteur de cette méthode. Ce qui caractérise ces insuccès, ce n'est pas l'insuffisance du moyen, attestée par la mort des malades. Ce résultat, commun à presque toutes les méthodes, prouverait bien plus la stérilité de l'art que les dangers de son intervention. Mais dans la plupart des cas connus où les injections iodées ont été employées, elles ont été suivies d'accidents plus ou moins graves : inflammation des parties, gangrène, fièvre, etc., qui ont évidemment hâté, sinon causé la mort des malades. Or le premier précepte est d'abord de ne pas nuire ; à cette condition il est permis à toutes les méthodes de se mettre en ligne, sauf pour chacune à supporter seule tous les inconvénients de l'expérience. Jusqu'ici les injections iodées ont eu le malheur de faire payer aux malades les frais de la guerre ; sans cette considération, nous laisserions aller les choses d'elles-mêmes ; convaincu que l'expérience ne laissera pas longtemps les croyants dans l'illusion. Nos convictions ont d'ailleurs un autre motif qu'il est à peine nécessaire de rappeler. Quand l'art est en possession d'une méthode qui guérit, *dans des conditions données*, pourquoi ne pas chercher à déterminer ces conditions ? à les éclairer plutôt qu'à les obscurcir ? Pourquoi ne pas étudier *quand*, *comment* et *jusqu'où* la méthode sous-cutanée peut produire des résultats qu'on a cherché en vain à lui dénier pour en faire profiter les injections iodées ou d'autres moyens aussi peu efficaces ? Qu'on ne suppose

Feuilleton.

PHYSIOLOGIE MORALE. — LA VIEILLESSE. — BALANCE DE JOUISSANCES ET DE PRIVATIONS.

« Peu de gens savent être vieux. »
(LAROCHEFOUCAULD.)

Il est une vérité que l'on perd toujours de vue en observant les diverses périodes de la vie humaine, c'est que chacune d'elles apporte sa part de privations et sa part de jouissances. Que faut-il donc faire ? La nature l'indique, se conformer à la nouvelle disposition du corps et de l'esprit, autrement dit, être l'homme de son âge, comme on est citoyen de son pays. Ce principe de la philosophie du bon sens est d'une telle importance, que s'en écarter porte nécessairement les plus rudes atteintes à l'économie organique, à la santé, au repos et au bonheur. Beaucoup de gens ont peine à se persuader une pareille vérité ; on se fait toujours ou trop jeune ou trop vieux. Dans la force de l'âge surtout, comment s'imaginer qu'avec des rides au visage, un corps plus ou moins courbé par les années, un esprit manquant d'énergie et un bras de vigueur, on puisse encore espérer quelques jouissances : une pareille prétention semble insoutenable. Ceux même qui sont parvenus à cette époque nommée l'*âge de retour*, croient que le bonheur les fuit à jamais, uniquement parce qu'ils portent toujours leurs regards en arrière, parce qu'ils n'ont plus la force d'autrefois, parce qu'ils ne se sentent plus aptes à certains plaisirs, parce que l'imagination s'est amortie, parce que beaucoup d'illusions se sont dissipées, enfin, parce qu'ils ont des maux qu'ils n'avaient pas, sans penser à ceux qu'ils évitent, etc. A leurs yeux, la nature n'a plus que des aspects flétris, un soleil dangereux, des hivers ou des printemps meurtriers. Peut-être ont-ils raison, puisqu'ils ont la triste folie de ne savoir pas vivre et jouir selon leur âge, leur temps et leur situation. Avaient-ils donc la prétention de ne faire de leur existence entière qu'une longue partie de plaisir ? Non, certes, l'homme ne porte pas sans fléchir le poids des années, mais pour peu qu'il y ait encore du feu dans la tête et du sang au cœur, quand d'ailleurs l'esprit n'est troublé ni par une secrète jalousie de vieillard, ni par une sotte émulation, il n'est point d'âge qui n'apporte son tribut de jouissances. Le grand secret est de tirer tout le parti possible de la vie dans toutes ses périodes, d'avoir toutes ses feuilles au printemps, toutes ses fleurs dans l'été et tous ses fruits à l'automne. C'est là posséder, en effet, l'importante science de la vie que de la gouverner ainsi.

Qui n'a pas l'esprit de son âge,
De son âge a tout le malheur.

à notre prédilection aucun motif autre que celui d'une conviction sincère, appuyée dès longtemps sur des faits qui ne se sont pas démentis, et fortifiée de plus en plus par les faits de chaque jour. Un temps viendra où la pratique commune bénéficiera des avantages de la pratique individuelle dans le traitement des abcès par congestion comme dans celui d'une foule d'autres maladies.

J. GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE; par le docteur ADOLPHE GUBLER, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central des hôpitaux, etc. (Mémoire lu à la Société de biologie, le 21 février 1852.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Ainsi que je l'ai fait entrevoir au début de ce chapitre, le foie n'est pas toujours totalement envahi; le travail morbide peut porter sur certaines régions seulement et respecter la plus grande partie de l'organe, comme je l'ai vu une fois chez un enfant mort dans le service des nourrices de l'hôpital Necker, et plus tard sur un fœtus qui me fut présenté par M. Desnelles, alors interne à l'hôpital Saint-Louis.

Je ne saurais mieux faire, pour donner une bonne idée de cette forme si remarquable, que de placer ici l'observation qui nous en a fourni le premier et le plus curieux exemple.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE; SORTE D'APOPLEXIE PLASTIQUE DU FOIE; PÉRITONITE; PNEUMONIE; MORT.

OBS. II. — Joséphine Vessière, née à Paris et âgée de 3 mois, entra avec sa mère dans le service de M. Horteloup (hôpital Necker), le 5 décembre 1848, présentant les signes stéthoscopiques de la pneumonie lobulaire, avec un appareil de symptômes qui présageaient une mort certaine. Elle succomba en effet le jour même de son entrée.

M. S. Empis, interne du service, ayant remarqué en outre que cette enfant portait les stigmates de la syphilis constitutionnelle, eut l'obligeance de m'avertir, et nous procédâmes ensemble à l'autopsie cadavérique, qui n'eut lieu que le 8 décembre au matin et donna les résultats suivants :

ASPECT EXTÉRIEUR. — Sujet chétif, émacié. Peau rugueuse, ne présentant pas d'une manière appréciable la teinte jaune bistre de la syphilis constitutionnelle.

Lèvres buccales tailladées par des fissures rayonnantes, dont quelques-unes sont profondes d'un à 2 millimètres et longues de 4 à 5. Langue couverte d'érosions serpigineuses, à fond rouge, tranchant sur la couleur blanche des parties intactes.

Fissures nombreuses au poignet droit, dans les régions palmaire et dorsale, dirigées suivant les plis naturels de la peau; la principale, correspondant à la base de l'hypothénar, est longue de 2 centimètres environ et très-profonde. Dans la zone qui correspond à la jointure, la peau est en outre couverte de couches épaisses d'épiderme en voie de desquammation.

La peau est mince et rouge au niveau des sillons articulaires de la face palmaire. Cette particularité est plus marquée à droite.

Les fesses, et spécialement le pourtour de l'anus, sont le siége de pustules d'ecthyma dont la plupart sont excoriées; quelques-unes conservent une croûte brune. Parmi les premières, il en est qui sont constituées par une surface ulcérée, parfaitement circulaire, d'un diamètre de 5 millimètres à peu près, reposant sur une base indurée qui s'enfonce dans l'épaisseur du derme et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané (ecthyma profond). Ces surfaces, incisées, nous montrent le derme épaissi, ramolli et gorgé de sang noir, ce qu'il doit à un développement vasculaire auquel participe le tissu cellulo-adipeux ambiant.

L'entrée des organes génitaux est tapissée d'un enduit blanc, puriforme. Les extrémités inférieures ne présentent aucune lésion notable.

Tête. — Les fosses nasales ne sont pas examinées, non plus que les organes encéphaliques.

Poitrine. — Les poumons sont roses, mous et rétractiles dans la plus grande partie de leur étendue; leur bord postérieur est rouge brun. Mais çà et là existent des lobules indurés, variés de violet, de gris ou de jaunâtre, et donnant sous les doigts la sensation de grains durs: c'est la forme granulée de la pneumonie chronique, dans laquelle on retrouve parfois jusqu'à un certain point les caractères extérieurs du pancréas.

Le cœur est normal; ses cavités sont remplies par de petits caillots fibrineux d'une nuance à peine jaunâtre pâle et par du sang liquide en forte proportion, mais n'offrant pas d'une manière évidente l'aspect de rinçure de bouteilles que j'ai rencontré ailleurs.

L'abdomen est un peu distendu par les gaz intestinaux. Le péritoine renferme à peine une cuillerée de sérosité limpide.

Les intestins et l'estomac ne sont pas examinés. Les reins semblent normaux. La rate, ellipsoïde, longue de 5 centimètres, d'une consistance ferme, d'un tissu rouge brun, présente à sa surface quelques taches blanches et villeuses, très-petites.

Nous arrivons maintenant à la description du foie.

Ce viscère paraît volumineux, turgide, globuleux, et offre un singulier assemblage de colorations brun rouge extrêmement foncé et jaune pierre à fusil. La couleur brune ou violacée occupe la plus grande partie de l'organe et appartient à la substance saine; la couleur jaune, plus restreinte, correspond, au contraire, à des portions de la glande qui ont perdu leurs qualités normales pour revêtir les caractères que nous avons vus plusieurs fois appartenir au foie tout entier, profondément altéré, à savoir: la dureté élastique, la résistance aux doigts, l'aspect homogène et net de la coupe, la demi-transparence, et jusqu'à l'existence des stries grises vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés.

L'altération occupe une grande partie du lobe gauche, particulièrement sa périphérie. La substance saine ne se retrouve guère que contre le ligament falciforme. Le lobe droit est proportionnellement beaucoup moins altéré. La couleur jaune règne le long de son bord tranchant, devenu plus mousse, en formant une bande dont la largeur varie de 10 à 15 millimètres. La ligne de séparation est festonnée, et les deux colorations se fondent ensemble à leur point de rencontre. L'altération occupe, d'ailleurs, toute l'épaisseur du bord, qui jouit ainsi d'une demi-transparence marquée.

Sur la face convexe, on voit encore quelques îlots de substance jaune altérée, dont les limites sont aussi un peu sinueuses et fondues avec celles de la partie brune. Le principal d'entre eux, qui peut avoir 15 millimètres de diamètre, occupe à peu près le centre du lobe.

A la face inférieure, on retrouve des dispositions analogues. Le lobule de Spigel est tout entier jaunâtre et induré.

Il n'est pas d'axiome, de principe mieux fondé que celui-là sur une expérience constante et journalière. Malheureusement on se persuade toujours que la vieillesse, comme une fièvre lente, use, brise les forces et *désanimant* la vie sans l'éteindre, condamne à une sorte de végétation. Sans doute, cela doit être dans certains cas; mais la vie ne se flétrit pour ainsi dire fleur à fleur que pour ceux qui ne veulent pas quitter leurs jouets avant que leurs jouets ne les quittent, ou bien quand le corps est épuisé de bonne heure par les excès, par les maladies, par un tempérament très-délicat, mais non chez les vieillards vigoureux, bien portants, dont les rides du front semblent les cicatrices du combat de la vie et le reflet de l'immortalité prochaine; or c'est le plus grand nombre; qu'on le croie bien, la lie n'est pas toujours au fond du vase. On confond presque sans cesse la vieillesse dans toutes ses phases avec la caducité touchant aux dernières limites de la vie : Juvénal, Horace et certains moralistes l'ont peinte avec ces sombres couleurs, et cependant rien n'est plus différent. Dans la verte vieillesse et sans doute bien au delà, est-ce que la vie morale n'est pas dans son plein développement, les facultés intellectuelles à leur plus haut degré d'activité? L'expérience n'a-t-elle pas beaucoup ajouté à leur perfectionnement? Une fois dégagé de cette funeste comparaison de l'âge actuel ou de la vieillesse, avec les époques écoulées, l'homme n'a qu'à jouir de ce que l'âge apporte de douceur, de paix et de plaisirs. Ce dernier mot semble toujours étranger, inapplicable, même ironique à l'âge avancé, et comme tout à fait incompatible avec la vieillesse. Il n'en est rien néanmoins, car il ne s'agit que de s'entendre. Si l'on appelle plaisir ce sensualisme violent consistant à multiplier, à varier continuellement les impressions, à les exalter, afin de se sentir vivre le plus possible et dans de courts espaces de temps, un pareil plaisir n'appartient plus à la vieillesse, rien même de plus dangereux à tout âge. Mais savourer doucement, pleinement certains plaisirs du corps et de l'esprit, n'approcher ses lèvres de la coupe qu'avec prudence; mais régler ses jouissances d'après ses forces; mais chercher ce bonheur uniforme, modéré, n'ayant ni secousses, ni intervalles, ni ardeur, ni frisson; mais estimer à leur valeur réelle l'amour et l'amitié, ces deux beaux rêves de la vie; mais peser à la balance de l'expérience ce qui plaît ou ce qui nuit sans trop d'austérité, est-ce donc une manière de jouir qu'on doive dédaigner? Ce serait folie, d'autant plus qu'elle n'a aucune saveur arrière de craintes et de regrets. C'est là le seul moyen de suivre les inspirations de la nature tout à la fois si bonne et si cruelle, si indulgente et si implacable. En général, les hommes qui ont vécu ne sont plus capables de grandes joies, ni aussi de grandes douleurs. Mais après les impétueux plaisirs de la jeunesse, ils ont encore à ressentir la sérénité d'une vie qui se repose à l'ombre des jours passés, et compte sur les dédommagements éternels, l'émotion douce et profonde des anciennes amitiés, les sentiments prolongés de la famille, le charme toujours renaissant des anciennes habitudes. Il y a surtout une période de l'existence, celle de cinquante à soixante-dix ans et même au delà, c'est-à-dire près du tiers de notre vie, où l'homme bien portant jouit d'une vitalité physique et morale si bien pondérée qu'aucun autre âge ne la surpasse. Un homme de lettres aussi distingué par l'atticisme de son esprit que par les rares qualités de son cœur, feu M. de F..., se plaignait à un de ses amis d'avoir atteint l'âge de soixante ans. « Quoi ! lui répondit cet ami, soixante ans! eh! c'est le *printemps de la vieillesse!* » Expression pleine de sens et de vérité!

Le tissu tout à fait sain offre les caractères qu'on lui connaît chez les enfants du premier âge; dans quelques points cependant, la substance est plus ferme, plus pâle, moins opaque, à coupe plus nette, comme pour marquer le passage au tissu franchement altéré. Cette dernière modification est si légère qu'elle passe d'abord inaperçue; ce qui frappe au premier aspect, c'est ce contraste singulier entre la couleur jaune pâle du tissu induré et le brun violet très-foncé du fond de l'organe, disposition qui rappelle celle de certains marbres.

Le péritoine qui recouvre les portions altérées est tapissé par places de pellicules albumino-fibrineuses très-minces et faciles à enlever, au-dessous desquelles on voit sa surface légèrement dépolie quand on l'examine obliquement.

Le hasard nous ayant fait rencontrer une altération à la fois et si restreinte quant à son étendue et si complète quant à son degré de développement, il devenait extrêmement important, pour compléter l'histoire anatomique de l'induration fibro-plastique du foie, d'essayer une injection artificielle. Je procédai à cette opération avec M. le docteur Follin, prosecteur de la Faculté, en ayant recours à un liquide très-pénétrant.

Comme le lobe gauche avait été en partie sacrifié pour y pratiquer des incisions et juger de l'état intérieur de l'organe, nous choisîmes la branche primordiale droite de la veine porte hépatique, et nous y fîmes pénétrer, par une pression soutenue, de l'essence de térébenthine colorée par du bleu de Prusse. En quelques instants la matière remplit non-seulement toutes les ramifications de la veine porte, mais aussi le réseau capillaire, si riche, de la portion saine, qui devint entièrement bleue, sans extravasation. Cette matière repassa même par les veines sus-hépatiques. Mais les parties jaunes indurées ne se laissèrent pas pénétrer, ou du moins en si petite quantité qu'on n'y découvrait que de rares arborisations bleues, très-grêles, qui n'arrivaient pas même jusqu'à la périphérie de l'organe; en sorte que les capillaires n'admirent pas la moindre parcelle d'injection.

Une seconde injection, composée de suif coloré par du cinabre et rendu plus fluide à l'aide d'une certaine proportion d'essence de térébenthine, fut ensuite poussée dans les veines sus-hépatiques et en remplit la plus grande partie; mais ne pénétra pas plus que la première dans les points indurés.

Cette pièce injectée fut montrée à la Société de biologie dans sa séance du 16 décembre 1848. Je l'ai encore sous les yeux, et de nouvelles coupes que je viens d'y pratiquer m'ont fait voir une ligne de démarcation très-nette entre la coloration bleue de la substance saine, atténuée pourtant par une longue macération dans l'alcool, et la décoloration de la substance altérée. Celle-ci occupe, d'ailleurs, une plus grande étendue de l'organe que ne paraissait l'indiquer la grandeur des tâches pâles visibles à la surface, et je ferai remarquer, en passant, qu'elle a subi, par l'action de l'alcool, un retrait et un endurcissement, une corrugation, en un mot, beaucoup plus prononcée que la substance non infiltrée de la matière albumino-fibrineuse.

Il reste donc démontré par la méthode des injections, aussi bien que par l'inspection à l'œil nu, que, dans le tissu induré, la trame vasculaire est à peu près imperméable; que les réseaux capillaires sont oblitérés, et que le calibre des vaisseaux d'un ordre plus élevé est lui-même considérablement rétréci. A quoi peut tenir une pareille disposition? C'est ce que l'examen microscopique va nous dévoiler.

En effet, on découvre dans le tissu altéré une quantité souvent considérable, quelquefois énorme, d'éléments fibro-plastiques à tous les degrés d'évolution, au milieu desquels les cellules de l'enchyme sont dispersées et pour ainsi dire noyées. La proportion de ces éléments fibro-plastiques par rapport à ceux du tissu propre de l'organe est plus ou moins forte, suivant que l'altération est plus ou moins avancée. Il y en a très-peu dans les parties encore brunâtres de la seconde forme où ils se perdent au milieu des cellules propres; ils sont au contraire prédominants dans les foies jaunes et très-durs, ainsi que dans les portions fortement indurées des foies qui ne présentent qu'une altération partielle, tandis qu'il en existe très-peu dans les points dont l'aspect est à peine modifié et pas du tout dans le tissu en apparence normal. Ce qui frappe d'abord ce sont les corps fusiformes dont les uns sont courts, en forme de navette, les autres très-longs, renflés en leur milieu et terminés par des extrémités effilées. Presque tous sont pourvus d'un noyau ovale ou ellipsoïde renfermant un contenu granuleux au sein duquel se font souvent remarquer un, deux ou trois granules plus gros et jouissant d'un éclat très-vif.

On y rencontre aussi beaucoup de cellules arrondies ou ovalaires, assez semblables aux plus petites cellules de l'enchyme, mais renfermant des noyaux ellipsoïdes comme ceux des fibres; je pense que ce sont des cellules fibro-plastiques et que certains noyaux libres reconnaissent la même origine.

Le mode de préparation usité dans ce genre de recherches fait voir ces éléments ordinairement isolés; cependant il m'est arrivé de rencontrer parfois plusieurs fibres accolées et présentant un véritable lambeau de tissu de nouvelle formation. La plupart de ces fibres sont simples, mais j'en ai vu quelques-unes bifurquées à une extrémité comme si un seul noyau avait donné naissance à deux fibres connées.

Les cellules propres du parenchyme hépatique ont-elles subi quelque changement notable?

On leur trouve tous les caractères de l'état normal. Elles sont plus petites que chez l'adulte, plus régulièrement polyédriques, d'ailleurs comprimées dans un sens, de manière à se présenter habituellement par leur face plane; celle-ci est limitée par un contour polygonal, souvent à quatre ou cinq côtés inégaux, un peu convexes. Les parois cellulaires, très-minces et finement ponctuées, laissent apercevoir dans leur cavité un noyau excentrique, circulaire, granuleux, des globulins très-réfringents de matière grasse qui sont toujours en petite quantité et manquent parfois complétement, et enfin assez souvent de petits points d'un jaune vif constitués par de la matière colorante de la bile.

Les cellules d'enchyme m'ont paru être plus serrées dans les grains opaques que j'ai comparés à ceux de la semoule et qui ne seraient, d'après cela, que des vestiges de la substance propre du foie refoulée et condensée par l'apoplexie plastique environnante. Je pense qu'il en faudrait dire autant de ces îlots d'une substance assez semblable à celle des foies gras qui existaient dans un des cas dont j'ai conservé les détails; seulement l'observation ne dit pas si les cellules prises dans ces parties étaient plus chargées de graisse que les autres; mais j'ai trouvé, dans une autre circonstance, que l'opacité plus grande des grains de semoule devait être rapportée à la présence d'une proportion considérable de granules moléculaires dont j'ignore la nature intime.

Je n'ai pas rencontré de ces cellules parenchymateuses allongées, fusiformes ou à plusieurs pointes que m'ont offertes, dans quelques cas, les foies d'adultes et qui se distingueraient des éléments fibro-plastiques

---

En effet, parvenu à cette seconde fleur de l'âge, quand on jouit encore d'une certaine vigueur, et lorsque le présent s'allie délicieusement aux pages d'or de la vie passée, tout bonheur n'est pas éclipsé, pourvu qu'on n'exige pas trop de la capacité organique, pourvu qu'on ait en tout cette modération qu'on peut considérer comme le vrai type de la sagesse humaine.

Un avantage qu'on ne saurait contester à la vieillesse, c'est de jouir à la fois du temps actuel et du temps passé. La jeunesse, au contraire, n'a en son pouvoir et comme réalité que le présent; l'avenir lui appartient, mais dans le possible seulement, dans les futurs contingents; or, qui a jamais lu dans le livre du destin? Et qu'on ne pense pas que les souvenirs, à part quelques regrets, soient dépourvus de jouissances; au contraire, ils sont parfois si vivants, si actifs, qu'ils semblent doubler l'existence. « Non-seulement, dit Rousseau, je me rappelle le temps, les lieux, les personnes, les objets environnants; mais la température de l'air, son odeur, sa couleur, une certaine impression locale qui ne s'est fait sentir que là, et dont le vif souvenir m'y transporte de nouveau. » (CONFESSIONS, liv. m.) Le bonheur constant! Dieu n'a pas voulu que l'homme le rencontrât sur la terre, il n'en a donné que le besoin, mais ce besoin est toujours satisfait dans certaines proportions, et les vieillards ont aussi leur part. La vie est courte, très-courte, quoi de plus vrai et de mieux connu? Portez les yeux en arrière, et tous les points que vous avez parcourus ne vous paraissent qu'un temps infiniment rapide dont les deux extrémités sont séparées par *hier* et *aujourd'hui*. Toutefois, en y réfléchissant, on trouve qu'à certaines époques cette vie, en se déroulant, s'est présentée sous une multitude d'aspects, qu'elle a été remuée, agitée de bien des manières, à des profondeurs diverses, et presque continuellement. En sorte que s'il était possible de rassembler la masse de sensations, d'impressions, de sentiments, de plaisirs, de douleurs, d'idées, d'opinions, de réflexions, de sympathies, de répugnances, de mouvements de l'âme et de l'esprit, qu'on a éprouvés dans le cours de l'existence, on serait étonné de leur nombre prodigieux, par conséquent de l'intensité comme de l'étendue de la vie *en réalité*. Dans une heure si rapidement écoulée, l'homme instruit et occupé a une multitude d'idées, de sensations; or, que sera-ce dans un jour entier, dans un mois, dans une année qui contient 8,766 heures, ce qui fait, en nombre rond, cent mille heures pour vingt ans, trois cent mille pour soixante ans, *maximum* supposé qu'il n'est pas donné à tous les hommes d'atteindre? Oh! quel amas, quel trésor de souvenirs dont l'emploi judicieux peut donner aux vieillards, jusque dans leurs derniers jours, de l'intérêt, de la vie à leurs pensées et à leurs entretiens. Donc l'homme âgé semble recommencer à vivre quand il revient avec amour sur le passé, donc se ressouvenir c'est rajeunir en quelque sorte. Toutes les idées, toutes les impressions ne sont pas restées, mais il en est beaucoup dont l'empreinte est ineffaçable, comme burinées dans le cerveau. Certains vieillards, tristes et moroses, esclaves des préjugés qui se sont endurcis avec eux, n'ont, il est vrai, que l'amertume des souvenirs, mais beaucoup d'autres aussi les revêtent d'un sentiment plein de douceur. C'est alors que l'homme qui a vécu se rappelle avec plaisir ce qu'il a dit, ce qu'il a fait et éprouvé, ses luttes, ses travaux, ses succès, ses revers même, et jamais sans un certain charme mêlé d'amour-propre. A la vérité, il voyait avec d'autres yeux, et son jugement sur une infinité de choses diffère beaucoup de celui d'autrefois; tout est transformé, aussi est-il souvent ce *laudator temporis acti*

par leur contour plus nettement arrêté, leurs extrémités plus mousses, leurs globules graisseux disséminés et leur noyau sphéroïdal.

Tel est l'ensemble des modifications de structure offertes par le foie luimême. Le fait capital, c'est la présence des éléments fibro-plastiques et d'un liquide albumineux analogue à la sérosité du sang qui infiltrent le parenchyme de la glande et dissocient, étouffent même ses éléments propres. Tantôt cette infiltration semble se produire avec une certaine lenteur dans toute l'étendue de l'organe qui ne perd que graduellement ses attributs de l'état normal; tantôt, au contraire, elle paraît survenir plus brusquement, et alors, soit qu'elle frappe l'organe en masse ou qu'elle se borne à quelques-unes de ses régions, elle se montre avec toute son intensité et rappelle l'idée d'une apoplexie. Les conséquences physiques sont l'augmentation de volume, la forme globuleuse, la substitution de la nuance jaune fauve à la coloration rouge brune et la facilité plus grande de la part du foie à se laisser traverser par la lumière.

En outre, cette lymphe plastique épanchée comprime ou fait disparaître les cellules propres des acini, efface les vaisseaux de toutes natures, et tarit ainsi dans sa source la sécrétion biliaire. Aussi, dans les cas les plus avancés, la bile renfermée dans la vésicule s'est-elle toujours montrée d'un jaune pâle et très-filante, c'est-à-dire très-riche en mucus et très-pauvre en matière colorante spéciale.

La présence d'un plasma fibrineux implique jusqu'à un certain point l'existence d'une inflammation. En effet, le foie porte aussi à sa surface des traces du travail phlegmasique dont son parenchyme a dû être le siége; ce sont des pellicules pseudo-membraneuses, minces, transparentes, difficiles à apercevoir au premier coup d'œil, mais faciles à détacher avec l'ongle et laissant voir au-dessous d'elles le péritoine viscéral privé de son poli, comme papillaire et parsemé de fines arborisations artérielles.

Ces concrétions fibrino-albumineuses se retrouvent également, mais plus rares et plus ténues, dans le reste de la zone épigastrique, sur l'estomac et sur la rate, sans que ces organes présentent, à l'extérieur, d'autres signes d'inflammation.

Dans un cas seulement, le foie et la rate étaient çà et là converts de fausses membranes villeuses ayant subi un commencement d'organisation et adhérentes. Le même sujet présenta à la surface de l'intestin un enduit puriforme qu'on rendait apparent en le raclant avec le dos du scalpel, et dans le petit bassin un peu de matière semblable à de la synovie purulente, sans injection vasculaire du péritoine.

Ordinairement il existe, dans le cul-de-sac péritonéal inférieur, une petite quantité d'une sérosité tantôt limpide et citrine, tantôt trouble et roussâtre, en rapport avec la péritonite hépatique.

La rate n'est pas toujours altérée : dans un cas, elle était doublée de volume, quoique d'une bonne consistance; dans un autre, elle était grosse et diffluente; une fois elle se trouva simplement ramollie.

L'estomac n'a été étudié que chez un seul sujet; sa membrane muqueuse était généralement très-molle converte de sugillations ecchymotiques, et sa cavité renfermait du sang noirâtre analogue à du marc de café.

Dans l'un des trois cas où les intestins grêles ont été ouverts, ils ont présenté un développement marqué et un ramollissement des plaques de Peyer, comme dans l'entérite folliculeuse simple.

Les reins ne nous ont rien offert de particulier.

Quant aux poumons, ils ont montré trois fois des lobules diversement altérés, ayant les caractères de la pneumonie aiguë (obs. V) et de la pneumonie chronique, granulée ou pancréatiforme. Dans l'observation III, on trouve le passage de l'état aigu à l'état chronique; dans ce même cas, les cavités pleurale et péricardique contenaient un peu de sérum roussâtre.

J'ai le regret de n'avoir qu'une seule fois porté mon attention sur le thymus. Ses locules intérieures étaient remplies d'un suc trouble, mais non identique au pus; son aspect était d'ailleurs celui de l'état sain.

Presque toujours le sang renfermé dans les cavités du cœur était manifestement altéré; la partie solide offrait la consistance de la gelée de groseille molle; il y en avait une forte proportion parfaitement liquide, au sein de laquelle la matière colorante était en suspension, comme cela se voit dans le marc de café, ou mieux encore, dans la rinçure de bouteilles. Une fois (obs. III), il y avait ainsi que du sérum chargé de matière colorante.

Une autre fois le sang était en grande partie liquide et en partie diffluent. Dans une troisième circonstance, il offrait de petits caillots demifibrineux avec du sérum coloré, à la manière du sang artificiellement dépouillé de sa fibrine, mais qui n'aurait pas eu le contact de l'air.

Le sujet de l'observation III, qui nous montra la plus profonde altération du sang, était en même temps remarquable par l'extrême décoloration de tous ses tissus et par l'existence d'innombrables ecchymoses dans le parenchyme pulmonaire, à la surface du péricarde viscéral et de la membrane interne de l'estomac. Ces ecchymoses coïncidaient avec la teinte rousse du liquide renfermé dans les grandes cavités séreuses et avec l'aspect noirâtre des matières stomacales.

Deux fois seulement le crâne a été ouvert pour examiner les centres nerveux, qui n'ont offert aucune particularité digne d'être rapportée.

Un seul sujet était affecté d'anasarque de la moitié inférieure du corps (obs. IV).

Enfin, les lésions caractéristiques de la syphilis constitutionnelle ont consisté en taches psoriasiques, pustules d'ecthyma lenticulé, ecthyma profond ulcéré, plaques muqueuses, fissures au pourtour des ouvertures naturelles et dans les plis des jointures, et inflammation des fosses nasales avec sécrétion purulente et sanguinolente (ozène syphilitique).

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT COMPARATIF DE LA DYSSENTERIE DU PRINTEMPS, DE L'ÉTÉ ET DE L'AUTOMNE; par M. le docteur AUG. HASPEL.

(Suite. — Voir le numéro 4.)

DE LA DYSSENTERIE PENDANT LES MOIS D'AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE ET NOVEMBRE.

Cette forme de dyssenterie est décrite dans les auteurs sous les noms de *dyssenterie des pays chauds*, *dyssenterie suraiguë*, *dyssenterie hépatique*. C'est également à cette forme que répond la seconde espèce de

---

dont parle le poëte. Son admiration pour ce temps-là, qu'il appelle toujours *le bon temps*, lui fait exagérer l'éloge, et cet éloge il l'applique à tout. Les hommes, les choses valaient mieux qu'à présent; il y avait plus d'honneur, plus de bonne foi, plus de vertus; les hommes vivaient davantage, ils étaient coulés dans un moule plus solide. La nature même avait une puissance qui lui manque maintenant, et le roi Stanislas, devenu vieux, ne prétendait-il pas que les rossignols de la Pologne avaient la voix plus forte que ceux de France? Cela tient à deux choses : la première, à la fraîcheur, à la vivacité de l'imagination; la seconde, à l'ignorance de la jeunesse, qui croit, espère, se laisse parfois emporter à toutes les chimères, à toutes les illusions séductrices, mais qui connaît peu. Il n'en est pas moins vrai que les souvenirs ont, pour le vieillard, quelque chose qui répand sur sa vie je ne sais quel baume de consolation, quoique toujours avec une secrète pointe de regret. Il les rassemble ces souvenirs, il les aime et il s'y complaît. Qui a mieux rendu ce sentiment que Rousseau, lorsque, pensant aux plaisirs de son jeune âge, il s'écrie : « Moments si doux et tant regrettés, ah! recommencez pour moi votre aimable cours, coulez plus longtemps dans mon souvenir, s'il est possible, que vous ne fîtes réellement dans votre fugitive succession. »

A Dieu ne plaise pourtant que je fasse un éloge exclusif de la vieillesse, l'expérience me donnerait sur trop de points de cruels démentis. On peut répéter avec plus ou moins de conviction les paroles de ce vieillard qui, par exception, enchanté du cumul des années, disait avec confiance : « Vin vieux, vieux luth, vieille lame, vieilles pistoles, vieux docteurs, vieux amis, vieux conseillers, vieux serviteurs. » La jeunesse et l'âge mûr pourraient également vanter leurs avantages, et ils sont grands. Je voudrais seulement démontrer la fausseté de l'opinion, que la vieillesse est incapable de jouissances, privée de tout plaisir, enfin que ce qui est vieux n'existe pas ou à peu près. Un des grands inconvénients de l'âge avancé, il faut bien en convenir, est la défaillance progressive des forces physiques. Cicéron a beau dire qu'il ne désire pas plus dans sa vieillesse la vigueur du jeune âge que dans sa jeunesse il ne désirait les forces d'un bœuf, il n'en est pas moins vrai que quand la force manque, l'exécution de bien des choses est impossible. Un conseil est bon, qu'importe, renoncez au succès si vous manquez d'activité, de vigueur et d'élan. Ce qui se dit des affaires de la vie humaine peut s'appliquer à plus forte raison aux plaisirs. Toutefois cette force physique a des degrés infinis; c'est donc une erreur de croire le vieillard entièrement déshérité sous ce rapport de beaucoup de plaisirs; quoique le soir s'avance pour lui, la moisson n'est pas encore finie. L'essentiel, il faut le répéter, est qu'on sache bien ce que l'on est, ce que l'on peut, et qu'on n'aille pas, imitant ces vieux fous toujours prêts à faire de faux pas sur le bord de leur tombe, semer imprudemment les espérances du jeune âge dans les rides de la vieillesse; alors, on peut le dire, les privations sont bien au-dessous des jouissances.

D'ailleurs, voyons, comptons, examinons. Les plaisirs de la table sont-ils défendus aux gens âgés? Loin de là, beaucoup s'y laissent aller avec un abandon qui n'est pas sans danger. L'heure que le vieillard passe à table donne, en effet, un mouvement plus rapide à son sang, à ses idées, quelque chose de plus expansif à son langage; il vit plus, il vit mieux. C'est dans les confidences qu'il y fait de *cœur à cœur* que les souvenirs ont plus de charmes; combien même

Stoll, celle qu'il croyait résulter du concours de la première comme fond, comme substance et d'une forme ou bilieuse, ou muqueuse, ou putride, ou maligne, imprimée par la constitution régnante. Les évacuants administrés dès le début font merveille. C'est de celle-là surtout qu'Hippocrate disait: « *In quibusdam dyssenteriis evacuante remedio opus est.* » Elle sévit particulièrement dans les mois d'août, septembre, octobre et novembre; il y a souvent dans cette forme dyssentérique des symptômes typhoïdes; dans quelques cas malins, les malades sont plongés presque tout à coup dans un état de prostration extrême, d'algidité; la vie s'éteint alors au milieu des symptômes les plus effrayants. Elle peut aussi se présenter en cette saison sous la forme de simple dyssenterie bénigne sans complications, comme au printemps, puis grandir et revêtir enfin la forme épidémique.

A mesure qu'on approche de l'automne, que les fièvres rémittentes sévissent avec vigueur et se compliquent d'un élément bilieux, qu'elles prennent dans certains cas un caractère typhoïde; il est facile de remarquer aussi que les dyssenteries ont quelque chose de plus que de coutume dans leurs manifestations morbides, leurs symptômes, leur marche, leur durée, leur gravité; qu'elles ne cèdent plus aussi facilement et nécessitent dans le traitement des modifications appropriées à ces circonstances; enfin qu'elles ont fait alliance fréquemment avec un état morbide nouveau dont elles portent la double et inégale empreinte. Cet état morbide étranger, c'est l'affection du foie commençante qui se dissimule sous les dehors d'une simple variété pathologique, d'un état bilieux, comme le disaient les anciens. Cependant il n'y a réellement de différence entre la dyssenterie printanière et celle de l'automne que dans l'intensité différente de la cause morbifique, les complications et les conditions diverses de l'atmosphère qui viennent modifier leur forme. Si les changements produits par la médication ne sont pas aussi brusques, aussi saillants que dans les mois précédents, ils n'en sont pas moins remarquables, et la guérison n'en est guère moins sûre. Il ne faudrait pas croire cependant que cette saison frappe de son effigie particulière toutes les dyssenteries. Entre les physionomies les plus tranchées et les plus saillantes que nous allons décrire, nous trouverons une foule de figures moins accentuées participant surtout du type printanier, modifié seulement légèrement dans sa forme et sa marche habituelles par la constitution médicale régnante et l'intensité progressivement croissante de la cause épidémique.

Dans cette saison, il nous paraît aussi fort difficile d'isoler complètement l'étude de la dyssenterie de celle des autres maladies (fièvres intermittentes, rémittentes, congestions hépatiques), tant parfois ces diverses affections sont partout confondues et mêlées; néanmoins ces maladies ne règnent pas dans les mêmes proportions: nous avons observé que les années où il y avait beaucoup de fièvres, il y avait, au contraire, peu de dyssenteries, en sorte que, malgré cette affinité entre les fièvres et les dyssenteries, elles ont souvent un domaine étendu en sens inverse, tandis que les congestions hépatiques sont dans un rapport direct avec les dyssenteries.

PREMIÈRE FORME. — DYSSENTERIE AIGUE, DYSSENTERIE BILIEUSE.

La langue était chargée, jaunâtre, quelquefois rouge sur ses bords et à sa pointe, la bouche pâteuse et l'haleine mauvaise; il y avait de l'inappétence, de la soif, de la céphalalgie frontale, des nausées, des douleurs convulsives dans les membres, surtout dans les membres abdominaux; on remarquait, en outre, une sorte de prostration, d'abattement des forces qui n'existaient pas ou à peine dans la dyssenterie printanière. Le premier jour le pouls était quelquefois développé, mais rarement fréquent, le plus généralement il avait conservé son type normal; le malade accusait, dans certains cas, un gonflement abdominal et des coliques plus ou moins vives accompagnées de ténesme violent, d'épreintes douloureuses et de chaleur brûlante à l'anus; d'autres fois la sensibilité et le ténesme étaient complètement nuls. Le malade éprouvait, en même temps, une difficulté d'uriner; les urines, peu abondantes, épaisses, laissaient souvent déposer au fond du vase un sédiment grisâtre. Les évacuations alvines, au lieu d'être bornées comme les mois précédents à quelques mucosités visqueuses, sanguinolentes, étaient quelquefois excessivement abondantes, jaunes, verdâtres et souvent composées de sang pur; d'autres fois, quoique de même nature, elles étaient en petite quantité; mais leur mélange plus intime et l'addition de la bile prouvaient suffisamment que le sang venait d'une partie plus élevée du tube intestinal, et même que tout le corps des gros intestins était affecté en même temps, ce qui doit faire présager que cette dyssenterie ne se terminera pas aussi facilement en vingt-quatre ou quarante-huit heures que dans l'espèce précédente. Ces selles étaient plus fréquentes la nuit que le jour et rendues par la provocation de coliques plus ou moins intenses, en sorte que le malade ne pouvait éprouver un instant de repos, et qu'il lui semblait chaque fois qu'il allait à la selle qu'il allait, selon l'expression de Sydenham, rendre ses entrailles. Dans quelques cas, ces symptômes se déclaraient subitement, le plus souvent ils étaient précédés de lassitude, d'inappétence ou de diarrhée bilieuse quelques jours auparavant. Lorsque cette dyssenterie se manifestait avec une grande violence, on voyait l'énergie vitale s'affaiblir par degrés; les extrémités se refroidissaient bientôt; le hoquet, les anxiétés précordiales étaient continuelles, la face devenait cadavéreuse; les malades exhalaient une odeur infecte. Plusieurs se soutenaient dans cet état pendant sept ou huit jours. Rarement cependant cette dyssenterie se présentait avec cette intensité et avait cette terminaison funeste. Après six, huit ou quinze jours au plus, le douleurs diminuaient, le sommeil avait lieu, le pouls perdait sa fréquence, s'il avait été accéléré et revenait à son état normal; la peau reprenait sa souplesse, sa chaleur et son humidité accoutumées; les selles revenaient à leur consistance ordinaire et étaient rendues sans effort et sans douleurs.

Dans cette dyssenterie, le foie est fréquemment le siége d'une hypérémie active toujours prête à dégénérer en une véritable phlegmasie. Les signes qui l'annoncent viennent bientôt se mêler à ceux de la dyssenterie, ce sont des frissons irréguliers, légers, fugaces, auxquels le malade donne d'abord peu d'attention; ces frissons, plus prononcés le soir et la nuit, s'accompagnent bientôt d'une douleur plus ou moins intense dans la région du foie avec développement de l'hypocondre droit et diminution considérable ou suppression presque totale des selles. C'est la fréquence de ces cessations subites et spontanées de la dyssenterie coïncidant avec le développement et la douleur de l'hypocondre droit, avec la phlegmasie du foie qui avait fait dire à Hippocrate: « *Dysenteria intempestive suppressa abscessum facit in lateribus.* »

Cette douleur de l'hypocondre droit se propage quelquefois jusqu'à l'épaule du même côté; il y a de la dyspnée, de la toux, et le pouls prend tout à coup de la fréquence et du développement; la face offre une teinte jaunâtre sensible particulièrement sur la conjonctive; avec cela les forces se perdent et le sommeil est agité par des rêvasseries, en même temps la

---

ent alors du entrain, une vivacité qui, à notre époque, manquent à beaucoup de jeunes gens. Caton, au déclin de sa vie, réchauffait sa vertu de vin pur. Le vieux Anacreon, couronné de roses et la coupe en main, savait concilier la sagesse et la volupté. Il n'est pas de lecteur un peu âgé, qui n'ait vu beaucoup de vieillards qui, se laissant aller doucement, paisiblement au cours des années, ne se plaignent ni de leur âge, ni de la privation des plaisirs. A coup sûr, ils n'ont jamais ce que Cicéron nomme *satietas vitæ*. Notre illustre fabuliste et philosophe a raison; selon lui, « il est de ces heureuses vieillesses à qui les plaisirs, l'amour et les grâces tiennent compagnie jusqu'au bout. » (La Fontaine, LETTRES.) Sans être aussi heureusement partagés, on voit encore des vieillards, amis de la table, bons compagnons, qui ont conservé cette chaleur d'âme, cette plénitude de vie morale, cette fleur d'imagination qui semblent être l'apanage de la jeunesse, et qui survivent aux épreuves du monde, même les plus douloureuses. On l'a déjà dit: souvent l'homme trop jeune est incapable d'aimer profondément; il ne sait le prix de rien, il ne connaît le bonheur qu'après l'avoir perdu. Il y a plus de sève folle et d'ombrage dans les jeunes plants de la forêt, il y a plus de feu dans les vieux cœurs de chêne.

Les exercices du corps ne sont nullement refusés aux hommes qui ont vieilli. Il est clair qu'ils ne disputeront plus le prix de la course ni de la lutte, mais ils sauront mesurer cet exercice et ce plaisir d'après leurs forces; puis vient le bonheur du *repos*, du doux repos dont l'homme qui a longtemps vécu apprécie si bien les ineffables jouissances.

A la vérité, il est d'autres plaisirs qu'il faut abandonner, la trahison des sens en est la cause. Eh bien! Chaque chose a son temps; quand le désir est éteint, le regret est-il fondé? Nous l'avons dit, la nature ne conserve que les races, quant aux individus, passé une certaine époque de floraison, elle les abandonne; dans son renouvellement successif et continu de génération et de destruction, elle ressemble aux Parques qui filaient sans cesse et coupaient toujours. De pareils plaisirs conviennent si peu quand on fléchit sous le poids de ses années, que beaucoup de jeunes gens y succombent. Aussi à cet âge où l'âme mêlée au sang en a le feu et l'impétuosité, combien d'entre eux ne sont-ils pas forcés de quitter le banquet de la vie, quand ils sont ivres de la meilleure coupe? Rien de si commun dans nos sociétés dont l'extrême civilisation touche de près à l'extrême misère. Que si, comme nous l'avons dit précédemment, on se contente du sentiment de l'amour, il faut l'enfermer au plus profond de soi-même, car qui peut espérer un tendre retour avec une couronne de cheveux blancs? Tâchez alors d'aimer pour deux. Mais aimer ses enfants, aimer tout ce qui les entoure est aussi un vif, un continuel plaisir pour beaucoup de vieillards.

Toutefois pour savourer ces dernières délices, il faut se retirer au sein de la famille, dans ce *sacrarium domus* où le vieillard tient toujours un si haut rang. C'est là qu'il peut s'abandonner au charme de la causerie qui semble particulier aux hommes âgés, surtout quand ils ont de l'esprit et de la bonté. Que d'épanchements agréables, que de bons souvenirs, que d'heureux retours sur le passé! Parfois même que d'exactes appréciations du présent, quand la prévention et le préjugé n'offusquent pas le jugement. En général, les vieillards se plaisent et ils excellent dans la *conversation*, c'est pour eux une sorte de jouissance spéciale. Ils y mettent presque toujours un soin grave, moral et profond;

dyssenterie semble perdre son intensité ou même se supprimer tout à coup. Lorsqu'on voit survenir ces symptômes dans le cours d'une dyssenterie aiguë ou chronique, on peut affirmer qu'une inflammation s'est établie dans le foie. C'est alors que le médecin doit combattre avec énergie une phlegmasie qui entraîne à sa suite les plus graves conséquences.

Mais rarement l'hépatite qui complique la dyssenterie s'annonce avec un ensemble aussi marqué de symptômes ; bien souvent même, masquée par les phénomènes dyssentériques, elle parcourt ses diverses périodes et arrive à la suppuration n'ayant donné de son existence que des signes tellement vagues et obscurs que le médecin le plus expérimenté est souvent surpris, à l'ouverture du corps, par des lésions graves du foie, des ramollissements, des abcès qui, pendant la vie, étaient passés inaperçus ou n'avaient été découverts qu'à une époque éloignée du début, alors que la médecine était devenue impuissante contre d'aussi graves désordres. C'est dans ces cas surtout que la palpation, l'auscultation, la percussion et l'analyse scrupuleuse de tous les symptômes sont d'une grande utilité.

Cependant lorsque tout à coup, dans le cours de la dyssenterie, le pouls, de lent qu'il était, prend de la fréquence et de la plénitude; que le malade éprouve de l'agitation et de l'anxiété ; que les conjonctives se teignent en jaune, ce qui arrive le plus souvent dans le cas de complication dyssentérique ; que lorsque le foie est enflammé isolément, en l'absence même de tout autre signe, on peut soupçonner une complication hépatique.

Dans quelques cas, la dyssenterie hépatique s'enveloppe de symptômes typhoïdes qui sont particulièrement propres à cette forme de la dyssenterie ; ainsi la langue rougit à sa pointe, quelquefois même l'épithélium se dessèche, puis il se gerce, se fendille; il se forme à sa surface des croûtes brunes ou noirâtres. En même temps, la face prend un air de stupeur plus ou moins prononcé. Bien que, le plus ordinairement, cet aspect de la langue, ces phénomènes typhoïdes ne se manifestent qu'un temps plus ou moins long après le début de la maladie, il est certaine constitution médicale où cet état particulier de la langue, ces symptômes typhoïdes se montrent dans les premiers jours. La mort survient le plus ordinairement sans cet appareil de symptômes ; alors le malade succombe miné lentement par la résorption purulente ou épuisé par l'abondance des selles. Cette forme de ladyssenterie, qu'on a appelée hépatique, ne se présente pas toujours, en cette saison, avec cette intensité ; elle offre des états intermédiaires ; une saignée au début, en certains cas les évacuants faisaient merveille; quoiqu'on puisse fort bien se passer de la saignée, mais jamais des évacuants. Dans la convalescence, l'appétit était très-lent à se faire sentir.

DEUXIÈME FORME. — DYSSENTERIE GRAVE APPELÉE AUSSI DYSSENTERIE PUTRIDE, MALIGNE, ADYNAMIQUE.

Vers la fin de cette saison, lorsqu'aux chaleurs dévorantes de l'été a succédé un temps plus frais, mais surtout plus humide, l'expression pathologique est moins franchement bilieuse et promptement remplacée par l'adynamie, par un état typhoïde, on se montre fréquemment d'emblée sous la forme chronique; c'est alors qu'on voit cette dyssenterie bilieuse se changer en dyssenterie putride, comme disait Stoll; soit faiblesse, soit viciation plus profonde des fluides, le malade était plongé dans une sorte d'état adynamique; les selles fréquentes, bilieuses, épaisses, d'un vert foncé, n'étaient bientôt plus formées dans les cas les plus graves que d'une sérosité brune, rougeâtre, comparée à la lavure de chair, ou d'un sang vineux, noirâtre, recouvert d'une écume verdâtre ou de matières grisâtres exhalant une odeur fétide et cadavéreuse au milieu desquelles flottaient des débris ou quelquefois même de larges lambeaux gangrénés de membrane muqueuse, qu'on a pris fort souvent pour de fausses membranes, et qui ne laissaient presque aucun espoir de conserver ces malheureux. Dans certains cas, un sang semblable à celui qu'on viendrait d'extraire d'une veine sort de l'anus en quantité plus ou moins considérable. Si ces évacuations se renouvellent, elles sont suivies d'un notable affaiblissement du sujet, qui ne tarde pas à succomber au milieu d'un état adynamique, le sixième ou le septième jour. C'est la dyssenterie appelée hémorrhagique.

Cette forme se développe quelquefois d'emblée, sans avoir été précédée par les symptômes de la première forme; d'autres fois elle n'en est que le plus haut degré. Les saignées étaient fort mal supportées; le sang apauvri, sans cruor, ou à caillot noir, livide, diffluent, se mélangeant facilement avec la sérosité, offrait cet état morbide qu'on a appelé dissolution du sang.

A cette période de la maladie, le pouls devient très-petit, fréquent, irrégulier; la langue, les dents et les gencives se couvrent d'un enduit noirâtre, desséché ; la respiration est laborieuse, l'haleine cadavéreuse ; il y a des vertiges, un délire vague; les malades se plaignent d'une grande difficulté d'uriner et d'une douleur continuelle dans tout l'abdomen. On voit fréquemment, après quatre ou cinq jours, apparaître des pétéchies sur la poitrine; il survient quelquefois des hémorrhagies nullement critiques, car elles n'amènent aucun soulagement. D'autres fois, dans les cas les plus graves, après trente-six ou quarante-huit heures seulement, les douleurs tombent tout à coup ; l'abdomen devient souple et indolent ; le pouls petit, misérable ; la langue froide et décolorée; en vain la thérapeutique s'adresse-t-elle à toutes les réactions, tout est déjà frappé de mort. Enfin, les traits se décomposent, les pommettes prennent une teinte d'un violet livide; les yeux sombres, profonds, s'injectent ; la voix s'éteint ; les urines sont rares ou nulles; les malades ne se sentent plus aller et exhalent une odeur insupportable de matières fécales et de détritus organiques. Des vomissements, des hoquets, des lipothymies surviennent; les extrémités se glacent et se couvrent d'une sueur froide; enfin il succombe dans un horrible marasme, après avoir conservé le plus souvent, au milieu de ces symptômes effrayants, jusqu'aux derniers moments, toute son intelligence. C'est ce que M. Soucelyer appelle forme algide.

Malgré la gravité de ces symptômes, traités au début, on a vu quelquefois des malades recouvrer la santé. Dans ces cas, les selles deviennent moins fréquentes et perdent de leur fétidité; le sang qu'elles contenaient est de moins en moins abondant, le ténesme disparaît, la fièvre diminue, les appareils sécréteurs reprennent peu à peu leurs fonctions, et un sommeil réparateur vient apporter un peu de calme au malade. La convalescence est toujours longue et exposée à de fréquentes rechutes ; dans ces cas, l'affection dégénérait souvent en dyssenteries, en diarrhées chroniques. Après la saison d'automne, on ne voit plus guère survenir de dyssenteries nouvelles, mais les convalescents des mois précédents éprouvent des récidives fréquentes, surtout lorsqu'ils ont été traités par la méthode débilitante ; celles-ci acquièrent, à cette époque, une extrême gravité, par la facilité avec laquelle les intestins se creusent de larges ulcérations et se compliquent d'altérations générales des liquides.

---

c'est une source d'idées saines, justes qui, sans jamais tarir, ne déborde jamais. Si parfois il y a de la diffusion, ou si la parole s'échappe lente et pénible, souvent aussi on remarque une verve de gaieté ou ce retour de plaisanterie finement ironique, indiquant un fonds de chaleur et d'imagination presque inépuisable. Il en est, il est vrai, qui abusent d'une certaine facilité verbeuse et redondante ; pour quoi s'en étonner? Lorsqu'on a beaucoup vu, beaucoup pensé, n'a-t-on pas beaucoup à dire? Quant à ceux qui ne mettent à leur loquèle suranée, ni fin, ni sens, c'est que la nature les a faits ainsi ; un vieillard radoteur est né ordinairement radoteur. En effet, la vie de l'homme est comme un drame dont toutes les parties sont solidaires ; ce qui a manqué à l'une d'elles, surtout dans le commencement, peut faire avorter le dénoûment.

En supposant qu'il ne soit pas possible d'obtenir les plaisirs dont nous venons de parler, ce qui est rare, le vieillard instruit est-il donc privé des immenses ressources de l'étude? N'est-il pas vulgaire que ces plaisirs sont les meilleurs, les plus durables, les moins mélangés, qu'ils ont le privilége de tout embellir et de tout vivifier? N'est-ce pas par l'étude qu'on ne connaît ni l'oisiveté qui corrompt les heures, ni l'ennui qui les éternise? Quand l'heure de la vieillesse a sonné, l'esprit devenu calme et judicieux, délivré de la lutte et des rivaux, ayant un juste sentiment du vrai, ne cherche plus cet impossible, cet idéal conçu, rêvé à d'autres époques de la vie; il sait pleinement apprécier les chefs-d'œuvre des grands maîtres, selon la direction donnée à ses études premières. Dès lors comment n'aurait-il pas avec une foule de jouissances intellectuelles cette austère impartialité qui discute sans colère, critique sans passion, admire sans entraînement? Certes ce n'est pas là cette consomption mentale qu'on veut toujours trouver chez l'homme avancé en âge, elle n'existe qu'individuellement. . . . .

Une fausse opinion prétend encore refuser aux vieillards les jouissances de l'âme et du sentiment. Le foyer en est éteint, dit-on ; ils ne pensent plus qu'à eux, leur vie manque de flamme, d'ardeur, par conséquent d'affections vives et profondes. Si l'on parle de quelques-uns, on a raison; si l'on parle de tous, c'est une choquante absurdité. « Le cœur ne vieillit point, je le sais bien, dit Voltaire, cependant il est dur aux *immortels* de se trouver logés dans des ruines. » Mais si le cœur ne vieillit point, qu'importe qu'il soit logé dans des ruines, quelquefois néanmoins assez solides. L'homme est heureux, à quelque âge que ce soit, quand il s'attache, quand il espère, quand il aime; mais sait-on de combien de manière il peut répandre son âme, ses désirs et ses affections? Ce que nous avons dit précédemment prouve les innombrables transformations du sentiment intime. Beaucoup sont vieux, mais encore tout vivants d'amour pour leurs enfants, leurs petits enfants, pour leurs amis, pour leur nom, leur réputation, leur gloire, pour le pays où ils sont nés, pour leur langue, leurs coutumes, leurs préjugés, pour les institutions, les lois, le gouvernement sous lesquels ils ont vécu depuis leur enfance ; tous craignent, espèrent, attendent, calculent, prévoient; or pense-t-on que ce soit sans agitation de l'âme, sans douleurs et aussi sans jouissances? Cette longue chaîne de besoins, de désirs, de craintes, de peines, d'erreurs, de passions, de troubles, de misères, qu'on nomme la vie, enlace encore étroitement le vieillard, par les obligations, par les devoirs qu'elle lui impose et aussi par quelques plaisirs. Alors si, malgré quelques incommodités inévitables, on éprouve encore un doux contentement à

SYMPTÔMES D'EMBARRAS GASTRIQUE AU DÉBUT ; DYSSENTERIE ; GUÉRISON EN SIX JOURS.

Obs. I. — Heury, infirmier militaire bien constitué, âgé de 26 ans, éprouve, depuis quinze jours environ, du malaise, de l'inappétence, de la soif, de la céphalalgie sus-orbitaire et un grand abattement. Il y a trois jours qu'au milieu de vives coliques il a rendu des matières sanguinolentes fortement colorées par la bile, il s'est mis alors à la diète ; cependant les selles sanguines devenant de plus en plus fréquentes, bien que les coliques aient cessé presque complétement, et la prostration progressive des forces l'obligèrent bientôt à demander du secours à l'hôpital, où il entra le 17 juillet dans la soirée.

A la visite du 18, il présentait une langue blanche, une bouche pâteuse, et se plaignait surtout d'une soif vive et d'un dégoût prononcé pour les aliments, et de fréquents besoins d'aller à la selle ; il ne rendait chaque fois, et avec de légères coliques, qu'une petite quantité de matières verdâtres striées de sang. Le ventre était mou et souple, la peau chaude et sudorale, le pouls développé, mais peu fréquent. (40 grammes de sulfate de soude ; eau gommeuse.)

Dans la journée du 18, les coliques augmentèrent un peu, mais les selles devinrent plus liquides et délayées dans de la sérosité sanguinolente.

La nuit du 18 au 19 a été très agitée ; les selles sont devenues plus rares, mais contiennent encore du sang ; la langue plus sèche ; le pouls moins développé et cependant toujours sans fréquence. (Eau de riz gommeuse ; potion avec ipéca et calomel, 2 grammes de chaque à prendre en quatre fois à une heure d'intervalle.

Une heure après la première prise, le malade a vomi des mucosités légèrement teintes de bile. Pendant le reste de la journée, il a été tourmenté par des nausées et quelques coliques vagues, et a rendu des matières verdâtres nageant au milieu d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Le pouls a pris un peu de fréquence sur le soir.

La nuit du 19 a été plus calme, cependant le malade s'est levé six fois et a continué à rendre, mais sans coliques, des matières composées de bile, de mucosités et de sang.

Le matin 20, le ventre est souple et indolent ; la langue moins sèche ; le pouls a repris son rhythme normal. (Eau de riz gommeuse ; pot avec ipéca et calomel, 2 grammes de chaque à prendre en trois fois.)

Le malade éprouva, pendant une partie de la journée, des nausées sans vomissements, et rendit cinq selles composées presque entièrement de bile et contenant à peine quelques stries de sang.

Le 21, le malade a passé une très-bonne nuit ; il a cependant encore eu trois selles verdâtres, mais elles ne paraissent pas contenir de sang. La langue est plus humide, la soif modérée, l'abattement moins sensible. (Diète ; eau de riz gommée.)

Le 22, il n'a eu qu'une selle, et le mieux se continue.

Les jours suivants, une convalescence franche s'annonce, l'appétit renaît, mais avec une telle violence, qu'on ne crut pas devoir céder de suite aux instances réitérées du malade pour avoir à manger.

Pour avoir une idée juste de l'efficacité de cette médication, il est nécessaire de distinguer soigneusement la période de la maladie, ainsi que sa complication. Lorsque la dyssenterie est encore récente, comme dans ce cas, nous sommes sûrs de réussir au moins 99 fois sur 100. Il faut donc s'habituer, dans ce pays, à agir avec célérité et énergie ; les premiers moments sont précieux et, à mon avis, doivent être considérés comme les plus importants. On ne devra se laisser arrêter ni par les ardeurs d'estomac, avec rougeur des bords de la langue qu'éprouvent certains malades, ni par les nausées et les douleurs épigastriques qu'on voit disparaître, au contraire, rapidement sous l'influence du traitement. C'est surtout dans ces maladies qu'est applicable ce précepte d'Hippocrate : *Morbos à principio curare oportet.* La médication n'est pas toujours aussi lente à faire sentir son efficacité que dans le fait précédent ; quelquefois les malades éprouvent un soulagement presque subit, les douleurs se calment, les envies d'aller à la selle sont moins fréquentes, les déjections ne tardent pas à se dépouiller du sang qu'elles contenaient et à prendre de la consistance, la langue à s'humecter et la peau à perdre sa chaleur brûlante et son aridité. Quarante-huit heures suffisent, dans quelques cas, pour obtenir ces résultats, qui s'éloignent tellement de ceux consignés dans les auteurs, que la supériorité de cette médication ne peut rester un moment douteuse. En général, dans la saison précédente, l'effet des remèdes est plus rapide ; l'appétit se manifeste de très-bonne heure et dès les premières apparences d'amélioration dans l'état des malades, tandis qu'aujourd'hui la convalescence est ordinairement plus tardive, plus difficile à se prononcer.

Quant à la fièvre, elle n'existait pas ici ; nous ne la rencontrons que dans de rares exceptions au début, à moins de complication phlegmasique d'autres organes, ce qui arrive quelquefois ; ce n'est guère que lorsque la lésion anatomique a fait des progrès, que l'intestin est creusé de larges ulcérations, qu'on voit survenir une fièvre qui n'est alors que symptomatique ; encore, même dans ces cas, il n'est pas rare de constater une absence complète de mouvement fébrile. « Ces lésions ne provoquent la fièvre, dit Stoll, que lorsqu'elles sont profondes, et même elles deviennent souvent mortelles, sans fièvre. » Effaçons donc ces mots fièvres annuelles, saisonnières, que les anciens donnaient à ces épidémies dyssentériques, parce que le plus grand nombre des maladies qui règnent alors sont sans fièvre, parce qu'il me paraît démontré que, dans la plupart de ces cas, le motif fièvre ne signifie rien par lui-même, et qu'il est susceptible d'une extension indéfinie, parce que, dans le sens de Sydenham, Stoll, etc., cet être d'essence salutaire est, au contraire, ici le plus souvent un signe des plus fâcheux, l'indice d'une grave lésion locale.

DYSSENTERIE DATANT DE CINQ JOURS ET COMPLIQUÉE D'EMBARRAS GASTRIQUE, GUÉRIE EN QUATRE JOURS.

Obs. II. — Le nommé Régnier, soldat d'administration, âgé de 22 ans, doué d'une forte constitution, en Afrique depuis six mois, est admis à l'hôpital le 21 juillet. Il était atteint de dyssenterie depuis environ cinq jours ; les selles étaient fréquentes, sans douleur et fortement combinées avec du sang ; il avait perdu l'appétit et les forces et n'accusait aucune soif ; le ventre était souple et indolent ; la langue et la bouche pâteuse ; il offrait un pouls développé, mais sans fréquence.

A la visite du 22, il prit 2 grammes d'ipéca et 2 grammes de calomel.

Il n'eut aucun vomissement, mais des selles très-abondantes, verdâtres, sanguinolentes, qui le fatiguèrent beaucoup. Il éprouva aussi quelques coliques dans la soirée, mais il y eut un peu de calme la nuit, puisqu'il ne se leva que quatre fois pour aller à la selle.

Le matin 23, nous examinâmes les matières fécales ; elles contenaient encore du sang. Nous fîmes prendre une deuxième potion avec ipéca et calomel, 1 gr. de chaque.

Cette fois il éprouva des nausées et encore plusieurs selles, mais à peine sanguinolentes ; la langue était toujours recouverte d'un enduit épais, et il ne sentait aucun désir pour les aliments. Cependant la nuit fut calme ; il ne se leva que deux fois ; les selles, plus consistantes, ne contenaient plus de sang ; je fis prendre 1 gr. d'ipéca.

---

sentir, à penser, à se rappeler, si on continue à regarder la vie comme un bien, si on sait encore en jouir, eh bien ! c'était *la peine de naître*, de vivre et de mourir. L'affection de l'âme est moins vive en apparence, nous l'avons dit, que dans les âges précédents ; mais elle semble pénétrer plus avant ; elle est moins fougueuse, mais peut-être plus profonde, plus réfléchie. Ce qui manque, en général, aux jeunes gens, c'est la *mesure*, ce qui manque aux vieillards, c'est la *force*, mais le sentiment, quelles qu'en soient la nature et l'expression, ne cesse pas, ne diffère pas. Ainsi la main du temps pèse sur notre tête bien avant d'être sentie par notre cœur, vérité que tout homme âgé peut affirmer. Qui donc est désintéressé de tout avenir, de tout espoir, par conséquent de toute affection douloureuse ou agréable ? personne avant que la mort n'ait frappé le dernier coup. Au fond qu'est-ce que vivre, si ce n'est aimer ? et on aime autant de temps qu'il nous est donné de vivre ; peut-être même sommes-nous destinés à aimer éternellement. Pourquoi veut-on dépouiller le vieillard de la plus douce prérogative de l'homme ? Faut-il redire que l'expansion n'en est ni aussi vive ni aussi énergique qu'autrefois ? mais elle se manifeste souvent par des signes tout aussi frappants que dans le jeune âge. N'avez-vous jamais remarqué les transports de joie d'un vieux père quand ses enfants triomphent ? Il en est qui meurent sur le coup de cette joie, et l'antiquité en rapporte de nombreux exemples. N'avez-vous jamais vu le visage d'un vieillard profondément affligé, d'abondantes larmes couler sur les rides de sa figure quand il est accablé de la perte d'un être chéri, même quand il déplore les désastres de sa patrie, les tristes résultats des discordes civiles, etc. ? Parfois, il est vrai, l'homme qui a vécu se concentre en lui-même ; il y a de ces vives, de ces profondes douleurs de vieillard qu'on n'aperçoit pas au dehors, qui n'excitent ni gestes ni cris, mais qui tuent. . . . .

. . . .

(*Extrait d'un ouvrage inédit sur la vieillesse.*)

Reveillé-Parise.

— Le concours pour quatre places de médecins du bureau central suit son cours sans aucune de ces péripéties qui ont marqué le concours de chirurgie.

Les premières épreuves, ou épreuves d'éliminations, sont terminées.

Ont été admis à prendre part aux épreuves ultérieures les candidats dont les noms suivent : MM. Bernard, Boucher de la Ville-Jossy, Chapotain de Saint-Laurent, Delpech, Durand-Fardel, Guibout, Hillairet, Lallier, Lasègue, Matice, Richard, Sée.

Le sujet de composition écrite a été le suivant : *Des sources des indications thérapeutiques dans les maladies.*

Les épreuves du concours pour les deux places de chirurgiens du bureau central ont été reprises samedi dernier, et tout fait espérer qu'il suivra maintenant son cours sans encombre.

— Par décision du ministre de la marine, en date du 14 février dernier, sont nommés membres de la commission médicale instituée au port d'Alger :

M. Louis Trollier, médecin en chef de l'hôpital civil ;

M. Félix Desvignes, pharmacien civil ;

Et M. Thibaut, chirurgien de la marine.

Le médicament ne produisit ni nausées ni vomissements, mais donna lieu dans la journée à sept évacuations alvines liquides sans traces de sang.

Depuis cinq heures du soir jusqu'à quatre heures du matin, il n'éprouva aucun besoin d'aller à la selle.

A la visite du 24, la langue était moins chargée, il commençait à sentir un peu d'appétit. Je lui fis donner du riz au lait. Les jours suivants, j'augmentai progressivement la ration; il reprit rapidement ses forces et ne tarda pas à sortir de l'hôpital parfaitement guéri.

Nous trouvons dans toutes ces dysenteries, quelles que soient les particularités qui les distinguent, une ressemblance fondamentale; partout c'est cet embarras gastrique qui vient en cette saison compliquer la maladie principale et lui imprimer un caractère spécial; de longs prodromes, un état de malaise, sorte d'intermédiaire entre la santé et la maladie, caractérisent encore la dysenterie à cette époque.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Octobre, novembre et décembre 1851.)

NOUVEAUX MOYENS DE TRAITEMENT DES FISTULES OSSIFLUENTES DE LA FACE; par M. CHASSAIGNAC.

L'ingénieux procédé de M. Chassaignac ne s'adresse qu'aux fistules de la face entretenues par la carie de l'une des os qui supporte les dents. Il n'est pas non plus présenté par son auteur comme capable de guérir la maladie osseuse elle-même; car il ne fait que remédier à ses effets, savoir, la difformité, l'écoulement de pus à l'extérieur, et la gêne de la mastication. Mais, quoique simplement palliatif, il offre cependant assez d'avantages pour mériter de prendre rang parmi les ressources opératoires qu'un médecin praticien a toujours besoin de connaître.

Le but de M. Chassaignac est, tout en traitant directement l'altération de l'os, de transporter dans la bouche, de rendre intra-buccal, l'orifice de la fistule qui s'ouvre à l'extérieur. On sait que, dans ces cas, il existe entre le rebord alvéolaire et la joue une bride fibreuse qui contient dans son épaisseur le trajet fistuleux. M. Chassaignac commence par diviser cette bride et séparer par conséquent le trajet en deux tronçons distincts. Il ne s'agit donc plus alors que de les maintenir isolés pendant un certain temps, afin que le tronçon situé dans la joue, ne recevant plus de liquide du foyer morbide, s'oblitère par défaut d'usage.

Pour remplir cette importante indication, M. Chassaignac fait pénétrer un stylet par l'orifice fistuleux extérieur. La division de la bride ayant été préalablement pratiquée, on comprend que l'extrémité du stylet arrive dans la bouche, au lieu de tomber, comme avant la division, sur l'os malade. Un fil double passé dans le chas du stylet est alors conduit de manière à pendre en avant au dehors de la bouche, tandis que son autre extrémité reste à l'extérieur de la joue. Un fort bourdonnet de charpie, attaché à l'extrémité buccale du fil est alors amené dans l'intérieur de la bouche, porté sur l'orifice interne de la portion de trajet fistuleux contenue dans l'épaisseur de la joue, et maintenu dans cette position au moyen d'un rouleau de sparadrap attaché en manière de cheville sur la partie externe de la joue, au moyen des deux chefs du fil double.

Chaque jour on renouvelle la même manœuvre, et pendant tout ce temps, on entretient la propreté de la bouche à l'aide de douches fortes et fréquemment répétées.

Au bout de quelque temps, quand on voit que les tronçons du trajet fistuleux ne peuvent plus se rejoindre, on cesse de maintenir le bourdonnet par l'introduction d'un fil dans le tronçon extérieur; et l'on se borne à tenir la joue écartée au moyen d'un bourdonnet plus petit, que le malade peut placer et ôter lui-même.

— Tel est le procédé qui a deux fois réussi à M. Chassaignac pour guérir des fistules ossifluentes de la face qui persistaient avec une déplorable opiniâtreté. Sans doute ce n'est là, comme il le dit lui-même, qu'un expédient palliatif, et il vaudrait mieux traiter et guérir tout d'abord la lésion osseuse qui a causé l'établissement de la fistule et qui l'entretient. Mais, en présence des difficultés, des incertitudes et des lenteurs de ce traitement, on doit, ce nous semble, accepter avec empressement l'auxiliaire que M. Chassaignac offre pour faire promptement disparaître l'élément à coup sûr le plus pénible de la maladie, la difformité.

PERFECTIONNEMENTS APPORTÉS A L'AMYGDALOTOME DE FAHNESTOCK.

Nos lecteurs connaissent sans doute les modifications qu'a successivement reçues l'amygdalotome de Fahnestock, et qui en ont fait le plus simple et le plus commode des instruments spéciaux. Ainsi M. Velpeau y fit ajouter une tige pointue pour traverser et fixer l'amygdale, tige que M. Chassaignac munit d'une vis de rappel, afin de faire saillie en dedans à l'amygdale pendant la durée de l'opération. M. Guersant remplaça cette tige par une double érigne, avec laquelle la fixation était encore plus exacte. Enfin le même chirurgien opéra un changement beaucoup plus avantageux en donnant au plus grand diamètre des anneaux ovalaires de l'instrument primitif la direction verticale, au lieu de l'antéro-postérieure; car c'est ordinairement de haut en bas que les amygdales hypertrophiées ont leur principale dimension; et cette heureuse correction, inspiration d'une pratique multipliée, permet de mieux embrasser la totalité des organes à retrancher.

Le perfectionnement sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention des médecins n'a trait qu'à une particularité de mécanique instrumentale. Dans le dessin originaire de Fahnestock, l'anneau tranchant agit par pression. Il fallait faire disparaître ce défaut; et M. Charrière y est parvenu en constituant l'instrument par deux segments d'anneau, dont l'un mobile et tranchant, qui, lorsqu'on tire sur le manche glisse dans la rainure dont se trouve creusé le second segment (celui-là fixe), et termine sa course en venant se cacher complétement dans la partie à dessein coudée de la tige.

Grâce à cette correction, l'amygdalotome réalise maintenant le mécanisme de section; il méritera donc désormais plus réellement l'épithète d'instrument *à guillotine*, sous lequel on se plaisait déjà à le désigner parmi les gens du monde.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LUXATION DU POUCE EN ARRIÈRE, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉDUCTION; par M. DEMARQUAY.

On sait que, dans la réduction des luxations du pouce en arrière, le principal obstacle tient à l'étranglement de la tête du métacarpien dans une sorte de boutonnière dont le côté externe est constitué par le muscle court abducteur et la partie externe du court fléchisseur, le côté interne par la partie interne du court fléchisseur, l'adducteur transverse et le tendon du long fléchisseur. Plus on tire sur le pouce, plus les bords de la boutonnière fibreuse se tendent et maintiennent fortement le métacarpien dans la situation d'où il faudrait le chasser.

Pour détruire cette cause bien constatée d'irréductibilité, on a proposé la section soit des muscles qui étranglent, soit de quelques-uns d'entre eux seulement. Mais, même avec l'aide de la méthode sous-cutanée, l'opération répugne toujours au malade, et par conséquent aussi au chirurgien. Voici le moyen dont M. Demarquay donne connaissance, après l'avoir vu réussir entre les mains de M. le professeur Roux. Il consiste simplement à imprimer au pouce luxé un mouvement de rotation, ce qui fait glisser l'un des côtés de la boutonnière, ramène les muscles étranglant au devant de la tête du métacarpien et dégage par conséquent cet os.

Mais si l'idée est effectivement des plus simples, certaines précautions sont très-importantes pour sa réussite. Ainsi il faut que le mouvement de rotation en dedans par lequel on fait glisser les muscles petit adducteur, portion externe du court fléchisseur au devant de l'os luxé, ne s'accomplisse que lorsque la traction a déjà été exercée pendant quelque temps et avec une certaine force, sans quoi le déplacement que l'on cherche et par lequel doit être détruit le mécanisme de boutonnière qui empêche la réduction, ne serait point obtenu.

L'ensemble et la succession des temps de la réduction peut donc être ainsi présenté :

1° Exercer une traction suffisante sur la partie luxée, en suivant l'axe du pouce. (La pince spéciale de M. Charrière remplira bien cette indication.)

2° Repousser avec le pouce ou l'indicateur de la main gauche la tête du métacarpien en arrière et le maintenir fortement, afin que dans le mouvement de flexion il ne se porte point davantage dans la paume de la main, en fuyant devant la partie postérieure de la première phalange.

3° Quand l'extension est suffisamment faite, imprimer un mouvement de rotation en dehors ou en dedans, — de préférence *en dedans*, — de manière à dégager la tête du métacarpien de la portion musculaire qui l'étrangle.

4° Ceci étant accompli, continuer les tractions jusqu'à ce que la partie postérieure de la première phalange soit arrivée au niveau de la tête du métacarpien; fléchir alors en même temps que, du pouce de la main gauche, on repousse en arrière la partie déplacée du premier métacarpien.

NOTE SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE BÉBEERINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur BECQUEREL.

Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de rapporter les expériences entreprises par les médecins américains et anglais sur l'emploi de la bébeerine dans les fièvres intermittentes. La bébeerine est, on le sait, un alcaloïde fourni par l'écorce et les fruits d'un arbre qui croît à la Guyane, et qu'on appelle dans le pays *bebeeru* ou *sipiri*. Cet arbre est connu en Angleterre sous le nom de *green-heart* (cœur vert). Nous avons toujours gardé quelque réserve au sujet de ces diverses expériences, chacune d'elles manquant des conditions propres à former une conviction arrêtée, et ne reposant pas notamment sur un assez grand nombre de faits; mais réunies, elles ne laissent pas que d'appeler sérieusement l'attention.

Les observations que M. Becquerel vient ajouter à celles que possède déjà la science ne pèseront pas non plus d'un grand poids par leur nombre, car elles sont seulement au nombre de sept; mais les précautions prises pour rendre l'expérimentation rigoureuse leur donnent une valeur particulière. Ainsi, les malades étant entrés à l'hôpital, on a toujours attendu deux ou trois jours avant d'en venir à un traitement actif, afin de voir si le repos et le changement de régime ne suffiraient pas à faire cesser la fièvre; puis on donnait l'ipécacuanha à la dose d'un gramme 50 centigr.; et une bouteille d'eau de Sedlitz. C'est seulement quand la fièvre persistait ou se réglait après l'emploi de ces moyens qu'on avait recours au sulfate de bébeerine. Enfin, la fièvre ayant été coupée à l'aide de cette substance, les malades étaient gardés encore quinze jours à l'hôpital pour vérifier s'il y avait ou non récidive.

Les sept sujets dont il est question, tous du sexe masculin, étaient atteints de fièvres intermittentes bien confirmées, anciennes, récidivantes et tenaces; chez quatre d'entre eux, la fièvre avait été contractée en Afrique, et était compliquée de cachexie palustre.

Cinq de ces fièvres étaient tierces, les deux autres quotidiennes.

Deux des fièvres tierces n'ont été en aucune manière influencées par le sulfate de bébeerine. Dans l'un de ces cas, on a administré tous les deux jours, la veille de l'accès, 1 gramme de sulfate à huit reprises différentes. Dans le second cas, on a administré d'abord 1 gramme de sulfate, la veille des accès, quatre fois de suite, puis 2 grammes autant de fois, et toujours dans les intervalles des accès. Chez ces deux malades, le sulfate de *quinine* employé seul, à la dose de 60 centigrammes, a coupé le premier accès; néanmoins, par prudence, on a administré la même dose deux autres fois.

Restent cinq cas, dont trois de fièvre tierce et deux de fièvre quotidienne, où les accès ont été parfaitement supprimés avec 1 gramme de sulfate de bébeerine dans quatre cas (deux tierces et deux quotidiennes), et avec 2 gr. dans le cinquième cas (fièvre tierce).

Pour mieux préciser encore l'action du médicament, M. Becquerel entre dans quelques détails bons à rappeler. Sur les quatre cas où la dose d'un gramme a suffi, il a fallu la donner, dans un cas, deux fois; dans un autre, trois fois; dans les deux derniers, quatre fois. A chaque dose, les accès diminuaient notablement d'intensité. Dans le cas de fièvre tierce, où la dose a dû être élevée, on avait donné d'abord, à trois reprises, 1 gramme de sulfate, sans résultat appréciable. Une dose de 2 grammes diminua le quatrième accès; une seconde dose de 2 grammes coupa définitivement la fièvre.

Pendant les quinze jours que les cinq malades guéris par la bébeerine ont encore passés à l'hôpital après la cessation des accès, il n'y eut pas de récidive. Trois d'entre eux ne sont pas revenus; un quatrième est rentré quatre mois plus tard avec une fièvre tierce qui a été traitée avec succès par le sulfate de quinine. Il paraît que le cinquième a été admis depuis lors dans un autre service pour une fièvre intermittente; mais M. Becquerel n'a pu s'en assurer d'une manière positive.

On voit qu'en somme ces nouvelles observations tendent à accuser dans la bébeerine des propriétés fébrifuges marquées, mais sensiblement moindres que dans la quinine. Cette infériorité relative de la première substance n'est pas une raison pour la dédaigner; car des circonstances peuvent se présenter où l'on serait heureux de la trouver, à défaut de sulfate de quinine. Elle aurait alors d'autant plus d'avantage qu'elle pourrait être donnée à bas prix. M. Becquerel, qui a fait venir son sulfate d'Angleterre, l'a payé 9 fr. 12 c. l'once, ce qui met le gramme à 28 c. C'est le quart du prix du sulfate de quinine pris en gros, et le huitième seulement de ce qu'il coûte en détail. D'ailleurs, comme le remarque M. Becquerel, l'écorce de bebeeru étant fort commune, si la bébeerine était fabriquée en grand, elle pourrait être livrée à un prix beaucoup plus bas encore.

DU TRAITEMENT DES HYDROPISIES PASSIVES, ET PARTICULIÈREMENT DE CELLES QUI SONT DÉTERMINÉES PAR DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COEUR; par le docteur JAEGERSCHMIT.

Le traitement préconisé par l'auteur est celui qu'emploie M. le docteur Debreyne à la Grande-Trappe. Il se compose des trois préparations suivantes : un vin diurétique dit *majeur*, un vin diurétique dit *mineur*, des pilules diurétiques. Le *vin majeur* se compose de jalap concassé, 8 grammes; scille concassée, 8 grammes; nitrate de potasse, 15 grammes, que l'on fait macérer pendant vingt-quatre heures dans un litre de vin blanc. Le *vin mineur* est fait avec nitrate de potasse, 12 grammes; baies de genièvre, 60 grammes; le tout également macéré dans un litre de vin blanc. Quant aux *pilules*, elles se composent de 12 grammes de poudre de digitale, 6 grammes de poudre de scammonée, autant de poudre de scille et quantité suffisante d'extrait de genièvre, pour 120 pilules.

Ces préparations, comme on voit, n'ont rien de bien nouveau, ni dans le choix des substances, ni dans leur combinaison. L'association des diurétiques et des purgatifs, administrés sous forme vineuse, est de pratique usuelle. Le vin de genièvre nitré est connu dans les ménages. Ce n'est pas une raison pour que ce soient là de mauvaises préparations. Bien au contraire, nous les regardons comme excellentes. Seulement, nous n'estimons pas qu'on doive y attacher une vertu particulière. En tout cas, les *deux* observations que rapporte l'auteur, bien qu'attestant les bons effets du vin et des pilules, ne suffiraient pas pour la mettre en évidence, si elle existait.

Nous relèverons seulement, dans ces observations, deux circonstances dignes de remarque. L'un des deux sujets, avant de commencer le traitement du docteur Debreyne, avait fait usage de la digitale, et tout son corps s'était couvert de plaques érythémateuses. Cet effet de la digitale, que M. Jaegerschmit croit inconnu des pathologistes, a été plus d'une fois signalé dans les empoisonnements par la digitale, ainsi que le fait remarquer le rédacteur du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Il paraît aussi que l'usage un peu prolongé des pilules amène presque constamment une cécité passagère. C'est encore là un effet de la digitale déjà mentionné. A quoi tient cette sorte d'amaurose? Est-elle due à une action directe de la digitale sur les fonctions nerveuses de l'œil? ou bien, l'action diurétique de la digitale se complique-t-elle parfois d'albuminurie, maladie fréquemment accompagnée d'une sorte d'amaurose? Il y aurait là un sujet de recherches.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire naturelle et pharmaceutique de l'aconit*; par M. Martin-Lauzer. 2° *Traitement des hydropisies par l'emploi extérieur de la digitale*; par M. Chrestien. 3° *De la paraplégie*; par M. Cottin. 4° *De l'arum triphyllum dans la phthisie pulmonaire*; par M. Poitevin. 5° *Aliénation mentale produite par une maladie de la peau*; par M. Blanc. 6° *Tétanos guéri par les inhalations d'éther*; par M. Petit. (Simple mention de 2 succès sur 3 cas de tétanos) 7° *Histoire naturelle et médicale du pavot*; par M. Martin-Lauzer. 8° *De l'emploi topique du nitrate d'argent fondu dans le traitement des névralgies*; par M. Marotte. 9° *Empoisonnement par l'acétate de plomb liquide*; par M. Boileau-Castelnau. 10° *De l'emploi de l'ammoniaque à l'extérieur*; par M. Chrestien. 11° *Histoire médicale et naturelle du colchique d'automne*. 12° *De la semence de colchique d'automne dans le traitement du rhumatisme chronique*; par M. Williams. 13° *Propriétés physiologiques et médicales de l'opium*; par M. Martin-Lauzer. 14° *Histoire naturelle et médicale du muguet de mai*; par le même. 15° *Mémoire sur un cas d'infanticide et d'immersion dans des matières pulvérulentes*; par M. Béringuier. 16° *Note sur une cause rare et peu connue d'avortement*; par M. Godefroy.

DE L'ARUM TRIPHYLLUM DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur POITEVIN.

Nous avons double raison pour nous arrêter quelques instants à ce travail. M. Poitevin y donne des nouvelles de deux malades présumés phthisiques, qui avaient été traités par lui au moyen de la teinture d'arum, et dont nous avons résumé l'observation (GAZ. MÉD., 1850, p. 800). En outre, il relate avec détails deux faits nouveaux.

Des indications positives sur la santé ultérieure des sujets, voilà précisément ce qui manque en général dans les observations destinées à montrer l'efficacité de certains remèdes contre la phthisie pulmonaire. On obtient

une amélioration plus ou moins considérable à l'aide de tel ou tel agent; on diminue l'expectoration, la matité, les craquements pulmonaires; le malade engraisse, il tousse moins, a moins de dyspnée; soit précipitation, soit impossibilité de poursuivre l'expérience, on consigne le résultat obtenu et l'on déclare la phthisie enrayée et remplacée par une induration simple du poumon. Ce résultat s'est-il maintenu assez longtemps pour autoriser à admettre une guérison définitive? C'est ce qu'on ne sait presque jamais. M. Poitevin fait donc une chose tout à la fois utile et honnête en ramenant l'attention sur les deux malades qu'il avait présentées, en mai 1850, comme très-voisins de la guérison. Toutes deux étaient encore en vie en février 1851; mais la demoiselle qui faisait le sujet de la première observation avait eu une nouvelle hémoptysie, et bien que de nouvelles doses de teinture d'arum lui aient apporté un soulagement passager, elle était dans un état désespéré. L'autre malade paraît avoir conservé le bénéfice de la médication; mais c'est justement celui au sujet duquel nous avions fait quelques réserves quant à la nature de l'affection pulmonaire, le narré du fait ne contenant pas de détails suffisants sur les phénomènes stéthoscopiques.

Voici maintenant les deux nouvelles observations rapportées par M. Poitevin.

Obs. I. — M. P. est âgé de 29 ans; il avait primitivement une bonne constitution; ses parents sont robustes. Pendant l'été de 1848, il a été obligé de se rendre à trois lieues dans la campagne. La chaleur était de 25° Réaumur. Un *grain*, composé d'une forte pluie, le mouille jusqu'aux os, et le vent passe au nord-est. Il éprouve un frisson, hâte le pas de son cheval et arrive chez lui pour se coucher, souffrant déjà d'un point de côté. Un médecin distingué le traite d'une pneumonie; mais la convalescence se prolonge indéfiniment, et la toux, qui n'a pas cessé, provoque des crachats épais, sanguinolents. A différentes reprises, il est forcé de garder le lit. Il a deux hémorrhagies pulmonaires. M. Poitevin le voit en septembre 1848; alors la fièvre l'agite chaque soir; il survient des sueurs à la poitrine et à la paume des mains. Le teint, de vermeil qu'il était, prend la couleur du parchemin. Les crachats, depuis la dernière hémoptysie, deviennent purulents. Diarrhée abondante; autour des yeux, un cercle noir et profond donne au facies l'expression décrite par Hippocrate.

« Du côté gauche, à la partie sous-claviculaire, la respiration est soufflante et la pectoriloquie imparfaite; au côté droit, on entend distinctement du râle sibilant; mais il n'est pas constant et manque quelquefois pour revenir ensuite. »

On prescrit une cuillerée de teinture d'arum tous les matins et tous les soirs pendant quinze jours; de plus, un verre de décoction de quinquina uni au polygala, à boire dans le cours de la journée. La fièvre et la diarrhée s'arrêtent au second septénaire de ce traitement; la toux devient plus rare et les crachats sont moins gris; l'appétit se fait sentir, et le malade demande à se promener en voiture, puis à pied. L'arum est continué pendant cinq semaines, ainsi que la décoction de quinquina.

Depuis cette époque jusqu'en février 1851 (date de l'envoi du travail), c'est-à-dire pendant près de trois ans, la santé s'est bien soutenue; le teint est resté pâle. M. P. tousse deux ou trois fois par jour; il vaque à ses affaires. Le poumon gauche est resté imperméable au sommet; le droit n'offre plus de râles.

Obs. II. — M. M..., marchand à Mobile, est un jeune homme de 23 ans, de haute taille, blond, musculeux, d'une fraîcheur de teint ordinaire. Il n'a jamais été malade. Il y a bientôt deux ans qu'il s'exerçait à la gymnastique lorsqu'un jour, après avoir tourné le trapèze, il fut pris d'un vomissement de sang; le rétablissement fut de courte durée, et depuis ce temps il a pâli et gardé un peu de toux.

M. Poitevin est appelé en décembre 1850. Il constate l'état suivant: toux fréquente; expectoration jaune, épaisse et très-abondante. Dyspnée; pas de fièvre nocturne, ni de sueurs. Peau sèche et chaude; yeux caves. Le malade éprouve dans le côté gauche de la poitrine une sensation de pesanteur et quelquefois une douleur lancinante qui dure quelques minutes; il a maigri depuis deux mois; pas d'appétit. La mélancolie et les tristes pressentiments l'assiégent. Son frère est mort phthisique depuis huit mois; il redoute le même sort. Chaque jour ses forces diminuent; les pommettes sont rosées; le reste du visage est d'un jaune paille.

« Le poumon gauche gargouille dans son tiers supérieur, et la respiration ne s'entend pas à la base. Pas de pectoriloquie sensible; car aussitôt que le malade a craché, de nouvelles mucosités obstruent les rameaux bronchiques. Le poumon droit a perdu un peu de son élasticité. »

Après dix jours de l'emploi de l'arum, le malade est mieux; la mélancolie se dissipe, la toux est diminuée, les crachats sont moins abondants et moins épais. M. M... insiste pour retourner à son magasin; mais il est bientôt obligé de garder la chambre; car la toux est devenue aussi intense qu'auparavant. Il attribue cette rechute à la poussière qui se dégage de caisses renfermant de la faïence arrimée avec de la paille. En effet, l'atmosphère du magasin est chargée d'une poussière qui provoque l'éternuement. A différentes reprises, le malade revient à l'arum qui apporte toujours le même bien; mais dès qu'il est soulagé, il retourne à ses occupations. M. Poitevin lui conseille alors d'aller en Europe. Le départ a eu lieu en effet. « Il est en état, ajoute l'auteur, de faire ce voyage sans aggravation, attendu que sa santé est presque rétablie. »

Il nous est impossible de ne pas exprimer, pour ces deux observations comme pour celles qui faisaient le sujet du premier mémoire, le regret que les éléments du diagnostic n'aient pas été mieux et plus complétement établis. On pourrait parfaitement admettre chez le premier malade une simple pneumonie du sommet mal jugée et passée à l'état chronique. La bonne santé du sujet avant le refroidissement, sa forte constitution, le début brusque des accidents, l'état sain (sauf quelques râles sibilants passagers dont on n'indique pas le siége précis) du poumon droit, sont de nature à inspirer quelques doutes. Dire que la respiration était soufflante sous la clavicule gauche, voire même que le sujet avait craché du sang et offrait des sueurs et de la diarrhée, ce n'est pas assez pour établir nettement qu'il s'agissait d'une véritable tuberculisation du poumon. Les données stéthoscopiques font surtout défaut dans la partie de l'observation relative aux progrès de l'amélioration.

Le gargouillement sous-claviculaire chez le second malade, et l'existence d'une phthisie (si le fait est certain), chez le frère sont assurément des circonstances très-importantes dans l'espèce. Néanmoins quand on voit l'auteur noter en même temps que le bruit respiratoire *ne s'entend pas à la base* et ne pas paraître se préoccuper de cet autre signe qui ne se rapporte pourtant guère à la tuberculisation pulmonaire, ne pas percuter en ce point ou négliger de consigner le résultat de son examen; quand on soupçonne enfin, d'après l'examen attentif du fait, qu'il y avait là un épanchement pulmonaire, on ne peut s'empêcher de tenir l'observation toute entière en suspicion. On remarquera d'ailleurs qu'il n'est plus question d'examen plessimétrique ni stéthoscopique à partir du moment où le sujet a été soumis à la médication.

En somme, on peut voir dans ces deux faits le témoignage d'une action tonique, corroborante, de l'arum, et il ne paraît pas douteux qu'il ne puisse être employé avantageusement dans la phthisie pulmonaire; mais rien ne prouve encore qu'il puisse la guérir.

De l'emploi topique du nitrate d'argent fondu dans le traitement des névralgies; par M. Marotte.

C'est le hasard qui a mis M. Marotte sur la voie de cette médication, si précieuse par la commodité et la simplicité de son emploi. Il exerçait ses élèves à la recherche des points névralgiques, et leur conseilla, pour mieux retrouver ensuite ces points, de les marquer avec la pierre infernale. Or qu'arriva-t-il? C'est que sur tous les points ainsi touchés la douleur avait, dès le lendemain, considérablement diminué. Averti par cette expérience, M. Marotte généralisa la pratique qui lui avait fortuitement réussi, et c'est du résultat de son application systématisée qu'il rend compte aujourd'hui.

Sur 23 malades où ce moyen a été mis en usage, il n'a échoué que trois fois. Ces insuccès prouvent qu'il ne s'agit point d'une panacée, mais d'un remède dont la valeur et les indications sont subordonnées à la nature du mal. Plus la névralgie sera indépendante, exempte de rapports qui la lient à l'organisme, plus la médication topique par le nitrate d'argent aura de chances de succès. Si, au contraire, elle se trouve sous la dépendance d'une affection constitutionnelle tenace, il faut s'attendre à voir les douleurs ne subir aucune amélioration, ou du moins qu'une amélioration ou une suspension de courte durée.

Le procédé opératoire est des plus simples. Il suffit de frotter le crayon, d'abord mouillé, sur toute la partie qui est le siége de la douleur névralgique. Les frictions devront être d'autant plus répétées et fortes que, d'une part, la sensibilité névralgique sera plus intense, et que, de l'autre, la peau de l'individu ou de la région malade aura plus de finesse. Mais, en général, il vaut mieux insister au delà de la mesure nécessaire que de s'arrêter trop tôt; car tous les chirurgiens savent par leur propre expérience que le nitrate d'argent n'entame jamais la peau saine à une profondeur compromettante, quelque prolongé qu'en ait été le contact. Cependant il conviendrait de s'arrêter dès que le malade commencerait à éprouver un sentiment de cuisson ou de picotement.

Quelques malades ne ressentent absolument rien pendant l'attouchement, et celui-ci ne produit pas de soulèvement de l'épiderme; l'effet thérapeutique ne s'en produit pas moins. Mais le plus souvent, il y a de la cuisson pendant deux ou trois heures, et au bout de ce temps, des phlyctènes apparaissent sur plusieurs points de la surface cautérisée. L'escarre met ordinairement de six à huit jours, quelquefois un peu plus, avant de se détacher.

En résumé, dit M. Marotte, le crayon de nitrate d'argent, employé comme agent d'irritation substitutive dans les névralgies, a l'avantage :

1° D'être toujours sous la main du médecin ;

2° De ne pas effrayer les malades comme le fer rouge et même comme le vésicatoire ;

3° De ne pas être aussi longtemps et aussi profondément douloureux que ces deux moyens ;

4° D'avoir en général une action prompte et efficace ;

5° De ne pas laisser de cicatrice ni de rougeur aussi durable que les autres topiques irritants de même ordre.

A. Dechambre et P. Diday.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre dans la section de zoologie et d'anatomie, pour remplir la place devenue vacante par la mort de M. Savigny.

La section a présenté la liste de candidature suivante : en première ligne, MM. Felix Dujardin et de Quatrefages, *ex æquo*; en seconde ligne, M. Charles Bonaparte; en troisième ligne, M. Alcide d'Orbigny; en quatrième ligne, M. Paul Gervais.

D'après une décision de l'Académie, prise sur la proposition d'un de ses membres, les noms de MM. Cl. Bernard et Longet ont été ajoutés à la liste de présentation.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre des votants : 58. Majorité : 30.

Au premier tour,	M. de Quatrefages obtient	20 voix.
	M. Cl. Bernard.	18
	M. Ch. Bonaparte	8
	M. Longet	7
	M. Dujardin	5
Pas de majorité.		
Deuxième tour,	M. de Quatrefages obtient	29 voix.
	M. Bernard.	25
	M. Bonaparte.	2
	M. Dujardin	1

On procède à un scrutin de ballottage entre MM. de Quatrefages et Bernard, qui donne le résultat suivant :

M. de Quatrefages obtient	31 voix.
M. Bernard.	24

M. de Quatrefages est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

SYSTÈME D'ARTICULATION LIBRE POUR LES INSTRUMENTS A BRANCHES, TELS QUE CISEAUX, CISAILLES, SÉCATEURS, ETC., PERMETTANT DE DÉMONTER L'INSTRUMENT ET L'EMPÊCHANT DE SE DESSERRER.

MM. Charrière père et fils adressent sur ce sujet la lettre suivante :

Si l'on a eu raison de dire que les améliorations les plus utiles sont celles dont l'application est la plus fréquente et la simplicité la plus grande, il nous sera permis d'attacher quelque importance à celle que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie et de toutes les personnes qui, à divers titres, sont en position de l'apprécier.

Cette amélioration porte sur les ciseaux, les pinces et les cisailles employés en chirurgie, et sur les instruments du même genre, dont on se sert dans diverses branches de l'industrie.

Depuis longtemps déjà nous avons apporté aux instruments dont il s'agit des perfectionnements qui sont entrés dans la pratique générale, et qui sont maintenant adoptés par la plupart des fabricants.

Nous espérons qu'il en sera de même du perfectionnement que nous proposons aujourd'hui.

Deux graves inconvénients ont été reconnus aux ciseaux et à tous les instruments analogues usités en chirurgie : la vis à l'aide de laquelle sont articulées les deux branches de ces instruments finit toujours par se desserrer après un certain temps d'usage, et pour que l'instrument continue à couper, on est obligé de presser les deux lames l'une contre l'autre pour empêcher l'objet qu'on veut couper de passer entre les lames, s'il était mince (comme, par exemple, un tissu de soie), ou pour empêcher l'instrument de se tordre, si le corps à inciser était volumineux dans tous les sens. Pour remédier à cet inconvénient, on essaye quelquefois de river la vis, mais par cette manœuvre on détériore celle-ci, et l'instrument est bientôt mis hors d'usage.

Un second inconvénient, moindre que le précédent, mais très-grand encore pour les instruments de chirurgie, c'est que ceux-ci ne pouvant être nettoyés dans leur articulation, la rouille finit par s'en emparer, et par altérer ainsi les lames et le jeu de l'articulation.

Ce sont ces deux inconvénients que nous sommes parvenus à éviter par une modification fort simple que nous allons maintenant décrire. Nous avons remplacé l'ancienne vis par un tenon (voir les figures placées ci-après) ou clou, qui est monté à vis et rivé carré dans la branche ou s'y fixe par un écrou ; à l'autre branche des ciseaux, nous avons fait une perforation elliptique dans la fraisure ou dépression dans laquelle se plaçait la tête de la vis, et cette perforation ou mortaise est dirigée dans un sens tel, qu'elle ne peut recevoir le tenon ou l'abandonner, quand une fois elle l'a reçu, que dans le plus grand écartement possible des branches des ciseaux.

Cet écartement n'étant jamais utile ni même possible dans les diverses opérations que l'instrument est appelé à pratiquer, soit en chirurgie, soit dans les arts, il en résulte que les deux branches sont aussi bien réunies l'une à l'autre que par la vis.

Ce n'est que lorsqu'on veut les séparer qu'on les écarte assez pour que le tenon puisse être dégagé de la mortaise. Cette séparation a pour premier avantage de permettre le nettoyage parfait des lames à leur articulation, et elle donne en outre la facilité d'oindre l'articulation d'axonge, qui n'a point l'inconvénient de se dessécher comme l'huile, et qui favorise par cette raison, bien mieux que ce dernier corps gras, le jeu de l'instrument. Mais le grand avantage consiste surtout dans l'impossibilité où sont les lames de s'écarter l'une de l'autre, si ce n'est par l'usure, nécessairement très-lente, du tenon et de la fraisure. Cette usure elle-même, qui ne demande pas moins de plusieurs années pour s'opérer, étant une fois consommée, le système dont il s'agit a encore l'avantage d'en permettre la réparation facile. En effet, le tenon qui retient la branche mobile de l'instrument étant rivé, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'y a aucun inconvénient à augmenter cette rivure par quelques coups de marteau, ce qu'on ne peut faire lorsque l'articulation a lieu au moyen d'une vis, sans détériorer celle-ci.

Tels sont les avantages que nous croyons appartenir au mode d'articulation que nous avons proposé depuis plus de six mois d'introduire dans la fabrication, et qui est d'ailleurs aujourd'hui appliqué avec avantage dans la plupart des hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend six lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Nièpce sur les eaux minérales d'Allevard (Isère) ;

2° Un rapport de M. Penant sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Vervins pendant l'année 1851;

3° Un rapport de M. Thirial sur une épidémie d'oreillons qui a régné dans la commune des Forges (Vosges), en janvier et février 1852 ;

4° Diverses recettes de remèdes secrets.

— M. Demolon adresse, avec une lettre explicative, un flacon contenant une nouvelle préparation pharmaceutique au tannate d'iode. (Commis. : MM. Bouchardat et Boullay.)

— M. Valat (de Montpellier) adresse un mémoire sur le goître endémique de la rue du Petit-Puits du faubourg Talus de la ville d'Autun, en réponse à une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 17 novembre 1851.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret du président de la République qui approuve l'élection de M. Depaul.

M. le Président invite M. Depaul à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE CHEZ L'HOMME, LE CHEVAL, LE BOEUF, LE PORC ET LE CHIEN.

M. Lacauchie lit un travail intitulé : Études sur divers points de l'appareil génito-urinaire chez l'homme, le cheval, le boeuf, porc et le chien.

Les résultats de ce travail portent, pour l'homme, su la disposition de la membrane fibreuse de la verge ; sur la véritable nature des tissus érectiles, soit du corps caverneux, soit de l'urètre, soit du gland ; su l'indépendance de ces deux derniers, contrairement à l'opinion de Ruysch ; sur une particularité de la conformation des artères de ces tissus ; enfin sur le mode de terminaison des corps caverneux. Dans le chien, les deux tissus érectiles de la tête de la verge et l'os de cette partie ont été examinés avec soin.

Les mêmes recherches faites sur le cheval, le bœuf et le porc, ont conduit l'auteur à découvrir un organe très-curieux sur le dernier de ces animaux et à reconnaître que l'appareil excréteur urinaire, à partir de la vessie, forme, chez ces divers animaux, une échelle régulièrement graduée qui, partant de l'homme, qui en est le degré le plus simple, classe après lui le cheval, le chien, le bœuf et enfin le porc, qui nous fournit en cela non-seulement l'appareil le plus compliqué comparé aux autres appareils de la même nature, mais probablement encore la complication la plus grande que puissent offrir les organes d'excrétion dans l'économie animale. (Commis. : MM. Delafond, Cruveilhier et Rayer.)

PELLAGRE SPORADIQUE.

M. Landouzy, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Reims, correspondant de l'Académie, communique verbalement le fait suivant :

L'intérêt qui s'attache à l'étude de la pellagre, et le très-petit nombre de faits constatés en France, en dehors des contrées où cette affection règne d'une manière endémique, m'ont engagé à profiter d'un court séjour à Paris pour soumettre à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique destinée au musée Dupuytren, et recueillie à l'autopsie d'une pellagreuse que j'ai observée il y a quelques mois à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, originaire de Sommepy, village du dé-

partement de la Marne, où l'usage du maïs est complétement inconnu, et où les céréales sont de qualité ordinaire.

Cette femme, qui a habité Reims pendant quarante-sept ans comme domestique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, vers l'année 1842, elle commença à éprouver une céphalalgie violente, de l'insomnie, de l'anorexie, des vomissements assez fréquents, de la constipation et des lassitudes dans les membres.

Vers la même époque, elle commença aussi à se plaindre d'avoir souvent le dos des mains noir, quoiqu'elle prît soin de les laver plusieurs fois par jour. Cet état de la peau lui attirait même de fréquents reproches de ses maîtres, qui la taxaient de malpropreté.

Le dépérissement successif de sa santé la forçant de renoncer à servir, elle retourna au mois d'avril de l'année dernière à son pays, où tous les symptômes précédents augmentèrent beaucoup. Ne gagnant par son travail que cinq à six liards par jour, elle ne se nourrissait presque exclusivement que de pain de méteil.

Les digestions devinrent de plus en plus difficiles, la bouche se couvrit d'aphthes et de muguet. La céphalalgie était presque constante, le sommeil nul et presque toujours remplacé par une agitation extrême, des illusions, des hallucinations, etc.

Les mains et les extrémités inférieurs se paralysèrent complétement, et enfin, privée de tous soins et de toutes ressources, elle entra le 4 juillet dernier à la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut examinée avec beaucoup d'intérêt par la plupart des médecins de Reims.

Dès ma première visite, à la vue de cet érythème terreux borné au dos des mains, terminé nettement au poignet, et coïncidant avec la démence, avec un trouble profond des fonctions digestives, avec la paralysie des membres, etc., je nommai la pellagre, quoique je ne l'eusse jamais observée.

Ces symptômes étaient tellement caractéristiques, que M. le docteur Bienfait, qui assistait à ma visite le lendemain, et qui ignorait complétement mon opinion, diagnostiqua l'affection, surtout d'après l'analogie de cette ichthyose dorsale des mains avec un cas semblable qu'il avait observé il y a quelques années à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert.

Après quelques bains, il se fit une exfoliation épidermique assez considérable sur le dos de la main. Sous les squammes, la peau était rosée et luisante. Cette exfoliation continua ensuite lentement, excepté au niveau des articulations des phalanges et des doigts, où les squammes restèrent très-épaisses, comme cornées, et où on les voit encore parfaitement aujourd'hui, quoique, depuis, l'autopsie, la macération dans l'eau et dans l'alcool en ait déjà détaché une assez grande partie.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade continua à être en proie à une folie triste, sans accès violents et avec des hallucinations presque constantes. Elle ne prenait et ne voulait prendre que du lait. Le marasme et la fièvre hectique allèrent en augmentant chaque jour, et elle mourut presque sans agonie.

A l'autopsie, on constata un engorgement sanguin des sinus cérébraux, un ramollissement marqué de la moelle épinière au niveau de la région lombaire, de la pneumonie hypostatique, deux ulcérations de 3 millimètres au grand cul-de-sac de l'estomac, une rougeur très-foncée de la muqueuse digestive depuis l'estomac jusqu'à l'iléon, une éruption miliaire dans l'espace des 60 premiers centimètres de l'intestin grêle et quelques plaques gaufrées.

Cette observation, si l'on en excepte l'étiologie, ne renferme, comme on le voit, que les phénomènes morbides ou nécroscopiques qu'on a toujours remarqués dans la pellagre; ainsi, même précision des désordres constatés pendant la vie, même insuffisance des lésions trouvées après la mort. Aussi, ce fait n'aurait-il rien d'intéressant s'il eût été recueilli en Italie, en Espagne, dans l'Aude ou dans les Landes; mais il a été recueilli dans le département de la Marne, où jamais on n'a signalé un seul cas de pellagre, chez une femme qui a habité Reims pendant quarante-sept ans, chez une femme dont les parents n'ont pas quitté le village où elle est née, et c'est là, selon moi, ce qui doit exciter l'intérêt de l'Académie.

Invoquera-t-on ici *l'insolation?* Mais cette fille n'y était pas plus exposée que les autres servantes des villes; le *mal de misère?* mais elle n'est devenue misérable qu'à la fin de la maladie, et par le fait de la maladie; *l'alimentation?* mais c'est seulement dans la dernière année qu'elle a été nourrie de pain de méteil, et, d'ailleurs, ce pain était le même que celui de la plupart des habitants du village qui jouissent d'une bonne santé.

Ces causes, regardées comme essentielles, ne peuvent donc être invoquées ici, et ce fait, rapproché de ceux qu'on a observés depuis quelques années à Paris, me semble de nature à rendre moins exclusifs les médecins qui ont écrit sur la pellagre.

Maintenant, serait-ce que la pellagre augmente en France, comme on l'a dit depuis ces quelques faits du centre de la France? Serait-ce au contraire que cette affection, ayant une marche très-longue, des symptômes complexes, et se terminant ordinairement à une époque déjà assez avancée de la vie, on a pu la rapporter tantôt à un simple ramollissement de l'encéphale, tantôt à une simple lésion des organes digestifs? Je suis de cet avis, et je pense qu'il en sera de la pellagre comme de la morve, comme de la maladie de Bright, comme de certaines formes de syphilis, comme de certaines formes de phthisie, etc., qui ne sont devenues plus fréquentes que depuis qu'elles ont été mieux connues.

On n'oubliera pas, en effet, que, tandis qu'il y a trente ans à peine nous regardions la pellagre comme exclusive à l'Espagne et à l'Italie, elle régnait dans plusieurs de nos départements sur une étendue de plus de 700 lieues carrées, frappant au moins (je cite les chiffres de M. Roussel) moitié de la population agricole de ces contrées.

On n'oubliera pas que, dix ans plus tard, lorsqu'on croyait la pellagre exclusivement confinée dans les provinces du midi, on en observait un cas dans l'Allier, puis bientôt cinq ou six autres cas à Paris.

Si donc la pellagre a pu depuis longtemps, sans être connue, faire autant de ravages sous le type endémique, *à fortiori* serait-il possible que, sous le type sporadique, elle restât souvent ignorée, et qu'elle fût moins rare qu'on le pense généralement.

Or si quelques-unes des pellagres *nostras* n'ont pas présenté ces signes précis propres à frapper tous les esprits, il n'en est pas de même ici; et ce fait, résumant pour ainsi dire les caractères pathognomoniques de la pellagre (érythème terreux au dos des mains, lypémanie, paralysie progressive, dyspepsie, retour des accidents aigus à chaque printemps, etc.), m'a paru des plus propres à exciter l'attention des praticiens, et à servir de type pour le diagnostic de la maladie à l'état sporadique.

GANGRÈNE DANS LE DIABETÈS.

Je demande à l'Académie la permission de ne pas quitter la tribune sans lui signaler un cas de diabetès sucré terminé par la gangrène des extrémités. Quoique ce sujet soit complétement étranger à celui dont je viens de l'occuper, je le donne aujourd'hui, à la prière de M. Marchal (de Calvi), à qui je le communiquais à l'instant pour l'ajouter à celui qu'il a publié récemment.

Ce fait est relatif à un individu âgé de 50 ans environ et affecté d'un diabetès sucré depuis plusieurs années. Malgré cette maladie, sa santé n'était cependant pas trop affaiblie, lorsque tout à coup, et sans cause extérieure, il fut pris d'une gangrène des extrémités inférieures qui l'enleva en quelques jours.

Dans ce fait, que j'observai il y a un an avec mes collègues MM. Hannequin et Duval, nous ne songeâmes en aucune façon à voir une relation de cause à effet; mais les travaux de notre savant confrère M. Marchal (de Calvi) établissant une coïncidence frappante entre le diabetès et la gangrène, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'ajouter un nouveau fait à ceux dont il vient d'enrichir la science.

TANNATE DE ZINC.

M. COLLINEAU lit en son nom et au nom de M. Bouchardat un rapport sur le tannate de zinc.

M. Barnit, pharmacien, a présenté à l'Académie, par la voie du ministre du commerce, une préparation chimique de sa composition et pour laquelle il demande l'approbation de ce corps savant. D'après les quelques considérations énoncées dans le rapport, M. Collineau conclut en proposant de répondre au ministre que, quant à la composition chimique, le moyen proposé par M. Barnit n'offre rien de nouveau; que, quant à ses propriétés thérapeutiques, il doit, au moins pour le moment, être rangé dans la classe de ces agents nombreux et usuels dont l'Académie ne se préoccupe nullement tant que l'autorité ne demande pas son avis, c'est-à-dire qu'elle ne lui reconnaît aucune propriété particulière ou spéciale.

Après quelques observations présentées par plusieurs membres, l'Académie adopte la conclusion suivante que M. Adelon propose de substituer à la conclusion de la commission: « La commission propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu d'appliquer au tannate de zinc les dispositions favorables du décret du 18 août 1810, ni celles du décret du 3 mai 1850. »

DE L'EXISTENCE DU MANGANÈSE DANS LE SANG ET DE SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE.

M. LECANU lit en son nom et celui de M. Bussy un rapport sur un mémoire de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, relatif à l'existence du manganèse dans le sang et à l'emploi thérapeutique de ses composés.

L'auteur, quelque procédé qu'il ait employé, a toujours pu constater la présence du manganèse dans le sang. La proportion de ce métal s'y trouverait toutefois, d'après lui, de beaucoup inférieure à celle du fer. Il l'a vainement recherché dans le sérum dont le manganèse, non plus que le fer, ne ferait pas partie. De même aussi que l'avaient observé pour ce dernier métal plusieurs expérimentateurs et le rapporteur lui-même, l'auteur a vu la proportion du manganèse augmenter ou diminuer avec celle des globules sanguins.

Cette sorte de parallélisme dans la marche croissante ou décroissante des globules et du manganèse, sous l'influence des causes de la vie normale ou de la vie pathologique, le porterait à admettre dans ceux-ci l'existence d'une proportion fixe et invariable de manganèse et sans doute aussi de fer; mais si l'on considère que les globules sont de nature complexe, puisqu'on en peut extraire plusieurs matières différentes; que très-vraisemblablement celles-ci ne s'y rencontrent pas en proportions constantes, on sent qu'une pareille conclusion ne saurait être définitivement acceptée. La solution de l'importante et difficile question qui s'y rattache exigerait, ajoute M. le rapporteur, d'une part, qu'on se pût procurer, à l'état absolu de pureté, le principe du sang dans lequel le manganèse et le fer semblent devoir exister à l'état d'éléments, à la manière du phosphore dans la cérébrine du cerveau, de la laitance de poisson, etc.; d'autre part, qu'on pût déterminer très-exactement sa proportion dans les globules sanguins. Quoi qu'il en soit la présence expérimentalement constatée du manganèse dans le sang normal fournissant une explication satisfaisante des bons effets obtenus, par MM. Pétrequin et Hannon, de l'emploi des composés manganeux seuls ou concurremment avec ceux de fer, dans des cas où ces derniers administrés seuls étaient restés impuissants, l'auteur a été naturellement conduit à s'occuper des formes pharmaceutiques sous lesquelles ce métal et ses composés pourraient être introduits dans la pratique médicale.

En résumé, la commission propose d'ordonner le dépôt dans les archives du mémoire de M. Burin-Dubuisson, et le renvoi au comité de rédaction de la

partie de ce mémoire qui a pour objet la recherche du manganèse dans le sang, et la détermination de ses proportions dans différentes conditions de santé et de maladie.

Ces conclusions sont adoptées.

ENGORGEMENTS DU COL DE L'UTÉRUS.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Hervez de Chégoin, dont nous avons reproduit le résumé et les conclusions dans le précédent compte rendu.

Nous rappelons les conclusions qui consistent :

1° A adresser des remercîments à l'auteur;

2° A renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° Et à inscrire son nom sur la future liste des candidats au titre de correspondant.

La parole est à M. Gibert.

M. GIBERT demande la parole pour une motion d'ordre. Dans la crainte de voir se renouveler, à si peu de distance, la discussion qui a eu lieu à l'occasion d'un précédent rapport de M. Hervez de Chégoin (mémoire de M. Baud sur les *engorgements du col de l'utérus*), il pense que le mieux serait de demander à M. le rapporteur le sacrifice de ses deux dernières conclusions, en adoptant la première qui vote des remercîments à l'auteur du mémoire. On éviterait ainsi, dit M. Gibert, toute opposition, et de plus on n'exposerait pas la compagnie à donner, par des conclusions trop laudatives, une sorte d'approbation à des pratiques qui, bien qu'elles puissent être utilisées dans l'occasion par l'homme de l'art expérimenté, offrent cependant deux graves inconvénients. Le premier de ces inconvénients est de tendre à généraliser de plus en plus des procédés chirurgicaux qui sont loin d'être toujours appliqués avec discernement. On pique, on déchire, on coupe, on brûle le col de l'utérus, sans trêve ni merci et trop souvent sans aucune nécessité. Le second inconvénient est de favoriser les fausses et étroites théories localisatrices qui font méconnaître les causes générales et diathésiques dont la leucorrhée n'est le plus souvent qu'un effet. Combien d'ailleurs de ces prétendues guérisons subites obtenues par des moyens locaux n'ont eu qu'une durée éphémère! Combien surtout de méprises qui ont fait attacher à des altérations locales innocentes et insignifiantes une importance qu'elles n'avaient pas!

Je demande donc, dit en terminant M. Gibert, que nous imitions la judicieuse réserve et les sages restrictions du rapporteur lui-même, tout en évitant d'y apporter avec lui une sorte de contradiction par les deux dernières conclusions du rapport dont je propose la suppression.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN trouve l'opinion de M. Gibert beaucoup trop exclusive. Il y aurait de l'inconvénient à rattacher toujours la leucorrhée à des causes générales; il est des cas où la leucorrhée tient manifestement à des causes toutes locales, et ce ne serait pas, dans ce cas, sans un véritable préjudice pour les malades, qu'on les fatiguerait par une médication générale inutile. M. Hervez cite à cette occasion l'exemple d'une femme qui, après avoir épuisé sans résultat toutes les ressources de la thérapeutique interne, guérit par la seule application de quelques sangsues au siége. Il en serait de même dans beaucoup de cas pour les scarifications.

M. GIBERT n'a pas dit que la leucorrhée dépendit toujours d'une diathèse générale; il a été si peu dans sa pensée d'être aussi exclusif, qu'il approuve de tous points les opinions émises par M. Hervez dans son rapport; c'est uniquement contre les conclusions qu'il s'élève, conclusions qui ne lui paraissent pas en rapport avec les opinions d'ailleurs très-sages du rapporteur et qui exigeraient quelques réserves et une forme moins laudative.

Plusieurs membres ajoutent quelques mots, notamment M. Lagneau pour appuyer les conclusions du rapport et M. Cazeaux en faveur de l'amendement proposé par M. Gibert.

M. ROUX propose un moyen terme qui consisterait à ne supprimer des conclusions du rapport que celle qui est relative au renvoi du mémoire au comité de publication et à maintenir les deux autres.

La proposition de M. Roux paraissant prévaloir est mise aux voix et adoptée.

LÉSION TRAUMATIQUE DU SINUS LONGITUDINAL SUPÉRIEUR DE LA DURE-MÈRE.

M. HUTIN, chirurgien en chef des Invalides, communique de vive voix une observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur de la dure-mère, dont il dépose la relation détaillée sur le bureau.

Voici les principales circonstances de ce fait.

Le 14 octobre 1806, à la bataille d'Iéna, un soldat nommé Kreps reçut deux coups de sabre sur le crâne, l'un à la partie supérieure du front, et l'autre au sommet de la boîte osseuse. Celui-ci fit, à environ 5 centimètres en arrière de la suture fronto-pariétale, une plaie de 7 à 8 centimètres obliquement dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière, répondant par son angle antérieur au pariétal droit, par le postérieur au pariétal gauche, et par sa partie moyenne à la suture bipariétale, qu'elle croisa sous un angle de 40 à 45 degrés. Évacué sur divers hôpitaux, le malade finit par guérir; les plaies se cicatrisèrent sans que l'on eût extrait ni relevé une esquille volumineuse, assez fortement déprimée à l'intérieur du crâne.

Pendant quarante ans, Kreps vécut sans éprouver d'accidents bien sérieux; mais il resta toujours exposé à de fréquentes céphalalgies, qui se manifestaient surtout à l'époque des chaleurs. Il ne put jamais se livrer à aucuns mouvements violents, sans éprouver aussitôt un court et rapide éblouissement accompagné de bourdonnements dans les oreilles.

En 1846, ce militaire, admis depuis longtemps aux Invalides, tomba dans une carrière, se fractura une côte et une cuisse, et se fit au menton une plaie assez étendue. Traité avec vigueur pour ces différentes lésions, il résista pendant quelque temps aux accidents qui en étaient la suite, et quoiqu'il fût âgé de 75 ans, la fracture du fémur marchait à une consolidation prochaine, lorsqu'un érysipèle, dû à une cause inconnue régnant alors dans nos salles, s'empara des membres supérieurs du cou et de la tête, pendant qu'une pleuro-pneumonie, causée par la fracture de la côte, se montrait rebelle aux moyens employés, un abcès se manifesta dans la région parotidienne droite et fournit une certaine quantité de pus. Quelques jours après, une tumeur fluctuante et douloureuse au toucher se déclara au voisinage de la blessure du vertex, tandis que le malade était dans le délire. Cette tumeur, prise pour un abcès nouveau, fut ouverte avec le bistouri; il n'en sortit que du sang noir.

Pendant quelques jours, il y eut par l'ouverture une faible hémorrhagie qui finit par s'arrêter. Il résulta, de l'exploration attentive des parties, que le sang provenait de l'intérieur du crâne, mais on ne pouvait dire quel était le vaisseau lésé.

Un mois après sa chute, Kreps succomba aux progrès de la pleuro-pneumonie, lorsque, depuis quelques jours déjà, toute hémorrhagie avait cessé, et sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'épanchement intra-crânien.

A l'autopsie, on trouva le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère perforé par une épine osseuse, appartenant à l'esquille que le coup de sabre reçu en 1806 avait déprimée justement sur son travers. A côté de cette épine existait une plaie non cicatrisée du pariétal, et en dehors de celui-ci, sous les téguments, une poche remplie encore en partie par du sang coagulé.

L'épine avait perforé le sinus; le sang s'était échappé par l'ouverture, avait passé par l'opercule du pariétal et était venu former sous le derme chevelu la tumeur fluctuante, ouverte pendant la vie de Kreps. (Comm. : MM. Gimelle, Larrey et Bégin.)

VICE DE CONFORMATION DE L'URÈTRE.

M. MARCHAL (de Calvi) communique à l'Académie trois observations sur trois cas de vice de conformation de l'urètre.

Le nommé D..., âgé de 28 ans, fusilier au 19e de ligne, porte à la face supérieure du gland et près de sa couronne, un orifice qui reproduit exactement les dispositions du méat urinaire, en sorte qu'il paraît avoir deux méats urinaires, comme, au premier abord, il paraît avoir deux urètres.

Le méat urinaire, proprement dit, est à sa place ordinaire et tout à fait normal.

Le méat anormal, situé à 14 millimètres du précédent, et sur la même ligne, offre sensiblement la même longueur que lui (9 millimètres), sa commissure postérieure atteint, à moins d'un millimètre près, la couronne du gland. En écartant ses bords, on a sous les yeux la même disposition que si l'on écartait ceux du méat normal.

Quoique les deux méats soient exactement sur la même ligne, si bien qu'en les rapprochant par la pensée on les voit former une ligne absolument droite; il n'existe entre les deux aucune trace que l'on puisse considérer comme le vestige d'une ancienne séparation.

L'urètre proprement dit admet facilement une bougie n° 6, tandis que le conduit anormal ne laisse pénétrer facilement qu'une bougie n° 1.

Il existe donc un conduit anormal continuant le méat suruméraire. Ce conduit a une longueur de 77 millimètres, et s'étend le long de la face dorsale de la verge, entre le tégument et les corps caverneux, jusqu'au pubis.

L'orifice de l'urètre proprement dit est séparé de l'orifice anormal par l'épaisseur du gland, comme plus loin les deux conduits sont séparés par l'épaisseur des corps caverneux. Du reste, la verge et les testicules sont parfaitement réguliers et fonctionnent normalement.

Le sujet est né avec cette disposition, jamais il n'a rendu d'urine par le conduit anormal.

En 1849, D... fut affecté d'urétrite, et il s'aperçut, au bout de quelque temps, que l'écoulement avait lieu par les deux conduits. Il éprouvait, dans le conduit anormal, une cuisson passagère et une démangeaison, surtout quand le temps passait à la pluie. Dans la miction et dans l'érection, l'urètre était douloureux; le conduit anormal ne l'était point. On prescrivit des injections seulement dans l'urètre, et des balsamiques à l'intérieur. L'urètre proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation du conduit normal, guérit à la faveur de ce traitement, mais non l'inflammation du conduit anormal, qui, depuis cette époque, n'a cessé d'entretenir un faible écoulement, toujours avec une légère exacerbation lors des changements de temps.

Il y a trois mois, après des rapports sexuels, l'écoulement par le méat anormal a beaucoup augmenté sans que l'urètre proprement dit ait recommencé à fluer; et D... est entré à l'hôpital, où on l'a traité par les balsamiques à l'intérieur, qui n'ont produit aucun effet. J'ai supprimé ce mode de traitement, et j'ai fait faire des injections astringentes dans le conduit anormal. L'écoulement a sensiblement diminué, mais ne s'est point tari. C'est alors que j'ai eu l'idée de remplacer les injections d'eau tiède mêlée de baume de copahu à faible dose. Il s'en est suivi la cessation complète de la blennorrhagie.

Dans le second cas, l'orifice normal de l'urètre était bifide; il y avait deux méats, l'un inférieur, plus large que l'autre. Pendant longtemps le sujet a uriné par les deux ouvertures; mais insensiblement le méat supérieur, le plus petit, s'est oblitéré, ainsi que le conduit, long de 2 centimètres environ, qui lui faisait suite. En d'autres termes, il y avait deux méats et deux conduits; de ces deux conduits, l'un très-court (2 centimètres) et oblique, s'est graduellement oblitéré. La disposition était congénitale.

Ce fait m'a paru intéressant, en ce qu'il s'ajoute à ceux en petit nombre qui

prouvent que les conduits tapissés par une muqueuse sont susceptibles d'oblitération.

Le troisième cas est un exemple d'hypospadias. Je ne le mentionne qu'à raison de la présence, sur la paroi supérieure de l'urètre, d'un orifice étroit qui conduit dans un tube long d'un centimètre et demi qui n'est évidemment qu'un long follicule. Le bout d'une algalie pénètre facilement dans ce tube, et l'on comprend qu'une fausse route pourrait avoir lieu en cas pareil, si le follicule était situé plus profondément dans l'urètre, en avant d'un rétrécissement.

PERFORATION SPONTANÉE DU DUODÉNUM.

M. GIBERT présente une pièce anatomique recueillie dans ses salles de l'hôpital Saint-Louis, sur un jeune homme de 17 ans, mort le jour même de son admission, avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. La veille encore il dînait avec ses amis; il paraît toutefois que, depuis environ six semaines, il était sujet à des coliques (sans diarrhée).

L'ouverture du corps a révélé un épanchement trouble et jaunâtre dans le ventre, des fausses membranes çà et là entre les circonvolutions intestinales, une injection sanguine sous-séreuse du péritoine, et comme source de tous ces désordres, une perforation évidemment ancienne du duodénum, près du pylore.

La muqueuse offre un ulcère rond à bords rougeâtres légèrement indurés, d'ailleurs lisses et arrondis, qui présente à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

La séreuse n'est perforée que par une ouverture qui pourrait recevoir une petite lentille; les bords de cette ouverture sont également lisses. Il n'y a aucune autre lésion dans l'appareil digestif.

Ce cas est surtout remarquable par le siége de la *perforation spontanée* qui, comme on sait, a surtout été rencontrée dans l'estomac.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE DES PARALYSIES HYSTÉRIQUES (thèse inaugurale); par le docteur ERNEST MESNET. — 1852.

Les prôneurs du *fait* en médecine doivent être bien étonnés des interminables discussions qui s'élèvent parfois sur la réalité d'un phénomène pathologique très-simple et très-accessible aux moyens d'investigation : telle est, par exemple, la paralysie hystérique. Ce n'est pas qu'aucun médecin nie absolument l'existence de paralysies partielles dans l'hystérie; mais tandis que les uns, comme M. Gendrin, affirment qu'on rencontre l'anesthésie chez toutes ou presque toutes les hystériques, dans les intervalles des accès comme immédiatement avant ou après, en un mot dans tout le cours de la maladie, les autres la regardent comme une exception, et, en tout cas, comme un phénomène passager. Une dissidence aussi profonde ne saurait dépendre des circonstances où se sont trouvés les observateurs; elle tient tout simplement aux difficultés de l'observation elle-même. On a beau faire, on a beau se récrier contre les idées préconçues, l'observation ne peut que tâtonner et s'égarer si elle n'est guidée par une vue de l'esprit; elle n'est le plus souvent qu'une vue de l'esprit en exercice, et c'est alors qu'elle est le plus féconde.

Le travail de M. Mesnet a ce mérite particulier de bien poser les conditions de la recherche dans la question spéciale dont il s'occupe; il emprunte pour cela un secours précieux d'un ingénieux observateur, M. le docteur Beau, qui a publié en 1848, sur le même sujet, un mémoire dont nous avons rendu compte. Si l'on se bornait à essayer la sensibilité des malades en enfonçant une épingle dans la peau ou en piquant les membranes muqueuses, on pourrait passer à côté de véritables anesthésies sans les apercevoir. Les sensations de la douleur, du toucher, de la température, sont très-distinctes; chacune d'elles peut être altérée ou perdue, les autres restant intactes. C'est ce que M. Beau a montré expérimentalement. Et en conformant à cette donnée ses investigations, il est arrivé à peu près au même résultat que M. Gendrin, c'est-à-dire qu'il a constaté quelque lésion de sensibilité chez la plupart des hystériques, ainsi que chez les hypocondriaques (voy. GAZ. MÉD., 1848, p. 416). M. Mesnet, entrant dans les détails des expériences à faire pour constater l'existence ou l'absence de l'anesthésie, y montre encore plusieurs sources d'erreur qu'il a pris soin d'éviter; et lui aussi a constaté, dans l'immense majorité des cas d'hystérie, des signes évidents de paralysie partielle. Il en a constaté à la peau, dans les membranes muqueuses, sur les organes des sens. L'anesthésie la plus fréquente est celle de la peau. Tel malade ne perçoit plus la température, tel autre le degré de sécheresse ou d'humidité des corps, un troisième le pincement ou la brûlure; et ces diverses lésions de la sensibilité sont quelquefois limitées à des portions de peau très-peu étendues, d'un ou 2 centimètres carrés, par exemple. On les rencontre principalement à la partie externe des membres ou sur les reins. Ils changent souvent de place, à la suite des attaques.

Après l'anesthésie de la peau vient, par ordre de fréquence, celle de la conjonctive, des muqueuses nasale et buccale. Ici la sensibilité générale et la sensibilité spéciale sont presque toujours atteintes simultanément. La vue, l'odorat, le goût, sont diminués, en même temps que les muqueuses de l'œil, du nez, du palais, sont insensibles à la piqûre. L'ouïe participe au trouble des autres sens; elle perd notablement de sa finesse.

Enfin l'anesthésie a été constatée sur la muqueuse vulvo-vaginale, sur l'orifice de l'urètre et jusque sur la muqueuse rectale.

La paralysie partielle, en tant que liée à l'hystérie, ne se borne pas à la sensibilité : elle affecte aussi la motilité, mais presque toujours à une époque plus avancée de la maladie. Elle siége le plus souvent aux membres, très-rarement à la face. L'observation de cet ordre de phénomènes demande également de grandes précautions; les malades accusent aisément une faiblesse musculaire qu'on pourrait prendre pour de la paralysie; ou bien la perversion ou l'affaiblissement de la sensibilité des pieds peut rendre la marche incertaine, sans accuser une véritable diminution de la puissance musculaire. Mais il est des cas assez nombreux où la paralysie est incontestable; on rencontre même de véritables paraplégies, dont l'existence se rattache manifestement à l'affection hystérique.

Ce n'est pas tout : les rapports de l'hystérie avec la paralysie ne sont pas toujours circonscrits aux parties externes du corps : on peut les saisir jusque dans les viscères. Il est vrai qu'il n'est pas facile de s'assurer de l'affaiblissement de la sensibilité spéciale de l'estomac ou des intestins; mais il n'est guère douteux que la contractilité musculaire de ces organes, aussi bien que de la vessie, ne soit parfois enchaînée. C'est un fait qui a d'ailleurs été reconnu depuis très-longtemps, et M. Mesnet ne fait que le confirmer.

N'oublions pas une remarque particulière à l'auteur, et qui, si elle est exacte, jette dans la science un fait entièrement inexplicable. Suivant lui, la paralysie hystérique occupe le plus souvent le côté gauche du corps.

Telle est la partie originale de ce travail. Nous croyons qu'il suffira de la mettre en relief, sans entrer dans les développements. Il est néanmoins bon de signaler au lecteur une comparaison instructive entre les paralysies hystériques et celles qui peuvent dépendre d'autres affections, telles que l'intoxication saturnine. La thèse de M. Mesnet compterait parmi les meilleures si l'ordre en était plus régulier et la forme un peu plus soignée.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— On écrit de Livron, le 12 avril, au COURRIER DE LA DRÔME :

« Un de ces événements qui épouvantent les populations vient d'avoir lieu dans la commune de Livron. Le 11 de ce mois, à sept heures du soir, la rage a enlevé, en quarante-huit heures, M. le docteur Vanel, jeune médecin de 33 ans, de beaucoup d'espérance et d'avenir. M. Vanel laisse une jeune femme enceinte, une sœur et une mère qu'il adorait. Son talent, la douceur deses mœurs, et son extrême modestie, le faisaient aimer de tout le monde et lui avaient acquis en peu de temps une clientèle nombreuse.

» Il y avait quarante jours qu'un jeune chien qu'élevait M. Vanel l'avait mordu au-dessus du pouce de la main gauche. La mère de ce petit chien était morte enragée. M. Vanel cautérise immédiatement sa blessure au nitrate d'argent. Ce même petit chien mordit ensuite quelques autres personnes du voisinage qui le caressaient, et mourut trois jours après. M. Vanel cautérise alors de nouveau et plus profondément sa blessure au fer rouge, et prend même, ainsi que les personnes mordues comme lui, un breuvage populaire. Mais la force morale, quoique grande chez M. Vanel, n'avait pu prendre assez d'empire sur lui pour le débarrasser de l'idée fixe et désolante qui le préoccupait sans cesse au sujet de sa blessure. Il comptait les jours, il présageait les symptômes, et son moral, profondément affecté, l'entraînait irrésistiblement vers la catastrophe qu'il redoutait.

» Ce fut dans la nuit du 9 au 10 avril que les soubresauts, une agitation violente et des symptômes désespérants se manifestèrent. Un courageux et digne voisin, M. Mondan, instituteur communal, passa cette nuit près de lui, en proie aux plus vives émotions; il ne l'a plus quitté jusqu'à la dernière heure, et n'a pas cessé de lui prodiguer les soins, les conseils et les secours les plus généreux. Profondément religieux, M. Vanel a conservé jusqu'à la fin toute la force de sa raison, toute la puissance de son âme. « Mes membres ne sont tous, disait-il, qu'un chaos de douleurs, la mort est là; mais mon âme est intacte, elle siége dans mon cerveau, je la sens, elle est au service de mes facultés, comme aux meilleurs jours de ma vie, preuve irrévocable de son immortalité. » Puis il tendait la main à tous ceux qui l'entouraient, en ajoutant : « Ne me redoutez pas, je n'ai jamais été méchant, je ne vous mordrai pas, je ne veux faire de mal à personne. » Les liquides qu'on voulait lui faire prendre le faisaient bondir et le rendaient menaçant. Enfin il a succombé.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MÉDICATION IODÉE. — HUILE IODÉE. — HUILE DE FOIE DE POISSON. — MÉDICATION BROMO-IODURÉE.

Depuis quelque temps l'iode et les médications iodées semblent avoir repris faveur. On a fait des huiles iodées, on consomme en abondance des huiles de poisson, et en particulier l'huile de foie de morue, en vue de l'iode qu'elles renferment. On étudie les eaux minérales iodurées : on associe le brome à l'iode, sans compter ses autres combinaisons avec le mercure, le fer, etc. Tout cela atteste une préoccupation, une espèce d'engouemeet pour cet ordre de remèdes. Les praticiens doivent désirer savoir à quoi s'en tenir à l'égard de cette recrudescence.

Constatons un premier fait d'abord : c'est que la médication iodée, soit simple, soit composée, en est encore à la période empirique. On ne sait ni soe mode d'action physiologique, ni son mode d'action spécifique. L'expérience en a démontré l'utilité dans une foule de groupes symptomatiques, depuis le goître jusqu'aux affections syphilitiques, mais on n'en peut rien induire de rationnel pour la constitution de la méthode.

Est-ce sur les solides, est-ce sur les liquides que son action se porte immédiatement? ou bien est-ce en détruisant certains principes morbides qui changent la composition des uns et modifient la trame des autres? On n'en sait rien. Les faits ne manquent pas cependant. Mais l'étude de l'iode et de ses combinaisons n'a pas encore été abordée à ce point de vue. Le travail le plus sérieux sur la matière, et sans contredit le plus instructif comme travail pratique (1), communiqué tout récemment à l'Académie des sciences par M. Bonnet (de Lyon), n'en dit mot. Ce serait peut-être la voie dans laquelle il faudrait s'engager pour arriver à donner aux innombrables applications qu'on a faites de la médication iodée une base scientifique quelconque. Nous le répétons : l'étude de l'action de l'iode sur les solides et les liquides, et la recherche de son action spécifique sur les causes des maladies, tel serait le programme des points à résoudre.

A défaut de cette question générale, scientifique, on en a abordé récemment plusieurs qui méritent qu'on s'y arrête.

Au point de vue pharmacologique, il y a déjà longtemps que MM. Marchal (de Calvi), Personne et Deschamps (d'Avallon) ont proposé de substituer l'huile iodée à l'huile de poisson. A cette occasion, M. Guibourt, au nom d'une commission de l'Académie, a fait remarquer que l'huile de foie de morue ne renferme que des quantités minimes d'iode ; et MM. Bouchardat et Orfila ont objecté, avec juste raison, qu'il fallait se défier de conclure d'après la composition chimique présumée d'une substance à soe action, et de cette composition à la valeur des imitations artificielles des mêmes médications. Il en est résulté que l'huile iodée, comme eouvelle forme de médicament, vaut ce qu'elle vaut, c'est-à-dire ce que l'expérience établira ; et que provisoirement il faut laisser à l'huile de foie de morue la réputation doet elle jouit. Mais sur quoi repose cette réputation? On pourrait se le demander très-sérieusement. Depuis une dizaine d'années, ce médicament a la vogue. L'huile de foie de morue est véritablement à la mode. Mais ne serait-elle pas dans la catégorie des médicaments dont parlait Bordeu, et dont il faut s'empresser de profiter tant qu'ils guérissent. L'huile de foie de morue, qui paraît guérir aujourd'hui une foule de maux inguérissables, les guérira-t-elle demain, dans une année? Nous nous sommes fait plusieurs fois cette questioe, et nous ne sommes pas des premiers à nous l'avoir faite.

Les huiles de poisson doivent être considérées isolément sous le rapport de leur consistance huileuse, et sous le rapport des principes tenus en suspension dans l'huile, et dont l'huile ne serait que le véhicule. Un excellent travail de MM. Giuge et Thiernesse (de Bruxelles) a ouvert cette voie. Il résulte des recherches de ces auteurs, que les huiles de poisson se comportent physiologiquement comme les huiles grasses ordinaires, l'huile d'olives, par exemple ; que les unes et les autres ont une tendance à se porter dans le foie, les poumons et les reins. Est-ce à titre d'éléments oléagineux qu'elles agiraient sur ces organes? ou bien est-ce en servant de véhicule à des éléments chimiques particuliers : c'est ce qu'on ne saurait dire jusqu'ici. A nos yeux, l'huile de foie de morue, comme toutes les huiles de poisson, n'ont pas de titre plus positif, plus démonstratif à la confiance des médecins que cette confiance même. L'huile de foie de morue est le spécifique en vogue contre les maladies rachitiques et scrofuleuses ; voilà sans doute ce qui la recommande le plus. Quant à nous, qui l'avons employée comme tout le monde, nous ne sommes pas resté convaincu qu'elle agisse autrement qu'une huile grasse, et nous sommes à peu près certain qu'elle n'exerce aucune action spécifique, au moins dans le rachitisme. Nous faisons des réserves quant aux maladies scrofuleuses et tuberculeuses.

Un travail lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. le docteur Lunier (de Niort) ferait poindre quelques espérances mieux fondées. Suivant ce médecin, l'huile de foie de morue agirait à la fois par sa substance grasse et par l'iodure et le bromure de potassium qui entrent dans sa composition, et son efficacité serait due surtout à l'association de l'iode et du brome, dont l'action réunie serait beaucoup plus énergique que l'action isolée de chacun de ces médicaments. L'Académie appréciera ce nouveau point de vue, et l'expérience décidera de sa valeur. Disons en attendant que c'est déjà un progrès que d'avoir étudié séparémeet l'action de l'huile et celle du médicament qu'elle tient en suspension.

Mais revenons plus spécialement à la médication iodée. Quels sont les progrès les plus récents que cette médication a faits sous le rapport physiologique et sous le rapport pharmaco-thérapeutique?

Les recherches approfondies de M. Chatin, qui a trouvé l'iode dans un grand nombre de plantes aquatiques, puis dans la plupart des eaux potables et dans l'air, ont montré que cette substance joue nécessairement un certain rôle dans l'acte physiologique de l'économie. Si l'iode est jusqu'à un certain point nécessaire à l'entretien normal de la vie, il devient par cela même une cause de maladie et un médicament : cause de maladie quand il manque, quand il est en moins ou en excès ; et médicament quand il y a lieu de combler ses insuffisances normales. On sait toutes les inductions ingénieuses que l'auteur a déjà tirées de ce point de vue. Plus il est général et élevé, plus il mérite d'attention, mais aussi plus il demande pour être accepté de temps et de preuves. Sachons attendre.

Comme préparations pharmacologiques déjà connues et destinées à rendre des services, il faut rappeler l'iodure d'amidon soluble, le sirop d'iodure d'amidon, dont il conviendrait de mieux préciser l'action définitive;

(1) La GAZETTE MÉDICALE publiera ce travail prochainement.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Uniforme des chirurgiens de la garde nationale. — Réclamation. — Une tuile sur la tête des étudiants. — Bonne pensée morale. — Intentions douteuses. — Encore le plan d'études. — Une scène insolite à l'Académie de médecine.

Si les chirurgiens de la garde nationale ne marchent pas en tête du bataillon nus comme vers, avec de petites ailes aux pieds et derrière les oreilles, c'est uniquement par crainte des rhumes de cerveau. Aux premières chaleurs, incontestablement, ils figureront aux revues dans cette tenue agréable, qu'on n'a pas vue à Paris depuis les *tableaux vivants*. Mais c'est la tenue de Mercure, diront les érudits!

> . . . . . , Pedibus talaria nectit
> Aurea, quæ sublimem alis, etc.

Justement ; on a la ferme intention, en haut lieu, de transformer les chirurgiens de la garde civique en messagers de l'Olympe. En voici la preuve. Nous ne supposons pas qu'aucun médecin, désireux de s'instruire, laisse échapper une seule ligne de la GAZETTE MÉDICALE. On a donc lu, dans le numéro du 24 avril, une note empruntée à L'UNION, qui paraît l'avoir puisée à une source officielle, et où l'on trouve parmi les différents emblèmes de l'uniforme desdits chirurgiens : 1° des boutons d'officiers d'infanterie, *mais avec caducée*; 2° un *caducée* à la plaque du ceinturon. Voilà qui est clair. Dans l'uniforme des officiers de santé militaires, le bouton est timbré en relief d'un faisceau formé de trois baguettes, entouré du serpent d'Épidaure et surmonté du miroir de la Prudence. On ne saurait être plus clairement étiqueté. Trois baguettes au lieu d'une, qui eût pu suffire pour l'allégorie, et deux symboles de prudence! Esculape en personne avait à coup sûr moins l'air médical que nos confrères de l'armée. Mais nous, qui va nous reconnaître? On va nous prendre pour des employés du ministère du commerce ou des facteurs de *Laffitte et Caillard*. Nous sommes, à ce qu'on dit, les prêtres du corps et un peu les prêtres de l'âme. De beaux prêtres qui se présentent devant leurs clients avec le symbole du négoce sur l'épigastre! Comme cela sentira le désintéressement, la charité, l'onction, le respect de la douleur, la compassion! Allons, approchez, infirmes de corps, infirmes de l'esprit ou du cœur, combien payerez-vous pour une opération, combien pour un conseil? Voilà, voilà le marchand! Mes prix sont un peu élevés ; mais je donne du bon. Tenez, je ne veux pas perdre votre pratique : je vous ferai l'escompte ; 5 p. 0/0 ; ce n'est pas assez? 10 p. 0/0, 20 p. 0/0! Vous n'êtes pas encore content? Vraiment, la médecine est pour rien ; allons, va pour 30 p. 0/0 ; mais pas un liard de moins ; à ce taux-là, je ne fais pas mes frais.

Nous voudrions bien savoir d'où et comment est venue cette rare invention du caducée médical. Il est vraisemblable qu'elle se lie à celle de la patente. Au fait, patente et commerce doivent aller de compagnie, et les ordonnateurs

car la réaction résultant de la combinaison des deux substances ne doit pas être sans résultat sur l'économie.

Mais au point de vue véritablement pratique, aucun travail jusqu'ici ne nous paraît avoir plus approfondi la matière que celui de M. Bonnet (de Lyon). Cet habile chirurgien a eu surtout en vue d'étudier deux choses : 1° la valeur de la médication iodée par la voie endermique ; 2° les moyens de préciser les doses absorbées et de mesurer leur action sur l'économie. C'est de l'empirisme, mais de l'empirisme dans la meilleure acception, c'est-à-dire avec les procédés, l'esprit et les résultats de l'expérience la mieux entendue.

Ainsi M. Bonnet a constaté que l'iode appliqué sur des ulcères ou injecté dans la cavité des abcès et des membranes séreuses est absorbé et se retrouve dans l'urine et la salive : ce qu'il ne faut pas confondre avec la pénétration à travers les canaux déliés des abcès par congestion jusqu'au siége de l'érosion tuberculeuse. La pénétration de l'iode par voie d'absorption endermique est surtout un fait utile à constater comme élément de médication constitutionnelle. Or M. Bonnet s'est en outre assuré que cette absorption et élimination par les urines peut être portée sans inconvénient pour la santé, pendant plusieurs semaines, jusqu'à un gramme par jour. On maintient pendant un mois et demi à deux mois une élimination d'iode par les urines, telle que les réactifs y déterminent, sans évaporation préalable, une teinte bleu foncé. Les surfaces absorbantes peuvent être indistinctement des vésicatoires, des cautères et des moxas.

Par ce procédé, M. Bonnet est parvenu à guérir des ophthalmies scrofuleuses, sans remèdes intérieurs et sans applications locales. Les préparations qui réussissent le mieux sont les vapeurs d'iode et l'iode ioduré mélangé à l'axonge. Du reste nos lecteurs pourront bientôt apprécier les procédés de M. Bonnet dans leurs moindres détails.

Une lacune cependant reste à combler dans les excellentes recherches de M. Bonnet. Puisqu'il a eu souvent l'occasion d'injecter de l'iode dans les abcès, il aurait bien fait de rechercher comment agit localement cette substance, par rapport aux surfaces internes du foyer et par rapport à sa prétendue pénétration jusqu'au siége de l'affection vertébrale dans les abcès par congestion. Car il ne faut pas se méprendre sur la signification de nos remarques critiques à l'endroit du traitement des abcès froids à l'aide des injections iodées. Nous n'avons pas méconnu la possibilité d'une certaine action et d'une action utile de l'iode sur les parois internes du foyer : et à ce titre nous sommes disposé à admettre leur utilité comme moyen de hâter la cicatrisation d'anciens foyers. Mais ce que nous contestons, et ce que nous croyons bien devoir contester toujours, c'est la moindre utilité des injections iodées dans le traitement des véritables abcès par congestion, en tant que propres à guérir la lésion génératrice du pus.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE; par le docteur ADOLPHE GUBLER, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central des hôpitaux, etc. (Mémoire lu à la Société de biologie, le 21 février 1852.)

(Suite. — Voir les nos 17 et 18.)

CAUSES; NATURE.

L'induration plastique du foie, dont nous venons d'établir les caractères, ne nous est apparue dans aucune autre maladie générale que la syphilis congéniale. Depuis que nous l'avons découverte, M. le professeur Trousseau l'a constatée à plusieurs reprises chez les enfants qui succombaient à cette diathèse, et j'ai pu me convaincre, par l'examen des pièces qu'il a eu l'obligeance de me faire remettre, que l'altération restait toujours identique. Plus tard, M. S. Empis, aujourd'hui chef de clinique, alors interne du même service dirigé par M. le docteur Hortelnup, a, d'après mes indications, recherché cette lésion du foie et l'a également retrouvée. Il en a été de même à l'hôpital de Lourcine, pour mon collègue M. Besanzon et son maître M. Cullerier.

De leur côté, M. Depaul, professeur agrégé à la Faculté, et M. le docteur Lebert, m'ont dit en avoir rencontré chacun un exemple bien évident.

Pour ma part, j'en ai vu maintenant 9 cas, et je ne doute pas qu'ils ne se multiplient si les excellents observateurs placés à la tête des services d'enfants veulent bien diriger leurs recherches dans ce sens.

Chez huit de ces enfants, les manifestations extérieures de la syphilis constitutionnelle étaient tellement caractérisées que le diagnostic ne laissait rien à désirer. Il suffira, pour s'en convaincre, de se rappeler les lésions que nous avons énumérées à propos de l'anatomie pathologique, ou de relire les observations particulières; il n'y a pas d'autre diathèse qui les présente toutes réunies. Sans admettre à cet égard la possibilité d'un doute suffisamment justifié, j'aurais désiré cependant que les renseignements sur le compte des parents vinssent corroborer l'opinion qu'on pouvait se faire d'après l'examen des petits malades. Ce critérium nous a généralement fait défaut, excepté pour les deux enfants qui ont succombé à Lourcine, dont les mères portaient elles-mêmes les stigmates indubitables de l'infection syphilitique. C'est du reste une lacune regrettable à un autre point de vue; car il eût été intéressant d'établir la transmission par le père, et de savoir à quelle période de la maladie se trouvait celui des parents qui l'a transmise au moment de la conception, ou bien à quelle époque de la gestation la mère a été infectée, toutes questions pour la solution desquelles la science manque encore d'éléments probatoires. Pour les deux femmes du service de M. Cullerier, la conception et l'infection paraissent avoir été deux faits à peu près contemporains, car toutes deux étaient couvertes d'accidents secondaires tardifs, et particulièrement de syphilides tuberculo-crustacées. Les autres mères que nous avons pu examiner ne portaient aucun signe ac-

---

de l'uniforme sont d'habiles logiciens....... Mais quelle idée! Mercure n'est pas seulement le patron des commerçants : il est encore..... ah! pour le coup, c'est trop fort! Par Cartouche et Mandrin, nous protestons! Messieurs les juges sont là pour dire que nous n'avons jamais comparu à la correctionnelle ni aux assises. L'histoire de la *Pie voleuse* montre assez à quels erreurs est sujette la justice des hommes; mais elle apprend aussi que la vertu est toujours récompensée. Nous demandons vengeance pour la nôtre, qui a été gravement offensée. Nous demandons qu'on ôte le caducée de nos boutons d'uniforme et qu'on le remplace, en signe de réparation, par le portrait de la servante de Palaiseau. Il y a bien encore une autre supposition. Si le caducée n'était qu'une épigramme? car il n'est pas besoin d'avoir dépassé la *quatrième* pour savoir que Mercure avait aussi pour fonction de conduire les âmes au séjour des trépassés :

. . . . hâc animas ille evocat Orco
Pallentes, *alias sub Tartara tristia mittit.*

La plaisanterie serait un peu forte; mais la CHRONIQUE peut-elle se fâcher d'une plaisanterie?

Allons, il est temps de le dire, le feuilleton se moque. Le caducée est seulement de l'invention des littérateurs de l'état-major, qui l'avaient confondu avec le bâton d'Esculape. C'est cet emblème que portent réellement les boutons et le ceinturon.

— Pendant que nous sommes dans les instructions officielles, c'est le moment de rappeler la circulaire ministérielle par laquelle il est enjoint aux doyens des Facultés de droit et de médecine, à MM. les directeurs des Écoles supérieures de pharmacie et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, d'adresser désormais aux parents des élèves, à la fin de chaque semestre de l'année scolaire, un bulletin contenant l'état des inscriptions et des examens subis pendant le cours de ce semestre; des observations particulières sur l'assiduité aux cours, sur la manière dont les examens auront été subis, sur la conduite des élèves à l'intérieur et en dehors de l'École.

Cette mesure contient la semence d'une profonde révolution dans les habitudes du quartier latin. Sans doute on trouverait aisément dans cette sorte d'assimilation des colléges aux écoles de haut enseignement matière à persiflage. La *croix de sagesse*, le *prix de santé*, les *bons points*, les *images*, les *pensum*, la *férule*, l'*habit retourné*, voilà de quoi nourrir la malice. Mais, à ne considérer que le point de vue moral, il est certain que la mesure répond à un besoin réel et d'une nature sérieuse. Les parents, exposés à payer des mémoires fantastiques de papeterie et d'énormes frais de chandelle, seront fort aises de savoir si tout cela porte profit. Beaucoup d'entre eux sont en quête, dans les grandes villes où siégent les Facultés et les Écoles, de quelque refuge paisible, de quelque foyer privilégié, où l'on n'entende (car on ne peut espérer plus) que l'écho lointain des agitations du monde, où le tendre objet de l'amour maternel grandisse sous une douce et indulgente surveillance et touche encore à la famille par des intermédiaires dévoués. Quand on y songe sérieusement, on est vraiment effrayé de voir ainsi lancer sur une mer si féconde en naufrages, *turbantibus æquora ventis*, tant de frêles esquifs sans pilote, sans gouvernail, abandonnés au hasard des vents et à la grâce de Notre-Dame. Et ces esquifs portent les espérances, la fortune, l'âme, la vie d'un père, d'une mère, demeurés sur la rive et livrés aux

cusateur. Un seul enfant à la mamelle, parmi tous ceux dont j'ai parlé, était exempt de manifestations syphilitiques extérieures, et c'est précisément celui qui m'a offert le premier exemple d'induration plastique do foie.

Avant de discuter la valeur de ce fait, je vais en rapporter les principaux détails.

Obs. III.—Potier (Élisabeth), âgée de 25 jours, est apportée par sa grand'mère à l'hôpital Necker (service de M. Trousseau), le 20 avril 1847, et couchée au n° 7 de la salle Sainte-Julie.

Cette enfant, chétive et exiguë, est pourtant venue à terme; mais depuis sa naissance, elle n'a pris pour ainsi dire aucun développement. Elle est aujourd'hui pâle et maigre, sans présenter toutefois ce cachet de décrépitude prématurée qu'impriment à la physionomie des enfants les maladies des voies digestives; elle ne tousse pas; elle n'a pas de dévoiement, mais vomit quelquefois son lait; son appétit est médiocre; on la nourrit au biberon. (Lait, fécule sucrée.)

Huit jours se passent avant que de nouveaux phénomènes viennent réveiller l'attention du médecin; mais dans la journée du 28 avril surgissent des accidents formidables. L'enfant est prise de vomissements réitérés composés de matières glaireuses filantes, striées de brun. Son ventre se ballonne, ses extrémités se refroidissent, le moindre mouvement la fait geindre ou crier.

Le lendemain, le ventre est encore plus tendu; les selles sont nulles, les vomissements ne se reproduisent pas; la température de tout le corps, appréciée par la main, paraît inférieure au degré normal; les extrémités sont un peu cyanosées, les lèvres d'une teinte lilas, les yeux ternes et excavés, le pouls innombrable et très-petit.

La plus légère pression sur le ventre excite de l'agitation dans les membres inferieurs et parfois des plaintes.

Le 30, mêmes symptômes; torpeur profonde préludant à la mort, qui arrive le 1er mai, soixante heures environ après le début des symptômes de péritonite.

Autopsie. — Méninges exsangues; substance grise du cerveau tout à fait décolorée; consistance ordinaire des centres nerveux encéphaliques.

Décoloration presque universelle du tissu pulmonaire, qui s'affaisse partout, excepté dans quelques points situés particulièrement vers les bords des lobes. Là on sent en effet des noyaux denses et pâles au niveau desquels la plèvre conserve à peu près son aspect naturel, et qui, étant incisés, laissent écouler par la pression un liquide trouble dans les uns, complétement transparent et séreux dans les autres.

Au milieu de ces noyaux durs, on remarque un pointillé ecchymotique.

Cœur présentant sous sa membrane séreuse un grand nombre de très-petites sugillations, et contenant dans son intérieur un peu de sérum coloré par les globules, et semblable à de la rinçure de bouteilles. Pas de trace de caillots.

Un peu de sérosité rousse dans la cavité du péricarde et des plèvres.

Abdomen tellement météorisé que ses parois distendues outre mesure et comme demi-transparentes semblent sur le point de se rompre.

L'estomac renferme du lait caillé mêlé de sang noir analogue au marc de café; sa membrane muqueuse, d'un gris blanc, est parsemée de ponctuations brunes constituées par de très-petites extravasations sanguines; elle est d'ailleurs considérablement ramollie, même dans les points qui n'ont pas été macérés par le liquide stomacal.

Rien à noter dans les intestins, si ce n'est la distension excessive par les gaz, l'amincissement consécutif des parois et la pâleur anémique.

Rate presque doublée de volume et d'une consistance au moins égale à celle de l'état normal.

Fausses membranes minces, molles, non adhérentes, recouvrant ce viscère et la face convexe du foie. Pas d'autre signe d'inflammation péritonéale qu'une cuillerée de sérosité rousse dans le petit bassin.

Les reins sont exsangues.

Le foie, très-volumineux, dépasse de trois travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes, et occupe la région épigastrique, ainsi qu'une bonne partie de l'hypocondre gauche. Il offre dans toute son étendue une coloration jaune que je ne puis mieux comparer qu'à celle du cuir de Lottes, et une dureté telle qu'il ne se laisse pénétrer par le doigt qu'avec une extrême difficulté. Quand on presse aussi fort que possible, entre le pouce et l'indicateur, un morceau détaché de son bord tranchant, on ne réussit pas à l'écraser, mais le fragment s'échappe à la manière d'un noyau de cerise et rebondit un peu à la surface de la table; en incisant le foie, on sent qu'il crie sous le scalpel; en un mot, son tissu se rapproche un peu de celui du navet pour la consistance et l'élasticité. La surface des coupes pratiquées dans cet organe reproduit la nuance jaune uniforme constatée à l'extérieur; il est impossible d'y retrouver quelque chose qui rappelle l'apparence de deux substances; seulement, avec de l'attention, on y découvre une multitude de très-petites étoiles composées d'un nombre variable de stries grises extrêmement fines, simples ou ramifiées à la manière des vaisseaux, et s'irradiant d'un point gris central qui semble être la section d'un petit rameau vasculaire délié dont les subdivisions capillaires n'admettent plus de liquide.

L'étude au microscope vient confirmer cette manière de voir. Je reconnais, en effet, à un grossissement de 300 diamètres, outre les éléments ordinaires de la substance hépatique, des cellules qui caractérisent les épanchements plastiques en voie de transformation. M. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a lui-même constaté l'existence de ces éléments fibro-plastiques qui comprimaient les extrémités des vaisseaux biliaires et sanguins, de manière à en oblitérer une grande partie.

Ajoutons qu'il s'échappe des coupes une abondante sérosité lorsqu'on exprime le tissu du foie, et que la vésicule du fiel contient une bile jaune peu colorée.

Telle est l'histoire rapidement tracée du premier cas d'induratioo fibro-plastique du foie qui se soit offert à mon observation.

Faut-il en conclure que la syphilis est ici complétement étrangère à l'affection du foie, laquelle pourrait se développer idiopathiquement? Je ne le pense pas; car s'il est vrai que l'enfant ne révélait la syphilis par aucune de ces marques qui sautent aux yeux, il faut convenir aussi que, l'attention n'ayant pas été éveillée sur ce point, l'examen de la surface du corps a été fait assez légèrement pour qu'on ait méconnu les vestiges d'éruptions antérieures. Or il est bon de savoir que les éruptions dites secondaires se font quelquefois, chez les très-jeunes sujets, par bouffées successives plus ou moins rapprochées: la petite malade de l'observation est un exemple de ce genre, et j'en ai vu plusieurs autres à l'hôpital Necker. Il n'est donc pas invraisemblable que cette rétrocession ait pu avoir lieu spontanément dans ce cas particulier, de manière à éloigner tout soupçon, sans que pour cela la maladie ait suspendu ni même ralenti ses progrès intérieurs.

Au reste, pour expliquer cette contradiction apparente entre l'absence de manifestations extérieures et l'existence d'une affection interne supposée syphilitique, deux hypothèses resteraient encore à proposer. La première consisterait à dire que l'enfant avait parcouru la période secondaire pendant la vie intra-utérine, et qu'à sa naissance il en était arrivé aux altérations profondes. L'opinion de M. le professeur P. Dubois sur la nature syphilitique du pemphigus neo-natorum adoptée aujourd'hui par un grand nombre de médecins, sa manière de voir plus récemment exprimée à l'égard des collections purulentes du thymus et celle d'un de ses meilleurs élèves, M. Depaul, sur la pneumonie congéniale des enfants qui naissent de parents infectés, tout cela autorise suffisamment la supposition que nous venons d'émettre.

---

angoisses de l'incertitude! Les désastres sont sans nombre; on ne s'en émeut pas; l'habitude, la légèreté d'esprit, l'égoïsme y rendent insensibles; qui sait pourtant combien d'existences eussent pu être sauvées avec une direction moins inhabile, avec un peu de secours au moment du danger; combien d'avenirs brillants au lieu de ténèbres, de joie au lieu de tristesse, et, à la place d'un silence inglorieux, combien de noms retentissants! La mesure prise par le ministre de l'instruction publique n'aura pas tant de vertu; non certes, et c'est grand dommage! mais elle apportera au moins quelque remède à un mal funeste. Les parents ne s'endormiront plus aussi aisément dans une fausse sécurité; ils sauront où aura passé le prix des examens; ils verront clair dans une position qui est la leur en fin de compte, et où leur propre nom, leur propre honneur sont engagés avec leur bourse. Ils ne pourront donc qu'être fort reconnaissants envers l'État de la haute tutelle qu'il s'attribue sur leurs enfants. Les enfants seront-ils aussi satisfaits? On en peut douter. L'esprit d'indépendance qui domine à cet âge, une éducation déjà développée, le sentiment d'expansion qu'on éprouve en se dégageant des entraves du collége, tout rend indocile au joug même le plus facile et le plus salutaire. Mais rien ne justifie l'indocilité, et la majorité civile même n'a rien à faire ici. Les enfants confiés aux institutions de haut enseignement doivent compte à leurs parents du nouveau bienfait qu'ils en reçoivent, et le haut enseignement comprend bien son devoir en ne se tenant pas quitte envers les familles, comme envers les élèves, quand il a palpé leur argent.

La pensée morale de la mesure est donc bonne. Si nous avions à l'étudier au point de vue des idées qu'elle suppose en matière d'enseignement, nous y signalerions quelques dispositions que nous ne voulons pas juger isolément, mais dont l'esprit paraît peu compatible avec les tendances accusées dans d'autres actes de l'autorité. Le corps universitaire n'est pas en ce moment, personne ne l'ignore, l'objet d'une prédilection excessive; l'enseignement libre a gagné du terrain depuis quelques années; on a cessé d'exiger, au seuil du baccalauréat ès lettres, le témoignage écrit d'études régulières et suivies. L'examen seul fait foi. Or nous voyons que les doyens et les directeurs ne devront pas seulement instruire les parents du nombre des examens passés, de la manière dont ils auront été subis, mais encore *du degré d'assiduité aux cours.* Cette dernière disposition ferme évidemment la porte à l'enseignement libre. Elle ne le tue pas, mais elle fait peu de cas de son existence. Dès lors, nous demandons comment, la garantie d'études régulières étant supprimée pour le baccalauréat ès lettres, on ne la supprime pas également pour les examens d'anatomie, de pathologie, de matière médicale, etc.? ou bien, si l'on trouve bon de la conserver pour ces examens, comment on ne la rétablit pas pour le baccalauréat ès lettres. Nous ne connaissons, entre ces deux ordres de connaissances, aucune différence qui soit de nature à justifier ce désaccord.

Nous ajouterons encore un mot. Nous aurions tort, quant à présent, d'accuser l'autorité de contradiction. Elle n'a pas achevé de réaliser son plan sur l'enseignement supérieur et secondaire. L'harmonie des vues qu'elle découvre successivement se lira sans doute dans l'ensemble. S'il doit en être ainsi, le rétablissement du certificat d'études pour l'admission aux épreuves du baccalauréat ne peut se faire attendre, si déjà, comme l'ont pensé quelques personnes, il n'est contenu implicitement dans le plan d'études nouvellement décrété.

— Ce plan d'études que nous avons assez malmené dans notre avant-dernier

Mais depuis quelque temps M. Ricord est sur la voie d'un nouvel ordre de faits tendant à démontrer que des individus actuellement atteints d'accidents tertiaires peuvent transmettre directement ceux-ci. On pourrait donc admettre, à la rigueur, qu'en raison de la période avancée où la maladie était parvenue chez le père ou la mère, la syphilis avait sauté par dessus les accidents de surfaces pour frapper d'emblée les organes parenchymateux. Ainsi reparaîtrait la règle là où ne se montrait d'abord qu'une exception embarrassante.

Ajoutons, pour en finir avec ce cas litigieux, que le petit sujet était profondément cachectique et atteignait justement cette période assez restreinte de la vie où se développent les altérations diverses de la syphilis héréditaire.

On sait que c'est dans le cours des deux premiers mois de l'existence que se manifestent les premiers accidents du côté des membranes tégumentaires; quelquefois ils apparaissent dès la seconde semaine, souvent pendant la troisième ou la quatrième, plus rarement au delà du premier mois (1). Eh bien! dans le cas que je discute en ce moment, la mort arriva le trente-cinquième jour après la naissance. Aussi, d'après toutes ces considérations et d'après l'identité bien constatée de la lésion anatomique, je n'hésite pas à rapporter cette induration fibro-plastique du foie, comme les autres, à la cause syphilitique.

Notons en passant, sans vouloir y attacher d'importance, que quatre des cinq sujets, dont les observations servent de base à ce travail, appartenaient au sexe féminin.

Nous avons cru longtemps que l'infiltration fibro-plastique du foie ne pouvait se développer pendant la vie fœtale et qu'elle était le triste apanage des premiers mois de l'existence extra-utérine; du moins n'en avions-nous trouvé aucun vestige chez quelques nouveau-nés issus de parents syphilitiques, et plusieurs de nos anciens collègues à l'hôpital de Lourcine n'avaient pas été plus favorisés que nous. Mais M. Desruelles, ex-interne de la Maison d'accouchements, qui s'occupe avec soin des maladies du fœtus, vient de combler cette lacune en montrant à la Société anatomique un foie de nouveau-né qui présentait cette altération bien caractérisée, à l'œil nu comme au microscope. Plus récemment encore (septembre 1851), lorsque je faisais provisoirement le service de M. Cazenave à l'hôpital Saint-Louis, M. Desruelles a rencontré un second exemple du même genre dont il a bien voulu me rendre témoin, en me priant d'en faire l'examen microscopique. Ce fait important devant faire partie d'un travail étendu que M. Desruelles prépare en ce moment, on trouvera ailleurs les détails qui le concernent; qu'il me suffise de dire que l'altération du foie était exactement semblable à celle de l'observ. 2 de notre mémoire, et que certaines circonstances rendaient très-probable l'existence de la syphilis constitutionnelle chez la mère. J'ajouterai seulement que ce cas était remarquable par l'épaisseur du tissu fibreux qui environnait les vaisseaux du foie, et que les granulations opaques paraissaient devoir leur aspect à une infinité de granules moléculaires dont les éléments propres de l'organe étaient pour ainsi dire saupoudrés.

D'après l'ensemble de nos observations et d'après les remarques qu'elles nous ont suggérées, il nous semble difficile de ne pas admettre l'origine syphilitique de la lésion du foie que nous avons fait connaître. Son caractère essentiel, à savoir la présence d'un plasma fibrineux plus ou moins organisé, rapproche nécessairement cette altération de celles qui constituent le sarcocèle syphilitique ou les tumeurs sous-cutanées connues sous le nom de *gommes*. En un mot, l'induration fibro-plastique du foie est un accident de la période tertiaire.

La coexistence d'éruptions cutanées, appartenant à la catégorie des symptômes secondaires, ne saurait en rien modifier cette proposition; car les autres lésions auxquelles nous comparons celle du foie peuvent offrir la même coïncidence. Dans ce cas, la maladie est arrivée à une phase de transition durant laquelle des accidents précoces de la période tertiaire apparaissent déjà, tandis que ceux de la période précédente résistent encore. Mais alors certaines modifications qui rendent leur forme douteuse et ambiguë, méritent à ces accidents secondaires tardifs la dénomination d'intermédiaires. C'est ce qu'on a pu remarquer chez la plupart de nos petits sujets. Ils portaient, en effet, au pourtour de l'anus et des parties génitales, ces ulcérations superficielles, à base dure, enchâssée dans le derme et le tissu sous-cutané, qui ne sont autre chose que de l'ecthyma compliqué d'un noyau d'infiltration fibro-plastique.

Toutefois nous n'avons rencontré chez ces enfants aucun autre accident tertiaire proprement dit. Le hasard a fait que nous n'avons pas observé chez eux cette déformation du nez en rapport avec la destruction partielle de la cloison des fosses nasales, qui n'est pourtant pas très-rare, même dans la période secondaire de la syphilis congéniale. Comme quelques personnes pourraient être disposées à voir, dans cette dernière circonstance, un motif de rejeter l'existence de périodes distinctes dans l'évolution de la diathèse syphilitique chez les enfants, je me hâte d'ajouter qu'il n'y a dans ce fait aucune infraction à la règle. M. Ricord nous a appris que les déformations du nez se produisaient dans les deux périodes de la syphilis constitutionnelle; mais tandis que d'abord c'est le sommet de la pyramide nasale qui s'affaisse, consécutivement à la destruction du cartilage de la cloison, plus tard l'affaissement porte sur la racine du nez et dépend alors de la nécrose de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Or comme cette apophyse osseuse est elle-même à l'état cartilagineux pendant les deux premiers mois de la vie, on comprend à merveille que, dans le premier âge, les deux espèces de déformations se produisent simultanément dans la période secondaire.

Les tumeurs des os superficiels et des testicules, si fréquentes chez l'adulte, ne se sont jamais offertes à notre observation chez les enfants syphilitiques que nous avons vus en grand nombre dans le service de M. le professeur Trousseau.

D'un autre côté, même en admettant avec nous l'origine spécifique d'un certain nombre de cirrhoses, les altérations hépatiques de même nature paraissent beaucoup plus communes dans le premier âge qu'à une époque plus avancée de la vie. Un pareil contraste peut s'expliquer en faisant intervenir les causes occasionnelles et prédisposantes.

Les violences extérieures, auxquelles on a attribué la prédilection des exostoses pour les os superficiels, sont évidemment moins répétées chez les

(1) Suivant M. Ricord, on peut en observer la première manifestation jusqu'au sixième mois après la naissance; de même que pour la syphilis acquise les accidents secondaires peuvent se faire attendre six mois après l'ulcération primitive. Néanmoins, si je m'en rapporte à ma propre expérience et si je réfléchis à l'évolution plus rapide de la syphilis chez les enfants du premier âge, j'incline à penser que, dans cette première période de la vie, la limite extrême de six mois doit être très-rarement atteinte.

---

numéro trouve pourtant quelques approbateurs parmi les médecins. Pourquoi pas? Il y a des confrères qui l'avaient suivi presque à la lettre avant qu'il ne fût inventé; qui avaient vécu au collége en mauvaise intelligence avec le grec et le latin, et qui, une fois hors des murs, se sont définitivement brouillés, comme dit la servante des Précieuses, *avec ces gens-là*. De beaux vers, qu'est-ce que cela prouve? demandait un mathématicien La question même *prouve* qu'il est bon de répandre l'enseignement littéraire; car il n'est pas à l'éloge de la science qu'une intelligence d'élite puisse être néanmoins faussée, pervertie, abrutie au point d'avoir perdu l'usage et jusqu'à la conscience des meilleurs facultés de l'esprit; de ne pas comprendre ce que l'homme moral peut gagner dans la société des maîtres de la littérature et des grands penseurs; de ne pas se sentir élevé, ennobli, au contact de tout ce qui est grand et beau, de tout ce qui charme l'imagination, échauffe le cœur, agrandit et fortifie l'intelligence. Ah! c'est véritablement un grand malheur, cette dénégation de la nature de l'homme par des hommes remarquables entre tous; une infirmité, une monstruosité d'autant plus déplorable qu'on s'en vante, comme le dromadaire de sa bosse! Rien donc de plus urgent que de l'empêcher de se propager par l'exemple; et pour cela que faut-il? Encore une fois, répandre l'éducation littéraire sur ceux qu'attendent les professions libérales et en exhausser le niveau au lieu de l'abaisser.

Laissez dire les sots; le savoir a son prix;

C'est l'avis d'un sage et nous nous y tenons.

— La fin de la dernière séance de l'Académie de médecine a été troublée par une scène étrange. Un jeune homme appelé pour un tour de lecture monte à la tribune; sa figure pâle et contractée, ses yeux d'une sombre expression, révèlent une forte tension de la fibre nerveuse. Le titre de son travail est ambitieux: De la systématisation des maladies. Dès les premiers mots, il se met à frapper la tribune avec une sorte de fureur, en donnant à sa voix des intonations bizarres, sur un diapason de plus en plus élevé. Tous les assistants se dressent étonnés. M. le secrétaire perpétuel se penche vers le président, et semble l'inviter à intervenir. Avec beaucoup de tact, M. Mélier comprend qu'il ne faut pas heurter une telle nature et qu'on pourrait en la contrariant la porter soudainement à de tristes excès. Quelques douces observations apaisent un peu cette frénésie; la lecture continue, toujours bizarre au fond et bizarrement accentuée. Enfin, elle s'achève; le jeune homme jette son manuscrit au nez du président, on peu s'en faut, et disparaît.

M. Larrey a aussitôt demandé le comité secret pour une motion d'ordre. Il ne nous appartient pas de dire la proposition qui y a été faite dans le but de prévenir de semblables scènes; nous pouvons seulement assurer qu'il n'a été pris aucune disposition particulière et que l'incident n'a pas eu d'autre suite.

A. Dechambre.

— Par décret du prince président, en date du 30 mars, M. Guyon, chirurgien principal de première classe faisant fonction de chirurgien en chef de l'armée de l'Algérie, a été promu au grade de médecin-inspecteur.

enfants au maillot et doivent avoir moins d'action sur eux, tant à cause de la flexibilité de leur squelette qui offre très-peu de résistance, qu'en raison de l'épaisseur relativement plus considérable de leur pannicule graisseux. A ces conditions, on pourrait joindre l'impression moins habituelle du froid, ainsi qu'un état de vascularité plus grande et de circulation plus active dans leur système osseux, disposition avantageuse en vertu de laquelle la substance compacte des os d'enfants au berceau peut être assimilée à la trame spongieuse des os d'adultes qu'on sait à l'abri des exostoses syphilitiques.

Quant au fâcheux privilége dont jouit le foie à l'égard de la syphilis chez les très-jeunes enfants, nous sommes disposé à l'attribuer à la suractivité fonctionnelle de cet organe après la naissance. Cette exaltation nécessitée par la mise en jeu de l'appareil respiratoire, auquel le foie fournit, d'après M. le docteur Cl. Bernard, ses matériaux les plus importants, est pour ainsi dire un premier degré de phlogose et dispose l'organe qui en est le siége aux inflammations proprement dites; comme cela se voit également, dans des conditions analogues, pour les appareils de la vision, de la phonation et pour le cerveau lui-même.

Seulement, dans le cas actuel, l'inflammation modifiée par la diathèse syphilitique revêt des caractères particuliers et détermine une exsudation plastique qu'on ne retrouve pas au même degré dans les phlegmasies ordinaires.

Notre manière de voir se trouve d'ailleurs confirmée par ce qui se passe du côté des organes génitaux. Dans le premier âge, ces organes encore muets jouissent d'une entière immunité; dans l'âge adulte, au contraire, les glandes séminales sont de tous les organes parenchymateux ceux qui paraissent le plus souvent frappés. On pourrait tirer de là cet utile enseignement que tout excès de femme doit être sévèrement interdit à ceux qui sont menacés des accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle.

Voilà ce que nous avions à dire sur l'étiologie de l'altération nouvelle du foie; nous pensons avoir suffisamment justifié notre opinion sur la spécificité de sa nature; voyons maintenant par quels signes elle peut être reconnue.

(La fin prochainement.)

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT COMPARATIF DE LA DYSSENTERIE DU PRINTEMPS, DE L'ÉTÉ ET DE L'AUTOMNE; par M. le docteur AUG. HASPEL.

(Suite. — Voir les numéros 4 et 18.)

DYSSENTERIE DEPUIS DOUZE JOURS; INAPPÉTENCE; DOULEURS TRÈS-VIVES DANS LES MEMBRES; AUGMENTATION DU GRAND NOMBRE DES SELLES SOUS L'INFLUENCE DE LA MÉDICATION; DISPARITION DU SANG; 2 GRAMMES D'IPÉCA RENDIRENT LES SELLES MOINS NOMBREUSES, MAIS LES TRANCHÉES QUI LES ACCOMPAGNAIENT FIRENT AJOUTER LE LAUDANUM A LA MÉDICATION ORDINAIRE; GUÉRISON.

OBS. III. — Le nommé Lemaire, soldat au 6e léger, âgé de 24 ans, d'une constitution délicate, lymphatique, entre à l'hôpital le 20 juillet, atteint de dyssenterie.

Depuis trois ans qu'il habite la province d'Oran, il a été alternativement tourmenté par la fièvre intermittente et la diarrhée.

« Il y a douze jours environ, nous dit-il, que, sans cause connue, je fus pris dans la nuit de violentes coliques, qui furent suivies de selles sanguinolentes peu copieuses, qui devinrent plus fréquentes par la suite, mais presque sans douleur, et me permirent encore de continuer mon service, bien que j'éprouvasse parfois une grande lassitude et des douleurs très-grandes dans les membres; je perdis en même temps l'appétit, et je me vis bientôt forcé de prendre un billet d'hôpital. »

A son entrée, il présentait une langue blanche dans toute son étendue, de l'inappétence, une peau plutôt froide que chaude, des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, un pouls petit et lent, une soif modérée; le ventre était souple et la pression développait une légère douleur dans la région du colon, surtout dans la fosse iliaque gauche. Il n'avait que douze ou quinze selles muqueuses-sanguinolentes contenant quelques pellicules grisâtres, des lamelles minces qui nous semblèrent être des fragments d'épithélium de la membrane muqueuse.

Je le fis mettre dans un bain à son entrée, et le lendemain 21 juillet, il prit une potion avec 2 grammes d'ipéca et 2 grammes de calomel.

Il eut à peine quelques nausées; la médication parut exercer son action sur la partie inférieure du tube digestif, puisque dans la journée il eut plus de vingt selles mélangées de bile, à peine sanguinolentes, mais contenant encore des lamelles.

Il dormit paisiblement une partie de la nuit, mais vers quatre heures du matin, il fut réveillé de nouveau par de fréquentes envies d'aller à la selle et ne rendit chaque fois qu'une très-petite quantité de matières verdâtres presque entièrement dépouillées de sang et de rares pellicules. L'appétit était nul; le pouls, petit, donnait à peine 60 pulsations par minute, et les douleurs des membres étaient toujours très-vives.

Le 22 juillet, on le mit dans un bain, et il prit ensuite 2 grammes d'ipéca.

Il y eut quelques vomissements et des nausées; dès ce moment les selles furent moins fréquentes, cependant elles s'accompagnèrent de tranchées assez vives; elles étaient toujours bilieuses, légèrement rosées, et ne renfermaient plus de fragments lamelleux.

Je prescrivis une potion avec un gramme d'ipéca et un gramme de calomel.

Il éprouva, une partie de la journée, des nausées sans vomissements; la nuit fut plus tranquille; il ne s'est levé que trois fois; les selles sont épaisses, d'un vert noirâtre, et ne paraissent pas contenir de sang. Les douleurs musculaires ont perdu de leur intensité.

Le 24, comme il se plaignait encore de quelques tranchées, je fis prendre 10 gouttes de laudanum dans une potion; les selles devinrent très-rares; le pouls reprit un peu de développement, la peau se réchauffa, les douleurs diminuèrent; l'appétit fut très-lent à se manifester. Cette convalescence ne nous paraissait pas très-franche; en effet, il eut, dix jours après, une rechute de dyssenterie qui, combattue sur-le-champ, céda encore au traitement évacuant.

Lemaire ne quitta l'hôpital que le 27 septembre, pour aller en congé de convalescence.

C'est la deuxième fois que nous avons l'occasion de signaler des débris membraneux dans les selles, mais cette fois ces lamelles, ces pellicules étaient tellement minces qu'elles ne nous paraissaient être autre chose que des fragments de l'épithélium de la membrane muqueuse. Pour nous, elles annoncent l'existence d'ulcérations intestinales, elles en sont pour ainsi dire la traduction extérieure. Aussi chaque fois que nous les avons rencontrées, le traitement a-t-il été, en général, beaucoup plus difficile, plus long, et la convalescence interrompue souvent par des rechutes. Dans ces cas, après la cessation des phénomènes locaux et généraux, lorsqu'ils existaient, presque toujours nous avons vu une diarrhée quelquefois de peu de durée, lorsque les ulcérations étaient peu nombreuses et superficielles, mais d'autres fois chronique, quand celles-ci étaient plus profondes, plus étendues et plus multipliées, mais surtout lorsqu'elle se manifestait chez un homme usé par les fatigues et les maladies, amener fréquemment, à travers tous les degrés du marasme, une mort lente. Cependant la cicatrisation nous a paru, chez certains dyssentériques, se faire rapidement; il est évident que, dans ces cas, les ulcérations étaient peu étendues et peu profondes. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il a été possible de constater dans les selles la présence de ces pellicules, il est important de surveiller longtemps l'alimentation, car il est arrivé fréquemment que, tous les symptômes locaux ayant disparu, le ténesme, les épreintes, les selles sanguinolentes, on voyait des malades reprendre leurs forces, se promener, manger la demie, puis tout à coup, sans cause connue, reparaître, avec une intensité peu commune, les symptômes d'une dyssenterie que l'on croyait complétement éteinte, et l'autopsie montrer, après quelques jours seulement, de nombreuses et larges ulcérations intestinales dont la naissance remontait à une époque bien antérieure à la dernière invasion de la dyssenterie; dans ces circonstances même, nous avons été souvent assez heureux pour remettre les malades de nouveau sur pied, à l'aide de notre traitement légèrement modifié; il n'est donc pas nuisible aux ulcérations. L'observation sixième de la première catégorie en est une preuve.

DYSSENTERIE; SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX; ENGORGEMENT AIGU DU FOIE; TOUS CES ACCIDENTS DISPARAISSENT EN MÊME TEMPS QUE LA MALADIE PRINCIPALE, SOUS L'INFLUENCE DE LA MÉDICATION ÉVACUANTE.

OBS. IV. — Combet, soldat au 6e léger, âgé de 26 ans, vigoureusement constitué, en Afrique depuis quatre ans, entre à l'hôpital le 17 août, atteint de dyssenterie depuis environ quatre jours. Il eut beaucoup de peine à s'y rendre, car il était d'une faiblesse très-grande; sa face était rouge et empreinte de stupeur; à l'angle interne de l'œil, on remarquait sur la conjonctive une teinte ictérique; il se plaignait de céphalalgie, d'insomnie; le pouls était développé et fréquent; la langue, couverte d'un enduit jaunâtre, était sèche, la soif très vive, la peau chaude et moite, l'appétit nul, le ventre sensible à la pression dans le trajet du colon, les selles bilieuses, sanguinolentes, écumeuses paraissant contenir quelques pellicules minces, étaient rendues à chaque instant en petite quantité et avec douleur; il y avait en outre du ténesme, de la chaleur et de la cuisson à l'anus.

Le 18, pour le préparer à la médication, je lui fis administrer 40 grammes de sulfate de soude. Il évacua par le bas plus facilement, mais il fut tourmenté une partie de la journée par des nausées et des vomissements.

Le 19, à la visite, ses réponses sont brèves, il semble chercher les mots; le pouls est toujours fort, mais il a moins de fréquence; la pression développe de la sensibilité sur le trajet du colon; il est facile de s'assurer que le foie dépasse au moins d'un travers de doigt le rebord cartilagineux des côtes; la peau est moite et chaude, la soif toujours vive; il se tourne et se retourne dans son lit; il paraît très-agité. (Potion avec calomel et ipéca, 2 grammes de chaque; lavement émollient.)

Il vomit presque immédiatement la première prise de la potion et conserva plus longtemps le reste. Il fut tourmenté toute la journée par des nausées; les

selles sanguinolentes furent plus copieuses, plus mélangées de bile, mais toujours douloureuses et toujours fréquentes. Elles ne semblaient pas contenir de pellicules.

Il n'y eut rien de changé dans son état, si ce n'est que la nuit fut très-agitée; il eut quelques instants de délire.

Le 20, nouvelle prescription d'une potion avec calomel et ipéca, 2 grammes de chaque.

Il rend encore une partie de la potion; des selles verdâtres moins sanguinolentes, mais alors plus abondantes, plus faciles, moins douloureuses, sont rendues à chaque instant. Le pouls est moins fort; la soif existe toujours; la langue est encore sèche; le malade est agité et ne peut garder la même position. L'hypocondre droit est distendu par le développement anormal du foie.

Le 21, il prit un gramme de calomel et des frictions mercurielles furent pratiquées sur la région hépatique. Les selles, fréquentes dans la journée, diminuèrent de nombre vers le soir; le sang a disparu complétement; elles ne sont constituées entièrement que par de la bile.

Le 22, la physionomie a perdu, en partie, son air de stupeur; le pouls est moins fort, la langue moins sèche, la soif moins vive; on remarque également moins d'agitation et plus de présence d'esprit; toujours dégoût profond pour les aliments; selles nombreuses dépourvues de sang. (Eau de riz gommée; calomel, 1 gramme; bain de siége; frictions mercurielles.)

Continuation du mieux; sommeil moins agité, plus réparateur; le foie tend à reprendre ses limites naturelles; six selles diarrhéiques.

Les jours suivants, les selles prennent de la consistance et diminuent de nombre; en même temps l'état général s'améliore; à la prostration a succédé une sorte de bien-être, un retour des forces; mais les symptômes d'embarras gastrique se continuent encore longtemps et sont combattus par les amers, l'extrait de quinquina et par quelques grammes de rhubarbe; ce n'est guère que seize jours après la cessation de tout traitement qu'un appétit franc se fait sentir.

Il existe dans la province d'Oran, et nous avons eu déjà l'occasion de le constater, peu de dyssenteries en été et en automne, qui ne soient accompagnées de phénomènes morbides du côté de l'organe hépatique. D'après la thèse de M. Bedié, cette coïncidence si commune de ces deux affections ne serait pas seulement propre à la province d'Oran; dans l'oasis de Biskara, il a observé que presque toutes les dyssenteries étaient marquées par des troubles dans les fonctions hépatiques, et sur 40 cas d'individus qui ont succombé à la dyssenterie, il a trouvé 40 abcès hépatiques. Cette relation si intime nous a paru ici tellement frappante, que nous nous sommes demandé bien souvent si ces deux maladies étaient indépendantes et sans rapport de subordination. D'autres médecins, comme nous, avaient aussi été frappés de cette coïncidence, entre autres M. Catteloup; M. Casimir Broussais cite l'opinion de MM. Besseron et Rietschel, médecins de l'hôpital de Mustapha à Alger, qui pensent que la sécrétion biliaire est d'abord dérangée, et que la dyssenterie est consécutive à la lésion du foie. Pour nous, l'engorgement hépatique nous a paru, dans quelques cas, précéder et entretenir la congestion intestinale, produire l'ascite, la diarrhée et la dyssenterie; mais je suis bien loin de soutenir qu'il en soit toujours ainsi, car deux états morbides peuvent bien exister ensemble, parce qu'ils ont une cause identique, et non pas parce que l'un est la cause de l'autre; quoi qu'il en soit, cet enchaînement de causes et d'effets, d'affections primitives et secondaires trouve sa source dans une innervation et une vascularité d'origine commune. On conçoit, en effet, qu'un organe aussi éminemment vasculaire que le foie, dont les fonctions sont liées directement à celles de la circulation abdominale, puisque la veine porte embrasse tous ces organes dans un réseau commun, doit prendre quelque part à la production des hémorrhagies intestinales; si le sang stagne dans le foie, par exemple, il y aura ralentissement dans la circulation de la rate et de tout l'appareil veineux des voies digestives; or nous savons que le gros intestin reçoit le sang de ces mêmes sources. Quoi qu'il en soit, nous ne pourrons nous empêcher de reconnaître entre ces deux maladies bien dissemblables en apparence une très-grande affinité, des points de contact intimes et nombreux, et cette parenté est telle que l'on peut, presque à coup sûr, affirmer que les abcès du foie vont régner épidémiquement, quand la dyssenterie sera elle-même épidémique.

DYSSENTERIE COMPLIQUÉE D'HYPERÉMIE DU FOIE; SYMPTÔMES TYPHOÏDES.

Obs. V. — Le nommé Verry, soldat au 6e léger, âgé de 23 ans, en Afrique depuis sept mois, entre à l'hôpital de Mascara le 2 août.

Il y a environ quatre ou cinq jours qu'il a commencé à éprouver du malaise, une grande lassitude, de l'insomnie et du dégoût prononcé pour toute espèce d'aliment; puis, dans les derniers jours se sont manifestées quelques coliques accompagnées de déjections muqueso-sanguinolentes.

Lorsque nous le vîmes, il présentait les symptômes suivants: bouche pâteuse, amère; conduit jaunâtre recouvrant la langue; pouls plein, mais pas plus fréquent qu'à l'état normal; air de stupeur; teinte ictérique sur la conjonctive; peau moite; selles noires, verdâtres, mêlées de sang et de sérosité sanguinolente; douleur sourde à la pression de l'abdomen, qui est brûlant; quelques coliques se développent à l'occasion de chaque selle.

A son entrée, on lui administra 40 grammes de sulfate de soude.

Le 3 août, les selles ont été plus abondantes, moins bilieuses, plus liquides; elles contiennent toujours du sang; le malade est inquiet, agité; il a eu une hémorrhagie nasale dans la soirée; suffusion ictérique partielle; le foie ne nous paraît pas très-développé.

Une potion avec calomel et ipéca, 2 grammes de chaque, fut suivie de quelques selles verdâtres, sanguinolentes; la nuit fut plus calme.

La même potion fut administrée de nouveau le lendemain, mais une partie fut rendue immédiatement; quelques heures après, des selles abondantes eurent lieu; elles contenaient une très-petite quantité de sang; le pouls est toujours développé, mais sans fréquence. Il est dans un état adynamique typhoïde; la langue est rouge sur ses bords, sèche; le ventre, toujours brûlant, est sensible à la pression dans tous ses points; le foie ne dépasse guère ses limites naturelles; la peau est chaude et moite et la soif est pour ainsi dire nulle. La teinte ictérique se prononce davantage.

Le 5, je lui fis administrer dans la matinée 30 grammes de sulfate de soude, et à la visite du trois heures 1 gramme d'ipéca et 1 gramme de calomel.

Les selles furent abondantes, mélangées de bile et de sérosité sanguinolente; la nuit plus calme.

Le 6 août, la face a pris une expression plus naturelle, la langue est moins sèche, les selles plus rares, plus consistantes; on n'y découvre plus de traces de sang, et elles sont à peine bilieuses. La température du ventre n'est pas sensiblement plus élevée; il n'est plus douloureux.

Les jours suivants le mieux se continue, et le malade, sous l'influence d'une alimentation graduée et d'un traitement tonique, revient peu à peu, mais bien lentement, à une santé parfaite, sans qu'aucun phénomène critique fût observé.

Dans cette saison tous les individus semblent porter en eux une disposition particulière à être atteints de symptômes typhoïdes, lorsqu'ils sont surpris par la dyssenterie ou les fièvres intermittentes et rémittentes; mais ces phénomènes accessoires, cet air de stupeur, ces inquiétudes, cette chaleur du ventre, etc., disparaissent bientôt en même temps que la maladie principale, sous l'influence du traitement évacuant; il faut aussi se méfier de cette plénitude du pouls, de cette fausse pléthore qu'on voit se manifester dans la saison des chaleurs et qui semble inviter à répandre du sang; si vous cédez à cette perfide indication, vous voyez votre malade tomber dans un état adynamique, sans aucun amendement de la dyssenterie, ou bien si les émissions sanguines produisent quelque soulagement, ce n'est qu'un soulagement momentané, suivi bientôt d'une aggravation sensible de tous les symptômes.

La convalescence de ces dyssenteries caractérisée par une faiblesse extraordinaire exige l'association d'une alimentation solide et pourtant parfaitement assimilable, avec l'administration des toniques. La rhubarbe, employée de temps à autre, opère à double fin: elle entretient le ventre libre et facilite l'exercice de la digestion.

DYSSENTERIE DÉVELOPPÉE PENDANT UN VOYAGE DE TROIS JOURS PAR UNE PLUIE BATTANTE; DEUX GRAMMES DE CALOMEL; AGGRAVATION DES PHÉNOMÈNES MORBIDES; NOUVELLE DOSE DE CALOMEL; PERSISTANCE DES SYMPTÔMES GRAVES; DÉBRIS DE MUQUEUSE RENDUS AVEC LES SELLES; DOULEUR FIXE ET PÉNIBLE DANS LA RÉGION HÉPATIQUE; VOMISSEMENTS ET SELLES NOIRATRES; MORT. — NÉCROPSIE: VIVE INJECTION DE L'INTESTIN GRÊLE; DESTRUCTION PRESQUE COMPLÈTE DE LA MUQUEUSE DU GROS INTESTIN; FOYERS PURULENTS DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-MUQUEUX; FOIE GRANULÉ ET FRIABLE.

Obs. VI. — Lapène, soldat au bataillon d'Afrique, entre à l'hôpital le 15 février 1847. C'est un homme fort dont la santé a été cependant altérée dans ces derniers temps par de nombreuses récidives de fièvre intermittente.

Pendant un voyage de trois jours d'Oran à Mascara, par une pluie continue, Lapène est saisi de vives coliques, suivies de selles sanguinolentes et de soif. Aujourd'hui le pouls est actif, fréquent, la langue chargée; il se plaint de douleurs dans l'hypocondre et dans le trajet du colon; les déjections alvines qu'il a rendues depuis quelques heures sont constituées par un mucus épais, adhérent au vase et intimement combiné avec du sang. (Diète, eau de riz gommée, 2 gr. de calomel.)

Dans la journée, le facies s'altéra, les forces se perdirent, les tranchées devinrent plus vives; il y eut aggravation manifeste des symptômes, persistance de la soif et de l'inappétence, anxiété, pressentiments sinistres; les selles offrent le même caractère et exhalent une odeur infecte; dès lors j'augurai mal de la maladie.

Le 20, même état du malade, deuxième dose de calomel avec addition d'un gramme d'ipéca. Il y eut quelques vomissements; les selles sont plus abondantes, verdâtres, fétides et mélangées de sang; leur fréquence empêche le malade de goûter un seul instant de repos. La douleur à l'hypocondre persiste, ainsi que la soif. L'émission des urines est rare et douloureuse. Le pouls est petit et fréquent. Sommeil agité. (Potion avec 2 gr. d'ipéca; un quart de lavement amylacé et opiacé.)

Le 22, les vomissements ont été plus abondants que la veille. La langue est toujours chargée. Le malade se plaint d'une chaleur ardente dans tout l'abdomen, pourtant le ventre est moins tendu, moins douloureux; insomnie, anxiété, crainte de la mort. Les selles composées d'un mucus visqueux, mélangé à une grande quantité de sang veineux, tenaient en suspension des débris de membrane muqueuse. (Potion opiacée; un quart de lavement opiacé.)

Le 23, nous le trouvâmes sur la chaise percée où il avait passé une partie de la nuit, ne pouvant se servir du bassin. Son visage avait pris une vilaine couleur violacée. Le pouls est toujours fréquent, mais il est actuellement petit et misérable. Le malade se plaint d'une douleur fixe et fort pénible dans la région hépatique; les selles nombreuses sont devenues infectes. (Diète, riz gommé, sangsues *loco dolenti*.)

Le 24, la face est grippée, la langue rouge; il est agité par un hoquet incessant. Il a eu du délire toute la nuit; ses selles, d'un aspect séro-sanguinolent, répandent une odeur infecte, cadavéreuse; l'abdomen est affaissé sur lui même et n'est plus douloureux même à la pression. Il est plongé dans un état adynamique. (Fomentations émollientes, pilules d'opium, un quart de lavement amylacé et opiacé.)

Le 25, décubitus sur le dos, prostration, même état d'ailleurs que la veille. Il demande avec instance du vin et des aliments.

Le 26, pouls petit, fréquent; abdomen indolent, délire vague, hoquet, déjections de matières noirâtres, infectes, ressemblant à du sang corrompu; respiration laborieuse, anxiété extrême; il se plaint d'avoir un grand besoin d'uriner et de ne pouvoir le satisfaire. J'obtins la sortie d'une petite quantité d'urine par le moyen de la sonde. (Fomentations émollientes, une pilule d'opium.)

Le 27, le pouls est irrégulier; le malade a eu des vomissements de matières noirâtres, semblables à celles expulsées par les selles. Sur le soir, le pouls ne se sent plus; les extrémités se refroidissent, et en voulant se faire transporter sur un autre lit, il expire.

NÉCROPSIE. — Légère injection dans le grand cul-de-sac de l'estomac qui contient une matière noirâtre, tout à fait semblable à celle qui a été vomie dans les derniers jours de la vie. La partie inférieure de l'intestin grêle est le siége d'une injection dont l'intensité augmente à mesure qu'on approche du gros intestin.

De graves désordres se remarquent dans le gros intestin; l'aspect général de sa surface intérieure est noirâtre; la muqueuse est presque entièrement détruite dans ses deux tiers inférieurs; dans les rares endroits où elle existe encore, elle paraît sous forme de débris irréguliers, déchirés, saillants, vivement injectés ou gris noirâtres. Le tissu cellulaire sous-séreux offre une épaisseur considérable. Enfin on trouve çà et là de petits foyers purulents formés dans le tissu cellulaire sous-muqueux et qui soulèvent des lambeaux de la membrane muqueuse encore intacte.

Le foie est évidemment ramolli; ses granulations sont grosses et distinctes; la vésicule biliaire est remplie d'une bile noire, visqueuse, épaisse.

Parce que, dans l'observation qu'on vient de lire, le traitement n'a pu atteindre la hauteur des accidents, on manquera pas de dire dès lors que le traitement a aggravé cette dyssenterie. Quels que soient les moyens qu'il emploie, les antiphlogistiques aussi bien que les autres, le praticien ne peut pas toujours se flatter de s'opposer à la marche rapide et funeste de ces dyssenteries qui couvent quelquefois sourdement dans les organes et se développent ensuite avec une promptitude et une violence qui laissent à peine le temps d'employer les remèdes convenables.

Au retour des colonnes expéditionnaires, les dyssentériques nous étaient souvent envoyés brisés de fatigue, épuisés par les fièvres, sans énergie morale; beaucoup d'entre eux, atteints depuis quelque temps, ne pouvaient plus réagir contre les causes morbides qui les avaient frappés sans relâche; aussi les moyens thérapeutiques devenaient-ils impuissants dans ces cas, et des affections d'une longueur interminable, des convalescences pénibles, de fréquentes rechutes, une grande quantité d'hydropisies consécutives et de cachexies en étaient les déplorables résultats.

DE LA DYSSENTERIE PENDANT L'HIVER.

Rarement de nouveaux cas de dyssenterie se développent dans cette saison; mais les hommes qui en avaient été atteints en été et en automne, débilités par la maladie, les travaux incessants et le séjour dans les lieux insalubres où s'était développée leur affection, étaient fort sujets à des récidives; mais aussi ces maladies avaient perdu le feu de leur période initiale, et lorsqu'on n'avait pas dès le principe employé les remèdes efficaces les malades tombaient dans une diarrhée habituelle et très-rebelle, qui se terminait dans une sorte de langueur chronique ou par un état scorbutique; la bouche sèche, terreuse, était couverte d'ecchymoses violettes, livides; les gencives boursouflées et saignantes; les selles entièrement composées de sang veineux, noirâtre, fétide; la fièvre se déclarait; mais bien plus souvent ils s'éteignaient sans fièvre affaiblis par des excrétions démesurées et ne pouvant, faute d'assimilation, réparer leurs forces languissantes, épuisées. Ici plus de ces déjections alvines, bilieuses, sanguines et douloureuses comme en automne; plus de ces sueurs copieuses dans lesquelles se résolvaient, dans quelques cas, ces dyssenteries : elles sont chroniques dès le début. Quant à leurs caractères, elles se présentent avec un tel défaut de réaction que, dès les premiers jours, le pouls est petit, sans résistance; la chaleur de la peau à peine élevée; la fièvre nulle. Les déjections, quoique moins pénibles et moins fréquentes que dans la période aiguë épuisent bien davantage par leur persistance. Cette impuissance, ce défaut de réaction ne fait que s'accroître avec les progrès du mal. La figure devient pâle, d'un jaune sale; les membres et le tronc se couvrent d'une épaisse crasse difficile à enlever; toute la peau est sèche et rugueuse; le soir elle prend un peu de chaleur et le pouls un peu de fréquence, quoique faible et facile à déprimer. Les pieds et quelquefois toutes les extrémités inférieures sont œdématiées, et ces malheureux, ballottés dans des alternatives de pis et de mieux, finissent par succomber dans un marasme effrayant, après trois, quatre, cinq mois et plus de souffrances, épuisés par des évacuations excessives et la longueur du mal. La mort survient souvent à la suite d'une indigestion; car les malades sont tourmentés par un appétit vorace, et font des écarts de régime, s'ils ne sont surveillés.

Ce qu'il y a de plus affligeant dans cette maladie, c'est que les malades conservent toute leur raison et qu'ils mesurent chaque jour douloureusement les degrés de leur dépérissement.

C'est dans ces circonstances éminemment asthéniques que les émissions sanguines deviennent meurtrières et que l'expérience a sanctionné dans un grand nombre de cas l'emploi des méthodes stimulantes et toniques, tels que les amers et l'extrait de quinquina, la petite centaurée, l'infusion de sureau et de camomille.

Tels sont les caractères principaux qui, d'après une observation clinique attentive, ont paru se rassembler le plus souvent pour former des divisions et constituer par leur réunion des formes particulières de l'épidémie.

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION SUR UNE RÉTENTION DES RÈGLES, DUE A L'IMPERFORATION DE LA MEMBRANE HYMEN; **communiquée par le docteur DE CASTELLA, médecin chirurgien de l'hôpital Poustalès de Neufchâtel (Suisse).**

OBS. — Suzanne-Françoise Jacot de Gorgier, demeurant au Bar, canton de Neufchâtel, âgée de 19 ans, d'une forte constitution, ayant la poitrine bien développée, n'a jamais eu ses règles.

Depuis l'âge de 16 ans, elle a ressenti, tous les mois, des douleurs dans les lombes, dans le ventre et les cuisses, accompagnées de frissons qui se passaient au bout de vingt-quatre heures.

Depuis cette époque, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, sans que sa santé en souffrît. Dans son village, on la soupçonnait d'être grosse.

Au mois de septembre 1850, le volume de son ventre était devenu considérable, le cours des urines et des évacuations alvines était gêné. Une pesanteur dans les reins et des douleurs dans le bas-ventre la forcèrent de consulter un médecin.

Celui-ci, le docteur M..., jeune praticien très-instruit, suivit la malade pendant une quinzaine de jours, et me l'adressant le 2 octobre, il m'écrivit ce qui suit :

« En examinant la fille Jacot, je sentis dans la région sus-pubienne une tumeur oblongue, je pensai que c'était la vessie qui était distendue par les urines. En appliquant la sonde, je trouvai, à mon grand étonnement, une grosseur dans le vagin, fluctuante et se laissant facilement réduire. J'obtins un peu d'urine au moyen du cathétérisme, mais pas de diminution dans le volume des deux tumeurs.

» Je dois signaler que la jeune Jacot, qui a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais eu ses règles.

» J'ai suivi attentivement la malade en question depuis quinze jours, et je dois avouer qu'il m'a été impossible jusqu'à aujourd'hui d'asseoir un diagnostic positif. Veuillez donc, très-cher confrère, me faire le plaisir d'examiner la malade, et de me communiquer vos réflexions, tant pour le diagnostic que pour le traitement. »

Voilà l'embarras d'un jeune médecin instruit pour un cas tout simple, mais pourtant rare. Voici maintenant l'examen que je fis moi-même, et qui ne me laissa aucun doute sur la nature du mal.

La bonne constitution et l'état général de la santé de la jeune Jacot ne laissaient rien à désirer. En palpant son ventre, on sentait au-dessus du pubis une tumeur arrondie, rendant un son mat à la percussion, qui s'étendait jusqu'à la région ombilicale : l'orifice du vagin était fermé par une membrane rouge et dense. En pressant sur la tumeur du bas-ventre, on faisait saillir cette membrane, et derrière elle on sentait une fluctuation bien évidente : à son tiers antérieur, on voyait *une dépression arrondie formant comme un godet* et indiquant l'orifice naturel du vagin chez une vierge; les petites lèvres bien conformées surmontaient la tumeur qui faisait saillie entre les grandes lèvres. Une sonde introduite dans la vessie n'amena que quelques gouttes d'urine; le doigt introduit dans le rectum rencontra une tumeur arrondie dépressible et faisant sentir une fluctuation correspondante à la tumeur sus-pubienne.

D'après cet examen, il était évident que l'hymen était imperforé et que le sang des règles retenu devait être évacué par l'incision de cette membrane.

Je renvoyai la malade à son médecin en lui faisant part de mon opinion, et j'ajoutai qu'une ponction exploratrice assurerait encore notre diagnostic.

La malade revint demander l'entrée de l'hôpital Pourtalès le 4 octobre. Elle

me remit une lettre de son médecin qui conservait encore des doutes sur la tumeur du vagin.

Le 5, nous fîmes sur le centre de la tumeur du vagin une ponction exploratrice, avec un petit trocart, qui donna issue à du sang brunâtre, poisseux. Après cette ponction, nous incisâmes la membrane hymen de haut en bas : cette incision, longue d'un pouce et demi, donna issue à 17 onces et demie de sang brunâtre, poisseux, coulant en nappe comme une gelée à demi-liquide, mais sans odeur quelconque.

Après cette évacuation, la tumeur du bas-ventre disparut presque en totalité ; le doigt, porté dans le vagin dilaté, pénétra dans la matrice, dont le col était largement dilaté et aminci ; cette dilatation avait le diamètre d'une pièce de cinq francs, et le bourrelet qui l'entourait était très-rapproché du vagin.

Des fomentations émollientes, maintenus par un bandage de corps médiocrement serré, furent appliquées sur l'abdomen.

Le 6, un suintement sanguinolent avait eu lieu depuis l'incision ; le doigt, introduit dans le vagin, fit reconnaître le col de la matrice revenu sur lui-même et plus élevé. Des injections chlorurées furent prescrites. Aucun signe d'irritation ne s'était manifesté.

Le 8, l'ouverture du vagin s'étant beaucoup rétrécie, nous fîmes une incision cruciale sur l'hymen, incision que nous aurions dû faire de prime abord ; le doigt pénétra alors librement dans le vagin ; le col de la matrice était revenu à peu près à son état normal. Il n'y avait plus aucun suintement sanguinolent, et les évacuations alvines, ainsi que les urines, étaient libres. Pour empêcher un nouveau rétrécissement de l'orifice du vagin, nous y introduisîmes un tampon de charpie que la malade pouvait renouveler.

Le 17 octobre, la fille Jacot quitta l'hôpital bien portante. Huit jours plus tard, ses règles ont paru et coulé librement pendant trois jours. Dès lors, elles sont revenues régulièrement tous les mois.

Cette observation nous offre quelques remarques à faire.

L'imperforation de l'hymen est un fait assez rare, puisque depuis 1833 la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS n'en a publié que cinq observations.

Le sang évacué est resté constamment le même : brun foncé, épais, coulant en nappe et sans odeur, malgré qu'il ait longtemps séjourné dans le voisinage du rectum. Son évacuation totale n'a été suivie d'aucun accident et la matrice est revenue promptement sur elle-même. Des pressions sur l'abdomen auraient été inutiles pour aider le dégorgement de cet organe. Ces pressions sont dangereuses, comme le prouve l'observation publiée par le docteur Lacotelli (GAZETTE MÉDICALE, 1848, p. 106) où sa malade a succombé à un épanchement de sang dans l'abdomen, suite de la déchirure de la trompe de Fallope, par les pressions exercées sur l'abdomen.

L'hymen est-il une duplicature de la muqueuse du vagin, comme le disent la plupart des anatomistes ? ou, comme l'a dit le docteur Virey, n'est-il que la simple modification du *raphé* qui coud ensemble les deux moitiés antérieures du tronc et qui constitue aussi bien le filet de la langue que celui du pénis et du clitoris ? (LETTRE A M. LE PROFESSEUR VELPEAU, GAZETTE MÉDICALE, 1840, p. 400.) Dans cette dernière supposition, nous demanderons à notre honorable confrère le docteur Virey, comment expliquer le godet bien distinct que nous avons remarqué sur l'hymen, à l'endroit où l'on trouve ordinairement, chez les vierges, l'orifice du vagin ? Nous avons supposé que dans ce cas il y a eu un arrêt de développement ou plutôt d'absorption d'une portion de l'hymen, comme cela a lieu chez les individus qui naissent avec l'iris imperforé.

Le diagnostic sera toujours facile dans un cas semblable à celui-ci. La tumeur formée par la matrice au-dessus du pubis, la fluctuation qui correspond entre cette tumeur et celle que l'on voit en écartant les grandes lèvres, l'absence des règles, l'imperforation de l'hymen, la vacuité de la vessie, et, comme signe certain, l'évacuation du sang par une ponction exploratrice, sont des signes auxquels les jeunes praticiens reconnaîtront la maladie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

DE LA SEMENCE DE COLCHIQUE D'AUTOMNE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE ; par le docteur HENRY WILLIAMS.

On emploie beaucoup le colchique d'automne contre la goutte ; on l'a aussi vanté contre le rhumatisme aigu ; mais il est moins employé contre le rhumatisme chronique, bien qu'un peu plus peut-être que ne semble le croire M. Williams. Toujours est-il que c'est à mettre en relief l'utilité du vin de colchique dans le rhumatisme chronique qu'est consacrée la note dont il s'agit.

M. Williams a administré le vin de colchique à trente-cinq rhumatisants, et il exprime le résultat obtenu en termes très-généraux. « J'ai été étonné, dit-il, de la merveilleuse promptitude avec laquelle les douleurs étaient enlevées, avec laquelle le calme et le sommeil revenaient, non moins que de celle avec laquelle le mouvement se rétablissait dans les membres. » Nous aurions préféré à cette vague assertion quelques distinctions sur la forme, le degré, l'ancienneté, le siége du rhumatisme, mis en regard des résultats thérapeutiques. Les quatre ou cinq observations un peu détaillées qui suivent ne sauraient suppléer à cette lacune.

La dose de vin a été généralement de deux ou trois cuillerées à café par jour, dans une infusion aromatique. L'exiguïté de cette dose fait regretter davantage encore de n'avoir pas de base plus solide pour apprécier la valeur de cette médication.

NOTE SUR UNE CAUSE RARE ET PEU CONNUE D'AVORTEMENT ; par M. GODEFROY.

M. Godefroy a été conduit par ses études d'anatomie pathologique à rapporter, beaucoup plus souvent que ne l'ont fait les auteurs, l'avortement à une lésion de l'œuf lui-même. Il signale aujourd'hui particulièrement l'une de ces altérations, *la longueur et l'amincissement* extrêmes du cordon ombilical.

L'observation suivante donnera une idée suffisante de cette modification vraiment remarquable.

OBS. — En mai 1850, dit M. Godefroy, je fus appelé auprès de madame R... (de Rennes), déjà mère de plusieurs enfants. Elle était enceinte d'environ trois mois et perdait depuis la veille. Quelques caillots avaient été rendus avec coliques. Je ne pus me faire représenter ces caillots qui avaient été jetés. Ayant pratiqué le toucher, je trouvai l'orifice du col utérin entr'ouvert, une portion de l'œuf y était engagée, et l'extrémité placentaire d'un cordon, fine comme un fil, pendait à la vulve, ce qui prouvait que le fœtus, rendu en même temps que les caillots, avait été perdu avec eux.

Je pratiquai le tamponnement du vagin, afin de me rendre maître de l'hémorrhagie, et j'administrai le seigle ergoté.

Le lendemain matin, en retirant mon tampon, je trouvai le délivre libre au fond du vagin. Le placenta présentait l'aspect ordinaire de trois mois de grossesse ; mais le cordon, dont il restait 12 centim. de long, n'avait pas 1 millim. d'épaisseur, excepté dans une étendue de 15 millim. à son insertion placentaire, où il avait la grosseur d'une plume d'oie ordinaire. Ce cordon présentait des spirales très-serrées qui le faisait ressembler à un fil retors.

Cette même altération a été observée dans deux autres cas par M. Godefroy, et sur des œufs abortifs expulsés à quatre ou cinq mois de grossesse.

V. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur quelques-unes des maladies des voies respiratoires que l'on observe le plus souvent chez les enfants dans la pratique civile ;* par M. Rilliet. 2° *Remarques et observations sur la compression de la carotide comme moyen thérapeutique dans certaines douleurs du tronc et des membres ;* par M. Turck. 3° *Nouveau procédé pour rétablir le nez enfoncé par perte de substance de la cloison nasale ;* par M. Malgaigne. 4° *Considérations sommaires sur les tranchées utérines, et en particulier sur la névralgie lombo-abdominale, considérée comme cause de cet accident des suites de couches ;* par M. Marotte. 5° *Note sur un nouveau mode de réduction des déviations de la matrice par le réducteur à air ;* par M. Favrot. (La GAZETTE MÉDICALE a déjà fait connaître cet ingénieux procédé de réduction.) 6° *Des fractures de la rotule non consolidées, et de leur traitement par les griffes de M. Malgaigne et les sections sous-cutanées du triceps et des tissus fibreux qui recouvrent les fragments ;* par M. Bonnet. 7° *Sur la dilatation du canal de l'urètre chez l'homme pour aider à l'extraction des petits calculs ;* par M. Pamard.

SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE CHEZ LES ENFANTS ; par le docteur RILLIET (de Genève).

M. Rilliet annonce, sur cette partie de la pathologie de l'enfance, deux mémoires. Le premier, que nous analysons aujourd'hui, est consacré à la trachéo-bronchite ; le second traitera du catarrhe suffocant ou bronchite capillaire des auteurs.

Considérant que, très-probablement, quand l'inflammation a envahi la trachée, les grosses bronches y participent toujours dans une certaine mesure, M. Rilliet ne croit pas devoir décrire, à l'exemple d'autres auteurs, les symptômes de la trachéite simple. Sous le nom de trachéo-bronchite, il

désigne une affection inflammatoire occupant à la fois la trachée et les grosses bronches, mais ayant son foyer principal dans la première. Ainsi considérée, il est très-vrai que la trachéo-bronchite des enfants n'a pas encore été spécialement décrite par les pathologistes. En voici, d'après M. Rilliet, les caractères principaux.

La *forme légère* débute par une toux fréquente, sèche, accompagnée de gêne de la respiration et de fièvre. La toux a souvent lieu par petites quintes, laissant entre elles des intervalles plus ou moins longs. Elle paraît douloureuse. Les enfants font des demi-mouvements de déglutition et contractent la mâchoire, « en cherchant, ajoute l'auteur, à retenir la toux pour éviter la souffrance. » Respiration fréquente, mais inégalement, comme par accès. Au bout de peu de temps, on entend à distance un stertor, tantôt sec et un peu ronflant, tantôt plus humide. Ce caractère de la respiration existe quand elle est accélérée, manque quand elle est ralentie; quelques secousses de toux suffisent pour la faire disparaître. L'application de l'oreille sur la poitrine, soit en avant, soit en arrière, ne fait habituellement percevoir aucun bruit anormal permanent; quelquefois le bruit respiratoire est masqué par le retentissement du ronchus trachéal; d'autres fois, au contraire, on entend bien la respiration, qui est puérile. Pas de matité. Au bout de trois ou quatre jours, il peut arriver que l'on entende un peu de râle muqueux ou sous-crépitant, soit d'un seul côté, soit des deux côtés en arrière. Mais le fait est exceptionnel. Le cri est fréquemment éteint ou voilé, surtout chez les très-jeunes enfants. La fièvre ne manque presque jamais, mais elle est variable, le plus souvent rémittente, quelquefois intermittente. Les paroxysmes durent une ou deux heures et sont suivis de sueurs très-abondantes. Chez d'autres sujets, le mouvement fébrile est beaucoup moins bien dessiné. La fièvre est d'ordinaire d'autant plus intense que les enfants sont plus âgés. Les forces sont conservées dans les intervalles des paroxysmes; l'enfant est gai, suit les objets; le regard est bon; le faciès n'est pas anxieux, ou, s'il le devient, ce n'est que momentanément. Cette affection se termine presque toujours par la guérison; mais elle peut aussi se transformer en bronchite grave ou en pneumonie, et doit être surveillée.

Dans la *forme grave*, la toux est pénible, courte, sèche, accompagnée d'angoisse; la dyspnée est continue, avec menace de suffocation. La fièvre est également continue, avec exacerbations. L'enfant est tantôt agité, tantôt somnolent. Le bruit respiratoire, entendu à distance, a un timbre de sécheresse bien caractérisé; il est *raiche*, sans que le cri présente rien autre d'anormal que la faiblesse, qui est en rapport avec l'état général des forces. A l'auscultation, la respiration pénètre dans le poumon d'une manière incomplète; elle est masquée par le retentissement de la respiration trachéale; ou bien on entend de légers sifflements avec quelques bulles muqueuses, mais rien qui ressemble au râle sous-crépitant de la bronchite capillaire ni à la sibilance générale qui accompagne certains catarrhes suffocants. Si la maladie poursuit sa marche, la suffocation augmente encore, la face est violette, les membres se refroidissent, il y a menace d'asphyxie, ou bien la fièvre redouble, la chaleur est brûlante, le pouls atteint un chiffre extrême.

Les symptômes alarmants sont d'ordinaire de courte durée, de quelques heures à un ou deux jours. Ils cessent assez brusquement. Dans certains cas, il survient soit une bronchite capillaire, soit une pneumonie. Il peut aussi arriver que l'enfant soit emporté par des accidents cérébraux.

On voit que les caractères symptomatologiques de la maladie en question consistent dans la forme *quinteuse* de la toux, l'intermittence de la dyspnée, et l'irrégularité de la fièvre; le tout joint à l'absence des signes stéthoscopiques de la bronchite et de la pneumonie. Dans la forme grave, les accidents sont plus continus, mais offrent des exacerbations passagères, et la gravité des symptômes dans ces moments de crise contraste avec la conservation du murmure vésiculaire et l'absence de matité. Nous croyons ce tableau très-fidèle; nous ajouterons même qu'il se rencontre également, à certaines nuances près, chez l'adulte. Mais nous aurions voulu que l'auteur cherchât à se rendre compte de la forme et de la marche particulière des symptômes dans l'affection qu'il a entrepris de décrire. Cet amour excessif de l'observation pure, qui rend antipathique à toute explication, peut avoir un résultat déplorable; il peut rendre stérile et pour la science et pour la thérapeutique les résultats les plus vrais, les plus précieux, de l'investigation. Chose digne de remarque; c'est souvent en s'attachant trop étroitement aux faits qu'on s'expose à l'exagération, et même, sous un certain point de vue, à l'inexactitude. Nous ne disons pas qu'il en soit tout à fait ainsi du travail de M. Rilliet; mais voyons pourtant. Les caractères symptomatologiques que nous rappelions tout à l'heure appartiennent bien réellement à la trachéo-bronchite, en ce sens qu'on les observe dans cette affection, qu'on les y observe beaucoup plus fréquemment que dans toute autre maladie de l'arbre respiratoire. Néanmoins, lui appartiennent-ils tout à fait en propre? Non assurément; la trachée pourrait être injectée, sans que la toux fût quinteuse, la dyspnée intermittente, la fièvre inégale, les forces abattues seulement pendant les paroxysmes et relevées dans les moments de calme. Par contre, ces symptômes peuvent se présenter et se présentent en effet, nous pouvons en donner l'assurance formelle, dans des cas où la trachée n'est pas malade. Comment ne vient-il pas à l'esprit d'un observateur, qui voit un enchaînement de symptômes aussi spécial caractériser ordinairement la trachéite, de se demander ce qui peut ainsi modifier l'expression habituelle des affections respiratoires? Quel profit la science peut-elle tirer de ce résultat brut que la phlegmasie trachéale amène des accidents paroxystiques, si elle n'aperçoit aucun lien entre le phénomène initial et le phénomène ultime? Et quel avantage en résultera-t-il pour la thérapeutique, qui ne peut s'attaquer avec succès à de tels accidents, tant qu'elle ne sait pas comment et pourquoi ils sont produits?

Or, un moment d'attention suffit, ce nous semble, pour lever la difficulté. Cette succession inégale et saccadée de phénomènes annonce indubitablement un obstacle au passage de l'air. Cet obstacle peut provenir ou d'un rétrécissement spasmodique du conduit respiratoire, ou d'une obstruction de ce conduit par des mucosités. Un spasme, il n'est guère possible de le supposer; l'auteur prend soin lui-même d'en dire les raisons. Ce sont donc des paquets de mucosités qui viennent de temps à autre obstruer le larynx. Et toute la symptomatologie décrite par M. Rilliet est d'accord avec cette vue. *Quand la dyspnée devient plus intense, les enfants exécutent des mouvements de déglutition.* N'est-ce pas ce qui doit arriver quand les mucosités arrivent au passage de la glotte? — *Quelques secousses de toux suffisent souvent pour faire disparaître les râles trachéaux.* C'est qu'elles déplacent les mucosités. — *Les enfants recouvrent leur gaieté, quand les accès sont passés.* Rien de plus naturel, puisqu'ils viennent de se débarrasser par la déglutition des matières visqueuses engorgées dans le larynx, ou que ces matières, déplacées par la toux et les larges inspirations qui l'accompagnent, sont retombées dans la trachée.

On conçoit très-bien qu'une telle forme symptomatologique appartienne plus particulièrement à une affection catarrhale du tronc même de l'arbre respiratoire. L'obstruction qui en résulte équivaut à une obstruction de toutes les bronches capillaires. Comment s'étonner dès lors qu'il en résulte des accidents graves? Mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, il n'y a rien là de positivement inhérent à la trachéite. Les accidents dépendent, non de la rougeur ou du gonflement de la muqueuse trachéale, mais des liquides visqueux dont elle est encombrée, et c'est pour cela que le tableau tracé par M. Rilliet peut très-bien manquer dans la phlegmasie la plus franche de la trachée, et qu'il peut se rencontrer encore toutes les fois qu'*une partie quelconque* du conduit respiratoire verse dans la trachée des flots de mucosités. Une quantité de mucus étant donnée, les accès de toux ou de dyspnée seront plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, suivant que le liquide sera plus visqueux ou plus ténu et franchira plus ou moins facilement le larynx, suivant que la muqueuse sera plus ou moins enflammée, suivant que la glotte sera plus ou moins irritable, etc.

C'en est assez pour montrer combien la question est loin d'être présentée dans toute son étendue et sa vraie signification, quand on s'obstine à se renfermer dans l'observation empirique. On devine aussi dans quelles ténèbres doit être plongée la thérapeutique qui peut en sortir. Assurément M. Rilliet est un homme très-expérimenté; mais quand nous le voyons, après sa description symptomatologique, recommander, avec raison, le kermès et l'ipécacuanha, nous sommes tenté néanmoins de lui demander à quel titre.

REMARQUES ET OBSERVATIONS SUR LA COMPRESSION DE LA CAROTIDE COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE DANS CERTAINES DOULEURS DU TRONC ET DES MEMBRES; par le docteur TURCK.

Les huit observations rapportées brièvement, un peu trop brièvement, par M. Turck, tendent à établir ce fait que la compression de la carotide, jusque-là employée seulement contre les affections convulsives, les congestions ou inflammations encéphaliques, les névralgies faciales, est susceptible de faire cesser très-rapidement, presque instantanément, certaines douleurs ou autres affections nerveuses du tronc et des membres. Les expériences de l'auteur remontent à treize années. Il avait sous sa direction, aux eaux de Plombières, un notaire qui avait inutilement fait usage de beaucoup d'autres eaux thermales en France et à l'étranger, pour se guérir de coliques souvent très-douloureuses et qui n'étaient pas suivies de diarrhée. Ce malade avait alors plus de 40 ans; il était robuste, d'un tempérament sanguin et jouissait, aux coliques près, d'une excellente santé. Il ne savait à quelles circonstances rattacher l'origine de ses souffrances. On préconisait à cette époque la compression carotidienne dans certaines affections de la tête. M. Turck se demanda si la modification apportée par ce moyen dans le centre encéphalique ne serait pas de nature à calmer des douleurs abdominales présumées nerveuses. C'est ce qui arriva en effet. Une

compression *de quelques minutes* procurait souvent une journée entière de bien-être. De retour chez lui, le malade fit faire, d'après l'avis de M. Scoutetten, un petit bandage en demi-cercle, prenant un de ses points d'appui sur la nuque et l'autre à la partie supérieure de la carotide. Il se sert encore aujourd'hui de ce bandage dont il retire toujours le même bénéfice.

La prévision de l'auteur s'était donc réalisée quant au fait; mais en même temps la réflexion le porta à modifier la vue théorique qui l'avait guidé d'abord et à rapporter le soulagement obtenu à la compression des nerfs vagues et trisplanchniques que recouvre la carotide. Le résultat général des expériences ultérieures qu'il publie, à ce qu'il paraît, très-nombreuses, est énoncé ainsi : « *Dix fois au moins sur cent*, on observe un soulagement très-marqué, la disparition instantané et habituellement complète de la douleur pour un temps plus ou moins long. » Dans ces expériences, la compression a été exercée tantôt sur une seule carotide, tantôt sur les deux, en prenant soin de ne pas gêner la circulation dans la veine jugulaire interne.

Les observations rapportées dans le mémoire, outre celle que nous avons résumée tout à l'heure, étaient relatives à : 1° une toux violente avec hémoptysie et douleurs vives au sommet du poumon droit; 2° une gastralgie intense; 3° *des douleurs dans le flanc droit, suite d'une indigestion de fruits verts*; 4° des douleurs très-vives dans l'épaule et le bras droits, liées à la présence d'une tumeur du sein; 5° des douleurs dans la hanche gauche et le sciatique du même côté; 6° des douleurs rhumatismales dans différentes régions du ventre et souvent aussi dans les membres pelviens; 7° des douleurs lombaires survenues à la suite d'un refroidissement.

Ce travail laisse fort à désirer et quant aux faits et quant à la théorie.

Nous le répétons, les observations racontées en quelques mots ne peuvent être comptées comme pièces de conviction. Dire, par exemple, qu'une douleur existait dans le flanc droit à la suite d'une indigestion de fruits verts et qu'elle a cédé à la compression carotidienne, n'est vraiment pas satisfaire aux exigences d'une démonstration. Une des observations surtout (la deuxième) invite le lecteur à se tenir sur la réserve ; elle concerne, à n'en pas douter, un cas de phthisie tuberculeuse. La jeune fille dont il s'agit avait vu mourir de cette affection son père, sa mère et ses frères; elle avait craché le sang. Le sommet du poumon droit rendait un son mat et faisait entendre des râles dont on ne spécifie pas le caractère, mais probablement humides, puisqu'on ajoute (ce qui est douteux) qu'ils étaient entretenus par l'hémorrhagie. Or M. Turck ne craint pas d'affirmer que, dans ce cas, la compression de la carotide a amené le *rétablissement complet et durable de la santé.*

Quant à la théorie, ce n'eût pas été trop de quelques lignes pour indiquer au moins sur quelles données l'auteur affirme que c'est la compression du nerf vague et des filets cervicaux du trisplanchnique et non celle de la carotide qui amène la cessation des douleurs. Il s'en tient néanmoins à une simple assertion.

CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR LES TRANCHÉES UTÉRINES, ET EN PARTICULIER SUR LA NÉVRALGIE ABDOMINALE, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE CET ACCIDENT DES SUITES DE COUCHES ; par le docteur MARROTTE.

Si l'auteur se borne à des *considérations sommaires*, appuyées seulement sur deux observations, il n'y faut pas voir la marque d'une précipitation inconsidérée. Les circonstances l'ont empêché de poursuivre ses recherches. « Je comptais, dit-il, sur des occasions fréquentes de vérifier les observations que j'avais faites en ville et sur les femmes en couche dont la direction m'était confiée à l'hôpital Sainte-Marguerite, lorsque des mutations de service ont changé ces conditions heureuses et m'ont engagé à laisser à d'autres plus favorablement placés le soin de contrôler et de compléter mon travail. »

La pensée de ce travail, un peu obscurément exprimée dans le titre, est que, dans certains cas, les tranchées utérines qui suivent l'accouchement ne reconnaissent aucune des causes qu'on leur assigne aujourd'hui, telles que l'amas de caillots sanguins, l'engorgement des parois utérines, la présence de matières irritantes dans l'intestin, mais sont liées directement à une irritabilité insolite des fibres musculaires, dépendant elle-même d'un travail long et pénible. « L'utérus, tout endolori de la fatigue extrême qu'il a éprouvée, reste en proie à une sorte de ténesme qu'il est facile de reconnaître à la dureté du globe utérin qui reste érigé au-dessus du pubis et douloureux à la pression. » Il y aurait là *névralgie lombo-abdominale*. Il est possible, ajoute l'auteur, que cet état d'éréthisme soit parfois déterminé sympathiquement par la succion des mamelles; mais cette cause peut également faire défaut.

Nous sommes très-disposé à admettre l'interprétation de M. Marrotte. Depuis l'inertie jusqu'à une sorte d'état convulsif et douloureux, l'utérus peut sans doute parcourir tous les degrés de la puissance contractile; mais nous concevrions qu'on ne se laissât pas convaincre uniquement par les deux observations de M. Marrotte. On y peut noter surtout les trois caractères suivants : 1° limitation des douleurs à un côté du bas-ventre; 2° points douloureux isolés et multiples ; 3° forme paroxystique. Mais, en premier lieu, l'auteur sait comme nous que l'utérus se porte à droite pendant la grossesse, et c'est de ce côté qu'avaient lieu les douleurs après l'accouchement chez ses deux malades, en sorte que cette limitation des souffrances à un seul côté du bassin n'implique en rien une nature névralgique. Cette déviation de l'utérus à droite est d'autant plus prononcée que les grossesses ont été plus nombreuses, et nous voyons que la première femme en était à son quatrième enfant, la seconde à son *huitième*. En second lieu, les douleurs utérines, quelle qu'en soit la cause, engorgement, amas de caillots, cancer, etc., s'accompagnent très-fréquemment de points douloureux circonscrits soit aux lombes soit à l'aine, et il n'y a pas de motifs suffisants d'y voir un signe positif de névralgie. Enfin, chacun sait que les tranchées occasionnées par la formation de caillots dans la cavité utérine procèdent également par accès irréguliers. Les tranchées s'apaisent quand le caillot est expulsé; elles se reproduisent quand un autre caillot s'est formé et a déjà acquis un certain volume. En fait, il en a été ainsi chez les deux malades de M. Marrotte. Il faut remarquer, il est vrai, que l'expulsion du caillot n'a pas amené une amélioration aussi notable ni aussi subite qu'on le croit ordinairement ; mais l'argument n'est-il pas un peu subtil? On peut affirmer tout au moins qu'il n'est pas concluant.

Quoi qu'il en soit, la question nous paraissant digne d'examen, nous donnons, pour les observateurs futurs, les caractères que l'auteur assigne aux tranchées névralgiques de l'utérus, après l'accouchement. Nous transcrivons textuellement. Ce sont :

« 1° La nature des sensations qu'ont accusées les malades : elles avaient conscience des contractions douloureuses de la matrice, et les femmes ne se trompent guère sur la nature et sur le siége des douleurs utérines, qu'elles ne confondent pas avec celles qui occupent d'autres organes;

» 2° La présence du globe utérin énergiquement contracté et douloureux à la pression dans la région hypogastrique, pendant les paroxysmes névralgiques et même en leur absence;

» 3° *L'augmentation de l'écoulement lochial et l'expulsion de quelques caillots à la suite des paroxysmes de douleur.* Il est à remarquer que, dans les deux cas, l'expulsion d'un caillot volumineux n'a pas été suivie d'un calme aussi complet que cela a lieu dans l'état physiologique ; la cessation ou la diminution des douleurs névralgiques a eu, sous ce rapport, une influence bien plus marquée;

» 4° Une relation constante entre la durée, l'intensité, les rémissions et les exacerbations des paroxysmes névralgiques et les conditions correspondantes des tranchées utérines. »

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 MAI 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

EXPÉRIENCES SUR LES AFFECTIONS CHARBONNEUSES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX.

M. RAYER présente de la part de M. BOUTET, médecin vétérinaire à Chartres, et au nom de l'association médicale d'Eure-et-Loire, le résumé d'expériences commencées de concert avec lui, sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces domestiques; étude faite au moyen de l'inoculation, de la transfusion, de la cohabitation, du contact et de l'alimentation avec des débris cadavériques provenant d'animaux charbonneux.

L'auteur déduit des expériences rapportées dans ce mémoire les conclusions générales suivantes :

1° Le *sang de rate* du mouton, la *fièvre charbonneuse* du cheval, la *maladie du sang* de la vache, la *pustule maligne* de l'homme, sont des affections de nature septique qui se communiquent par inoculation.

2° La communication a lieu, pour le *sang de rate*, non-seulement du mouton au mouton, mais encore du mouton au cheval, à la vache et au lapin.

3° La *maladie charbonneuse* du cheval se communique également du cheval au cheval et du cheval au mouton, mais non à la vache. (Il n'y a pas eu pour cette affection d'inoculation faite au lapin.)

4° La *maladie du sang* de la vache se communique aussi de la même manière au mouton, au cheval et au lapin; elle ne se communique pas à la vache elle-même.

5° La *pustule maligne* de l'homme se transmet également, par inoculation, au mouton. L'expérience est toujours restée sans effet quand elle a été pratiquée sur un cheval, une vache ou un lapin.

6° Les hommes affectés de pustule maligne sont impunément inoculés dans leurs parties saines, avec le liquide séreux provenant du pourtour de cette pustule.

7° Avec ce liquide, on ne produit pas plus d'effet quand, au lieu d'un homme, on inocule un mouton, un cheval, une vache ou un lapin.

8° On détermine cependant la mort quand, au lieu d'inoculer ce liquide, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané un ou plusieurs lambeaux de la pustule elle-même.

9° La pustule maligne, ainsi inoculée au mouton, seul animal chez lequel elle a produit de l'effet, se transmet aussi bien du vivant qu'après la mort de l'individu qui a fourni la matière virulente.

10° La même expérience faite une fois seulement pour la maladie du sang de la vache et deux fois pour la fièvre charbonneuse du cheval, n'a pas été suivie du moindre effet sur les trois individus inoculés.

11° Les chiens ne sont aptes à contracter, par inoculation, ni l'une ni l'autre des affections qui précèdent.

12° Les poulets, les canards, les pigeons ne contractent pas non plus le sang de rate du mouton, ni la fièvre charbonneuse du cheval. La maladie de sang de la vache et la pustule maligne de l'homme ne leur ont pas été inoculées.

13° Pour les quatre affections qui précèdent, la mort a lieu chez toutes les espèces animales expérimentées de 16 à 134 heures.

14° Toutes les parties du corps, telles que le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire au pourtour des piqûres d'inoculation, le sang du cœur, des veines, des artères, etc., possèdent également la propriété de tuer par inoculation.

15° Le virus charbonneux ne nous a pas paru perdre de ses propriétés en s'éloignant de la source qui l'a produit, pas plus qu'en vieillissant; il tue tout aussi bien et tout aussi vite au quatrième degré d'inoculation qu'au premier, six jours après la mort que le jour même où a succombé l'animal qui l'a fourni.

16° Les quatre affections qui nous occupent paraissent être des maladies identiques, sous le double rapport des lésions anatomiques et des effets d'inoculation qu'elles produisent.

17° Ces effets permettent de les classer, quant à leur activité et à la rapidité avec laquelle ils se produisent, dans l'ordre que nous indiquons ci-dessous : 1° sang de rate du mouton; 2° maladie de sang de la vache; 3° pustule maligne de l'homme; 4° enfin maladie charbonneuse du cheval.

18° L'animal qui contracte le plus facilement ces affections est le mouton; vient ensuite le lapin, puis le cheval, et enfin la vache qui n'a succombé qu'une seule fois aux inoculations nombreuses que nous avons pratiquées sur elle.

19° Une seule expérience de transfusion de sang charbonneux faite sur un cheval a été suivie de mort.

20° Sur cinq expériences de cohabitation d'animaux bien portants avec des bêtes mortes ou atteintes du charbon, une seulement a occasionné la mort d'un mouton.

21° Trois expériences de contact ont eu lieu; deux ont été suivies de mort.

22° L'alimentation de l'homme et des animaux avec des débris cadavériques provenant de bêtes charbonneuses ne produit jamais le moindre effet malfaisant.

SÉCRÉTION DE LA SALIVE CHEZ LES RUMINANTS.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort, communique des recherches expérimentales sur la sécrétion de la salive chez les ruminants.

Dans un précédent mémoire, l'auteur a exposé à l'Académie les expériences par lesquelles il a essayé de déterminer les caractères et les phénomènes de la salivation chez les solipèdes. Aujourd'hui il soumet à son jugement une nouvelle série de recherches analogues faites sur les animaux ruminants.

Dans ce second travail, M. Colin a étudié le mode d'action de chaque glande en particulier, puis de toutes les glandes réunies, comme il l'a fait pour le cheval. De plus, grâce à un petit canal que la sublinguale offre à sa partie inférieure, il lui a été possible d'isoler la salive de cette glande et de reconnaître les caractères de sa sécrétion.

M. Colin résume ce mémoire par les propositions suivantes :

1° La sécrétion salivaire présente, chez les ruminants, des caractères particuliers qui la rendent tout à fait différente de celle des herbivores solipèdes, bien qu'elle conserve avec cette dernière beaucoup de traits de ressemblance.

2° Les diverses glandes, considérées isolément, ont chacune une activité spéciale bien déterminée qui leur permet de fonctionner jusqu'à un certain point indépendamment les unes des autres.

3° Les parotides sécrètent continuellement, d'une manière inégale, en alternant l'une avec l'autre, soit pendant la première et la seconde mastication, soit pendant l'abstinence. Elles restent généralement insensibles à l'influence des substances sapides mises en contact avec la muqueuse buccale.

4° Les maxillaires sécrètent seulement lors de la première mastication et sous l'influence des excitants. Elles fournissent toutes les deux à peu près la même quantité de salive, quel que soit le sens de la mastication. Bien qu'elles soient, chez le bœuf, par leur poids, égales et quelquefois supérieures aux parotides, elles ne donnent pas même la moitié du produit de ces dernières.

5° Les sublinguales agissent comme les glandes maxillaires, ainsi qu'on peut le démontrer directement par une fistule établie au petit canal inférieur qu'elles possèdent dans les grands ruminants.

6° L'action générale du système salivaire varie notablement suivant les circonstances dans lesquelles se trouvent les animaux. Elle a pour chacune d'elles des caractères spéciaux bien déterminés.

7° Pendant le repas, toutes les glandes sécrètent avec une grande activité; les parotides versent dans la bouche une quantité de salive qui peut s'élever dans un quart d'heure jusqu'à 14 à 1,500 grammes. Celle du côté sur lequel s'opère la mastication donne le double, le triple de celle du côté opposé. Les maxillaires fonctionnent aussi, mais sans alterner l'une avec l'autre. Enfin, les sublinguales sécrètent d'une manière incessante.

8° Lors de la rumination, les parotides ne sécrètent guère moins que pendant la première mastication, bien que les aliments soient déjà imprégnés de salive. Mais tandis qu'elles sont si actives, les maxillaires se reposent, ou du moins ne fournissent que des quantités très-minimes de liquide. Il semble alors que le système salivaire postérieur de M. Duvernoy agisse de concert avec les dents molaires, et que l'antérieur partage l'inaction des incisives.

9° Pendant l'abstinence, les parotides continuent à fonctionner en alternant comme dans les autres circonstances. Leur produit oscille alors en général de 200 à 600 grammes par quart d'heure. Mêlé au liquide que sécrètent en même temps les autres glandes, il constitue un courant de salive sans cesse dirigé vers l'estomac, où il paraît jouer un rôle important relativement à la rumination, puisque, quand il est suspendu, cette fonction devient bientôt impossible.

10° Enfin, lorsque des substances stimulantes sont mises en contact avec la muqueuse buccale, elles mettent en jeu, non-seulement la sécrétion des maxillaires, mais encore celle des sublinguales et des autres glandules, sans influencer sensiblement celle des parotides.

11° Quant aux diverses salives, elles n'ont rien de particulier chez les ruminants, du moins sous le rapport de leurs propriétés physiques. Celle des parotides est constamment aqueuse et sans viscosité, tandis que celle des maxillaires, des sublinguales et de la plupart des glandules est épaisse et filante.

EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Gibbal, ancien chef de clinique médicale à Montpellier, adresse deux cahiers d'observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes, recueillies à la clinique médicale dans le service de M. le professeur Fuster.

L'auteur résume ces observations dans les conclusions suivantes :

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit dans les fièvres tierces plus que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action appréciable sur l'engorgement splénique ni sur l'état général.

4° La tolérance de l'acide arsénieux administré, depuis la dose de 4 milligrammes jusqu'à 9 et même 12 centigrammes par jour, a été complète chez la moitié des malades.

5° Les accidents qu'il a déterminés ont été le plus souvent sans gravité.

6° La tolérance peut avoir lieu sans le secours d'un régime copieux et de fortes rations de vin.

7° L'emploi des éméto-cathartiques a le triple avantage de faciliter la tolérance, de faire cesser les accidents arsenicaux et de contribuer à la guérison de la fièvre.

8° Il est prudent de suspendre l'acide arsénieux dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées ou de la diarrhée.

9° L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions, ou au déclin des paroxysmes.

10° Le mode de préparation le plus simple et le plus sûr consiste en un mélange d'acide arsénieux bien pulvérisé, dans la proportion d'un sur vingt, à prendre dans 60 grammes de véhicule.

11° On peut débuter par 2 centigrammes d'acide arsénieux en deux fois, dans les vingt-quatre heures, et en élever au besoin progressivement la dose jusqu'à 9 centigrammes, en trois ou quatre fois, dans la journée.

12° Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire, suivant la même progression, les doses de l'acide arsénieux.

13° Les préparations de quinquina administrées après l'acide arsénieux semblent agir avec plus de promptitude et plus de sûreté que si on les employait seules.

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

15° Les récidives ne paraissent ni moins promptes ni moins fréquentes après la médication arsenicale qu'après la médication quinique.

16° La médication arsenicale doit être bannie dans le traitement des accès pernicieux.

Ce mémoire est accompagné d'une note complémentaire de M. Brousse, contenant le résultat de recherches faites sur le foie et les urines des sujets atteints de fièvres intermittentes paludéennes. (Nous reviendrons sur cette dernière communication.)

EAUX HÉMOSTATIQUES.

M. Sédillot adresse un mémoire sur les eaux hémostatiques en général et en particulier sur les effets de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome, qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe des liquides qui jouissent de la propriété de coaguler instantanément le sang et de le convertir en un caillot épais, homogène et consistant.

2° L'eau Pagliari, dont on connaît le secret, grâce à la générosité de son inventeur, jouit de cette remarquable propriété, et loin d'exercer aucune action fâcheuse sur les tissus en contact, paraît susceptible de hâter la cicatrisation des plaies.

3° La théorie, l'expérience et les observations cliniques concourent également à démontrer l'efficacité des effets hémostatiques de cette liqueur.

4° Le rôle de la compression dans l'application des liquides hémostatiques est de permettre la coagulation du sang et les adhérences du caillot a l'embouchure des vaisseaux blessés.

5° Dans tous les cas où l'on ne peut recourir sans de grands inconvénients à la ligature et dans ceux où l'altération du sang en empêche la coagulation et rend dangereuses les hémorrhagies, l'eau hémostatique pourra être employée avec beaucoup d'avantages. (Nous publierons ce travail textuellement.)

NOUVELLE ESPÈCE DE CALCULS VÉSICAUX FORMÉS DE CARBONATE DE CHAUX.

M. le docteur GUILLON adresse la lettre suivante: « J'ai l'honneur de vous adresser du détritus d'une espèce de calcul vésical qui, je crois, n'avait point encore été trouvée chez l'homme. Le malade, M. de P..., de Lisbonne, avait deux pierres, l'une du volume d'un œuf de poule (7 centimètres de diamètre), et l'autre du volume d'une noix. Je l'en ai débarrassé en trois séances de quelques minutes, à l'aide de mon brise-pierre pulvérisateur, pour l'invention duquel l'Académie des sciences a bien voulu me décerner des encouragements en 1847 et en 1850; et deux de ces séances ont été faites en présence de M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital de Vichy.

» Jusqu'à ce jour, on n'est point d'accord sur le régime prophylactique des calculeux; et comme je désirerais, par un traitement convenable, prévenir la formation de nouveaux calculs chez M. de P..., je viens, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, vous prier de provoquer la formation d'une commission qui voudrait bien s'occuper de la prophylaxie de la pierre.

» Le détritus lithique, joint à cette lettre, pourrait être remis à MM. les commissaires, pour en faire l'analyse, et j'aurais l'honneur de leur présenter mon opéré portugais avant qu'il ne quitte Paris.

» Ce détritus, analysé par M. Mialhe, renferme une très-grande quantité de carbonate de chaux. »

M. de P... était venu réclamer mes soins pour des rétrécissements urétraux, durs, anciens, que plusieurs confrères n'avaient pu franchir. Lorsque l'urètre a été rendu complétement libre, par l'emploi de ma méthode pour la guérison radicale de cette espèce de coarctation, j'ai pulvérisé les calculs dont il s'agit, et ils ont été entraînés au dehors par l'urine. (Commission : MM. Roux, Civiale, Lallemand, Dumas et Pelouze.)

EXPLORATEUR DE LA VESSIE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse une note relative à des instruments destinés à mesurer l'épaisseur du col de la vessie, afin d'apprécier le développement des bourrelets, valvules et tumeurs qui mettent obstacle à la libre sortie de l'urine. L'un de ces instruments ne diffère du lithomètre et du brise-pierre ordinaire que par la brièveté du mors de la branche mâle ou mobile qui, ramenée en arrière et rentrant dans l'urètre, saisit le bourrelet entre elle et la branche femelle restée dans la vessie et tournée en bas. Dans l'autre le petit coude est articulé, ce qui lui donne l'avantage de franchir le col sans le violenter, et de pouvoir être dégagé plus facilement. Ces instruments, que M. Leroy nomme *systitrachélotomes*, ont été exécutés par M. Mathieu.

ARTICULATION DES INTRUMENTS À BRANCHES.

M. MATHIEU, fabricant d'instruments, adresse un réclamation relative au système d'articulation présenté dans la dernière séance par M. Charrière. Suivant M. Mathieu, ce système est appliqué depuis longtemps, et il se trouve même figuré dans les ouvrages de Blasius et de Bourgery, et dans l'ART DU DENTISTE (tirtoir de Lalargue, etc.).

Les successeurs de sir Henry adressent une réclamation analogue et annoncent que leur prédécesseur a fabriqué, il y a plus de trente ans, des instruments articulés à l'aide d'un tenon à pivot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du préfet de police, qui transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour les mois de janvier, février et mars derniers.

2° Deux lettres du ministre de l'intérieur et du commerce :

La première avec demande d'avis sur les eaux minérales d'Aulus (Ariége). (Comm. des eaux minérales.)

La deuxième avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Lambron, sur la thermalité et la sulfuration de 188 sources sulfureuses de la chaîne des Pyrénées. (Même commission.)

— M. MADIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun, adresse des observations sur la marche et les effets de l'épidémie cholérique de 1849, dans l'arrondissement de Verdun, suivies de quelques considérations sur la nature et le traitement du choléra. (Comm. du choléra.)

— M. LÉCADRE (du Havre) adresse un mémoire ayant pour titre : ESSAI SUR LA NÉVRALGIE INTERCOSTALE. (Comm. : MM. Jolly, Longet et Piorry.)

— M. BURQ dépose sur le bureau de l'Académie : 1° un mémoire imprimé sur le traitement de certaines affections nerveuses par ses anneaux métalliques; 2° un nouveau dynamomètre pour mesurer et apprécier tous les degrés de l'amyosthénie; 3° et ses boîtes d'exploration métallique, etc. (Commissaire : M. Bérard.)

— M. HAMIN, gérant de l'association des fabricants d'instruments de chirurgie, adresse une lettre qui a le même objet.

— M. LEBLANC, médecin vétérinaire, demande à être porté sur la liste des candidats a la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— M. BOUTET, médecin vétérinaire à Chartres, lit, au nom de l'association médicale d'Eure-et-Loir, un travail intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES AFFECTIONS CHARBONNEUSES, ETC. (Voir ci-dessus au compte rendu de l'Académie des sciences.)

Le bureau propose de renvoyer le mémoire de M. Boutet à une commission composée de MM. Renault, Delafond, Bouley, Laugier et Bousquet.

INFLUENCE DE LA SECTION DES PNEUMOGASTRIQUES SUR L'ABSORPTION STOMACALE DANS DIVERSES ESPÈCES ANIMALES.

M. BOULEY fils lit un travail intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE QUE LA SECTION DES PNEUMOGASTRIQUES EXERCE SUR L'ABSORPTION STOMACALE DANS LE CHEVAL, LE CHIEN ET LE BOEUF.

Il résulte des expériences auxquelles M. Bouley s'est livré, avec la coopération de M. Colin, chef des travaux anatomiques d'Alfort, que l'absorption stomacale n'est nullement sous la dépendance de l'influence nerveuse, puisque lorsque l'estomac possède cette propriété, elle est aussi active après qu'avant la section des nerfs vagues.

La suspension de l'absorption dans l'estomac du cheval, après la section du pneumogastrique, est un fait illusoire, l'estomac de cet animal n'étant pas susceptible d'absorber même dans les conditions normales.

La section des nerfs de la huitième paire produit la paralysie musculaire et par la paralysie la rétention, dans l'estomac, des matières susceptibles d'être absorbées.

Dans les carnivores, dont l'estomac jouit, dans l'état normal, de la propriété d'absorber, la section du pneumogastrique n'exerce aucune influence sur cette propriété.

La raison de ces différences d'aptitude à l'absorption que présente l'estomac du cheval et celui du chien, se trouve dans la différence de structure de ces organes et du rôle qu'ils ont à remplir comme instrument de la digestion.

Dans le cheval, l'estomac constitue un vase d'une capacité très-petite relativement à la taille de l'animal et surtout au volume énorme de la masse intestinale. Sa cavité interne a pour revêtement dans sa moitié gauche une membrane à épithélium très-épais qui le rend tout à fait impénétrable aux liquides, et dans la moitié droite, une membrane tomenteuse, très-riche il est vrai en vaisseaux, mais qui paraissent avoir pour fonction exclusive la sécrétion du suc gastrique.

En raison de l'exiguïté de sa cavité, les liquides n'y séjournent pas; ils ne font que la traverser. Les expériences démontrent, en effet, qu'on les retrouve en masse quelques minutes après leur ingestion dans le vaste sac du cœcum, où s'opère principalement leur absorption.

Dans les vues de la nature, l'estomac du cheval devait donc avoir pour fonction principale la chymification des aliments; c'est un organe essentiellement digesteur. L'absorption s'effectue dans les autres parties de l'appareil intestinal, dans l'intestin grêle et dans le cœcum.

Il n'en est pas de même du chien; son estomac est énorme relativement à sa taille et au volume des intestins, et la muqueuse qui tapisse ce viscère présente à peu près les mêmes caractères de vascularité dans toute son étendue. Cette vaste capacité de l'estomac du chien implique que les substances ingérées doivent y faire un long séjour; et la vascularité uniforme de sa muqueuse permet d'admettre à première vue qu'elle est perméable aux liquides et que conséquemment elle constitue un appareil d'absorption.

L'expérience confirme en effet cette déduction.

L'estomac du chien est donc tout à la fois un organe de chymification et d'absorption.

Il existe donc à l'égard de l'absorption stomacale une notable différence entre le cheval et le chien; et ce n'est peut-être pas trop forcer les analogies que d'admettre que la même différence doit se retrouver, dans le règne animal, entre les carnivores et les herbivores considérés d'une manière générale. (Comm. : MM. Longet, Renault et Bérard.)

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA MÉDICATION BROMO-IODURÉE.

M. LUNIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort, lit sous ce titre un mémoire dont voici les principales conclusions :

PREMIÈRE PARTIE. — 1. L'huile de foie de morue agit à la fois par sa substance grasse et par l'iodure et le bromure de potassium qui entrent dans sa composition.

2. Ces deux sels alcalins favorisent la digestion de la substance grasse en activant la sécrétion du suc pancréatique.

3. Cette substance grasse, aliment essentiellement combustible, joue un rôle important dans l'acte de la respiration et dans le développement de la chaleur animale.

4. L'iode et le brome réunis agissent avec beaucoup plus d'énergie qu'administrés isolément.

5. On peut remplacer l'huile de foie de morue par la médication bromo-iodurée associée à des substances hydro-carbonées, au chocolat par exemple.

6. La médication bromo-iodurée augmente la sécrétion des sucs digestifs,

active les fonctions organiques et surtout favorise le développement du système adipeux.

7. Cette médication détermine quelquefois du côté de la peau et des membranes muqueuses une inflammation légère, qui n'a d'ailleurs nulle tendance à la suppuration.

8. Elle provoque aussi, mais beaucoup plus rarement, des accidents cérébraux qui affectent la forme de la fièvre nerveuse et plus encore la paralysie générale progressive.

9. Les matières grasses arrivent toutes formées dans le canal digestif ou proviennent de la transformation des principes immédiats non azotés.

10. Parvenues dans le sang, elles y sont brûlées immédiatement ou se déposent provisoirement dans les tissus pour servir de réserve à la respiration.

11. Ce dépôt de la graisse dans les tissus a lieu quand l'oxygène introduit dans l'économie est insuffisant pour la brûler immédiatement.

DEUXIÈME PARTIE. — 1. La maigreur, qui n'a pour cause aucune lésion organique grave, est combattue avec succès par l'huile de morue ou la médication bromo-iodurée associée à des substances grasses.

2. L'opium en général neutralise les effets de la médication bromo-iodurée; employé avec précaution, il peut avoir quelque utilité dans le traitement de l'obésité.

3. La médication bromo-iodurée doit modifier avantageusement certaines maladies chroniques du pancréas.

4. Dans la phthisie, l'huile de foie de morue agit surtout en fournissant un aliment à la combustion pulmonaire.

5. Elle sera donc contre-indiquée dans la période aiguë de la maladie, alors qu'il est urgent de laisser en repos l'organe malade.

6. Les eaux sulfureuses agissent surtout dans la phthisie pulmonaire par l'iode et le brome qui entrent dans leur composition.

7. Dans certains cas de chlorose invétérée, on se trouvera bien d'associer la médication bromo-iodurée aux préparations ferrugineuses.

8. Dans le rachitis, l'huile de foie de morue paraît agir plus spécialement par sa substance grasse.

9. Dans le coryza chronique et dans l'ozène ulcéreux, la médication bromo-iodurée modifiera avec avantage l'état de la muqueuse des fosses nasales.

10. Cette médication, par suite de son action directe sur l'utérus et de l'activité qu'elle imprime à la circulation capillaire, sera souvent employée avec succès pour rétablir ou provoquer la menstruation.

11. La médication bromo-iodurée seule ou associée aux préparations ferrugineuses produit d'excellents résultats dans le traitement de la paralysie générale progessive.

12. Par son action sur les sécrétions et sur les fonctions digestives, elle détermine dans la folie certains phénomènes critiques que la nature seule est souvent impuissante à provoquer.

13. Elle est surtout indiquée dans la folie chronique et plus spécialement dans la lypémanie et l'hypocondrie.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES EAUX MINÉRALES DE COISE (EN SAVOIE).

M. DUBOULOZ (de Montmélian) lit un travail intitulé : CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES EAUX NATURELLES ALCALINES IODURÉES DE COISE, EN SAVOIE.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les eaux naturelles, alcalines, ammoniacales, iodurées de Coise jouissent non-seulement des propriétés généralement attribuées aux eaux alcalines, mais elles ont encore une action stimulante très-prononcée, qui se révèle par une surexcitation du cerveau et des organes de la génération.

2° Elles ont une action spéciale sur la peau qui se traduit par une éruption constante.

3° Elles sont anti-strumeuses : l'iode et le brome sont sans doute des agents d'une grande valeur, mais ils ne sauraient eux seuls expliquer cette propriété. On doit sans doute tenir compte de la parfaite assimilation des aliments pendant que les malades sont soumis au régime des eaux, de l'énergie qu'elles impriment à tout l'organisme, surtout aux fonctions digestives.

4° Enfin, la propriété qu'elles ont de guérir le goître endémique doit les faire prendre en considération par les gouvernements limitrophes de la frontière du département de l'Isère; elles sont appelées tous les jours à rendre des services à ces populations, aussi maltraitées que les nôtres. On ne saurait croire avec quelle rapidité elles font disparaître le goître endémique récent; quinze à vingt bouteilles d'eau prises pendant le même laps de temps suffisent ordinairement pour le faire disparaître entièrement. (Comm. des eaux minérales.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ; par M. J. GUIPON. (Thèse inaugurale.)

APHORISMES DE THÉRAPEUTIQUE ; par M. FELDMANN.

LES APHORISMES DE THÉRAPEUTIQUE de M. Feldmann sont relatifs, en grande partie, à la fièvre typhoïde; c'est ce qui nous détermine à les joindre, dans cette analyse, à la thèse de M. Guipon. Mais les aphorismes ne contiennent qu'une série d'assertions sans enchaînement logique, qu'il serait bien long d'examiner une à une ; la thèse, au contraire, exprime sur la fièvre typhoïde une doctrine entière où la thérapeutique découle rigoureusement de la nature présumée de la maladie : c'est une œuvre, comme on dit aujourd'hui, *carrée*, dont on ne pourrait rien retrancher, à laquelle on ne pourrait rien ajouter sans rompre l'harmonie. Nous la prendrons donc pour thème principal de cet article, ayant soin seulement d'indiquer les points importants sur lesquels les deux opuscules diffèrent ou se rencontrent. Il est juste d'ajouter, avant d'entrer en matière, que M. Guipon rapporte sans restriction à M. Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, la doctrine qu'il expose et défend avec chaleur.

Pour M. Worms donc, la fièvre typhoïde est une maladie *exanthématique*, consistant en une altération du sang, soit d'origine interne (altération des humeurs par toutes les causes traitées en hygiène : émotions morales, chagrins longs et concentrés, changement de climat), soit d'origine externe (effluves animaux ou végétaux). Dans un cas, ajoute l'auteur, on aura affaire à une fièvre typhoïde proprement dite; dans l'autre à la maladie appelée typhus.

Toute fièvre est un indice et, en même temps, une cause de modification dans les rapports physiques et chimiques des particules qui constituent le sang. Au fond de toute *effervescence* sanguine, on peut toujours supposer une tendance naturelle du liquide à reprendre sa crase normale, à se débarrasser des principes étrangers engendrés sur place ou venus du dehors. L'effort et la durée de l'effervescence sont donnés par la nature du principe hostile. En même temps que le sang s'altère graduellement, les fonctions et les tissus des voies digestives subissent des modifications. Avant que la maladie ne se montre dans toute sa phénomalité, le tube gastro-intestinal est le siége de sécrétions altérées et d'un état fluxionnaire. Plus l'incubation aura été longue et la marche de la maladie lente, plus les altérations intestinales seront prononcées. M. Worms croit qu'il n'est pas un mouvement fébrile; *provoqué par quelque cause que ce soit*, qui ne puisse devenir une fièvre typhoïde, en ce sens qu'il amènera à la longue une altération du sang et déterminera dans ce liquide la formation d'un principe toxique agissant à la manière des narcotiques.

En résumé, l'essence de la fièvre exanthématique typhoïde est une altération spécifique du sang, et son caractère essentiel est la tendance de l'économie à revenir à l'état normal par une sorte de despumation de ce liquide et l'émission à la périphérie, soit du principe hostile, soit des produits anormaux. La despumation dans le cas particulier, comme la crise dans les autres fièvres, se fait généralement *par la peau*, et c'est pour cela que le pronostic est favorable toutes les fois que la peau devient moite et tiède. La lutte de l'économie est longue d'ordinaire, parce que la maladie procède d'une altération du sang graduellement engendrée par l'action continue des causes hygiéniques; elle est courte et mieux caractérisée dans le typhus, quel qu'en soit le résultat, parce que l'économie a été surprise, dans la plénitude de la santé, par un principe miasmatique. C'est pour cela que la fièvre typhoïde s'accompagne plus souvent que le typhus d'altérations matérielles des organes, spécialement de lésions intestinales.

Cela étant, le but essentiel du traitement doit être, d'une part, de donner ou de conserver à la *fermentation* un caractère modéré et salutaire, de l'autre, de tenir ouverte la voie destinée à l'élimination du principe et du produit morbides. La réaction est-elle modérée, il faut l'entretenir et la crise se fera d'elle-même. La réaction est-elle trop violente, il faut la modérer ; c'est le moyen d'ouvrir la peau à la crise attendue. La réaction enfin est-elle nulle ou insuffisante, il faut venir à son secours, dans le même but.

Or il y a deux moyens principaux de préparer et de maintenir un état modéré, favorable, de réaction. Le premier consiste à administrer, au début de la maladie, le tartre stibié à dose vomitive, pour débarrasser la muqueuse digestive de l'enduit qui la recouvre, et disposer la peau à la transpiration insensible. Le second réside dans l'emploi du sulfate de quinine, continué jusqu'à cessation du mouvement fébrile. Cet emploi persistant du sel de quinine repose sur l'opinion professée par M. Worms que la fièvre typhoïde est toujours paroxystique, et que la continuité apparente n'est autre chose qu'une chaîne non interrompue d'accès.

Pour déterminer la crise empêchée par une réaction tumultueuse, on a recours aux boissons chaudes légèrement aromatiques ; au nitrate de potasse, tant que les phénomènes inflammatoires sont très-prononcés ; à l'oxyde blanc d'antimoine, quand ils ont perdu de leur violence ; quelquefois, si certaines conditions spéciales de la peau l'empêchent de fonctionner, à des frictions avec un mélange d'alcool camphré et de vinaigre chauds. La dose de sulfate de quinine doit être alors assez élevée (1 à 2 grammes).

Enfin dans les réactions médiocres ou nulles, on administre le vin, l'infusion d'arnica, les acides chlorhydrique et sulfurique, le camphre, et l'on emploie toujours les frictions avec l'alcool, le camphre et le vinaigre. Le sel de quinine n'est pas proscrit, mais la dose ne doit pas en être porté au delà d'un gramme par jour.

M. Worms repousse absolument et les déplétions sanguines, les purgatifs, la glace qui débilitent l'organisme, et les toniques proprement dits que n'appelle pas, suivant lui, un état de faiblesse purement secondaire et subordonné à l'altération du sang.

Tel est, avec quelques moyens dirigés contre certains accidents de la fièvre typhoïde, comme l'engouement pulmonaire, la diarrhée, la gangrène, le traitement préconisé et rigoureusement appliqué depuis longtemps par le médecin de l'hôpital militaire du Gros Caillou. L'auteur de la thèse affirme que ce traitement a pour résultat d'*enrayer la maladie au moins quinze fois sur vingt et de l'amener à son terme dans l'espace de cinq à huit jours.* Il ne produit aucune statistique, aucune table de mortalité; mais on comprend que, si ce résultat est exact, il élève bien assez haut le mérite de la méthode.

Sur plusieurs points essentiels la brochure de M. Feldmann ne s'accorde pas avec la thèse de M. Guipon. M. Feldmann croit qu'il est impossible de *faire avorter* la fièvre typhoïde, non plus que le typhus, et il est évident, à la lecture de son opuscule, qu'il ne souscrirait pas plus à l'*enrayement* de M. Worms qu'à l'avortement. Il administre les toniques, et c'est à ce seul titre qu'il admet le sulfate de quinine en traitement; il nourrit ses malades; il regarde les évacuations alvines comme une crise qu'il convient d'aider. En même temps, il est vrai, il conseille de favoriser la transpiration. Enfin, partant de cette idée, appuyée nous ne savons sur quoi, que l'eau distillée du laurier-cerise, prise à l'intérieur, est spécialement utile dans les affections *inflammatoires* (et il s'agit ici de fièvre typhoïde) de la muqueuse digestive, tandis qu'elle est nuisible dans les phlegmasies du *péritoine* et des organes respiratoires, il fait de cette substance la base de sa thérapeutique. C'est un précepte qu'on ne peut que transcrire. Nous l'avons dit, d'ailleurs, la forme aphoristique et le décousu du travail de M. Feldmann ne se prêtent nulle part à une critique raisonnée.

Au contraire, ce renouvellement hardi des doctrines anciennes que tente M. Worms mérite la plus grande considération. Si l'on a bien suivi l'exposition que nous en avons faite, on a dû voir qu'il ne s'agit nullement ici, malgré la dénomination de *fièvre exanthématique*, d'assimiler la fièvre typhoïde et le typhus à la variole, d'en faire une sorte de variole interne, selon l'idée de M. Serres. La cause de la maladie n'est pas spécifique; *toute fièvre* peut se métamorphoser en typhoïde. Les lésions intestinales sont l'effet consécutif de l'altération du sang, au même titre que les autres lésions viscérales; *elles ne caractérisent pas* la maladie. Ce n'est pas vers les intestins, mais bien vers la peau que tente à se faire la crise naturelle et qu'elle doit être dirigée par le traitement. Si elle se faisait toujours normalement, ou si l'organisme succombait rapidement, les désordres viscéraux seraient toujours nuls ou peu prononcés. C'est ce qui arrive dans le typhus, dont la cause vient de l'extérieur, tandis que celle de la fièvre typhoïde vient de l'intérieur.

Sans nous arrêter à cette distinction trop absolue entre l'origine de la fièvre typhoïde et celle du typhus, distinction repoussée, croyons-nous, et par l'observation directe et par l'identité essentielle des deux maladies, nous nous demandons si l'habile médecin du Gros-Caillou ne se fait pas une idée trop vague et un peu trop commode de la fièvre typhoïde. Quand on songe, quoi qu'il en puisse dire, à la constance des lésions intestinales chez les sujets qui ont présenté des signes incontestables de cette maladie, à l'époque très-rapprochée du début à laquelle on a rencontré ces lésions, à leur forme tout à fait spécifique, nous concevons bien qu'on résiste à y voir le point de départ, la cause matérielle de tous les phénomènes; nous concevons moins qu'on n'y place pas le *caractère essentiel* du mal, comme on place le caractère de la variole dans les boutons de la peau, le caractère de la rougeole dans les élevures, le caractère de la scarlatine dans les plaques rouges. Notez bien qu'il ne s'agit pas encore d'*assimiler* la fièvre typhoïde à la variole, mais seulement d'établir un principe de méthode nosologique. M. Worms dira, comme il le dit en effet, que les plaques intestinales manquent *souvent* dans la fièvre typhoïde; mais on lui répondra qu'il y a des fièvres continues assez semblables, au début, à cette dernière affection, et qui ne tardent pas à s'en distinguer; qui n'ont ni la même marche, ni les mêmes symptômes, ni les mêmes localisations morbides; qui enfin guérissent le plus souvent d'elles-mêmes. Étaient-ce des fièvres typhoïdes restées, pour ainsi dire, en route ou réprimées par le traitement? Non, car après un, deux, trois septenaires de durée, elles n'en accusent que plus fortement les différences qui les séparent de l'affection avec laquelle on veut les confondre.

Nous ne saurions par conséquent accéder à cette opinion que toute fièvre peut se métamorphoser en typhoïde. Toute fièvre peut revêtir un caractère adynamique, *typhoïde*, si l'on préfère cette expression; toute fièvre peut aboutir, nous l'accordons encore, à une altération du sang susceptible de donner lieu à l'assoupissement; mais ce n'est pas là une vraie fièvre typhoïde, et c'est précisément parce qu'un tel état peut se produire dans beaucoup d'affections et se prolonger, sans amener les phénomènes anatomiques et symptomatologiques propres à celle espèce de fièvre, qu'il nous paraît utile de l'en distinguer soigneusement. Que si, par hasard, le principe inconnu de la fièvre dite entéro-mésentérique peut sortir d'une altération du sang propre à quelque autre maladie, et par le fait de cette altération, ce n'est sans doute qu'une exception dont la réalité n'est même pas démontrée. En définitive, la fièvre typhoïde est douée, à nos yeux, d'une spécificité qui ne permet pas la transformation dont on parle; sa cause est spécifique; les caractères qui la traduisent dans l'organisme le sont également. Il se peut que la durée de la lutte influe sur l'époque de l'apparition et sur le degré des altérations intestinales; elle ne peut rien sur leur caractère propre; les lésions sont moins profondes, moins constantes peut-être dans le typhus, mais elles sont les mêmes. C'est ce qui nous fait dire que les deux maladies se confondent dans la même étiologie, bien que la cause essentielle, le principe toxique, puisse éprouver dans ses qualités quelques modifications susceptibles de se révéler dans l'expression pathologique.

Les conséquences de la dissidence que nous exprimons ici se conçoivent facilement. Si la détermination naturelle de la maladie se fait vers la muqueuse intestinal, ce n'est pas sur la peau qu'il convient de la conduire. Et les heureux résultats obtenus par M. Worms ne seront pas de nature à ébranler notre opinion, si, sous prétexte de transformation on de métamorphose imminente, il considère comme fièvres typhoïdes enrayées des fièvres continues dont l'issue est à peu près constamment heureuse.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— L'empereur du Brésil vient de conférer l'ordre de la Rose à M. le docteur Cunier, en témoignage de satisfaction pour les services qu'il a rendus depuis plusieurs années aux sujets brésiliens venus en Belgique pour y faire ou y terminer leurs études médicales.

— On écrit de Dinan:

« Le croup sévit de nouveau depuis quelque temps avec une grande intensité sur les enfants de notre ville. Déjà plusieurs ont succombé. »

— Le canton de Vergt vient de faire une perte irréparable dans la personne de M. Adolphe Allemandou, docteur en médecine.

— On écrit de Lyon, 11 avril:

« Les funérailles du docteur Mathieu Bonafous, dont les cendres ont été rapportées de Paris, ont eu lieu hier matin au milieu d'un nombreux concours d'amis.

» Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par M. le docteur Fraisse, au nom de l'Académie de Lyon et comme parent de Mathieu Bonafous; l'autre, par M. Saint-Clair Duport, au nom de la Société d'agriculture, dont il est le président. »

— La Rochelle vient de perdre un de ses dignes citoyens.

M. Charles-Claude Godelier, ancien chirurgien principal aux armées, membre de la Légion d'honneur depuis 1808, a terminé sa longue et glorieuse carrière.

— M. le docteur Casimir vient de mourir à La Rochelle, à l'âge de 85 ans.

— M. Édouard Robin a ouvert, le 3 mai, par la chimie, la botanique et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, rue de la Harpe, 92. Le cours de mathématiques sera commencé à midi, celui de chimie à deux heures et demie, et celui de botanique à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Édouard Robin exposera ses recherches sur la respiration des végétaux, et sur les moyens de prévoir les propriétés toxiques, les propriétés physiologiques et thérapeutiques, quand on connaît l'action chimique sur les matières organisées.

— M. le docteur Phillips commencera la seconde partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 11 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Cette partie comprend les maladies de la prostate et du col de la vessie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LETTRE SUR LA PROVOCATION DE L'AVORTEMENT, A PROPOS DE LA DISCUSSION QUI A EU LIEU RÉCEMMENT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Monsieur,

La question de la provocation de l'avortement (1) dans deux positions très-différentes de la femme grosse, vient d'être traitée à l'Académie de médecine avec toute l'étendue que comporte un sujet aussi grave, et avec le talent et la profondeur qu'on est en droit de supposer à des hommes spéciaux, haut placés dans l'estime de leurs confrères.

Vous avez bien voulu accepter, il y a quelque temps, la proposition que je vous ai faite de me mêler parfois, dans votre estimable journal, des discussions de l'Académie nationale de médecine, quand, surtout, elles auront pour objet quelque point important de mon enseignement à la Faculté de Strasbourg. Or la question de la provocation de l'avortement, en même temps qu'elle est palpitante d'actualité et d'intérêt, est aussi des plus litigieuses. Ainsi qu'on l'a fait observer à l'Académie, c'est à la fois une question de pratique et une question morale. Les hommes spéciaux sont tous appelés à la discuter, et ceux qui sont chargés de l'enseignement public de l'obstétricie, ont une responsabilité plus grande que leurs confrères, en communiquant leur manière d'envisager ce sujet à leurs jeunes adeptes, très-disposés en général à embrasser l'opinion de leur maître, surtout quand elle est exposée avec talent et conviction.

Depuis longtemps cette question : la provocation de l'avortement dans un but médical, m'a préoccupé. On en trouve des traces dans différents mémoires que j'ai publiés, et dans plusieurs dissertations présentées à notre Faculté (2); mais je ne l'avais pas résolue définitivement. La discussion solennelle qui a eu lieu à l'Académie de médecine m'a prouvé qu'elle n'est pas plus mûre dans l'esprit de confrères très-honorables que dans le mien. Elle a prouvé aussi, cette discussion, qu'on peut invoquer pour et contre la provocation de l'avortement, des arguments de la plus grande valeur.

C'est à propos d'une communication de M. le docteur Lenoir à l'Académie, que cette question a été soulevée. M. Lenoir a provoqué l'avortement au quatrième mois chez une fille contrefaite qui déjà deux fois avait subi cette opération (3). Cette dernière circonstance diminue considérablement à mes yeux l'importance de cette communication, dont on a pourtant fait un si grand éloge. Qui donc a pris l'initiative de l'opération (la provocation de l'avortement)? Ce n'est pas M. Lenoir. Or, suivant moi, l'éloge ou le blâme, la responsabilité, en un mot, de l'acte, revient à celui qui a provoqué l'avortement pour la première fois et a ouvert ainsi la voie. M. Lenoir n'est dans cette affaire qu'un imitateur, et tout le mérite qui puisse lui revenir, si mérite il y a, c'est d'avoir, non pas publié le fait, la première opération était parfaitement connue, mais communiqué son observation à l'Académie de médecine, et prié ce corps savant de vouloir, par une approbation ou une improbation, fixer définitivement ce point de pratique (séance du 9 décembre 1851).

La commission désignée à l'effet d'examiner et l'observation et la proposition de M. Lenoir, a nommé pour rapporteur M. Cazeaux, qui s'est acquitté de cette tâche délicate et difficile dans la séance du 10 février dernier. Par l'organe de son rapporteur, la commission a déclaré qu'elle ne pouvait donner que son assentiment à la courageuse initiative de M. Lenoir, et a examiné ensuite si, dans les rétrécissements du bassin assez prononcés pour rendre absolument impossible l'extraction d'un enfant viable par les voies naturelles, il est permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne.

La conclusion a été *affirmative, sans hésitation* et *sans restriction.*

Le rapporteur devait naturellement appuyer cette conclusion sur des raisons qui pussent la faire adopter par l'Académie. C'est ce que M. Cazeaux a fait avec un rare talent.

Je commence par considérer la question sous un point de vue très-général, en la posant de la manière suivante : « Dans le but de soustraire la mère à un danger de mort imminente, est-il quelquefois permis de sacrifier la vie de l'enfant? »

Il ne faudrait pas croire que cette question est nouvelle, ou vient d'être ainsi formulée pour la première fois. Déjà au commencement du dix-septième siècle, *Am. Polanus* l'a posée en latin de la même manière, dans l'opuscule intitulé : QUÆSTIO NUM CHIRURGO LICEAT SALVA CONSCIENTIA FOETUM ENECARE UT MATREM SERVET (1). Naegelé en a fait le texte d'une dissertation, lue le 26 novembre 1826 devant le corps universitaire de Heidelberg, sous le titre : DE JURE VITÆ ET NECIS QUOD COMPETIT MEDICO IN PARTU. Hufeland, embrassant le sujet dans toute son étendue, avait écrit un traité sur le droit de vie et de mort qui revient au médecin (VON DEM RECHTE DES AERZTES UEBER LEBEN UND TOD). Beaucoup d'autres en ont parlé d'après *Osborn*, accoucheur anglais de la fin du siècle dernier, à propos d'embryotomie. Comme dans toutes les questions épineuses, les sentiments sont partagés, les uns reconnaissant, avec la plupart des médecins des îles Britanniques, le droit de tuer l'enfant dans le sein maternel, les autres, avec la plupart des allemands (2) et des français, le

(1) Plusieurs fois encore on s'est servi dans cette discussion des mots « *provocation de l'accouchement prématuré.* » Or c'est de la *provocation de l'avortement* qu'il a été question. Celle de la provocation de l'accouchement prématuré et de ses indications peut être considérée comme résolue.

(2) Voyez entre la thèse de M. Deguerre : DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ, Strasb., 1834; mon mémoire SUR LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, Strasb., 1835; la thèse de M. Ferniot, SUR LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT AVANT LE TERME NATUREL DE LA GROSSESSE, DANS LES CAS DE MALADIE, Strasb., 1836; celle de M. Schnellbach, SUR LE VOMISSEMENT SYMPATHIQUE DE LA GROSSESSE, Strasb., 1847.

(3) C'est-à-dire que, la première fois, on avait provoqué l'accouchement prématuré à 8 mois. L'extraction du fœtus ayant encore été très-difficile, on a eu recours, dans la seconde grossesse, à l'avortement proprement dit.

(1) Oppen., 1619, in-4°.

(2) « *In fœtum vivum uncos et perforatorium adigere, nefandum facinus est.* » (Wiedmann, COMPARATIO INTER SECTIONEM CÆSAREAM ET DISSECTIONEM CARTILAGINIS ET LIGAMENTORUM OSSIUM PUBIS. Wirceburg., 1779).

Feuilleton.

DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES (1).

Un inventeur et un savant, deux choses fort différentes. La science peut enfanter une découverte pratique, comme une découverte pratique peut profiter à la science; mais il arrive que les qualités propres à réaliser ces deux genres de progrès sont rarement réunies dans un même esprit. Le savant, sauf exception, procède par les voies logiques; s'il cherche, c'est dans les sentiers qui apparaissent à la lueur des connaissances acquises. Il lui faut un fil dans la main, de peur de s'égarer. Ajoutez qu'il se tient volontiers dans le domaine de la spéculation. L'inventeur, au contraire, est un peu de la race des aventuriers : il bat tous les chemins qui se rencontrent. La curiosité, l'instinct, le hasard, voilà ses guides. Doué, si nous osons le dire, d'un certain *flair* qui le met sur la piste des idées cachées, il va rarement en droite ligne, mais chevauche, au contraire, à travers tous les principes, toutes les règles, toutes les inductions et déductions, pour tomber de plein saut sur l'objet de sa convoitise. Les meilleurs inventeurs, les plus méritants, sont ceux à qui l'on peut appliquer ce que Labruyère disait des guerriers, des philosophes et des joueurs habiles, qui ne font pas le hasard, mais le préparent et l'attirent; qui profitent des occasions les plus diverses, et qu'on doit enfin, suivant l'expression du moraliste, *louer de leur bonne fortune comme de leur bonne conduite;* esprits sagaces, pénétrants, hardis, tenaces, prévoyants, à qui le fait le plus insignifiant découvre de vagues horizons, et qui savent ensuite se créer les moyens d'y atteindre à travers des routes inexplorées. Ce rôle du hasard dans l'invention est rendu manifeste dans un passage du livre de M. Figuier. « Ce n'est pas, dit-il, un savant qui a découvert la boussole, c'est un bourgeois du royaume de Naples; ce n'est pas un savant qui a découvert le télescope, ce sont des enfants qui jouaient dans la boutique d'un lunetier de Middlebourg; ce n'est pas un savant qui a découvert les applications de la vapeur, c'est un ouvrier; ce n'est pas un savant qui a trouvé la vaccine, ce sont des herbagers du Languedoc; ce n'est pas un savant qui a imaginé la lithographie, c'est un chanteur du théâtre de Munich; ce n'est pas un savant qui a découvert le galvanisme, c'est un médecin de Bologne qui, en traversant sa cuisine, s'arrêta devant sa ménagère, occupée à préparer un bouillon aux grenouilles. » Et l'histoire moderne ne dément pas, sous ce rapport, l'histoire ancienne. Niepce, qui a inventé la photographie, n'était, comme l'appelle M. Figuier, qu'un demi-savant; Chappe également, qui a le premier réalisé les conditions essentielles du télégraphe; de même, les inventeurs de l'aérostat, les frères Montgolfier. De toutes les découvertes dont M. Figuier fait l'histoire, il n'en est qu'une seule peut-être qui puisse se dire fille légitime de la

(1) EXPOSITION ET HISTOIRE DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES; par M. Louis Figuier, docteur ès sciences. — 2 vol. in-12. — Paris, chez Victor Masson.

niant, les uns et les autres d'une manière ou générale ou conditionnelle. La question est donc toujours restée à l'ordre du jour.

Dans le rapport de M. Cazeaux elle est limitée au cas d'étroitesse pelvienne. Si plus tard le rapporteur en a parlé sous un autre point de vue, et l'a résolue pour ce cas d'une manière différente, c'était, ainsi qu'on le lui a fait remarquer, un hors-d'œuvre qui aurait dû trouver sa place ailleurs; car en parlant de la provocation de l'avortement contre les vomissements incoercibles des femmes enceintes, il a étendu la question trop ou trop peu. En effet, il n'y avait plus de raison de ne pas faire mention d'autres circonstances dans lesquelles elle pourrait aussi être élevée.

Occupons-nous, pour le moment, des rétrécissements extrêmes du bassin.

« Est-il vrai, se demande en premier lieu M. Cazeaux, que l'opération césarienne, la seule praticable dans les cas extrêmes d'étroitesse, soit aussi grave pour la mère, et l'expose à une mort au moins très-probable? »

Il conclut affirmativement. Dans les grands centres de population, dit-il, l'immense majorité des opérées est vouée à une mort certaine, et à Paris, depuis cinquante ans, on ne peut pas citer un seul cas heureux. A Londres, sur 25 femmes livrées au couteau césarien (style de Lacombe), une seule a été sauvée.

Les grands centres de population et les grands hôpitaux ne sont en effet pas favorables à l'opération césarienne, pas plus qu'à d'autres opérations graves. Cependant les chances ne sont pas partout mauvaises comme à Paris et à Londres. A Lyon, par exemple, et à Strasbourg, l'opération césarienne réussit. Et pourquoi pas à Paris? En 1788, dit Lauverjat (1), il y avait à Paris *cinq femmes* en parfaite santé sur lesquelles on avait pratiqué la gastro-hystérotomie; et il cite les cas nominativement. Pourquoi dans la première moitié de notre siècle n'a-t-on plus réussi? Je l'ignore. Et si des opérations de cette nature ne réussissent pas dans les hôpitaux de Paris, pourquoi ne placerait-on pas les femmes qui doivent la subir dans des conditions meilleures? Quant à Londres et à l'Angleterre en général, on sait que les accoucheurs de ce pays ont une telle prédilection pour la perforation du crâne et l'usage du crochet, pour le fœticide en un mot, qu'ils n'ont recours à l'opération césarienne que quand ils ne peuvent pas délivrer autrement, après avoir employé d'autres opérations qui ont exposé la vie de la femme, et après un retard qui ne laisse plus aucune chance à la ressource extrême. Et si, comme on le dit, le climat était pour quelque chose dans la non-réussite de l'opération, n'y aurait-il pas moyen de remédier à cette influence, en plaçant la femme dans des conditions convenables, par exemple sous le rapport de la température et de l'état hygrométrique de l'air, etc. (2)?

« Si, à l'exemple du docteur Kayser, dit M. Cazeaux, on consulte tous les faits qui ont un caractère d'authenticité, on arrive à la triste conclusion que 70 femmes sur 100 ont succombé. En supposant donc, et malheureusement c'est une supposition toute gratuite, qu'on ait mis autant d'empressement à publier les insuccès et les cas heureux, on reste convaincu que sur 4 femmes, 3 sont vouées à une mort certaine. »

Ces proportions dans la mortalité des femmes accouchées par l'opération césarienne sont évidemment exagérées dans un sens défavorable, et les statisticiens pourraient encore une fois nous induire en erreur, si nous ne connaissions d'autre critérium des résultats d'un remède ou d'une opération que celui qu'ils mettent en pratique. Et voici pourquoi. Pour établir la moyenne on prend toutes les observations du siècle dernier et du nôtre. On accorde la même valeur à celles qui ont été faites à une époque où l'art, relativement à cette opération, était dans l'enfance, qu'aux plus récentes. Or il est certain, et je serais en mesure de le prouver d'une manière positive si c'était ici le lieu, que les opérateurs modernes ont beaucoup plus souvent réussi que nos devanciers. Non-seulement il en est qui ont réussi une fois sur deux, mais deux fois sur trois, et les exemples ne sont pas rares. Pour ma part je compte quatre succès sur six opérations. Ensuite on confond les faits de tous les pays. Or il est des contrées où elle n'a presque jamais réussi. Pourquoi? C'est à rechercher. Paris, entre autres; depuis cinquante ans, a donné un appoint considérable aux cas malheureux. Puis on ne fait pas la part de l'indication, si elle a été bien saisie; de l'opérateur, son habileté; de l'opérée, ses dispositions; du moment où l'opération a été faite; du choix de la méthode; du mode de pansement; des soins consécutifs, de ceux-ci surtout, dont l'importance est immense suivant moi. Supposer que depuis cinquante ans la léthalité d'une opération à peine connue auparavant n'a pas diminué, c'est supposer que l'art est resté stationnaire.

Il est probable, ainsi que vous le dites, que tous les cas d'insuccès n'ont pas été publiés. Cependant il s'attache tant d'intérêt à cette opération, que même les détails de celles qui n'ont pas réussi entièrement sont d'ordinaire livrés à la publicité. Si, en général, on a mis plus d'empressement à faire connaître les cas de succès, il en est cependant beaucoup encore qui, quoique publiés, ont échappé aux statisticiens. C'est ainsi que j'ai recueilli 5 cas de réussite complète dont Kayser ne fait pas mention, quoiqu'ils tombent dans la période de temps qu'il embrasse dans ses calculs. D'autres sont restés dans les cartons de modestes praticiens.

« Il est vrai, dit le rapporteur de la commission, que les partisans de l'hystérotomie attribuent ses insuccès au retard qu'on met à la pratiquer. »

Le retard n'est qu'un des motifs, comme je l'ai fait voir tout à l'heure, mais un des principaux, du peu de succès de l'opération. En effet, si vous attendez que la femme soit épuisée par les fatigues d'un enfantement impossible, ou que la fièvre soit allumée, quel succès pouvez-vous espérer d'une opération toujours et nécessairement suivie d'une réaction d'autant plus dangereuse que le corps de la femme a été plus longtemps en proie à des douleurs vaines et meurtri par la résistance de l'enfant. En opérant au contraire dès que l'orifice de la matrice est dilaté, et avant ou immédiatement après l'écoulement des eaux de l'amnios, alors que la matrice n'est pas encore fatiguée ou irritée, et que le système nerveux de la femme n'est pas vivement ébranlé, on évite ces réactions graves et ces accidents nerveux qui peuvent devenir promptement mortels. Il résulte des relevés faits par Kayser que, sur 39 cas où l'opération a été pratiquée dans les six premières heures après la rupture de la poche amniotique, il y a eu 20 succès, plus de la moitié. Sur 135 femmes opérées pendant les soixante et douze premières heures du travail, 84 seulement ont succombé,

(1) NOUVELLE MÉTHODE DE PRATIQUER L'OPÉRATION CÉSARIENNE. Paris, 1788.

(2) Comment se fait-il qu'en Angleterre l'extirpation de l'ovaire dégénéré réussisse si souvent et soit si généralement adoptée? Elle est pourtant au moins aussi grave que l'opération césarienne.

---

science : c'est la découverte de la planète Leverrier. Plusieurs autres émanent de savants distingués, celle de la galvanoplastie particulièrement; mais, même entre ces mains expérimentées, elles ont emprunté au hasard des secours puissants et quelquefois décisifs. La découverte de la planète, commencée par l'invention, terminée par le calcul, a seule les vrais caractères d'un progrès scientifique.

Ce n'est pas sans intention que nous marquons ici la séparation naturelle du domaine de la science et du domaine de la découverte. Pour l'historien, le point de vue change suivant le terrain qu'il a choisi. L'histoire des sciences, ou seulement d'une science, oblige qui veut se montrer digne du sujet à des aperçus généraux, à un travail de synthèse, qu'on ne peut demander à l'historien d'une découverte. Là où le fait accidentel joue un si grand rôle, il s'agit d'abord de raconter, de raconter exactement, impartialement et avec clarté; puis de rattacher le fait, autant que possible, aux données reçues, pour les étendre, les réduire ou les rectifier. L'histoire des sciences, comme l'ont entendue Cuvier et Blainville, est plus ou moins une systématisation. L'histoire des découvertes est surtout une exposition.

Sous un autre rapport encore, les deux genres doivent être distingués. On a discuté sur le point de savoir si les sciences pouvaient et devaient être vulgarisées, ou, comme on l'a écrit si souvent, *mises à la portée de tout le monde*. Le brillant exemple de Fontenelle, suivi non sans succès par quelques savants contemporains, n'a pas levé toute difficulté. Et, de fait, il y aurait fort à dire contre la prétention d'inculquer aussi facilement les austères conceptions de la science à des esprits qui ne sont que polis et cultivés. L'initiation aux mystères antiques, où se gardait le dépôt des connaissances traditionnelles, imposait parfois de longues préparations; il ne peut être plus facile d'être initié à la science si compliquée et si difficile de notre temps. Mais, quoi qu'on en puisse penser, il n'est pas contestable qu'il soit possible et utile de vulgariser les découvertes modernes. Cela est possible, parce que, pour une telle œuvre, le rapport du fait nouveau avec les faits antérieurs n'a pas besoin d'être expliqué, mais seulement exprimé. Cela est utile par plusieurs raisons.

Une raison de tous les temps, c'est la satisfaction donnée à cette classe de personnes qu'on pourrait comparer aux *lettrés* de la Chine, trop étrangères aux sciences pour en sonder les profondeurs, assez instruites néanmoins pour en effleurer la surface avec plaisir et quelque profit. Il n'est pas de meilleure manière d'occuper leurs loisirs et de les distraire du travail quotidien. Mais la raison d'être principale d'un livre comme celui de M. Figuier, est le caractère même des découvertes modernes. La science, arrachée d'abord des temples où elle s'était cachée si longtemps, réfugiée ensuite dans les écoles et dans les académies, est maintenant amenée jusque sur la place publique. Nous venons de dire que ce n'était pas par ses prêtres officiels ni par les voies régulières; mais il importe peu. La voilà pénétrant de jour en jour dans la vie réelle, offrant ses services à tous les besoins de l'existence matérielle et morale : aux arts par la photographie; à l'industrie et à la politique par la télégraphie électrique, la galvanoplastie, l'éclairage au gaz, les machines à vapeur; à l'humanité souffrante, par l'éthérisation, etc. Ce sera là certainement le trait le plus remarquable de notre époque scientifique. Or est-il possible que l'homme entouré de ces merveilles, leur demandant chaque jour son bien-être ou son plaisir, ne désire pas savoir d'où elles viennent et en quoi elles consistent? Celui qui a dérobé une seconde fois le feu du ciel et fait courir

près de la moitié se sont rétablies. Cela ne prouve-t-il pas la grande influence que le choix du moment peut avoir sur les résultats de notre opération (1)?

« Il importe de faire remarquer, dit M. Cazeaux, que ce retard ne doit pas toujours être attribué au chirurgien. »

Sans doute non, si vous entendez parler de toutes les circonstances indistinctement où l'opération peut devenir nécessaire. Mais *il en est le maître* dans les cas que vous supposez devoir indiquer la provocation de l'avortement; car, si vous ne reconnaissez l'étroitesse du bassin qu'au moment de l'accouchement, vous ne pouvez plus reculer, il faut tuer un fœtus plein de vie, ou opérer sur la mère, ou plutôt l'hystérotomie devient la seule ancre de salut pour la femme, puisque vous supposez un rétrécissement tel (6 centimètres) que l'embryotomie deviendrait au moins aussi dangereuse pour la mère que l'ouverture du ventre et de la matrice. Voilà donc, dans les rétrécissements extrêmes du bassin, une grande chance pour l'hystérotomie, puisque vous pouvez saisir le moment le plus favorable à l'opération. Vous pouvez encore préparer la femme longtemps d'avance à ce succès, soit par un bon régime, soit par l'usage de soins hygiéniques ou de médicaments qui augmenteront aussi les chances d'un heureux résultat.

» La femme, dites-vous, sans le consentement de laquelle il est impossible d'agir, ne sait pas aussi bien combien sont grandes les difficultés. »

Hufeland et Naegelé l'ont dit : « sans le consentement de la femme, l'accoucheur ne peut pas opérer sur elle. » Sans doute; et qui pourrait avoir l'idée d'employer la force ou seulement la ruse (ce qui serait facile aujourd'hui avec les moyens anesthésiques puissants que nous possédons) pour pratiquer, contre la volonté de la femme, une opération grave sur son corps pour sauver son enfant? Mais si la mère et l'enfant étaient également exposés à perdre la vie parce que l'embryotomie elle-même serait impossible, faudrait-il s'arrêter devant le refus de la femme (2)? On peut l'y faire consentir en lui exposant sans réticence les dangers qu'ils courent tous deux. Il n'y a pas le moindre doute que si vous demandez à une femme si elle n'aimerait pas mieux se soumettre à la provocation de l'avortement que de se faire ouvrir le ventre avec un instrument tranchant, elle ne préfère le premier moyen. Et cependant j'ai vu hésiter des femmes devant la proposition de la provocation de l'accouchement prématuré dans le double but de sauver leur enfant et de les soustraire elles-mêmes à des opérations douloureuses et dangereuses.

« Mais au moins, continue M. Cazeaux, cette affreuse opération (l'hystérotomie) assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances et de tant de dangers, offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement il n'en est rien.

Voilà une proposition ou une assertion bien plus malheureuse que les précédentes, car il est certain que le fœtus court beaucoup moins de risques de mourir dans l'opération césarienne que dans l'accouchement le plus spontané. Quelle est donc la difficulté sérieuse qui peut s'opposer à l'extraction du fœtus dans cette opération? Si plus d'un tiers des enfants ainsi mis au monde étaient morts, c'est qu'au moment de l'opération ils avaient déjà cessé de vivre. On les croyait quelquefois vivants encore, mais s'était-on bien assuré qu'ils le fussent? Jusqu'à l'époque où l'auscultation a été généralement appliquée à la grossesse, on n'avait pas de signes certains de la vie et de la mort du fœtus. Ici encore, les résultats se sont trouvés très-différents, suivant le moment du travail où l'opération a été pratiquée. Nous trouvons dans Kayser que sur 37 cas où elle n'a pas été retardée au delà de six heures après la rupture des membranes, 34 ont donné des enfants vivants, et 3 seulement des enfants morts. Aujourd'hui on n'aura plus d'enfant mort sans qu'on le sache à l'avance, et alors on n'opérera sur la mère que dans les cas où il n'y aura pas possibilité de faire autrement. J'ai pratiqué six fois l'opération césarienne, et chaque fois j'ai eu un enfant plein de vie.

» Nous connaissons maintenant les résultats de l'hystérotomie, dit M. Cazeaux, nous les utiliserons plus tard pour justifier nos conclusions. »

C'est-à-dire que vous appuyerez vos conclusions sur des faits inexacts ou sur des suppositions. Les prémisses étant fautives, les conclusions ne peuvent pas être tout à fait justes.

J'ai ensuite répondu à toutes les objections que le rapporteur de la commission a élevées contre l'opération césarienne dans le but évident de faire accepter plus facilement les conclusions de son travail. Car, si l'on peut se convaincre que la léthalité de la gastro-hystérotomie est de beaucoup moins grande que certaines statistiques sembleraient le prouver, et que des perfectionnements peuvent être apportés à cette opération, qui en diminueront encore le danger, nul doute que les circonstances où l'avortement pourrait paraître indiqué deviendront beaucoup plus rares. La question du plus ou moins de gravité de l'opération césarienne résume en elle presque tout ce côté pratique du point en litige : la provocation de l'avortement dans le but de sauver la femme d'une mort imminente.

Je n'examinerai pas avec M. Cazeaux si les théologiens ont eu raison ou tort de soutenir la thèse « *non occides* » d'une manière absolue. Il est certain pour moi que, s'il s'agissait de deux existences dont l'une dût *nécessairement* être anéantie pour sauver l'autre, il ne serait pas difficile de se justifier d'avoir sacrifié l'enfant à la mère, et je ne croirais pas ma conscience chargée d'avoir agi de cette sorte. Il n'est pas douteux non plus pour moi, que si devant les tribunaux criminels on pouvait prouver qu'on n'a provoqué l'avortement que pour sauver la mère dont la mort aurait été *inévitable* sans cela, on ne serait jamais condamné. Mais c'est justement la *nécessité* qu'il faut s'appliquer à démontrer. Et s'il existait un moyen par lequel on pût sauver la mère au moins une fois sur deux, et son fruit toujours, la justification devant les lois divines et humaines serait-elle aussi facile?

Je n'attache pas plus d'importance aux raisonnements de ceux qui, considérant la question sous le rapport moral, ont prétendu que le fœtus, dans les premiers mois de son développement, n'a pas d'existence propre,

(1) M. Van Meerbeeck, qui a défendu l'opération césarienne contre la provocation de l'avortement dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, s'est servi habilement de cette statistique pour étayer son opinion.

(2) Dans une annotation à la dissertation de M. Simonart, SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS UN BUT MÉDICAL, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE en 1846, p. 1014, le rédacteur répond à ces mêmes questions posées par M. Simonard :

« Non, s'il ne s'agissait que de sauver la vie de l'enfant; *oui, et bien certainement oui*, si, dans le cas particulier, il était démontré que la céphalotomie compromettrait davantage les jours de la mère que l'opération césarienne. »

Je suis entièrement de cet avis.

---

l'électricité sur le fil d'un cerf-volant n'a pas subi le sort de Prométhée; Jupiter sans doute ne sera pas plus méchant à l'égard de la nouvelle Pandore, et les curieux ne courent aucun risque à regarder dans la boîte. En dût-il d'ailleurs sortir, comme jadis, tous les maux de la terre, qu'on aurait grand'peine à s'abstenir. Comment! se sentir emporté avec une rapidité vertigineuse par l'ardente machine dont la respiration fait trembler le sol, et qui, semblable à une bête féroce apprivoisée, obéit au moindre geste, et ne pas éprouver un violent désir de lui scruter le flanc pour en pénétrer le mécanisme; — correspondre à d'énormes distances en quelques minutes, et ne pas s'inquiéter de savoir par quel prestige la pensée peut circuler ainsi dans l'air, dans les entrailles du sol, à travers les mers; — voir chaque jour flotter au-dessus de sa tête des navires aériens chargés de gais navigateurs, et ne pas demander où est la main qui les soutient dans l'espace; c'est tout bonnement impossible. La nature de l'esprit humain crie contre une pareille discrétion. Les sciences, sous forme d'applications usuelles, sont venues trouver le public; le public a droit de leur demander leurs secrets.

Il n'est donc rien aujourd'hui de plus conforme à l'esprit et aux besoins du temps qu'un ouvrage consacré à l'histoire des plus récentes découvertes, et qui, comme le dit expressément l'*Avant-propos*, « s'adresse spécialement à cette classe si nombreuse de personnes qui, ne possédant dans les sciences aucune notion positive, désirent cependant être initiées à leurs principes, en ce qui touche au moins les découvertes dont les résultats frappent les yeux chaque jour. » Le but, on le voit, est de vulgariser, non la science elle-même, mais les applications de la science; c'est-à-dire précisément remplir le programme que nous tracions tout à l'heure. Et c'est en vue de ce but et de cette intention avoués qu'il convient d'apprécier l'œuvre de M. Figuier. Exposer clairement l'origine, l'évolution, le caractère propre de chaque découverte, tel est son grand mérite. Les traditions de Fontenelle s'y reconnaissent aisément.

On sait par quelles phases successives passent ordinairement les découvertes avant d'arriver à leur terme, et combien il est difficile d'assigner, dans ces perfectionnements successifs et d'origine multiple, la part de chacun. Quelquefois la même découverte est faite en même temps par plusieurs personnes, comme il est arrivé pour la galvanoplastie, inventée en même temps en Angleterre par M. Spencer, et en Russie par M. Jacobi. Ou bien, l'un réalise ou perfectionne ce que l'autre conçoit ou ébauche; Daguerre après Niepce; ou bien encore, semblable au Nil, une invention se répand sans qu'on puisse remonter jusqu'à sa source; telle est celle de la poudre de guerre. On comprend ce qu'il faut de précision dans les connaissances, de justesse dans l'esprit, d'indépendance dans le caractère pour fixer la valeur de toutes les prétentions. Dans cette critique difficile en soi et très-délicate, M. Figuier ne faiblit pas. S'il a toujours, et sur toutes les questions, adopté les meilleures solutions, nous n'oserions l'affirmer, d'autant qu'il en est plusieurs sur lesquelles notre incompétence est notoire; mais l'impartialité est visible partout. C'est avec un véritable plaisir qu'on le voit dénoncer les stratagèmes de Morton, jaloux de ravir au trop confiant Jackson la gloire de la découverte de l'éthérisation; rappeler d'une façon touchante, sans rien enlever au mérite de Daguerre, les luttes infructueuses de Niepce, mort à la peine, et qui aurait légué la misère à ses enfants sans la récompense posthume votée par les chambres en 1849 — *cineri gloria sera venit*; — repousser enfin les injustes attaques dirigées par quelques savants, et trop légèrement accueillies,

qu'il appartient au corps maternel comme une plante au sol, qu'il n'a pas la conscience de lui-même, de son existence, que sa vie animale est nulle, etc. (1) Il me suffit de savoir que cette plante, que ce corps animal dépendant, est le commencement de l'homme, pour que je le respecte dans son existence autant que la créature parfaite. Sans doute cet enfant, en supposant qu'il vienne vivant au monde, a bien des chances à courir avant d'être complétement développé et de devenir un membre utile de la société. A cause de cela je ne me crois pas le droit de le faire mourir. Qui me dit qu'il ne deviendra pas un homme éminent, plus utile à son pays que sa mère contrefaite? Je pense que la question doit être envisagée sous un point de vue plus pratique que spéculatif.

La femme qui ne peut choisir qu'entre la mort de son enfant ou une opération très-dangereuse, peut-elle opter pour l'embryotomie? le médecin a-t-il dans ce cas le droit d'exécuter la volonté de la mère?

Telle est la question posée par Naegelé dans son remarquable travail, et avant lui par le célèbre Hufeland. Tous deux ont répondu que la mère a le droit de s'opposer à l'exécution d'une opération dont on lui a représenté les chances bonnes et mauvaises. C'est la mère, alors, qui assume la responsabilité de la mort de l'enfant, mort qui est inévitable, soit qu'on abandonne le fœtus à son triste sort, soit qu'on porte sur lui des instruments tranchants. Dans une pareille circonstance que doit faire l'accoucheur? Doit-il tuer l'enfant? En a-t-il le droit, ou est-ce même un devoir pour lui?

Je ne veux pas chercher à résoudre ce problème dans ce moment, car cette question ne rentre que secondairement dans celle de la provocation de l'avortement, quoiqu'on dise: si vous admettez ce droit, vous êtes forcé d'admettre l'opportunité de l'avortement provoqué. On pourrait répondre que, pour ne pas tuer l'enfant quand il est viable, il faut le laisser mourir. Mais, dira-t-on, n'est-ce pas la même chose? Le sort de l'enfant sera sans doute le même, mais il ne mourra pas de votre volonté, de votre fait. En laissant mourir l'enfant quand la mère s'oppose à une opération par laquelle il aurait pu être sauvé, c'est elle, la mère, qui le fait périr, c'est elle qui a la responsabilité de la mort de son fruit. Si, au contraire, l'accoucheur tue l'enfant sachant qu'il est en vie, il exerce un acte de complaisance envers la mère, acte dont la moralité est très-discutable. Mais, dira-t-on encore, si vous ne tuez pas l'enfant, si vous attendez qu'il ait péri de sa propre mort, vous exposez la mère à de graves dangers par suite de la prolongation du travail. C'est possible, c'est probable dans un certain nombre de cas, mais la mère l'a voulu ainsi en se refusant à souffrir et à exposer sa vie pour sauver celle de son enfant. Une mère voyant son enfant dans un grand péril ne doit-elle pas exposer sa vie pour l'en retirer?

Mais encore une fois, ceci n'est pas la question portée devant l'Académie de médecine. Il ne s'est pas agi de savoir si la femme a le droit de s'opposer à l'opération césarienne, que, bien à tort suivant moi, et en se fondant sur la trompeuse statistique, on considère comme mortelle dans les trois quarts des cas; on lui a demandé si une femme mal conformée, au point de ne pas pouvoir accoucher d'un enfant vivant au terme de la viabilité, a le droit d'exiger qu'on la fasse avorter, ou si le médecin, après avoir constaté cette impossibilité, *a le droit* de provoquer l'avortement, *et si on peut lui en faire un devoir pratique*.

La femme a-t-elle le droit d'exiger qu'on la fasse avorter, ou peut-elle provoquer sur elle l'avortement sans être justiciable, criminelle en un mot?

Il faut d'abord supposer que la femme connaisse son état, sache qu'elle est conformée de manière à ne pas pouvoir accoucher d'un enfant vivant. Or comment peut-elle le savoir si le médecin ne le lui a pas dit? Elle a donc consulté un accoucheur.

Dans ce cas *elle est déjà enceinte* ou *elle ne l'est pas encore*.

Si elle est devenue enceinte sans savoir à quoi elle s'exposait (ce qui est presque impossible), elle mérite toute notre sollicitude. Mais alors est-il si facile de dire qu'elle ne pourra pas accoucher par les voies normales? Est-il facile de reconnaître dans une première grossesse l'impossibilité absolue de l'expulsion d'un enfant vivant? Les faits sont assez nombreux qui prouvent que cela est très-difficile. Combien, par exemple, ne connaissons-nous pas de cas dans lesquels l'opération césarienne était considérée comme unique chance de salut pour l'enfant et pour la mère, et où cette dernière s'est délivrée spontanément! Sans doute il en est aussi où il est facile d'apprécier l'étroitesse absolue du bassin, mais ils sont rares. Ne vaut-il pas mieux le plus souvent attendre, sinon la fin de la grossesse, du moins le terme de la viabilité de l'enfant, pour savoir ce qui est possible? Si alors l'événement démontrait l'impossibilité d'un enfantement à terme viable, il serait du devoir du praticien de le déclarer à la femme, et du devoir de la femme de ne plus s'exposer à devenir enceinte, sans quoi on pourrait lui reprocher de s'être mise sciemment dans le cas de subir l'opération césarienne ou de tuer son fruit.

Si l'accoucheur était consulté par une personne mal conformée pour savoir si elle pourrait avoir des enfants dans le cas où elle se marierait, et qu'il eût déclaré qu'il y avait impossibilité, que la femme se mariât néanmoins (1), serait-elle encore excusable? ou faudrait-il l'encourager à s'unir en mariage, en lui disant que si elle devenait enceinte on la ferait avorter? ce serait, à mon avis, une grande immoralité. A plus forte raison, si cette personne était fille, connaissait son état, et s'exposait de nouveau à une grossesse, avec l'espoir qu'on provoquerait sur elle l'avortement, et qu'elle échapperait de cette manière à un danger auquel elle s'était volontairement exposée. Est-ce là une conduite à encourager? C'est pourtant le cas de M. Lenoir, et qui doit servir d'exemple au praticien, c'est ce que l'Académie devait approuver.

Je concevrais qu'on cherchât à épargner une opération dangereuse à une mère de famille, qui, par suite de maladie ou d'accident, aurait eu un rétrécissement pelvien (2), et qui, sans connaître le danger auquel elle était exposée, serait devenue enceinte. Dans ce cas on aurait pour but et pour excuse de sauver d'un péril imminent une femme qui a payé son tribut à la société, une mère d'enfants qui ont besoin de son exis-

(1) Osborn, pour justifier les cruautés exercées sur les enfants renfermés dans le sein maternel, a soutenu qu'aussi longtemps que le fœtus tient à la mère, *il est insensible*; que par conséquent on ne lui fait aucun mal en le tuant dans la matrice.

(1) Ce qui est arrivé plus d'une fois. J'en ai eu deux exemples frappants dans mon cercle d'observations.

(2) Par ostéomalacie, par exemple, maladie qui se développe et fait des progrès rapides pendant la grossesse même.

---

contre l'une des plus magnifiques découvertes des temps modernes, la découverte de la planète Leverrier.

A ce sujet, nous ferons une remarque. Une histoire des découvertes contemporaines, quand on y apporte le soin convenable, a un genre d'utilité tout spécial que ne saurait présenter une étude de pure critique historique. Obligée d'entrer dans tous les détails de l'invention, depuis le germe jusqu'à parfait développement; de faire connaître tous les moyens qui ont empêché ou facilité la réussite; de peser les prétentions rivales; de compulser les pièces; de consulter même des témoignages oraux; elle conserve ainsi une foule de documents précieux que l'avenir eût oubliés ou n'eût même jamais connus. On trouvera, par exemple, dans les notes de l'ouvrage de M. Figuier le texte d'un traité d'association contre Niepce et Dagnerre; des certificats d'élèves de M. Jackson constatant son droit de priorité à la découverte de l'éthérisation, et *passim* un très-grand nombre de renseignements du plus haut intérêt.

Le style est clair dans l'HISTOIRE DES DÉCOUVERTES, autant que l'exposition est méthodique. Cet éloge qui pourrait paraître banal mérite d'être expliqué. La clarté est toujours très-difficile, parce qu'elle est le résultat de plusieurs qualités elles-mêmes peu communes; elle suppose une conception nette du sujet, une grande logique dans l'enchaînement des idées, l'habitude de manier la langue. Mais la clarté a des difficultés particulières pour qui prétend à vulgariser des notions qui sont, de leur nature, un peu abstruses. Très-certainement, il est moins malaisé d'écrire une page de science pure à l'usage des savants que de la mettre, sans lui rien ôter de sa clarté, à la portée de tout le monde. La raison en est palpable. Une science a sa technologie propre qui offre à l'écrivain des expressions toutes faites et même souvent des tours tout faits pour rendre sa pensée; sa besogne se trouve par là notablement allégée. Au contraire, celui qui veut faire entrer la science dans des esprits non préparés se trouve arrêté précisément aux endroits où le premier trouvait des facilités, et le style a conséquemment pour lui double exigence; il lui impose les qualités exigées à tout écrivain et, en outre, de plier la langue commune à un usage insolite. Quand donc nous louons M. Figuier de sa clarté, nous entendons lui adresser le compliment le plus flatteur dans l'espèce. C'est d'ailleurs une qualité qui, dans son style, s'élève notablement au-dessus des autres.

Enfin, en ne perdant jamais de vue la classe de lecteurs à laquelle il s'adressait, l'auteur a saisi avec habileté les occasions de quitter momentanément la science, pour quelques excursions sur un terrain moins aride. On devine aisément combien l'étude des découvertes modernes doit ouvrir de points de vue sur les arts, le commerce, l'industrie. De là autant d'échappées par lesquelles le goût, la variété des connaissances, la finesse d'observation, peuvent se donner carrière. M. Figuier a, en ce genre, des pages extrêmement heureuses. Nous voulons en citer une qui fera naître certainement l'envie de connaître les autres et donnera une idée de la manière de l'auteur. Il s'agit du daguerréotype et du rôle qui lui appartient dans les arts physiques. « L'art, dit M. Figuier, n'imite pas, mais transforme; pour traduire la nature, il s'en écarte; pour copier, il invente; pour reproduire, il crée. L'identité n'est pas le problème de la peinture; sans cela, le trompe-l'œil serait le *nec plus ultrà* de la peinture. Le beau visible n'est pas le beau de l'art. Ce qui ressemble dans un tableau n'est pas précisément ce qui est semblable au modèle, mais seulement ce qui rap-

tence, la compagne d'un homme qui la respecte et la chérit. Mais je ne comprends pas que ce bénéfice puisse échoir à toutes les femmes indistinctement. On m'accusera peut-être de vouloir compter parmi les motifs de ma détermination le caractère moral et social de la femme. On a dit que cette appréciation n'est pas dans le droit du médecin, est même contraire au sentiment chrétien. Mais avons-nous le droit, est-il conforme au sentiment chrétien *de tuer trois fois* le fruit de la conception, pour ne pas exposer la vie d'une pécheresse endurcie qui est encore bien loin d'être une Madeleine ?

Vous touchez tout à fait à la question théologique, et je doute que les théologiens vous donnent raison.

« Le droit de mutiler le fœtus étant reconnu légitime, dit très-habilement M. Cazeaux, deux mots suffiront pour légitimer l'avortement provoqué. Dans ce dernier cas, on sacrifie l'enfant; mais la provocation de l'avortement ne fait courir aucun des dangers auxquels expose l'embryotomie pratiquée à terme. » (1)

Vous auriez parfaitement raison si la nécessité de pratiquer l'embryotomie pouvait être reconnue dès le commencement de la grossesse; mais, dans la plupart des cas, on ne fait cette opération que parce que la grossesse est arrivée à terme avant qu'on ait pu constater l'étroitesse du bassin. D'ailleurs, souvent, très-souvent même, on a réussi à obtenir un enfant vivant et viable en provoquant l'accouchement prématurément dans des cas où la perforation du crâne avait été faite une ou plusieurs fois. Dans des cas de cette nature, l'embryotomie est pour ainsi dire justifiée. Elle a été pratiquée pour faire disparaître *un danger momentané*, avec l'espoir fondé d'obtenir plus tard des enfants vivants par l'accouchement prématuré. Il ne peut donc être question de provoquer l'avortement que pour obvier en danger d'une étroitesse absolue, c'est-à-dire dans des circonstances où la provocation de l'accouchement prématuré ne donnerait pas l'espoir d'obtenir un enfant vivant, et où le démembrement du fœtus exposerait au moins autant la vie de la mère que l'opération césarienne, et sacrifierait nécessairement l'enfant. Mais une fois le danger reconnu et la femme avertie, elle s'expose volontairement à subir l'embryotomie ou la gastro-hystérotomie.

« Nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédents de la malade qui réclame notre assistance, dit M. Cazeaux. Pour nous, la seule question à résoudre, à la seconde, à la troisième, comme à la première grossesse, est celle-ci : La conformation de cette femme permet-elle l'extraction d'un enfant viable (2)? »

En acceptant ces principes, l'accoucheur ne serait que l'exécuteur des volontés d'une femme, n'importe dans quel état de santé et de moralité elle se trouverait. Toute femme, n'importe de quelle trempe, pourvu qu'elle fût contrefaite au point de ne pas pouvoir donner le jour à son enfant, aurait le droit de le tuer avant qu'il ne fût viable, afin de ne pas courir le danger de l'opération césarienne; l'accoucheur aurait le devoir de le faire. Où est alors le droit de vie et de mort (*jus vitæ et necis*) qui revient au médecin, si on lui fait un devoir de tuer l'un pour conserver l'autre, mais non pour épargner à la partie la plus forte, qui a cependant fait surgir volontairement son adversaire, les chances d'une opération grave? Je crois que le rôle de l'accoucheur n'est pas aussi passif; je crois que le médecin a bien réellement un *droit*, mais dont il ne lui est pas permis d'abuser sans encourir de blâme de ses semblables, les remords de sa conscience, la sévérité des lois. C'est avec raison, suivant moi, qu'on s'est opposé à l'adoption d'une conclusion aussi formelle que celle qui a été proposée par la commission chargée d'examiner le travail de M. Lenoir. Il faut abandonner quelque chose au jugement du praticien; il faut lui laisser subordonner sa conduite aux cas particuliers qu'il peut rencontrer. Tout ce que l'on peut dire, je crois, est: *Licet medico interdum abortum adjuvare* (Nægelé); mais poser une règle me paraît pour le moment une chose inopportune. On s'est fait longtemps des scrupules en France pour adopter une opération obstétricale destinée à sauver à la fois la mère et l'enfant, seulement parce que cette opération interrompt le cours normal de la grossesse, et on ne s'en ferait aucun pour encourager l'adoption d'une pratique qui pourrait conduire à des abus condamnables!

La discussion qui s'est élevée à l'Académie a eu son bon côté : elle a donné à réfléchir sur la question la plus grave et la plus délicate qui puisse être agitée en obstétricie. Avant d'avoir entendu toutes les opinions, beaucoup de personnes ont dû être séduites par les arguments de M. Cazeaux; mais ceux de ses adversaires sont venus affaiblir la portée de beaucoup d'entre ses propositions, plus spécieuses que solides. Pour moi, je pense que, dans une question aussi épineuse, qui touche à la fois à la morale, à la religion, à la loi et à l'art, on ne saurait prendre trop de précautions pour arriver à une solution qui ne froisse ni les intérêts de la société ni ceux de l'humanité. A mon avis, l'Académie aurait dû adopter les conclusions proposées par plusieurs membres, « remercier M. Lenoir et déposer son travail dans les archives. » En les acceptant telles qu'elles ont été formulées en second lieu par la commission, l'Académie a positivement approuvé la triple provocation de l'avortement chez la fille Gros. Et qui ne se croirait pas en droit maintenant d'en agir ainsi dans un cas analogue? Fortes de l'assentiment du premier corps médical de la France, bien des personnes peut-être auront recours dorénavant à ce moyen si facile et si simple.

Ce sont là, suivant moi, les fruits de l'introduction en France de certains principes égoïstes d'une nation voisine, principes qui, professés et pratiqués ouvertement, ont été accueillis avec avidité par des élèves devenus maîtres à leur tour, et qui en poussent maintenant les conséquences à leurs dernières limites.

Telle est, monsieur, ma manière de voir sur la provocation de l'avortement dans les cas d'étroitesse considérable du bassin. Dans ma prochaine lettre, je dirai ce que je pense de l'avortement provoqué, dans

(1) Burns (PRINCIPLES OF MIDWIFERY, 8e édit., 1832, p. 471-472) dit : « Cette objection est plus spécieuse que solide. Ceux qui la soulèvent ne se feront probablement pas scrupule d'employer le crochet dans les mêmes circonstances, et où est alors la différence pour l'enfant?

Rien de plus juste que le raisonnement de Burns; mais il oublie de parler de l'opération césarienne. Il est vrai qu'il n'en traite qu'après avoir résolu cette question.

(2) Burns a déjà raisonné ainsi dans le passage que j'ai cité plus haut :

« Jusqu'à quel point, dit-il, il est convenable (proper) que des femmes dans cette position fassent des enfants, cela ne nous regarde pas. Je dirai qu'elles ont tort; mais il n'en est pas moins certain que quand elles sont grosses, il faut les secourir. »

Je répéterai que Burns pensait à l'embryotomie comme unique ressource.

---

pelle à notre âme l'impression que le modèle y a laissée. » Puis passant à la valeur artistique du daguerréotype, voici en quels termes il la définit :

« Si, dans les arts, l'imitation, au lieu d'être un but, est simplement un moyen; si les œuvres des grands maîtres vivent par la pensée qu'elles expriment et non par la vérité de la reproduction matérielle....., il faut reconnaître que, à ce titre, la valeur des images daguerriennes est presque nulle. Quand il reproduit les scènes changeantes du monde qui nous entoure, le daguerréotype nous montre des copies admirables dont la perfection dépasse assurément tout ce que la main de l'homme exécutera jamais; mais c'est là tout. Le seul sentiment que ces calques merveilleux puissent exciter en nous est celui d'une curiosité stérile, sentiment qui renaît à chaque exhibition nouvelle et qui, par conséquent, renaît affaibli. L'admiration qu'ils inspirent parle aux sens et ne va pas au delà. Ils charment les yeux armés de la loupe, non l'esprit; l'œil est ravi, l'âme est muette..... Tous les artistes qui ont essayé de tirer parti du daguerréotype n'ont rien appris, rien utilisé de ses services, et l'on peut juger par là de l'injustice des reproches adressés à quelques peintres accusés de l'avoir copié. Il ne faut pas avoir beaucoup fréquenté les ateliers pour savoir que M. Meissonnier, l'éminent artiste auquel nous devons les pages spirituelles où respire toute la vie qui anime les tableaux de Terburg et de Metzu, a eu souvent à se défendre de semblables reproches. »

Ce sont là des remarques aussi fines que justes.

Un livre du genre de l'HISTOIRE DES DÉCOUVERTES ne s'analyse pas; on n'en peut donner que le caractère général. Nous aurons rempli notre but, si nous avons seulement inspiré au lecteur le désir de se procurer une satisfaction que nous nous sommes donnée à nous-même, celle de prendre communication de l'ouvrage depuis le premier chapitre jusqu'au dernier.

A. DECHAMBRE.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1852—53. Ont été élus : M. Bouvier, vice-président pour l'année précédente, président; M. Requin, vice-président; M. Roger (Henri), secrétaire général; MM. Bouchut et Léger, secrétaires particuliers; M. Labric, trésorier.

Ont été nommés membres du conseil d'administration : MM. Brichetean, Gillette, Grisolle, Monneret, Valleix; et, pour le comité de publication : MM. Labric, Léger, Marrotte, Requin, Roger (Henri).

— La Société médico-psychologique, dont nous avons parlé dans un de nos derniers numéros, s'est constituée, sauf approbation ministérielle. Elle a nommé président, M. Ferrus; vice-président, M. Gerdy; secrétaire général, M. Dechambre; secrétaire particulier, M. Brierre de Boismont; secrétaire adjoint et trésorier, M. Michéa.

— Notre ami et collaborateur, le docteur Dechambre, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

le but de faire cesser les vomissements incoercibles des femmes enceintes.

STOLTZ,
Professeur à la Faculté de Strasbourg.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES CHANGEMENTS VASCULAIRES QUE PROVOQUE LA LOCALISATION INFLAMMATOIRE, PRÉCÉDÉ D'UNE ESQUISSE HISTORIQUE DES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'INFLAMMATION; par M. le docteur LEBERT. (Communiqué à la Société de biologie dans la séance du 6 mars 1852.)

Le mémoire que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux du lecteur n'est qu'un fragment d'un travail plus étendu et plus général sur les altérations de la nutrition avec prédominance des troubles dans la circulation capillaire.

Ne présentant aujourd'hui des détails que sur un point limité de l'inflammation, je dois cependant en quelques mots résumer ma manière de voir sur un ordre d'affections qui, depuis le commencement des études exactes en médecine, a si constamment préoccupé des pathologistes d'une haute distinction.

On a d'abord envisagé l'inflammation sous le point de vue de sa localisation vasculaire seulement, localisation qui, disons-le de suite, a été incomplètement observée et fautivement interprétée jusque dans ces derniers temps. Plus tard l'idée d'un trouble nutritif dans l'inflammation a peu à peu gagné du terrain dans la science. Elle a fait la base des travaux de Bennett sur ce sujet, elle a été poussée à l'extrême par un observateur distingué, par M. le professeur Kness (de Strasbourg), qui, voyant la préoccupation exclusive par rapport aux vaisseaux, est allé trop loin dans un sens opposé, en envisageant la localisation phlegmasique comme provenant essentiellement d'une altération primitive des parties extravasculaires.

Comme dans toutes ces recherches on n'avait pas toujours tenu suffisamment compte de l'influx nerveux, une tendance nouvelle a bientôt surgi, dans laquelle on a fait jouer au système nerveux non-seulement un rôle, mais le rôle initial et fondamental dans la production des phénomènes de l'inflammation. C'était une doctrine également fort exagérée, qui aujourd'hui est réduite à sa valeur juste et très-limitée.

Nous sommes profondément convaincu que tout en ne négligeant l'étude d'aucun des éléments qui entrent dans la composition d'un tissu ou d'un organe enflammé, il faut prendre la question de beaucoup plus haut et avant tout se rendre compte et se pénétrer de la doctrine que l'inflammation n'est pas une maladie essentielle, mais un simple reflet morbide, naissant sous l'influence des causes générales les plus variées. Dans notre grand travail sur l'inflammation, nous motivons cette manière de voir; nous devons nous contenter ici de l'énoncer seulement, à cause de l'espace restreint réservé, nous le répétons, à l'étude d'un point spécial de la localisation phlegmasique.

L'essentialité de l'inflammation étant donc pour nous ébranlée dans ses fondements, nous allons avant tout donner en quelques mots notre définition de ces phénomènes locaux similaires qui font des phlegmasies un groupe morbide qu'il est aussi téméraire de vouloir rayer du cadre nosologique qu'il est inconsidéré de faire dominer par eux la pathologie tout entière.

L'inflammation consiste en une hypérémie avec gêne circulatoire, suivie de l'exsudation d'un liquide non nutritif ou d'un suc nutritif très-modifié qui n'est pas organisable au delà du tissu fibroïde.

En faisant abstraction ici des causes, nous voyons paraître en premier lieu l'hypérémie; celle-ci s'accompagne bientôt de la contraction d'un certain nombre de petites artères, suivie de dilatation. La circulation étant gênée, par suite de la contraction artérielle primordiale, le sang a bientôt distendu les capillaires et les radicules veineuses, et pour peu que cet état se soit prolongé, la dilatation consécutive des vaisseaux ne fait qu'augmenter la gêne circulatoire.

Arrive alors un second élément essentiel, l'exsudation. Le liquide exsudé est d'abord semblable à celui de la portion liquide du sang et au liquide nutritif de chaque partie, mais il ne tarde pas à en différer en ce sens qu'il est, ou résorbé, en laissant les parenchymes plutôt atrophiés, ou qu'il s'organise pour son propre compte sans nourrir davantage la partie dans laquelle il est déposé. Cette organisation ne va en général pas au delà de la formation d'un tissu fibroïde, fibrillaire, cicatriciel, connectif (tissu cellulaire des anatomistes).

L'inflammation, en modifiant le suc nutritif et en lui substituant bientôt une matière qui en diffère complétement, nuit donc par cela même à la nutrition, mais rien ne nous autorise à admettre avec Bennett, Simon, Kness, et d'autres pathologistes, que l'altération nutritive constitue le phénomène initial dont l'altération circulatoire ne serait que la conséquence secondaire.

Cette manière de voir n'est pas infirmée par le fait que l'hypertrophie succède, dans certaines circonstances, à l'inflammation. Ce n'est pas l'exsudation phlegmasique qui s'est transformée en tissu de l'organe; mais c'est en vertu de l'afflux plus grand du sang qui a succédé à une hypérémie, avec gêne circulatoire peu considérable ou passagère, que le liquide nutritif a été transsudé en plus forte proportion, et lorsqu'il y a eu exsudation, ce travail hypertrophique est plutôt circonvoisin que limité au foyer inflammatoire. En général, l'inflammation, celle surtout qui s'est terminée par l'exsudation corpusculaire, est en quelque sorte l'ennemie de la nutrition et tend à provoquer l'atrophie. Il y a donc à la fois solidarité et antagonisme entre l'état de la nutrition et l'inflammation.

Dans le travail plus général auquel j'ai fait allusion plus haut, je me suis bien gardé d'aborder d'emblée l'étude des altérations phlegmasiques. J'ai commencé par y passer en revue ses phénomènes physiques, tels qu'ils se présentent au clinicien et les troubles fonctionnels qui l'accompagnent, en étudiant avec un soin tout particulier la valeur de la fièvre dans ce groupe morbide. J'ai ensuite passé en revue les causes et les diverses formes de l'inflammation, introduction nécessaire pour faire comprendre un travail dont le but était avant tout doctrinal, basé sur la coordination des matériaux fournis par l'observation.

Ces remarques préliminaires servant de justification pour ainsi dire à la nature fragmentaire de ce travail, j'aborde avant tout l'esquisse historique des travaux récents sur l'inflammation pour mettre ainsi le lecteur à même de suivre les progrès successifs qui ont enrichi la science sur ce sujet, dans les temps les plus rapprochés du moment actuel.

HISTORIQUE.

Tout en rendant hommage aux beaux travaux de Hunter, de Broussais, de Kaltenbrunner, de Thompson, de Hastings, de Emmert et de tant d'autres écrivains distingués, nous commençons par les travaux hématologiques qui, bien que faits déjà en 1841 et 1842, n'ont été résumés d'une manière complète et ne commencent à faire époque qu'à partir de la publication de l'hématologie pathologique de M. Andral (1). Nous trouvons dans cet ouvrage des recherches chimiques très-étendues sur l'état du sang dans les phlegmasies et dans beaucoup d'autres maladies. Nous y constatons cette réserve philosophique qui a permis à ce pathologiste éminent d'éviter, sur ce champ presque tout nouveau, les écarts de l'exagération et les doctrines exclusives. L'augmentation de la fibrine y est indiquée comme le caractère essentiel du sang pour l'inflammation. Nous ne croyons pas cependant que l'avenir laisse cette doctrine intacte. Nous savons que la fibrine n'augmente pas moins dans le sang des femmes enceintes, en même temps que l'anémie se développe et sans qu'il existe d'état phlegmasique. Nous savons de plus, par les travaux de Fanvel et de MM. Becquerel et Rodier, que dans le scorbut la quantité de fibrine augmente aussi dans le sang. Nous objecions enfin à toute cette doctrine qu'elle a pris pour base de l'examen hématologique les opinions reçues, mais pas toujours fondées, sur l'inflammation. On s'est servi pour point de départ de la signification antérieure de l'état phlegmasique, et l'analyse chimique n'a nullement été invoquée comme pierre de touche de la justesse de cette appréciation. Ayant trouvé, par exemple, que, dans ces cas, la fibrine avait augmenté, on leur a opposé la classe des pyrexies comme groupe particulier de maladies, parce que la fibrine y tendrait toujours à diminuer. Eh bien! pour nous, il existe des liens nombreux entre les pyrexies et les phlegmasies et, disons de suite à ce sujet le fond de notre pensée, nous ne regardons ni les unes ni les autres comme des maladies essentielles, mais comme de simples reflets morbides de causes plus profondes. Envisagée de cette façon, la question est placée sur un tout autre terrain, et tout en admettant la différence qui ressort de l'augmentation ou de la diminution de la fibrine, nous ne souscrivons pas à la conclusion toute ontologique que notre science arriérée en a tirée.

La méthode introduite dans la science par les travaux de MM. Andral et Gavarret a été perfectionnée par MM. Becquerel et Rodier (2). Nous sommes redevables à ces auteurs de recherches fort utiles qui ont porté surtout davantage sur le sérum du sang que celles de leurs prédécesseurs. C'est

(1) Andral, HÉMATOLOGIE PATHOLOGIQUE. Paris, 1843.

(2) Becquerel et Rodier, RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE. Paris, 1844. — NOUV. RECHERCHES, ETC. Paris, 1846.

grâce à ces deux savants que M. Fauvel (1) a obtenu le résultat remarquable, déjà cité, de l'augmentation de la fibrine dans le scorbut.

A cette occasion, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer le désir que des recherches nouvelles et beaucoup plus minutieuses soient faites sur le sang dans ces maladies, et que l'on s'occupe surtout un peu plus des modifications que peuvent subir les parties fixes et salines du sang.

Jusqu'à ce que la science soit plus avancée, nous préférerions qu'on enregistrât plutôt les résultats de ces analyses que de les faire servir, d'une manière prématurée, de principe de classification.

Parmi les travaux importants de cette époque, nous citons celui de Hugues Bennett (2) d'Édimbourg qui, dès 1844, insista sur les troubles nutritifs de l'inflammation. Seulement son attraction augmentée entre le parenchyme et le sang comme cause du travail phlegmasique est une de ces hypothèses vitalistes plus ingénieuses que satisfaisantes et démontrée par des preuves positives. L'exsudation est indiquée, avec raison, comme un des caractères importants de l'inflammation. Bien que nous n'admettions plus aujourd'hui la séparation des éléments corpusculaires de l'exsudation en plastiques, exsudatifs et purulents, nous trouvons cependant dans ce travail de fort bonnes remarques sur l'exsudation en général et sur l'influence qu'elle subit par la structure élémentaire des organes, par l'état général de la santé et par la marche progressive de l'inflammation.

Nous retrouvons les doctrines de cet auteur, perfectionnées par les progrès ultérieurs de la science, dans son ouvrage sur le cancer, publié en 1849, et dans ses leçons cliniques de 1850. Ses doctrines sur l'exsudation et les produits phlegmasiques en général sont exposées dans un fort bon esprit.

Le travail qui vient en date après le précédent est celui que j'ai publié en 1845, dans ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE (3). J'ai cherché à y tracer, d'après des matériaux tout originaux, l'histoire anatomique et physiologique des changements phlegmasiques dans le sang, dans les capillaires, dans les produits exsudés. C'est à cette époque que j'ai décrit le premier les globules pyoïdes. Quant aux globules agminés de l'inflammation, j'ai considérablement modifié mes opinions à leur égard; toutefois, j'y ai déjà nettement exprimé l'opinion que leur contenu était plutôt de nature graisseuse que fibro-albumineuse (p. 34). J'y trouve également, à la page 11, la description d'un fait qui, signalé dans ces derniers temps comme un des phénomènes de l'inflammation, par MM. Bruecke et Warton-Jones, n'avait pas alors frappé les observateurs, c'est le fait que les petites branches des vaisseaux, dans les parties enflammées, étaient souvent plus larges que les troncs desquels elles provenaient, qu'il y avait, en un mot, inégalité de calibre avec contraction du tronc et disproportion pour la largeur, entre le tronc et les branches.

L'extrême fréquence et l'importance de l'hémorrhagie capillaire dans l'inflammation n'avait guère été signalée avec quelques développements par les auteurs antérieurs.

J'ai établi aussi, en parlant de la guérison des plaies, que le pus rendait au corps, en tissu fibroïde et cicatriciel, une partie des éléments que l'exsudation avait soustraite au sang. J'ai rapporté ensuite le résultat de mes recherches sur l'inflammation étudiée dans les divers tissus et organes.

Peu de temps après la publication de ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, Vogel (4) a fait paraître son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, dans lequel il a supprimé l'inflammation comme un état morbide particulier. A l'exemple d'Andral, il traite séparément de l'hypérémie et de l'exsudation. Nous rendons justice à l'instinct de l'auteur, qui a bien senti que l'inflammation, telle qu'on l'a le plus souvent présentée, était une entité beaucoup trop absolue, mais nous ne pensons pas qu'on puisse séparer les divers éléments dont la succession et la combinaison constituent l'état phlegmasique; seulement nous ne regardons pas cet état comme une espèce morbide, comme une maladie essentielle. Nous retrouvons dans l'ouvrage de Vogel un exposé exact et consciencieux des principaux éléments de l'exsudation inflammatoire, et n'oublions pas que c'est lui qui, en 1838, nous a dotés de la première monographie un peu complète sur le pus et la suppuration (5).

Rokitansky (6) a publié, en 1846, le premier volume de son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ouvrage dont le second et le troisième volume avaient déjà paru antérieurement. La partie spéciale de cet ouvrage est très-riche en observations exactes, mais la partie générale est, dans quelques parties, un peu dominée par des idées systématiques. Tout ce qui se rattache, entre autres, à la composition du sang et à l'exsudation inflammatoire est classé dans des catégories qui ne sont pas nettement séparées en réalité, et qui montrent entre elles tous les passages intermédiaires.

Nous manquerions cependant à notre conviction si nous n'ajoutions pas, qu'à côté de divisions factices et de points de vue beaucoup trop théoriques, l'auteur fait preuve partout d'une grande expérience, d'un esprit profond et d'un rare talent d'observation. Si on lit avec critique tout ce que Rokitansky a écrit sur l'inflammation et sur l'exsudation, et abstraction faite des défauts signalés plus haut, cette partie de son ouvrage est à la fois instructive et parsemée de remarques d'un haut intérêt.

Nous plaçons, parmi les travaux modernes les plus importants sur l'inflammation, les deux mémoires de Reinhardt (1) sur la formation des produits de l'inflammation, et celui sur les cellules granuleuses. Nous trouvons, dans le premier des deux travaux, une fort bonne description de la pyogénie; dans le second, l'auteur développe, avec autant de savoir que de sagacité, des doctrines neuves sur la signification et l'origine des cellules agminées et granuleuses. On sait que tous les pathologistes, depuis Gluge qui les a décrites le premier, ont regardé ces cellules comme propres à l'exsudation inflammatoire. Dans ce mémoire, l'auteur établit que toute espèce de cellules, tant normales que pathologiques, peut, par une infiltration granulo-graisseuse, subir la transformation en globules agminés. Toutefois, il va trop loin en les regardant toujours comme de formation secondaire. Les recherches de Gluge, de Bruch, de Bennett, et surtout le travail récent de Sanderson (2) sur la métamorphose des corpuscules sanguins, prouvent la possibilité de la formation essentielle de ces cellules granuleuses, puisque ce dernier observateur les a même vues naître autour de globules sanguins. Nous trouvons également les opinions de Reinhardt trop absolues à l'endroit des globules pyoïdes, point sur lequel nous reviendrons plus tard.

En 1849 parurent à Paris deux thèses sur l'inflammation, l'une de Broca (3), sur la propagation de l'inflammation; l'autre de Maquet (4), sur l'inflammation des membranes séreuses. L'une et l'autre traitent, d'une manière plus complète que cela n'avait été fait jusque-là, de l'extension du travail phlegmasique. Sans vouloir diminuer en rien le mérite incontestable de la seconde de ces deux thèses, nous reviendrons plus tard avec bien plus de détails sur la première, qui est antérieure de date et qui s'occupe plus particulièrement de la propagation proprement dite de l'inflammation. Un bon esprit d'observation, des notions anatomiques profondes et une grande indépendance d'esprit, caractérisent cette excellente thèse de Broca.

Les leçons de Paget (5) sur la régénération et sur l'inflammation, faites au collége des Chirurgiens, les unes en 1849, les autres en 1850, donnent un fort bon résumé de l'état le plus avancé de la science sur toutes ces questions. Il règne, dans cette publication, une vaste érudition, surtout pour les travaux modernes, et on y trouve des notions physiologiques aussi bien que pathologiques, recueillies dans la direction du progrès. Toutefois, nous regrettons d'y trouver des idées un peu confuses sur la valeur et la forme des diverses espèces de cellules qui prennent naissance dans les épanchements inflammatoires. Nous aurions aimé aussi ne plus y rencontrer le terme en tout point arriéré de lymphe coagulable, comme synonyme de l'exsudation phlegmasique. Pour quiconque a observé la lymphe humaine, sortant fraîchement d'une varice lymphatique, par exemple, il ne restera pas de doute que la lymphe physiologique est toujours ce qu'il y a de plus coagulable; au bout de quelques minutes déjà après la sortie du corps, un caillot s'y est formé et l'exsudation phlegmasique est à coup sûr infiniment moins coagulable. Celle-ci se distingue en outre de la lymphe par tous ses caractères physiques et chimiques, et vouloir confondre les globules de la lymphe avec les globules du pus, est contraire à l'observation exacte. Nous n'appliquons pas cette remarque à Paget particulièrement, mais à ceux parmi les micrographes modernes qui rêvent un progrès dans leur prétendue unité de l'exsudation.

Bruecke (6), professeur de physiologie à Vienne, a publié en juin et en juillet 1849, dans les actes de l'Académie de Vienne, quelques remarques

(1) Fauvel, MÉMOIRE SUR LE SCORBUT. Paris, 1847 (extrait des ARCHIVES GÉN. DE MÉDECINE).

(2) Bennett, TREATISE ON INFLAMMATION. Édimbourg, 1844.

(3) Lebert, PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. Paris, 1845, t. I, p. 1 à 350.

(4) Vogel, ALLGEMEINE PATHOLOGISCHE ANATOMIE. Erlangen, 1845.

(5) Vogel, UEBER EITER UND EITERBILDUNG. Erlangen, 1838.

(6) Rokitansky, ALLGEMEINE PATHOLOGISCHE ANATOMIE. Wien, 1836.

(1) Reinhardt, UEBER DIE GENESIS DER ENTZUENDUNGS-PRODUCTE. TRAUBE BEITRÆGE. Berlin, 1846, t. I, p. 145-226. — UEBER ENTSTEHUNG DER KOERNCHENZELLEN. VIRCHOW'S ARCHIV., t. I, p. 20-71.

(2) Sanderson, ON THE METAMORPHOSIS OF THE BLOOD-CORPUSCLES. EDIMBURGH MONTHLY JOURNAL, sept. 1851.

(3) Broca, THÈSE SUR LA PROPAGATION DE L'INFLAMMATION. Paris, 1849.

(4) Maquet, THÈSE SUR L'INFLAMMATION DES MEMBRANES SÉREUSES ET SYNOVIALES. Paris, 1849.

(5) Paget, LECTURES ON REPAIR AND REPRODUCTION. LONDON MEDICAL GAZETTE, 1849. — LECTURES ON INFLAMMATION. LOND. MED. GAZ., 1850.

(6) Bruecke, BEMERKUNGEN UEBER ENTZUNDUNG. SITZUNGSBERICHTE DER WIENER ACADEMIE, juin et juillet 1849.

sur l'inflammation, qui ont cela d'important que cet auteur y signale, le premier, la contraction initiale des artères, dont les branches et les capillaires terminaux sont le siége des phénomènes hypérémiques et inflammatoires. Le premier aussi il formule, contre les idées très-répandues de Henle, la loi du ralentissement de la circulation par suite de la contraction des artères. La dilatation des vaisseaux capillaires et des veines en est la conséquence toute naturelle, sans qu'on soit obligé de recourir, pour l'expliquer, à l'hypothèse de la paralysie réflexe. Nous insistons sur la date de cette publication, vu que des observations analogues se trouvent dans les travaux de Paget et de Warton-Jones, publiés postérieurement, bien que d'une manière indépendante.

Le travail de Warton-Jones (1) sur l'état du sang et des vaisseaux sanguins dans l'inflammation, travail qui, à bon droit, a remporté, en 1850, le prix d'Astley-Cooper, est sans contredit le plus beau travail expérimental qui ait été fait jusqu'à ce jour sur l'inflammation. Des expériences d'une grande délicatesse, une observation à la fois profonde et persévérante, caractérisent ces recherches. Nous avons pu vérifier l'exactitude de la plupart d'entre elles. Pour quelques-unes, comme par exemple l'influence du système nerveux sur l'hypérémie, nous ne sommes pas d'accord avec cet auteur. Nous n'y trouvons pas non plus l'expérimentation sur l'exsudation ni complète, ni heureuse dans le choix des membranes transparentes, peu aptes à ces études. Aussi regardons-nous ses expériences comme principalement importantes pour tous les phénomènes phlegmasiques qui se passent dans l'intérieur des voies circulatoires. Le rétrécissement initial des artères y est démontré par des expériences très-nombreuses et en partie fort ingénieuses.

Henle (2), dans sa PATHOLOGIE RATIONNELLE, est la contre-partie du travail de Warton-Jones. Peu d'expériences et beaucoup de raisonnements. Mais on y trouve, au milieu des hypothèses les plus arbitraires, une telle force de pensée, je dirai plus, on est tellement entraîné par cette lecture à se livrer à la méditation philosophique des matériaux de la science, que nous ne pouvons pas exprimer du blâme sur cet ouvrage sans lui rendre en même temps le juste hommage de nos éloges.

Nous avons vu qu'un des progrès récents des plus essentiels, dans l'étude des phénomènes initiaux de l'inflammation, était d'avoir reconnu la contraction artérielle dans toute sa valeur et avec ses conséquences nécessaires. Il n'a pas été moins important d'avoir insisté sur les diverses formes d'inégalité de calibre des petits vaisseaux que l'on pouvait observer dans ces maladies. J'avais déjà signalé ce fait, sans y insister longuement, dans ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. Des travaux plus étendus ont été faits sur ce point, dans ces dernières années, par Bidder, Hasse et Koelliker, Bruch, Ecker, Harting, Schroeder van der Kolk. Mais personne, à coup sûr, n'a fait apprécier aussi bien à leur juste valeur ces changements dans le calibre des parois vasculaires, que Virchow (3). Dans son travail récent sur cette matière, il décrit toutes leurs variétés; il insiste avec raison sur le fait qu'il n'y a là rien de spécial pour l'inflammation, et en outre ce mémoire renferme de fort bonnes remarques sur l'inflammation en général. Quant à ces phénomènes en eux-mêmes, nous aurons l'occasion de les décrire avec détail, d'après les expériences que nous avons faites sur ce point dans ces derniers temps.

Gluge (4), dans la vingt et unième livraison de son ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, donne un bon résumé des doctrines sur l'inflammation. Ce travail contient des remarques intéressantes sur les changements du sang dans les vaisseaux. N'oublions pas de rappeler qu'un des premiers, et dès 1839, Gluge s'est livré à des recherches microscopiques sur la pathologie en général, et sur tout ce qui se rapporte à l'inflammation en particulier, sujet sur lequel, déjà deux ans auparavant, il avait publié sa thèse inaugurale. Tout en rendant de cœur justice à ce savant distingué, qui est un de nos plus anciens amis et camarades d'études, nous ne pouvons cependant pas partager plusieurs des opinions émises dans la publication que nous venons de citer : telles sont, par exemple, la non-dilatation des capillaires dans l'inflammation (p. 29); l'interprétation des cellules du pus comme noyaux, et dont les véritables noyaux ne seraient que les nucléoles (p. 32); l'impossibilité de distinguer les globules du pus par le microscope (p. 34). Quant aux doctrines du savant professeur de Bruxelles sur la pyémie, quoiqu'elles soient fort bien présentées, nous aurions également quelques objections à leur faire.

Nous ne devons pas passer sous silence un travail de ces derniers temps, qui établit un parallèle fort remarquable entre l'ulcération et la réparation des cartilages comme représentant les tissus non vasculaires et les tissus munis de vaisseaux sanguins. M. Redfern (1), professeur à Aberdeen, s'est déjà fait connaître comme un observateur de premier mérite par ses travaux antérieurs, publiés dès 1849 sur les altérations morbides des cartilages. Son dernier mémoire, auquel nous venons de faire allusion, a pour nous l'intérêt tout particulier de montrer l'importance de la nutrition dans les phénomènes pathologiques, et la possibilité d'un travail nutritif anormal sans l'intervention immédiate des vaisseaux capillaires.

Nous signalons enfin ici comme le meilleur travail, dans l'état actuel de la science, sur la nature chimique des produits exsudés de l'inflammation, le chapitre respectif du troisième volume de la CHIMIE PHYSIOLOGIQUE de Lehmann (2), qui vient de paraître. Ce travail se distingue par un esprit sévère et fort éclairé, qui ne déduit que bien sobrement des conclusions des riches matériaux qui ont servi de base aux travaux de l'auteur.

Nous terminons ici cette courte esquisse historique, qui, nous l'espérons, ne sera pas inutile pour mieux faire comprendre les généralités et les faits de détails que nous allons exposer.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Warton-Jones, ON THE STATE OF THE BLOOD AND BLOOD-VESSELS IN INFLAMMATION. GUY'S HOSPITAL REPORTS, vol. VII, part. 1, p. 1-104, 1850.

(2) Henle, RATIONNELLE PATHOLOGIE, t. I, p. 400 et sq. Braunschweig, 1846—1851.

(3) Virchow, ERWEITERUNG KLEINER GEFAESSE. ARCH. F. PATHOL. ANAT., t. III, p. 427 et sq.

(4) Gluge, ATLAS DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, juin 1850, liv. XXI, p. 25-46.

(1) Redfern, ON THE HEALING OF THE WOUND IN THE ARTICULAR CARTILAGE, Edimb. MONTH. JOURN., sept. 1851.

(2) Lehmann, LEHRBUCH DER PHYSIOLOGISCHEN CHEMIE, Leipzig, 1851, t. III.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ABSORPTION ET DES EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE EMPLOYÉ DANS LES PANSEMENTS ET LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES; **Mémoire adressé à l'Académie des Sciences par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.**

On sait que l'iode et l'iodure de potassium, introduits dans les voies digestives, pénètrent dans la circulation, modifient l'économie tout entière, et sont éliminés par diverses voies d'excrétion. Quelques expériences récentes ont démontré que les mêmes phénomènes d'absorption et d'élimination peuvent être obtenus par la respiration des vapeurs d'iode ou par celle de l'éther iodhydrique.

Cependant, la faculté d'absorber l'iode, reconnue aux muqueuses digestives et pulmonaires, est généralement refusée aux autres parties du corps. Tous ceux qui ont écrit sur l'emploi chirurgical de cette substance ne lui reconnaissent qu'une action locale. Suivant eux, lorsqu'on l'applique à la surface d'un ulcère ou qu'on l'introduit dans la cavité d'une séreuse, elle se borne à modifier les tissus avec lesquels elle est en contact; elle ne pénètre point dans le sang et ne modifie point l'ensemble de la constitution. On peut voir le résumé de ces opinions dans l'ouvrage le plus récent et le plus complet sur la matière, la Monographie des iodiques, publiée en 1850 par M. Dorvault. Cet auteur, résumant ses propres opinions et celles des auteurs qui l'ont précédé, affirme, page 216, que l'iode n'est absorbé, ni à la suite des pansements, ni après les injections dont ce métalloïde est la base (3). Il insiste avec Lugol, page 215, pour établir que le traitement externe par les iodiques est sans influence sur les maladies scrofuleuses constitutionnelles, et ne peut en rien dispenser d'un traitement interne et général.

M. Boinet, auteur de recherches utiles, et justement remarquées, sur les injections iodées dans les abcès par congestion, ne se borne pas à nier l'absorption de la teinture d'iode laissée en contact avec les parois du foyer purulent; il dit que cette teinture les cautérise et les modifie de telle manière, qu'elles ne peuvent plus absorber les éléments putrides que pourrait fournir le pus, s'il se décomposait au contact de l'air.

En niant ainsi l'absorption de l'iode à la surface des ulcères ou des cavités closes, les auteurs émettent une assertion contraire à toutes les lois universellement admises sur les propriétés absorbantes des tissus vivants. Leur opinion devait donc être soumise à un examen expérimental. C'est ce que j'ai fait, en recherchant l'iode dans les produits excrétés, et spécialement dans les urines et dans la salive, lorsqu'il avait servi à des pansements ou à des injections. Il m'a été facile alors de constater que les réactifs en décelaient la présence dans les urines, dans la salive et la sueur, et qu'il y

(3) Un seul fait, observé par M. Rayer et dont il sera question plus tard, fait exception, suivant l'auteur, à cette règle.

pénétrait aussi facilement et en aussi grande abondance que lorsqu'on l'introduit dans les voies digestives.

De ce fait que l'iode, localement appliqué, pénètre dans le sang en quantité souvent considérable, à l'idée que l'économie tout entière devait être modifiée par de simples pansements, il n'y avait qu'un pas. L'observation n'a pas tardé à confirmer cette présomption : elle a montré qu'à l'aide de précautions spéciales, les pansements iodiques excitaient momentanément toute l'économie, et développaient, à la longue, l'appétit et les forces aussi sûrement, et peut-être avec plus de promptitude et d'évidence, que les boissons qui contiennent de l'iode et de l'iodure de potassium.

C'est à des études sur ces deux ordres de faits que la première partie de ce mémoire est consacrée. Il ne s'agit pas d'une méthode nouvelle dans l'emploi des iodiques, mais d'une appréciation plus complète des effets que produisent les pansements et les opérations connus, et d'un élément nouveau pour établir les règles à suivre dans leur emploi.

Cependant, la possibilité d'agir sur toute l'économie lorsque l'on peut faire absorber l'iode par des solutions de continuité naturelles, l'avantage d'éviter dans ces cas toute fatigue des voies digestives conduisaient à rechercher si l'on ne pourrait pas obtenir les mêmes résultats lorsque la peau est intacte. La question ainsi posée, la méthode endermique en offrait la solution naturelle. Il suffisait, pour imprégner l'économie d'iode, de déposer celui-ci, chaque jour et pendant un certain temps, sur la peau dépouillée d'épiderme, ou à la surface d'une plaie produite artificiellement.

Ces idées m'ont conduit à une série d'expériences sur l'absorption et les effets généraux de l'iode administré par la méthode endermique. Ce corps a pu être constamment trouvé, quelques heures après son application sur des vésicatoires, dans les urines, où sa présence en grande quantité a pu être constatée à chaque instant du jour, pendant toute la durée de pansements quotidiens. Son influence sur les parties éloignées du siége de l'absorption a été rendue surtout évidente par la guérison d'ophthalmies scrofuleuses rebelles qui n'ont été soumises à aucun autre traitement local ou général.

En même temps que j'étudiais les effets généraux de l'absorption de l'iode à la surface des vésicatoires et des cautères, je devais m'appliquer à en tirer parti pour la résolution des engorgements locaux.

Les faits observés dans ces différentes recherches ont pour caractère commun l'absorption de l'iode à la surface des plaies artificielles ; ils font le sujet de la seconde partie de ce travail. Ce sont eux qui me paraissent avoir le plus d'importance et ouvrir la voie la plus large à la thérapeutique.

Cependant, les résultats obtenus devaient varier et ont varié, en effet, suivant le genre de préparations mis en usage. C'est la pommade d'iode ioduré du codex qui semble le mieux assurer l'absorption. C'est pendant son emploi qu'ont été observés tous les faits généraux que je vais exposer. L'iode en vapeur, suivant le procédé de M. Goin, réussit très-bien également. Il n'en est pas de même de la teinture d'iode. Si l'absorption de celle-ci est évidente, lorsqu'on la laisse à demeure dans les cavités closes, elle est incertaine à la surface des vésicatoires ; elle est presque inappréciable sur les ulcères.

Je m'occuperai, dans une troisième partie, des expériences relatives aux effets de ces diverses préparations iodiques, et du choix que l'on doit faire entre elles.

Cependant, la possibilité de suivre l'iode dans ses migrations à travers l'économie, depuis les extrémités les plus éloignées du centre jusqu'aux voies par lesquelles il est rejeté ; l'observation de ces phénomènes sur un très-grand nombre de malades, et sur quelques-uns d'entre eux plus de soixante fois, ne devaient pas être stériles pour la science générale. J'ai cherché à en tirer parti pour éclairer quelques questions relatives aux propriétés absorbantes des diverses espèces de solutions de continuité, au choix des préparations médicamenteuses les plus actives, et à l'interprétation du mode suivant lequel les médicaments agissent en général. Ces considérations auraient pu trouver leur place à la fin de ce mémoire ; mais pour ne point lui donner une trop grande étendue, et pour éviter toute discussion théorique, je me suis contenté de signaler, parmi les inductions que j'ai tirées de mes expériences sur l'iode, celles qui m'ont conduit à étendre les applications de la méthode endermique à la plupart des substances résolutives, telles que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse et la ciguë.

PREMIÈRE PARTIE.

ABSORPTION DE L'IODE SUR DES SURFACES NATURELLES, TELLES QUE LES ULCÈRES, LES ABCÈS ET LES KYSTES.

Pour constater cette absorption, j'ai recherché l'iode dans les urines, dans la salive, dans la sueur et dans les larmes.

Lorsque j'ai opéré sur les urines ou la salive, je me suis habituellement contenté d'y verser successivement quelques gouttes d'une solution d'amidon et d'une solution d'hypochlorite de soude ou liqueur de Labarraque. Lorsqu'un iodure était contenu dans l'urine, une couleur bleue plus ou moins intense apparaissait immédiatement après que le chlore avait dégagé l'iode de sa combinaison.

Cette recherche de l'iode par la solution d'amidon et de chlore suffit pour faire reconnaître la présence de l'iode lorsqu'il est seulement dans la proportion d'un quatre-millième, et elle s'exécute avec tant de rapidité qu'on peut la répéter plusieurs fois et sans perdre de temps, dans le cours d'une visite d'hôpital.

Non-seulement l'on peut, à son aide, constater l'existence d'un iodure, mais il permet de juger approximativement quelle en est sa proportion. Quand celle-ci est très-faible, la teinte bleue est légère et disparaît immédiatement. Une proportion un peu plus forte se manifeste par un bleu plus intense et par une persistance qui varie de quelques secondes à quelques minutes. Enfin, dans des cas exceptionnels, le bleu se rapproche du noir, et l'iodure d'amidon conserve, malgré l'action de l'urine qui tend à le décolorer, la couleur qui lui est propre pendant un temps qui peut aller jusqu'à un quart d'heure.

Quelques phénomènes, autres que l'intensité et la persistance de la couleur bleue, aident à juger de la proportion d'iode : ce sont ceux que produit la solution de chlore, si on la verse avant celle d'amidon. Elle empêche toute coloration bleue, si la proportion d'iode n'est pas considérable ; mais si ce métalloïde est en grande quantité, l'urine prend une couleur violette dès que le chlore est ajouté, et un iodure bleu s'obtient avec de l'amidon dissous.

Pour expérimenter sur la sueur et sur les larmes, qu'il est habituellement impossible de recueillir dans des verres en quantité notable, on s'est contenté d'imbiber des papiers amidonnés que l'on a touchés ensuite avec la solution de chlore.

Ces dernières expériences ont été, du reste, assez exceptionnelles : la presque totalité des recherches a porté sur les urines. Elles ont permis de constater dans ce liquide l'existence, la durée et l'intensité approximative de l'élimination de l'iode appliqué à la surface des ulcères, des abcès ou des collections séreuses.

A. *L'absorption de l'iode à la surface des ulcères* de 3 centimètres carrés et au-dessus est toujours évidente au bout de quelques heures, et se prolonge aussi longtemps que durent les pansements quotidiens, pour ne cesser qu'un ou deux jours après leur suspension.

L'intensité de la couleur bleue que les réactifs produisent dans l'urine est, toutes choses égales d'ailleurs, en rapport avec l'étendue de l'ulcération ; elle se rapproche du noir lorsque l'ensemble des ulcérations est égal à peu près à la paume de la main.

Ces faits ont été constatés après des pansements faits sur des ulcères situés aux jambes, aux jarrets, au cou, en un mot dans une région quelconque du corps. Parmi les malades qui en étaient atteints, il en est un dont la salive a été examinée plusieurs fois. La présence de l'iode y était aussi évidente que dans l'urine.

B. *Absorption à la surface interne des abcès.* — On sait que, dans ces derniers temps, les injections de teinture d'iode pure ou étendue ont été faites un grand nombre de fois dans des abcès, avec la précaution d'en laisser une quantité plus ou moins grande. Pour résoudre la question de savoir s'il y avait, dans ces cas, absorption de l'iode, il suffisait de le rechercher dans les urines. Ce procédé simple n'a jamais été mis en usage, et, comme nous l'avons vu plus haut, M. Boinet, le seul auteur qui se soit occupé de la question, n'a pas craint d'affirmer, dans plusieurs mémoires (GAZ. MÉD., 1849, 1850, 1851), que la teinture d'iode n'était pas absorbée à la surface interne des abcès, et qu'elle la modifiait de manière à rendre impossible l'absorption du pus décomposé que pourrait renfermer leur cavité. L'observation dément ces assertions *à priori*.

Si l'on injecte et qu'on laisse à demeure de la teinture d'iode pure ou étendue dans un abcès, son passage dans les urines est évident une ou deux heures après l'injection ; elle s'y montre pendant un temps variable, suivant la quantité d'iode laissée en place.

Chez un malade de 25 ans, 60 grammes de teinture d'iode ont été injectés et laissés à demeure dans un vaste abcès par congestion provenant de la colonne vertébrale. Cette opération a été répétée sept fois à dix jours à peu près d'intervalle, et sans que l'abcès se soit fait jour au dehors.

A la suite de la première injection, l'iode a été reconnu dans les urines pendant quatre jours. Les autres injections ont été suivies du même phénomène pendant six à sept jours. L'iodure d'amidon produit par les réactifs a été reconnu dans la salive pendant les quarante-huit à soixante-douze premières heures, et dans les urines, il a en pendant le même temps une intensité et une persistance qui se sont graduellement affaiblies jusqu'à sa disparition complète.

J'ai observé des absorptions et des éliminations de même nature après

des injections dans de petits abcès du bras et du poignet ; mais la quantité de liquide employée ayant été de quelques grammes seulement, toute trace d'iode avait disparu dans les urines après le second jour.

C. *Absorption de l'iode dans les cavités séreuses.* — On sait que les injections iodées ont été faites en nombre immense de fois dans les hydrocèles, les hydarthroses, les kystes et même les ascites. On a donc eu jusqu'à présent les occasions les plus multipliées de constater si l'iode était ou non absorbé, à la suite de son injection dans les cavités séreuses. Cependant cette recherche a été généralement négligée, et, à ma connaissance, elle n'a été faite que par M. Rayer et par M. Boinsson (de Montpellier). L'un et l'autre ont trouvé l'iode dans les urines : le premier après une injection iodée dans le genou ; le second après une opération de même nature sur une hydrocèle.

Le fait constaté dans deux cas par ces observateurs serait considéré comme un fait général, si l'on eût reproduit leurs recherches dans une longue série d'opérations.

L'élimination de l'iode avec divers produits de sécrétion est constante après son injection dans les hydrocèles, dans les hydarthroses ou les kystes séreux. Je ne sais si l'on pourrait la reconnaître lorsqu'on prend le soin d'exprimer la totalité de l'injection, ainsi que le font quelques opérateurs ; mais si on la laisse en place partiellement ou en totalité, l'iode paraît dans les urines une heure après l'injection ; et si l'on a soin de recueillir dans la journée une partie de toute celle qui est successivement rejetée, l'intensité et la durée graduellement croissantes de la couleur bleue produite par les réactifs démontrent une élimination de plus en plus active. Si 15 à 30 grammes de teinture d'iode ont été laissés dans la tunique vaginale, la teinte bleue va jusqu'au noir dès le lendemain de l'opération, et persiste pendant un temps assez long. Ce maximum atteint, on voit décroître graduellement l'intensité de la réaction, jusqu'à ce qu'elle cesse tout à fait : l'iode est alors complétement éliminé. La durée de ces phénomènes n'a jamais été moindre de quarante-huit heures (10 grammes à peu près de teinture d'iode avaient été laissés dans ces cas) ; elle est allée jusqu'à six jours chez un vieillard dont l'hydrocèle contenait près d'un litre de liquide, et dans lequel on laissa séjourner 60 grammes de teinture d'iode. Des degrés intermédiaires ont été observés entre ces états extrêmes.

Des observations parfaitement semblables à celles que j'ai faites sur les hydrocèles ont été recueillies, après des injections, dans une hydarthrose du genou, un kyste du cou et une hydropisie ascite. Le détail de ces faits ne ferait que nous entraîner à des redites fastidieuses, et je me borne à les signaler, pour démontrer toute la généralité de l'absorption de l'iode à la surface des cavités séreuses (1).

Il ne suffisait pas de constater le passage de l'iode dans les produits de sécrétion, à la suite des pansements et des opérations chirurgicales ; il fallait rechercher en quelle proportion il était éliminé. On ne pouvait douter que dans quelques cas, surtout après l'injection de la teinture d'iode dans les cavités closes, cette élimination ne fût très considérable ; car l'amidon et le chlore produisaient dans les urines une couleur bleue allant jusqu'au noir, et cette couleur bleue se maintenait pendant plusieurs minutes, quelquefois pendant une demi-journée ; mais l'on ne pouvait déterminer, par ces simples observations, quelle était la quantité d'iode éliminée. Les faits suivants nous ont permis de résoudre en partie ce problème.

Sept fois, dans un fait déjà cité, j'ai injecté et laissé à demeure dans un vaste abcès par congestion 60 grammes de teinture d'iode. A chaque nouvelle ponction, on a constaté que le pus de l'abcès ne contenait plus ni iode ni iodure ; la totalité des 60 grammes de teinture avait donc été absorbée et éliminée ; or cette élimination avait duré en moyenne six jours ; au bout de ce temps, on n'en trouvait plus de trace ni dans la salive ni dans les urines. Il y avait donc en moyenne 10 grammes de teinture, on, en d'autres termes, près d'un gramme d'iode rejeté de l'économie dans l'espace de vingt-quatre heures. Si l'on remarque ensuite que dans la première moitié du temps que durait l'élimination, la teinte bleue produite par les réactifs dans les urines était beaucoup plus foncée que dans la seconde moitié, pendant laquelle elle allait progressivement en décroissant, on demeurera convaincu que dans chacun des trois premiers jours l'iode qui entrait dans la circulation, et qui en était rejeté, était de plus d'un gramme.

Les faits que j'ai observés sur plusieurs hydrocèles conduisent aux mêmes conclusions sous le rapport de la quantité d'iode qui peut être absorbée en vingt-quatre heures. Si l'on réfléchit que cette dose est vingt fois plus forte que celle de 5 centigr. que Lugol n'osait pas dépasser dans ses traitements généraux par les voies digestives, on concevra toute la puissance de la médication externe dont nous cherchons à apprécier la valeur.

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, j'ai fait une injection iodée dans le péritoine, pour une ascite suite de tumeurs volumineuses dans le ventre. La malade, épuisée par une longue maladie et par la prompte récidive de son hydropisie trois fois ponctionnée, était âgée de 50 ans. L'injection se composait de 250 grammes d'eau et de 30 grammes de teinture d'iode ; elle contenait donc en nature 2 grammes 50 centigrammes d'iode. Bien que cette dose fût moitié moindre de celle que j'avais plusieurs fois injectée dans l'abcès par congestion d'un jeune homme, bien que chez celui-ci l'élimination d'une dose double eût été toujours complète au bout d'une semaine, dix-sept jours furent nécessaires pour que toute trace d'iode eût disparu de l'urine de la femme hydropique. Ce temps si long démontra que, dans une constitution profondément détériorée par la maladie et par l'âge, l'absorption et l'élimination d'un corps étranger à l'organisme se fait avec une lenteur que l'on n'observe jamais dans la jeunesse et dans des conditions moins imparfaites de santé.

Il y aurait une étude intéressante à faire dans la comparaison des divers organismes, sous le rapport de la puissance avec laquelle ils se débarrassent des substances qui leur sont hétérogènes : la facilité de suivre l'iode dans toutes ses pérégrinations rendrait cette étude facile.

EFFETS GÉNÉRAUX.

Du moment où l'on sait que l'iode est absorbé à la surface d'un ulcère, d'un abcès ou d'une cavité séreuse, et qu'il pénètre dans la circulation pour être ensuite éliminé par diverses voies en une quantité qui peut dépasser de beaucoup celle que peuvent tolérer les voies digestives, on demeure convaincu que son influence ne se borne pas aux parties avec lesquelles on l'a mis en contact, et qu'il doit modifier l'économie tout entière : l'expérience confirme ces inductions et démontre des effets généraux aussi évidents que l'absorption elle-même. Parmi ces effets, il en est qui se manifestent immédiatement après qu'on a laissé séjourner une certaine quantité d'iode sur une vaste surface absorbante. Assez souvent les malades ont eu des symptômes de fièvre inflammatoire, tels que chaleur de la peau, transpiration augmentée, fréquence du pouls, insomnie et pesanteur de la tête. Ces symptômes ne se sont jamais prolongés au delà de douze heures, à la suite de pansements extérieurs ; ils ont duré un jour ou deux lorsqu'on a laissé de 30 à 60 grammes de teinture d'iode dans des cavités closes. Leur intensité et leur durée s'est toujours affaiblie jusqu'à disparition complète, chez ceux qui ont été soumis plusieurs fois aux mêmes causes d'excitation.

Parmi ces effets immédiats, j'ai noté, à la suite des cinquième et sixième injections dans un grand abcès par congestion, une salivation très-abondante qui se prolongea deux jours, et dont le produit contenait une grande proportion d'iode.

Toutes les fois que cette fièvre artificielle et passagère a été renouvelée un grand nombre de fois, et que l'élimination de l'iode par les urines a été maintenue pendant plusieurs semaines, une amélioration notable s'est manifestée dans la santé des scrofuleux. Cette amélioration, remarquable sous le rapport des forces, de l'appétit, des digestions et du facies, a été surtout évidente dans trois observations. Les malades qui en étaient le sujet avaient de vastes ulcères rebelles à toute cicatrisation, ou de grands abcès par lesquels on a pu pendant longtemps, plus de deux mois chez quelques-uns, faire pénétrer l'iode jusqu'à une sorte de saturation. L'un d'eux a présenté ce phénomène remarquable d'une diminution sensible de la sécrétion séreuse dans des ulcères éloignés de ceux par lesquels se faisait l'absorption.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INDURATION SYPHILITIQUE DU FOIE CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ; par M. P. DIDAY.

Monsieur le rédacteur,

Avant que la fin du travail de M. Gubler vienne peut-être m'enlever le bénéfice, si bénéfice il y a, de la priorité ou de la contemporanéité d'idée, veuillez avoir la complaisance d'accueillir dans la GAZETTE MÉDICALE un aperçu que la lecture de son intéressant mémoire sur une *affection du foie liée à la syphilis héréditaire* a fait naître dans mon esprit.

Cette affection, si exactement étudiée par notre savant confrère, me paraît avoir une signification tout autre que les mille et diverses manifestations de la syphilis constitutionnelle : à mes yeux elle est l'analogue chez le fœtus de l'*induration* chancreuse et ganglionnaire chez l'adulte.

Pour ceux qui ont suivi la description de M. Gubler avec le soin qu'elle mérite, cette assimilation ne saurait paraître une analogie forcée. L'aspect, le degré de dureté, l'absence d'inflammation sont absolument les mêmes pour l'affection du foie et pour l'induration de l'adulte. Telle est

même la ressemblance que, pour exprimer cet état du foie, le mot *induration* revient vingt fois sous la plume de l'auteur. Enfin la constitution de la lésion hépatique par les éléments fibro-plastiques est précisément celle que les meilleurs observateurs, Acton, Robin, Marchal (de Calvi), Ricord en tête, ont trouvée dans l'induration qui accompagne le chancre primitif induré.

La similitude d'apparence et de composition entre les deux états en implique, en suppose du moins une plus intéressante encore. Chez l'adulte, l'induration se développe dans les capillaires qui entourent le chancre et dans les premiers ganglions lymphatiques qui lui correspondent. Chez le fœtus, c'est dans le foie, premier organe et crible épuratoire que traverse le sang provenant de la mère. — Chez l'adulte, — l'induration sous-chancreuse ou ganglionnaire — est l'indice le plus précoce de l'intoxication syphilitique. Chez le fœtus, la lésion du foie serait aussi, selon moi, le signe par lequel se dénote d'abord l'infection syphilitique.

Ainsi, dans les deux cas, le liquide véhicule du principe infectieux provoque dans les viscères où il subit une digestion vitale, la même altération caractéristique, l'induration. Dans les deux cas, la nature montre par cet effort que les organes épuratoires qu'elle a placés sur la route de l'absorption ont réagi puissamment et spécifiquement contre l'introduction d'un principe capable d'empoisonner l'économie.—Malheureusement, dans l'un et l'autre cas, cette résistance est insuffisante; car il reste à l'absorption du virus infectant une voie supplémentaire dont il profite, savoir: pour l'adulte, le système veineux; pour le fœtus, le *canal veineux*, qui porte directement, et sans filtration possible, le virus provenant du sang de la mère dans la veine cave.

Je pressens une objection. — S'il en est ainsi, me dira-t-on, l'induration du foie devra exister chez tous les nouveau-nés atteints de syphilis congéniale. — Je réponds à ceci :

Non; car elle *doit* manquer quand l'infection provient du père;

Non; car elle *peut* manquer lorsque la mère était déjà infectée constitutionnellement avant la conception;

Non; car, quoique l'induration locale accompagne le plus souvent la vérole constitutionnelle, il y a cependant des véroles constitutionnelles sans que l'induration ait existé;

Non, parce que l'induration du foie, analogue sous tous les rapports de l'induration de l'adulte, doit comme elle être très-accessible à l'influence du mercure; qu'elle s'est donc sans doute quelquefois dissipée par l'effet du traitement, sans avoir pu être reconnue par le médecin;

Non, enfin, parce qu'on ne fait pas l'autopsie de tous les enfants atteints de syphilis, et que la lésion a donc pu passer fréquemment inaperçue.

Mon explication, ou mon hypothèse, comme vous voudrez l'appeler, rencontrera vraisemblablement un adversaire dans celui-là même dont le travail me l'a suggérée. Selon M. Gubler, la lésion qu'il décrit appartient à une période beaucoup plus avancée de l'évolution syphilitique. Heureusement je puis lui emprunter à lui-même la meilleure réfutation de son opinion que j'eusse à désirer de trouver. Après avoir écrit: « L'induration fibro-plastique du foie est un accident de la période tertiaire, » il ajoute, douze lignes plus bas: « Toutefois, nous n'avons rencontré chez ces enfants aucun autre accident tertiaire proprement dit. » Il est remarquable, en effet, que les symptômes syphilitiques qu'il a vus coexister avec l'induration hépatique remontaient à une phase bien moins ancienne de la maladie; et il fallait, j'ose l'ajouter, que ces symptômes fussent bien décidément secondaires pour que l'auteur, qui les cherchait, qui les souhaitait tertiaires, n'ait pas, dans sa loyauté scrupuleuse d'observateur, osé les baptiser de ce nom de prédilection.

Un fait bien décisif, cité par M. Gubler, plaide encore pour mon opinion et contre la sienne, c'est son observation 3, exemple de l'induration du foie, constatée chez un enfant mort sans avoir offert d'autres manifestations syphilitiques. Ne reconnaissez-vous pas clairement là l'analogue de ces cas, assez fréquents dans la pratique syphilitique, où l'induration sous-chancreuse et ganglionnaire reste longtemps le seul symptôme appréciable de syphilis constitutionnelle? Ici les choses se sont passées de même; et si la maladie est devenue mortelle, c'est seulement en raison de l'importance de l'organe lésé, et non à cause d'une différence dans la nature de la lésion.

Je termine, monsieur le rédacteur, en vous priant de vouloir bien faire agréer à M. Gubler, avec mes félicitations sincères, mes excuses pour la licence que je me suis donnée de critiquer des idées dont il n'a pas encore achevé l'exposition. Je vous ai dit mon motif. Puisse-t-il me mériter l'indulgence de mon honorable confrère et celle de vos lecteurs.

Agréez, etc.

Lyon, 9 mai 1852.

SPLÉNOMÉGALIE CONTRACTÉE PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE; observation communiquée par M. L. Hamon, docteur à Écommoy (Sarthe).

Je crois qu'on ne lira pas sans un certain intérêt l'observation suivante :

Obs. — Il s'agit d'une petite fille, qui a présenté en naissant une splénomégalie, à la suite d'inhalations miasmatiques auxquelles sa mère a été exposée, sans que cette dernière en ait été nullement effectée. Madame E... (d'Écommoy) durant sa grossesse dut séjourner pendant un certain laps de temps dans un endroit marécageux; elle ne fut nullement incommodée de cette habitation; mais elle mit au monde une enfant bien conformée, remarquable seulement par un abdomen plus proéminent que n'en offrent d'ordinaire même les enfants naissants. M. E... remarquait cependant avec inquiétude que sa petite fille était dans un état continuel de souffrances, signalées par des cris à peine interrompus; ce ne fut qu'au bout de cinq mois environ qu'elle crut s'apercevoir d'un état fébrile accompagné de frissons et de sueurs.

Il est bon de signaler, en passant, que la localité habitée par madame E... est située sur un lieu élevé, où les fièvres paludéennes sont excessivement rares à moins d'y être importées. Cette dame, après cette remarque, s'empressa de porter son enfant chez un médecin, qui fit cesser cet état fébrile *par le moyen du sulfate de quinine. Il paraît toutefois que ce praticien ne fit nullement attention à l'organe splénique*, se contentant de se rendre maître des manifestations fébriles. Tant est-il que la fièvre vient de se reproduire avec plus d'intensité que jamais, il y a de celaun mois, époque à laquelle madame E... vint m'apporter sa fille.

J'ai trouvé alors une rate qui, plongeant jusque dans l'hypogastre atteignait aussi la ligne blanche. J'ai vu une fois, dans le service de M. le professeur Piorry, cet organe atteindre des dimensions aussi surprenantes; mais l'homme qui présentait cette anomalie splénique venait d'Afrique et était atteint de fièvre intermittente depuis quatre ou cinq ans.

Ici, comme on le voit, le cas est bien différent : c'est une enfant de 20 mois, et qui, de plus, n'a contracté la fièvre paludéenne que par l'intermédiaire du sang maternel. Je me contenterai de rapporter le fait sans autre commentaire : cette observation semble toutefois donner un exemple de la purification du sang de la mère par le moyen du fœtus.

J'ai fait prendre successivement à cette enfant des pilules de sulfate de quinine, de l'alcoolé de quinine étendu de sirop de séné, puis enfin du sel marin, à la dose de 6 grammes par jour de deux en deux jours, dans les aliments et à quatre reprises différentes.

La rate est revenue à son état normal au bout d'un mois de traitement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de l'année 1851 contiennent : 1° *Sur la structure de la membrane muqueuse de l'estomac de l'homme*; par M. Neill. 2° *Cas de phthisie pulmonaire, traités dans l'hôpital de Pensylvanie, avec des remarques sur l'huile de foie de morue et son emploi.* 3° *Anévrisme sus-claviculaire, guéri par la ligature de l'artère sous-clavière*; par M. Warren. 4° *Deux cas remarquables d'abstinence*; par M. S. Taylor. 5° *Considérations sur la fièvre typhoïde et ses complications, telle qu'elle règne dans la ville de Mount-Vernon et dans son voisinage*; par M. Byford. 6° *Observations de chirurgie*; par M. Gilbert. 7° *Remarques sur le traitement du choléra*; par M. Mischerry. 8° *Empoisonnement par le sublimé corrosif*; par M. Williams. 9° *Cas de tumeur dans la vessie*; par M. Clark. 10° *Observations de convulsions puerpérales*; par M. Little. 11° *Notes sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic*; par M. Robinson. 12° *Cas d'hydrophobie*; par M. Wilson. 13° *Paralysie générale, suite d'abcès dans le cervelet*; par M. Chamberlaine. 14° *Traitement de la pseudarthrose permanente au moyen d'un appareil qui permet l'usage du membre et dispense de l'amputation*; par M. Smith. 15° *Hydrocéphale guérie par l'hydriodate de potasse*; par M. Guérard. 16° *Sur deux nains remarquables*; par M. Warren. 17° *Cas de plaie par arme à feu dans l'aisselle gauche; ligature de la sous-clavière gauche, puis de la brachiale et de la sous-scapulaire.* 18° *De quelques effets éloignés des plaies des nerfs*; par M. Parsons. 19° *Cas remarquables d'obstétrique*; par M. Johnston. 20° *De l'eau chaude dans l'entorse*; par M. S. Jackson. 21° *Sur l'idiotie et le crétinisme*; par M. Kneeland. 22° *Observation d'hémoptysie chez un nouveau-né*; par M. Adams. 23° *Sur une nouvelle forme de phosphate de chaux dans les cristaux que renferme l'urine putréfiée*; par M. Dalton. 24° *Cas de double hydropisie ovarique ; extirpation des deux ovaires*

heureusement accomplie par une large incision du péritoine; par M. Peaslee. 25° *Observations de pratique chirurgicale*; par M. Mell-vaine. 26° *Trois cas d'occlusion du vagin, accompagnée de rétention des règles, guérie par une opération*; par M. Warren. 27° *Des tissus et de leur métamorphose rétrograde.* 28° *Observations d'apoplexie et de formes variables de ramollissement du cerveau, avec remarques*; par M. Thayer. 29° *Observations de phthisie supposée, traitée avec l'huile de foie de morue*; par M. Ely. 30° *Sur l'usage des valvules d'Eustache*; par M. Randolph. 31° *Tribut à la pratique dermatologique*; par M. Durkee. 32° *Sur l'application topique du chloroforme*; par M. Ranch. 33° *Observations de chirurgie*; par M. Mc. Sherry. 34° *Sur la pathologie de la dyssenterie épidémique*; par M. Frick. 35° *Observations d'amputation*; par M. Fréd. May. (Ce relevé comprend un cas d'amputation heureusement pratiquée dans l'articulation coxo-fémorale, pour une dégénérescence scrofuleuse du fémur, chez un homme âgé de 37 ans. L'opération date déjà aujourd'hui de huit mois.) 36° *Sur un effet rarement observé, mais très-fatal des révulsifs gastro-intestinaux, spécialement du tartrate d'antimoine et de potasse, en particulier dans le traitement de la pneumonie*; par M. Boling. 37° *Le microscope et les affections du rein, en particulier l'état du rein regardé comme maladie de Bright.* 38° *Cas de molluscum développé à la suite d'une blessure, présentant à l'examen microscopique les caractères du cancer médullaire*; par M. Smith. 39° *Sur la nausée et le vomissement comme symptôme des polypes cardiaques*; par M. Baskin. 40° *Cas de rétrécissement de l'œsophage*; par M. Cummins. (Lésion causée par l'ingestion d'un liquide caustique, chez un enfant de 3 ans.)

ANÉVRISME SOUS-CLAVICULAIRE, GUÉRI PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE; par M. WARREN.

Les observations de ligatures artérielles pèchent en général par le trop de brièveté du laps de temps dont le narrateur rend compte. Les unes s'arrêtent sans cérémonie à la terminaison du manuel opératoire; d'autres suivent le malade jusqu'à l'effacement plus ou moins complet de la tumeur anévrismale. Quelques-unes, s'adressant à une série toute différente de phénomènes, décrivent l'état des vaisseaux par lesquels s'est rétablie la circulation collatérale, mais ne décrivent que cela. On ne lira donc pas sans intérêt, dans la présente relation, le compte rendu sommaire, mais fidèle, d'un cas de guérison poursuivi jusqu'à la fin, et étudié dans les dernières conséquences de l'opération qui l'a procurée. C'est un abrégé, insuffisant sans doute, pour servir de guide au praticien en pareille conjoncture, mais qui nous a semblé bien fait pour montrer les ressources et attester le pouvoir de la chirurgie.

OBS. — Une femme de 30 ans, de constitution délicate, consulta M. Warren, en décembre 1847, pour un petit anévrisme, gros comme un œuf de pigeon, situé justement au-dessus de l'extrémité scapulaire de la clavicule gauche. Il s'était développé quatre mois auparavant, à la suite d'un effort, après lequel elle y entendit un craquement soudain. A ce moment la tumeur était agitée de battements intenses, et présentait le bruit caractéristique des anévrismes.

En examinant le cou, on découvrit que l'artère sous-clavière n'occupait pas sa situation normale, mais qu'elle marchait parallèlement au bord du muscle trapèze, entourée de quelques-uns des nerfs du plexus cervical.

L'opération fut faite le 24 décembre 1847; on appliqua une ligature sur le vaisseau entre les muscles scalènes. Les pulsations de l'anévrisme cessèrent immédiatement, et toute apparence de tumeur disparut. Les battements reparurent à l'artère radiale dès le second jour, faibles d'abord, mais au bout de peu de jours tout à fait réguliers. Le fil de la ligature ne tomba que le quatre-vingt-seizième jour.

Le 14 septembre 1848, M. Warren revit la malade; elle était en bon état et avait parfaitement recouvré l'usage de son bras. La tumeur avait presque complètement disparu. Une branche artérielle volumineuse, rampant à sa surface, faisait croire, au premier coup d'œil, que des battements existaient encore dans la tumeur; mais il n'en était rien. Le pouls était moins fort de ce côté que de l'autre.

Cette femme fut affectée d'une fièvre typhoïde qui l'enleva au bout de trois mois, un an après l'opération.

L'autopsie ne put être faite qu'avec précipitation et sans que les vaisseaux eussent été injectés. Corps très-émacié. On ne trouva ni tumeur ni vestige de tumeur dans l'endroit qui était occupé par le sac anévrismal.

Après avoir enlevé la peau et les fascias, on voit les vaisseaux et les nerfs à découvert, à cause de l'absorption du tissu adipeux. L'artère sous-clavière, depuis son origine jusqu'au bord interne du scalène antérieur, a son volume naturel; mais dans ce point elle se termine brusquement par un cordon aplati, long d'un pouce et demi, paraissant n'être composé que de tissu cellulaire condensé. Le sac anévrismal a pris une forme en bulbe, et affecte environ deux fois le volume du vaisseau à l'état normal. Cette dilatation cesse subitement à l'endroit où l'artère est embrassée par les deux origines du nerf médian, et ce vaisseau, à partir de ce lieu, reprend sa grosseur naturelle. Sur la surface de ce reste de tumeur marche l'artère sus-scapulaire, qui, dans ce cas, est une branche de la cervicale transverse, fortement dilatée: c'est elle qui simulait pendant la vie des battements de la tumeur.

Les vaisseaux constituant le tronc thyroïdien avaient deux fois leur dimension naturelle. La mammaire interne était dilatée; elle partait de la thyroïdienne. C'est par cette artère, au moyen des anastomoses des intercostales avec la thoracique, et de la scapulaire postérieure avec la sous-scapulaire, que la circulation collatérale s'était rétablie.

SUR QUELQUES EFFETS ÉLOIGNÉS DES PLAIES DES NERFS; par M. MORLAND.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de diriger l'attention des praticiens sur certains désordres, suite assez fréquente des blessures des nerfs, qu'on a parfois l'occasion d'observer, mais qui n'avaient pas encore été l'objet de considérations *ex professo*.

Ces perturbations portent sur la sensibilité ou sur la myotilité. Les douleurs en sont une des manifestations les plus ordinaires; elles accompagnent la blessure au moment où elle a été reçue, puis cèdent en laissant seulement un peu plus de sensibilité dans la partie. Mais ensuite, un peu avant ou après la cicatrisation de la plaie, elles reparaissent, soit au siége même de la lésion, soit vers le rachis, soit dans d'autres directions. La douleur est très-souvent intermittente, affectant communément la forme d'accès de névralgie. Ces retours sont plus marqués la nuit et par l'effet d'une température froide et humide. Il existe aussi des sensations spéciales d'endolorissement près de la cicatrice, d'engourdissements se propageant du nerf affecté au tronc lui-même.

On observe aussi quelquefois des convulsions: les solutions de continuité des nerfs après les amputations en offrent un exemple. Enfin l'impotence, la paralysie, les contractures qui fixent la partie dans diverses attitudes, sont également au nombre de ces effets éloignés.

Du reste, sans approfondir davantage une description qui, au point de vue didactique, n'offre qu'un intérêt médiocre, citons, d'après M. Morland, quelques-uns des cas qui peuvent le mieux faire comprendre le mécanisme et la nature de la lésion qu'il a eu en vue de tracer.

OBS. I. — Une jeune femme s'enfonça, le 17 février 1850, dans le pouce gauche, vers le bord radial, la pointe d'une paire de ciseaux. La blessure fut petite; elle causa peu de saignement, mais beaucoup de douleur. La fièvre survint, s'accompagna de douleur dans le pouce avec impossibilité de l'étendre.

Au bout de trois semaines, la santé et l'appétit étaient revenus; mais en même temps la malade fut soudainement prise d'un accès de rire inextinguible, qui se convertit peu à peu en une toux sonore. Ce symptôme persista, plus ou moins constant, durant plusieurs semaines: c'étaient des accès plus violents que ceux de la coqueluche. Après deux semaines, elle expectora un mucus jaune grisâtre mêlé de sang. Le thorax et la colonne épinière étaient devenus sensibles à la pression.

M. Morland la vit le 31 mars. La toux était presque continuelle; chaque inspiration en amenait un mouvement accompagné d'un bruit comparable à un aboiement. Du reste, la respiration s'entendait avec le bruit vésiculaire; l'appétit était bon. La cicatrice du pouce était un peu saillante, très-sensible, tellement même que la pression exercée sur le centre de cette partie arrachait des cris à la malade.

L'opium échoua, ainsi que les sels de fer, l'oxyde de zinc et le mercure. L'éther et le chloroforme ne calmaient la toux que durant le temps où ils produisaient l'insensibilité.

On se décida à couper profondément la cicatrice pendant le sommeil anesthésique. Le lendemain, il y avait des douleurs s'étendant vers le rachis. L'opération ne produisit aucun effet immédiat sur la toux; mais au bout d'un mois, elle devint peu à peu moins violente et moins continue. L'incision s'était fermée et formait une cicatrice moins tendue et moins douloureuse que la première fois.

Le 1er juin, la malade pouvait quitter la chambre; le changement d'air améliora rapidement sa position.

En octobre, une rechute eut lieu qui dura trois semaines. La manière dont elle se termina est surtout digne de remarque. Pendant un de ses plus pénibles accès de toux, elle éprouva une douleur dans le lieu de la cicatrice. Une phlyctène s'y déclara bientôt, et fut suivie de la formation d'une escarre comprenant la partie primitivement blessée; elle resta sèche à son pourtour comme dans la gangrène sénile. Lorsque cette escarre commença à se détacher, la toux cessa, et elle ne revint plus depuis lors.

Maintenant la malade a repris la force originelle de ses mouvements et s'occupe des mêmes travaux que par le passé; seulement le pouce ne peut être porté dans l'abduction, et la main est plus froide que l'autre.

OBS. II. — Il y a trois ans, une jeune fille de 18 ans, délicate et nerveuse, mais bien portante, s'enfonça une aiguille dans la paume de la main droite, un peu au-dessous de l'os pisiforme. Un fragment de près d'un pouce de long resta dans la partie, et ne put être extrait qu'après une heure de manœuvres laborieuses. L'enflure et la douleur locales disparurent en cinq ou six jours, mais non la douleur. Elle eut un érysipèle au côté droit de la face, et lors de sa fin, quinze jours après l'accident, il survint du trismus et de la roideur du cou. La douleur locale augmenta d'intensité, s'étendit le long du bord cubital du membre jusqu'à

l'aisselle, et de là transversalement au-dessus et au-dessous du sein, vers la région du cœur.

Ces souffrances, qui revenaient tous les jours, tinrent cette malade durant près de six mois au lit. La fatigue les aggravait; elles étaient, au contraire, soulagées par les distractions morales. Le mesmérisme, l'homœopathie, l'électricité, etc., furent employés contre elles, mais sans aucun résultat.

Obs. III. — Une jeune femme fut accidentellement blessée un peu au-dessus du poignet, près du nerf radial. Il s'ensuivit une douleur aiguë, qui continua en s'accompagnant d'un peu d'abattement et s'étendit d'une part aux doigts, de l'autre à l'avant-bras et jusqu'au bras. Des mouvements convulsifs s'emparèrent du membre supérieur, et persistèrent malgré un grand nombre de remèdes. Enfin on appliqua trois fois le cautère actuel sur la partie blessée, et la formation de l'escarre amena la guérison.

Ainsi que l'auteur le remarque, l'art n'a réussi chez cette malade qu'en imitant ce que la nature avait opéré dans le premier cas que nous avons cité.

Une autre réflexion qui s'applique à la plus grande partie des observations analogues, c'est que les accidents de cette espèce se sont en général montrés surtout à la suite de plaies par piqûre : ceci peut s'expliquer par la division incomplète que les fibres nerveuses ont alors subie.

Relativement au traitement, on n'oubliera pas la pratique des débridements et des cautérisations sur le siége même de la lésion, dont l'expérience a prouvé l'efficacité souveraine. L'éther ou le chloroforme n'ont pas procuré une guérison radicale; ils sont cependant utiles non-seulement en augmentant l'intervalle qui sépare le retour des souffrances, mais aussi en terminant un accès; car le calme vient dès que le malade est endormi.

L'union de la morphine au chloroforme augmente encore le pouvoir sédatif local de celui-ci. Une solution de 5 décigr. de sulfate de morphine dans 30 grammes de chloroforme, en frictions sur la partie et laissée ensuite à demeure, sera employée avec beaucoup d'avantage.

De l'emploi de l'eau chaude contre l'entorse; par M. S. Jackson.

Un préjugé presque universel, légitimé par l'expérience et que la raison ne saurait taxer d'erroné, recommande l'usage des applications froides dans l'entorse. C'est contre cette pratique si générale, si heureuse, que M. Jackson vient s'inscrire en préconisant dans ces cas une conduite tout opposée. Il fait placer le membre blessé dans un bain d'eau aussi chaude que le malade la peut supporter, et il faut en entretenir avec soin la température, en ajoutant de l'eau chaude aussitôt que celle-ci commence à se refroidir. La douleur, quelque intense qu'elle soit au moment de l'immersion, se calme presque immédiatement, et au bout d'environ une heure, elle a entièrement cédé. On fait alors coucher le patient, le membre étant élevé, et après avoir laissé écouler quelques heures, on l'enveloppe de linges mouillés d'eau froide. En peu de jours, la guérison est complète.

L'auteur se donne lui-même comme exemple de la prompte efficacité de ce moyen, qui calma en peu d'instants les douleurs que lui faisait ressentir une violente contusion du coude.

Si le médecin ne peut agir qu'après que l'inflammation s'est déjà développée, c'est une contre-indication formelle à l'emploi des applications chaudes; mais il ne faut pas prendre pour une inflammation le gonflement résultant de l'extravasation sanguine, qui s'opère presque instantanément après l'accident.

C'est aussi pour prévenir l'inflammation qu'il faut appliquer ensuite sur l'articulation des topiques réfrigérants, même alors que la douleur a été entièrement calmée par le bain d'eau chaude.

Cas de double hydropisie ovarique; extirpation des deux ovaires heureusement accomplie par une large incision du péritoine; par M. Peaslee.

Quoique nous eussions résolu de garder désormais le silence sur les cas d'ablation de l'ovaire, nous ne pouvons néanmoins nous dispenser d'ajouter ce document aux pièces d'un procès que l'inertie des chirurgiens français n'empêchera pas de s'instruire tôt ou tard. L'ablation simultanée des deux ovaires malades est effectivement un fait dont l'importance n'est pas bornée uniquement à celle d'une entreprise plus hardie que celles qui l'avaient précédée. Sous le rapport physiologique, il y a aussi quelque intérêt à voir quelle modification la soustraction des deux organes exercera sur les fonctions spéciales et sur la constitution d'une jeune femme. Des renseignements sur son état ultérieur viendront probablement, dans quelque temps, éclairer ce point capital.

Obs. — Miss Sarah N. G., âgée de 25 ans, délicate, mais de bonne constitution, vint consulter M. Peaslee le 6 septembre 1850. Quinze mois auparavant, elle avait découvert une tumeur sphérique, de 3 pouces de diamètre, mobile, s'étendant sur la ligne médiane, de la symphyse du pubis à l'ombilic. Elle augmenta rapidement de volume, sans avoir jamais produit d'autre douleur qu'un sentiment de tension. Peu à peu cependant il survint de l'émaciation, faiblesse, pâleur, inappétence. Les diurétiques, les hydragogues cathartiques, les frictions iodées, restèrent sans succès.

L'abdomen, très-saillant, a 39 pouces de circonférence au-dessus des hanches, 41 pouces à leur pourtour. La fluctuation y est partout perceptible. Pas de tympanite, hors à l'épigastre. La fluctuation ne change pas dans ses manifestations, quelque position que l'on fasse prendre à la malade. On sent par le vagin et par le rectum une tumeur dans la région de l'ovaire gauche.

Le 11 septembre, la ponction, faite dans un but diagnostique, donna 26 livres d'un liquide épais, de couleur brune, entraînant des grumeaux solides. Une fois le liquide écoulé, on put constater la présence, au côté gauche de l'abdomen, d'une tumeur de 7 pouces et demi de hauteur sur 4 de largeur transversale, mobile et sans adhérences avec les parties voisines.

Au bout de six jours, il s'était déjà épanché de nouveau du liquide. Il n'existe aucun signe d'inflammation péritonéale.

La malade ayant été avertie du degré d'utilité et des chances de l'opération, l'accepta avec empressement. En conséquence, le 21 septembre, la vessie ayant été préalablement évacuée, la chambre ayant été chauffée à 80° (Fahreu.), on produisit l'anesthésie par un mélange de 12 parties d'éther sulfurique sur une de chloroforme.

La peau fut incisée, depuis un point situé à 2 pouces au-dessus et à un demi-pouce à gauche de l'ombilic jusqu'à la symphyse du pubis. Le muscle droit antérieur du côté droit fut atteint dans cette division de la paroi abdominale.

L'hémorrhagie externe ayant été arrêtée, on incisa le péritoine dans l'étendue de 6 pouces. Au-dessous de lui était une membrane mince qui demanda beaucoup de soin pour être détachée d'avec les parties voisines : c'était le sac, dans l'épaisseur duquel rampait une veine dont la division donna un écoulement de sang qui dut être arrêté par la ligature.

Les anesthésiques causant des vomissements qui gênaient l'exécution du manuel opératoire, on dut à ce moment en suspendre l'administration.

En passant la main sous le sac, on reconnut qu'il n'était adhérent nulle part, excepté dans deux points où l'on avait constaté, avant l'opération, un peu de sensibilité à la pression. Dans chacun de ces endroits, les adhérences occupaient un espace d'environ 2 pouces carrés. On évacua le contenu du kyste par une large incision. Il fut alors facile de reconnaître que les adhérences tenaient, comme on l'avait prévu, au côté gauche de l'utérus. La portion solide de la masse morbide résulte de l'agrégation de petits sacs de dimensions variables, contenant un liquide. On passa à travers le pédicule une double ligature composée de six brins de soie de sellier, non entortillée, mais bien cirée; puis, ayant coupé le fil derrière l'aiguille, on embrassa avec chacun des chefs une moitié du pédicule. Une de ces moitiés renfermait une artère du volume de la radiale et une veine; l'autre la trompe de Fallope, et une artère et une veine encore plus volumineuses. On coupa enfin le pédicule à un quart de pouce de la ligature.

Avant de fermer l'incision, on s'aperçut qu'un kyste du volume d'un œuf de poule était aussi développé dans l'ovaire *droit*, et que tout cet organe était malade. On passa en conséquence une double ligature de deux brins seulement à travers le ligament large de ce côté, puis on enleva l'ovaire.

L'incision fut réunie par cinq longues aiguilles placées à 1 pouce de distance l'une de l'autre, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, moins le péritoine. Un fil fut jeté autour d'elles. On fit passer les ligatures entre les deux dernières aiguilles. Des bandelettes agglutinatives aidèrent à soutenir les bords de la plaie affrontés.

La malade, pleine de confiance, était cependant épuisée, pâle et très-faible. On la ranima avec un peu d'eau-de-vie et d'ammoniaque.

La température de la chambre fut maintenue entre 78 et 80° (Fahr.). La réaction ne tarda pas à se faire, et la première nuit fut, au dire de la malade, meilleure que celles qui avaient précédé l'opération.

Pendant les deux premiers jours, le pouls fut à 112, et il y eut des douleurs profondes dans la région iliaque droite et près de l'ombilic. Le troisième, on trouva la peau réunie dans la plus grande étendue de la solution de continuité. Les règles reparurent ce jour-là. Le pouls tomba dès lors à 96.

Au bout de sept jours, on retira les aiguilles. Le dixième jour, la plaie était cicatrisée partout, excepté dans le point par où sortaient les ligatures. Le douzième jour, la malade put quitter son lit.

Après quinze jours, elle était dans un état excellent, se tenant assise une grande partie de la journée et mangeant selon sa volonté. Elle éprouva cependant encore quelques douleurs dans la région iliaque droite.

La première ligature tomba le 7 novembre, et la seconde le 16. Le 19 novembre, la malade écrivait qu'elle était parfaitement rétablie, qu'elle avait pu danser sans inconvénient; seulement les règles n'étaient pas revenues.

P. Dmay.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce qui informe l'Académie que les nouveaux modèles de rapports et l'instruction destinés aux médecins inspecteurs des établissements thermaux, viennent d'être adressés aux préfets, et qui envoie à titre de renseignements une collection de ces documents auxquels il joint six exemplaires de la circulaire du 20 mars dernier, préparée pour l'exécution. (Comm. des eaux minérales.)

Trois lettres du ministre de l'instruction publique transmettant :

1° Un rapport rédigé par M. le docteur Vial, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Saint-Étienne pendant les mois de décembre 1851, janvier, février et mars 1852. (Comm. des épidémies.)

2° Un mémoire de M. Doin, traitant de prescriptions hygiéniques contre certaines maladies, et en particulier contre les maladies occasionnées par certains vents et par l'influence des variations atmosphériques. (Même comm.)

3° Une formule d'une eau nouvelle pour la guérison de plusieurs maladies. (Comm. des remèdes.)

Une lettre du directeur des Beaux-Arts au ministère de l'intérieur, qui informe l'Académie que M. le ministre a bien voulu, sur sa proposition, charger M. Gayrard père d'exécuter, pour l'Académie de médecine, une répétition en marbre de son buste de Pariset, déjà placé à l'Institut.

— M. Bouley fils, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, écrit qu'il se porte candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— M. Charrière adresse une lettre en réponse aux réclamations faites dans la précédente séance au sujet de son système d'articulation des instruments de chirurgie. Il résume cette lettre en ces termes :

1° L'instrument qu'on dit avoir été fabriqué il y a vingt ans, d'après un mode d'articulation semblable à celui que nous avons proposé récemment, n'est connu d'aucun chirurgien et n'est décrit dans aucun de nos ouvrages classiques; il ne peut donc être un obstacle à notre droit de priorité.

2° Les autres instruments mentionnés sous le nom de tiroirs, daviers, pinces à extraction de corps étrangers, sont des instruments construits d'après un système d'articulation tout différent de celui que nous proposons, et ne sauraient prouver davantage contre nos droits.

— M. Mayer (de Belfort) adresse un mémoire sur la méningite cérébro-spinale, qu'il considère comme une épidémie coïncidant toujours avec une constitution catarrhale, se déclarant dans les saisons où dominent le froid et l'humidité, et disparaissant avec les premières chaleurs. (Comm. : MM. Roche et Michel Lévy.)

— M. Simyaux, chirurgien de l'hôpital de Cluny (Saône-et-Loire), adresse une note sur l'influence du déplacement des Enfants-Trouvés nouveau-nés sur la santé de ces enfants. (Comm. : MM. Villeneuve et Mélier.)

— M. Dutrouleau, médecin à la Martinique, adresse un mémoire sur l'endémie dysentérique de l'hôpital Saint-Pierre de la Martinique. (Commiss. des épidémies.)

— M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports défavorables sur des demandes d'application des bénéfices des décrets sur les remèdes secrets. (Adopté.)

— M. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, soumet à l'Académie une nouvelle rédaction des conclusions d'un rapport sur les eaux minérales d'Aulus, qui avaient été renvoyées à la commission pour être modifiées.

M. le rapporteur propose, purement et simplement, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

ÉPIZOOTIE DES MOUTONS.

M. Huzard lit un rapport sur un mémoire sur l'épizootie des moutons en 1836, 1837 et 1838, par M. Laroche (Jean), à Gondrin (Gers).

Il résulte des essais auxquels M. Laroche s'est livré sur diverses substances mises en contact avec trois genres de vers intestinaux, tœnias, douves et filaires, extraits vivants du corps des moutons, que l'acide sulfurique plus ou moins étendu d'eau s'est montré la substance la plus nuisible à ces êtres; que ce même acide sulfurique, sous forme de limonade sulfurique, paraît s'être montré le plus efficace agent contre la vie de ces mêmes êtres dans une méthode thérapeutique employée dans l'espèce ovine; que cette même limonade sulfurique a produit l'évacuation de l'ascaride lombricoïde chez des enfants; et chez d'autres enfants paraît avoir produit la disparition de tous les symptômes qui indiquent la présence de ces vers.

D'où il semblerait résulter, en définitive, que l'emploi de la limonade sulfurique, et même du soufre, devrait être tenté dans toutes les affections vermineuses chez le mouton, et même chez l'homme, et principalement contre l'ascaride lombricoïde chez les enfants.

M. le rapporteur ajoute que les expériences ne lui ont paru jusqu'à présent ni assez nombreuses, ni leurs résultats assez bien établis pour pouvoir adopter sans autres preuves l'opinion de M. Laroche; et il conclut en proposant : d'adresser une lettre de remerciments à M. Laroche, de l'engager à continuer ses recherches, et de déposer son mémoire à la bibliothèque, à côté des ouvrages qui traitent du même sujet. (Adopté.)

TOURNIS DES BÊTES OVINES.

M. Reynal, médecin vétérinaire, chef du service clinique à l'École d'Alfort, lit un travail intitulé : Essai monographique sur le tournis des bêtes ovines.

L'auteur résume ce travail en ces termes :

1° Le tournis est une maladie du système nerveux occasionnée par un ver du genre cœnure.

2° Elle apparaît le plus ordinairement sur les jeunes agneaux de 4 à 12 mois, plus rarement à 1 ou 2 ans, et exceptionnellement au delà de ce dernier âge.

3° La marche de cette affection est lente; elle progresse d'une manière incessante et détermine l'atrophie du cerveau ou de la moelle épinière.

4° Elle occasionne d'abord l'amaigrissement des animaux et plus tard la mort.

5° Au nombre des causes principales de propagation, je place :

A. L'hérédité. Les brebis et les béliers atteints du tournis le transmettent à leurs descendants.

B. L'accouplement d'animaux trop jeunes, surtout du bélier employé à la lutte, de l'âge de 6 à 8 mois, comme cela se pratique dans quelques contrées.

6° Le moyen de prévenir le tournis consiste :

A. A éloigner de la reproduction les femelles et les mâles qui en sont atteints.

B. A ne faire reproduire que des brebis de 30 mois et des béliers de 15 à 18 mois.

7° Si une conclusion rigoureuse pouvait être tirée des observations ayant trait à l'influence d'une première fécondation sur les fécondations subséquentes, il faudrait éloigner de la reproduction les femelles qui, bien que saines ellesmêmes, ont une fois donné des produits affectés du mal. (Comm. : MM. Rayer, Cloquet et Huzard.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1852; par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

SUR LA PRÉSENCE DE CRISTAUX DANS LE SANG CHEZ LES ANIMAUX ; par M. le docteur Kunde.

M. Tunike (de Leipsig) avait observé qu'en traitant le sang de la veine liénale du cheval d'une certaine manière, on obtient des cristaux formant des aiguilles et des prismes à angles très-différents.

En poursuivant cette question, M. Kunde a trouvé que le sang de la veine liénale n'était pas le seul qui offrait cette propriété, et d'après les expériences qu'il a faites jusqu'à ce jour, il croit pouvoir prétendre que probablement tout sang d'animaux à corpuscules colorés doit offrir ce phénomène. Jusqu'à ce jour les cristaux ont été rencontrés par lui dans le sang, pris en tout vaisseau, chez le bœuf, le cheval, le chien, le lapin, le cochon d'Inde, le rat, la souris, la sangsue et enfin chez l'homme.

M. Kunde n'a pas encore réussi chez les oiseaux et les amphibies. Dans une série de poissons, il a également observé le même phénomène, fait signalé déjà par M. Tunike.

« Pour obtenir des cristaux, dit M. Kunde, il faut employer différentes manœuvres, selon les animaux dont le sang provient, et je me m'arrêterai qu'aux cochons d'Inde, aux rats et aux écureuils. Chez les deux premiers, on obtient des tétraèdres réguliers en laissant une goutte de leur sang à l'évaporation spontanée, ou en ajoutant de l'eau distillée, de l'eau sucrée, de l'eau de gomme, de l'eau iodée, de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, des huiles volatiles. Chez les rats, les mêmes tétraèdres s'observent. Chez les écureuils, au contraire, on obtient des hexaèdres d'une régularité parfaite, surtout en traitant le sang par l'éther. Pour obtenir ces cristaux, il faut du sérum avec des corpuscules rouges. On ne les obtient pas avec du sérum qui ne contient pas un nombre déterminé de corpuscules rouges.

» Quant à la composition des cristaux, je n'ose pas émettre une opinion sur ce point important. Toutefois je prétends que la matière organique doit jouer le plus grand rôle dans leur formation, si nous considérons que dans 100 parties de sang (je prends un chiffre moyen) privées d'eau, il n'y a qu'à peu près 17 par-

ties de matières minérales, et que très-souvent tout le champ qu'on observe sous le microscope est couvert de cristaux.

» Le point important sur lequel je voudrais insister, c'est d'avoir découvert une propriété particulière du sang, qui est aussi caractéristique pour ce liquide que la formation de l'acide urique l'est pour l'urine, traitée par certains réactifs. Je n'ai trouvé jusqu'à présent que trois animaux qui m'aient donné des cristaux d'une régularité parfaite, mais j'espère que je réussirai également avec d'autres.

» N'ayant réussi que dans quatre cas chez l'homme, et c'est avec du sang provenant d'individus qui se trouvaient dans de très-différentes conditions pathologiques, je n'insiste pas sur ce point important. Mais considérant que deux animaux si rapprochés dans la série, comme le cochon d'Inde et l'écureuil, présentent des formes de cristaux aussi différentes, je crois que, par de certaines manières de traiter le sang, on pourrait peut-être parvenir à trouver une cristallisation différente dans divers états physiologiques ou pathologiques chez l'homme. Je suis dans ce moment occupé de la question de savoir si la formation de cristaux chez le cochon d'Inde reste toujours la même, les actes physiologiques de son économie étant troublés. »

— Nous ne devons pas laisser passer cette note sans faire remarquer que, contrairement à ce qu'avance M. le docteur Kunde, MM. Robin et Verdeil ont obtenu ces mêmes cristaux tétraédriques incolores, en prenant le sérum du sang seulement. Ces messieurs n'ont pas voulu du reste remettre de note sur ce sujet, en raison de ce qu'une opération exécutée sur deux ou trois gouttes de sang seulement, en laissant les nombreux principes de ce liquide mélangés, ne peut conduire à une détermination précise et scientifique de l'espèce de corps qui cristallise, attendu que plusieurs des sels du sang peuvent donner naissance en cristallisant à des tétraèdres et à des lames hexagonales; quelques-uns aussi entraînent en cristallisant les substances azotées *protéiques* qui les accompagnent. Quant à la cristallisation de celles-ci, c'est-à-dire des *principes coagulables* du sang, il ne saurait évidemment en être question.

II. — Anatomie pathologique et Pathologie.

1° Sur les kystes du sinus maxillaire; par M. Giraldès.

Suivant M. Giraldès, il existe un appareil glandulaire dans la muqueuse du sinus maxillaire chez l'homme, chez le cheval, le mouton et le chien. Dans les cas morbides, tantôt la dilatation est bornée au conduit excréteur d'une glande, tantôt elle a lieu dans toute l'étendue, et il en résulte deux ordres de kystes du sinus maxillaire à considérer. (6 mars.)

— Dans la séance suivante, M. Goubaux a mis sous les yeux de la Société un exemple de kystes du sinus maxillaire, pris chez les ruminants domestiques où ils se rencontrent fréquemment, très-transparents et très-mobiles, s'écrasant sous le doigt, et de volume variable.

2° Cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, avec usure des 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales et oblitération de la sous-clavière gauche; observation communiquée par M. Hiffelsheim.

Ce sujet se plaignait uniquement d'une grande gêne dans la respiration. On crut à une affection des voies respiratoires.

A l'autopsie, on découvre une vaste poche anévrismale.

L'aorte était dilatée à son origine et offrait une poche d'un demi-litre de capacité dans la partie horizontale de la crosse. La carotide sous-clavière gauche, le tronc brachio-céphalique, y étaient compris. Une membrane peu épaisse continue, (en apparence) avec les parois artérielles, fermait la sous-clavière gauche. Nous ignorons encore quelle est sa constitution anatomique. La paroi postérieure de l'aorte n'existait plus; elle était remplacée par la face antérieure des vertèbres très-profondément usée. Les disques intervertébraux faisaient une saillie très-forte. La poche constituée par les parois restantes très-dilatées s'insérait autour des bords usés des vertèbres; elle était remplie par des masses de caillots fibrineux. La tunique interne était érodée en beaucoup de points par des ossifications.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient ossifiées en plusieurs points; le cœur gauche considérablement hypertrophié; le volume était normal.

Nous nous sommes demandé quelle avait été la genèse de ces différentes altérations, et nous penchons vers l'opinion que l'oblitération artérielle pourrait bien avoir été le point de départ. Il a été impossible de chercher sur ce sujet quel mode de circulation y avait suppléé. Il n'a, du reste, jamais rien éprouvé à ce bras.

D'une autre part, ces oblitérations arrivent dans les sacs anévrismaux. Mais ce sont des caillots et non des membranes qui ferment l'orifice artériel.

Je dois ces différentes pièces à la bienveillante obligeance de M. le professeur Mounier.

3° Description d'un kyste pileux de l'ovaire droit; par MM. Schnepff et Davaine.

Une femme âgée de 38 ans, ayant eu neuf enfants à terme, a succombé dans le deuxième ou troisième mois d'une dernière grossesse, en proie à des vomissements incoercibles, dans le service de M. Nonat, à la Pitié. M. Schnepff donne le détail de cette observation; nous en extrayons ceux qui concernent l'examen de l'utérus et de ses annexes à l'autopsie.

« L'utérus est distendu par un œuf d'environ trois mois et demi et contient un fœtus bien conformé avec présentation du bassin au col de l'utérus. Les annexes sont sains, si ce n'est que l'ovaire droit est remplacé par une tumeur du volume d'un fort poing, située en dehors du bassin, immédiatement au-dessous du cæcum dont elle semble être un prolongement. Cette tumeur renferme un corps solide nageant dans une sérosité purulente, d'un jaune pâle, contenant des grumeaux de graisse. Le corps solide est une masse adipocireuse, du volume d'une demi-orange ordinaire, en forme de ménisque convexe, ayant l'aspect de la cire blanche, mollasse, qui fond entre les doigts; le microscope n'y découvre que des fragments de cellules épithéliales et des cellules arrondies un peu plus grosses que les globules du sang. (M. Davaine a également de son côté examiné cette masse adipeuse, et je crois qu'il n'y a rien découvert de particulier.) La face convexe de ce corps solide est lisse, luisante, tandis que la face plane est recouverte de poils mêlés et agglutinés en forme de mèches.

» Sur l'invitation de M. Rayer, président de la Société de biologie, devant lequel j'exposais le fait, je recherche avec le plus grand soin la nature, la structure, l'origine et le siége anatomique de ces poils.

» La plupart sont d'un jaune pâle, quelques-uns roux; il y en a même de bruns en tout semblables aux cheveux lisses et fins; leur longueur est variable depuis 3, 4 cent. jusqu'à 20 et 25; il n'y en a pas de très-courts dans la masse adipocireuse. Ils me paraissent être plus élastiques que les poils ordinaires; leur structure est semblable à celle des autres cheveux. Leurs deux extrémités sont libres: l'une est effilée, leur tige présente une gaine ou portion corticale et un canal médullaire ou central, transparent dans ceux qui sont d'un jaune pâle. Nous avons trouvé, M. Davaine et moi, un poil brun dont le canal central contenait un amas de cellules brunâtres analogues à celles qu'on trouve dans le canal médullaire des cheveux bruns; seulement elles étaient interrompues, de distance en distance, par d'autres cellules incolores à peu près.

» La masse adipocireuse fond dans l'eau à environ 60°, et par le refroidissement elle se fige en un gâteau dont la couche inférieure la plus épaisse n'est que de la graisse, tandis que la supérieure, formant le tiers de l'épaisseur totale, est formée par une espèce de mousse blanche qui contient des fragments épidermiques; une parcelle d'os se trouve soit dans le gâteau, soit dans le liquide.

» Les parois du kyste ont à peu près l'épaisseur de la peau, excepté dans un point qui correspond à l'ovaire, aplati, réduit à la forme d'un ruban large d'un travers de doigt. Son extrémité interne se continue avec le ligament qui fixe la tumeur au sommet de l'utérus, tandis que son extrémité externe correspond à un petit mamelon de la face interne du kyste qui semble être une espèce de hile. A côté et un peu en dedans de ce point est un espace de la grandeur d'une pièce de 2 francs, irrégulièrement arrondi, sur lequel sont implantés une cinquantaine de poils dont quelques-uns ont à peine 1 centim. de longueur, mais il y en a aussi qui sont longs de 20 centim. Cet espace est seul revêtu par une lamelle d'épithélium à larges cellules plates qui se présentent avec peu de netteté sous le microscope; on la détache facilement à l'aide du dos du scalpel; les poils restent implantés dans la paroi du kyste; leur racine répond à une saillie folliculaire, et en les arrachant nous trouvons, M. Davaine et moi, l'extrémité radiculaire coiffée de son follicule et partant du renflement bulbaire comme dans un cheveu ordinaire. MM. Rayer et Bernard le constatent avec nous. »

Toutes ces particularités sont reproduites dans des dessins que M. Davaine veut bien joindre aux présentes notes.

4° Kyste des deux ovaires comprimant les deux uretères et ayant déterminé une double pyelo-néphrite chronique; altération épithéliale, sur plusieurs points de la paroi interne de ces kystes; par M. Rayer.

M. Rayer expose brièvement le cas d'une femme atteinte d'une double hydropisie des ovaires, et qui a succombé beaucoup plus promptement qu'on n'aurait pu le prévoir, d'après le volume des tumeurs enkystées. Chacun des ovaires avait tout au plus la dimension de la tête d'un enfant nouveau-né. La mort paraît avoir été déterminée, ou au moins singulièrement hâtée par le développement d'une inflammation des deux reins, produite elle-même par la compression que les tumeurs ovariennes exerçaient sur les deux uretères. Dans les cas d'hydropisie d'*un* des ovaires, le kyste peut acquérir des dimensions très-considérables sans qu'il en résulte de dérangements notables dans la santé. Lorsque les malades viennent à succomber, à une époque plus ou moins éloignée, on trouve souvent l'uretère du côté correspondant, dilaté, et le rein lui-même plus ou moins altéré. Le plus ordinairement aussi le rein du côté opposé reste sain ou n'est pas sensiblement troublé dans ses fonctions. On l'a même vu acquérir un développement supplémentaire, et, par suite, un surcroît d'activité fonctionnelle, ce qui explique la conservation de la santé pendant un long espace de temps. Les auteurs qui ont traité des maladies des ovaires n'ayant pas signalé d'une manière particulière la fâcheuse influence que les tumeurs des *deux* ovaires, avant d'acquérir un volume considérable, peuvent exercer sur les reins, et par suite sur la santé générale, M. Rayer a cru devoir appeler l'attention sur ce fait.

Les kystes de ces ovaires offraient en outre une altération très-curieuse. A la surface interne des kystes, on remarquait des élevures solides, d'un blanc légèrement jaunâtre, du volume d'un pois, et des plaques de plusieurs centimètres de diamètre. La matière de ces plaques et de ces élevures, examinée à un grossissement de 350 diamètres, était constituée par des *cellules épithéliales*, à contour très-net, ovalaires, et d'un centième de millimètre de diamètre au plus. Au centre de chacune de ces cellules existait un noyau fort petit, mais très-distinct.

III. — Tératologie.

Note sur un cas de doigt surnuméraire chez un nouveau-né; par M. P. Lorain.

M. P. Lorain, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés, communique une note

sur une anomalie de la main observée chez un enfant né à terme, et caractérisée par la présence d'un doigt surnuméraire. Nous extrayons les détails anatomiques donnés par l'auteur de la présentation :

« Les muscles de la région thénar ne sont pas atrophiés; leur volume est normal; leurs articulations carpiennes sont régulières.

» Les muscles court abducteur, opposant, court fléchisseur, ont leurs insertions supérieures normales, et tous s'insèrent de la façon accoutumée au pouce complémentaire exclusivement. Aucun prolongement fibreux de ces muscles ne se rend au pouce normal.

» Le muscle long fléchisseur propre du pouce se rend directement au pouce normal, seulement le tendon du long fléchisseur ne va pas tout entier au pouce normal; il se sépare vers son extrémité en deux parties dont la plus grêle va s'insérer à la deuxième phalange du pouce complémentaire, qu'elle tend à abaisser.

» Quant à l'adducteur, normal dans ses insertions, il se rend à l'un et à l'autre pouce.

» Les nerfs palmaires sont fournis par le nerf médian qui, se divisant en deux parties, donne des filets collatéraux palmaires réguliers à l'un et à l'autre pouce.

» Les muscles dorsaux se distribuent de la manière suivante :

» Le long abducteur et le court extenseur vont au pouce surnuméraire seul, et le long extenseur se rend au pouce normal. Seulement, il envoie au pouce surnuméraire un prolongement fibreux qui part de son tendon au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et qui rencontre un prolongement très-grêle de même nature détaché du tendon du muscle court extenseur; il en résulte une bride fibreuse assez forte qui tend à abaisser, à courber les phalanges du pouce surnuméraire, et à empêcher son redressement en le *reliant* au pouce normal.

» Le tendon du long extenseur que nous avons vu se rendre au pouce normal, dégénère en une expansion fibreuse mince qui peut être suivie jusqu'à la seconde phalange.

» Nous avons vu aussi, à la région palmaire, un prolongement fibreux parti du tendon du muscle long fléchisseur, et qui semble jouer à la région palmaire le même rôle que le prolongement fibreux du long fléchisseur à la région dorsale. Ainsi peut s'expliquer la position gênée et vicieuse dans laquelle se trouvent les phalanges de ce pouce surnuméraire, lesquelles étaient destinées à rester presque immobiles.

» Le nerf radial fournit les collatéraux dorsaux des deux pouces. L'artère radiale se distribue également aux deux pouces.

» Toutes les autres parties de cette main nous ont paru parfaitement bien conformées.

» Quant au squelette, il nous a paru que le pouce seul que j'ai appelé normal s'articule avec le trapèze, l'autre pouce (surnuméraire) semble appliqué seulement sur le métacarpien du pouce normal.

» La question d'hérédité n'a pu être éclaircie. »

IV. — Tératologie végétale.

Note sur une galle végétale développée sur le draba verna; par M. Laboulbène.

M. Laboulbène lit la note suivante :

« J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une galle végétale fort curieuse qui n'a point encore été signalée à ma connaissance. Elle s'est développée sur le *draba verna* L., jolie petite plante crucifère qui a fourni à des botanistes modernes la création de plusieurs espèces douteuses. Je l'ai trouvée en herborisant, dans la plaine sablonneuse de Saint-Maur, vers le milieu du mois de mars dernier.

» Cette singulière monstruosité végétale consiste en un épaississement, un boursouflement considérable de la tige du *draba*, immédiatement au-dessus de la touffe des racines. On sait que la plante a de deux à quatre centimètres de hauteur, et que du milieu de ses feuilles radicales en rosette s'élèvent un ou plusieurs pédoncules portant à l'extrémité des fleurs blanches à étamines jaunes. Dans les plantes monstrueuses, les feuilles en rosette n'ont pas changé, mais le pédoncule est raccourci, à peine haut de un centimètre, extrêmement renflé à sa base, et les fleurs sont disposées, soit à l'extrémité, soit même sur les côtés.

» Qu'on se représente un *cactus* des genres *echinocactus* ou *mamillaria*, de forme ellipsoïde ou en massue, sur lequel se développent des fleurs sessiles, et on aura une idée exacte de la transformation qu'a subie la tige et de la position anormale des fleurs du *draba verna*.

» J'ai trouvé six tiges renflées de *draba* sur près de cinq cents échantillons que j'ai observés à ce sujet, et j'ai trouvé une seule plante chez laquelle le renflement n'avait pas empêché le pédoncule de s'effiler et de porter des fleurs à peu près comme à l'ordinaire. Mais dans tous les autres cas, le renflement offrait des fleurs sessiles, et la forme était celle d'une boule allongée ou d'une petite poire conique; enfin, j'en ai trouvé un recourbé qui ressemblait à la petite cornue des appareils de chimie.

» Je me suis convaincu, en divisant le renflement de la tige, qu'il ne s'agissait point d'une *fasciation végétale* qui aurait soudé, élargi et déprimé la tige, mais bien d'une véritable maladie, d'une galle en un mot produite par la piqûre d'un insecte.

» Le renflement est creux, et dans sa cavité se trouve une petite larve blanche que j'ai dessinée et dont j'étudie les métamorphoses.

» L'analogie me porterait à croire que l'insecte qui produit la galle du *draba verna* est un coléoptère de la nombreuse famille des *curculionites* ou *charançons*. »

Compte rendu des séances pendant le mois d'avril 1852; par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Anatomie.

1° Sur l'existence d'un muscle transversal intermaxillaire chez les animaux domestiques; par M. Goubaux.

M. Goubaux communique l'observation qu'il a faite d'un muscle transversal intermaxillaire, indépendant par ses fibres du mylohyoïdien et du sons-cutané de la face, et qui existe chez une grande partie des animaux domestiques; il paraît destiné, par sa disposition, à relever la langue et peut-être à aider à la déglutition. (3 avril.)

2° Sur les os en V chez les animaux domestiques; par le même.

M. Goubaux a constaté, chez le chien et chez le chat, l'existence en nombre très-variable des os dits en V, accompagnant les os coccygiens chez les animaux à queue très-mobile, d'après Cuvier. (24 avril.)

3° Note sur l'ostéologie du métacarpe et du métatarse du porc; anomalie du métacarpe chez le même animal; par le même.

1° Les auteurs d'anatomie vétérinaire qui se sont occupés de décrire les os du porc ont fixé au nombre de quatre les métacarpiens et les métatarsiens. L'observation m'a fait reconnaître qu'il y a là une erreur, mais je dois à la vérité de dire qu'elle a été déjà relevée. On trouve, en effet, dans les Leçons d'anatomie comparée de Georges Cuvier (seconde édition, tome I, p. 437), ce qui suit :

« Dans les animaux à sabots qui ont quatre doigts, comme le *cochon*, le *tapir* et l'*hippopotame*, on voit aussi un petit os qui est le rudiment du pouce. »

Ce passage, extrait de l'Anatomie comparée de Cuvier, n'est pas assez explicite, et il est nécessaire de le compléter pour ne laisser aucun doute relativement à l'interprétation de ce fait anatomique.

A. Dans le *membre antérieur*, il y a cinq métacarpiens, que l'on peut diviser en : *deux grands, deux petits*, et *un rudimentaire*.

Le métacarpien rudimentaire est situé à la face postérieure du troisième os de la rangée inférieure du carpe. Il représente assez bien, pour la forme, le métacarpien rudimentaire du bœuf, mais il a un développement moins considérable dans le sens longitudinal; en d'autres termes, sa forme est à peu près celle d'un cône dont la base serait supérieure, et il porte à la partie antérieure de sa base une petite facette diartbrodiale au moyen de laquelle il s'articule par contiguïté avec la face postérieure du troisième os de la rangée inférieure du carpe.

Dans l'animal vivant, cet os est environné de toutes parts par du tissu fibreux blanc.

B. Dans le *membre postérieur*, on trouve aussi cinq métatarsiens qui peuvent être divisés comme les os du métacarpe.

Le métatarsien rudimentaire est situé à la partie postérieure du grand métatarsien interne qui présente à cet endroit une facette articulaire diarthrodiale

Il est aplati de dehors en dedans, et de forme à peu près triangulaire. Sa partie antérieure ou sa base porte une facette articulaire diarthrodiale, légèrement concave, qui répond à celle du grand métatarsien interne.

Sa face interne est presque plane.

Sa face externe est très irrégulière, mais un peu concave d'avant en arrière.

Des deux bords, le supérieur, qui est le plus long, est brisé d'avant en arrière et de haut en bas, tandis que l'inférieur est rectiligne. Son sommet est postérieur et est représenté par une pointe mousse.

Le métatarsien rudimentaire est entouré par du tissu fibreux blanc, et il concourt, par sa face externe, à la formation de l'arcade tarsienne.

2° Depuis plusieurs années, je possède un pied antérieur gauche de porc qui porte cinq régions digitées complètes. C'est du côté interne que se présente l'anomalie que j'ai l'honneur de montrer à la Société, et que je vais essayer de décrire.

Le métacarpien du petit doigt interne est aplati de dehors en dedans, et a la forme d'un triangle à base inférieure. *a.* Par son angle supérieur, il s'articule à la fois avec la face inférieure du troisième os de la rangée inférieure du carpe, qui a un développement plus considérable que dans l'état ordinaire, et avec la partie interne de l'extrémité supérieure du grand métacarpien interne. *b.* Par son angle inférieur et antérieur, il répond à une région digitée complète. *c.* Enfin, par son angle inférieur et postérieur, il se confond avec l'extrémité

inférieure et antérieure d'un cinquième métacarpien, et s'articule avec l'extrémité supérieure de la première phalange d'un cinquième doigt.

A la face postérieure du troisième os de la rangée inférieure du carpe s'articule un petit métacarpien qui se confond, par son extrémité inférieure, avec l'angle postérieur et inférieur du petit métacarpien interne, dont la forme est anormale, ainsi que je l'ai dit précédemment, et porte aussi une région digitée complète.

Cette particularité est due évidemment à un excès de développement du métacarpien rudimentaire qui avorte normalement : elle est remarquable en ce que, par son déploiement, elle représente une main qui peut être comparée à celle de l'homme, et elle est la démonstration de ce fait avancé par Cuvier, que le métacarpien rudimentaire est un pouce avorté dans son développement.

II. — Anatomie pathologique.

1° Note sur une combinaison de la matière colorante du sang avec de l'acide margarique, observée par M. Lebert.

« Il est de plus en plus certain que les cristaux colorés que l'on trouve dans les résidus hémorrhagiques ne sont point composés uniquement de matière pigmentaire. J'ai déjà communiqué à la Société de biologie l'observation de cristaux rhombiques cinabrés, incomplétement colorés, ce qui indiquait qu'il y avait deux substances dans ces cristaux, l'une de nature pigmentaire, l'autre d'une nature non encore déterminée.

» Dernièrement j'ai trouvé, dans un épanchement hémorrhagique de la rate, une masse jaunâtre grumeleuse, disséminée à travers tout l'épanchement sanguin, dont la composition microscopique offrait les caractères suivants :

» On voit une multitude de granules, de petits globules d'un jaune doré, et surtout un grand nombre de corps de la même couleur qui, au premier aspect, offrent une apparence sphérique. Leur diamètre varie entre 1/50 et 1/40 de millimètre. En les examinant de plus près, on leur reconnaît une disposition étoilée et radiaire, et on distingue une multitude de corps qui ont la forme d'aiguilles cristallines droites ou légèrement recourbées, et qui offrent la plus grande ressemblance avec des rosaces colorées d'acide margarique et de margarine.

» Outre ces agglomérations colorées, on reconnaît un certain nombre de rosaces margariques, soit libres, soit renfermées dans des vésicules, les unes complétement incolores, les autres incomplétement colorées.

» Il s'agit donc ici probablement d'une combinaison entre un pigment hématique et des cristaux gras de nature margarique. »

2° Note sur la structure d'une membrane de nouvelle formation oblitérant complétement la sous-clavière gauche chez un sujet atteint d'un anévrisme de la crosse et de l'aorte descendante; par MM. Hiffelsheim et Ch. Robin.

N'ayant trouvé nulle part la structure des cloisons oblitérantes des artères à leur origine d'un tronc principal, nous donnerons, avec quelque extension, la description du cas présent, qui, si nous ne nous trompons, est le premier cas où l'on a décrit cette structure.

A la face interne de l'aorte, au niveau de l'orifice obturé, se voit seulement une légère dépression qui demande, pour être aperçue, un examen assez minutieux.

La membrane obturante présente la même coloration, le même aspect, la même densité que le reste de la face interne de l'aorte avoisinante.

Celle-ci présente seulement çà et là quelques plaques jaunâtres athéromateuses ou calcaires. La sous-clavière est à peine plus étroite que celle du côté opposé. Un stylet introduit dans le calibre ne peut pénétrer dans l'aorte et ne déplace pas la membrane obturante, malgré une dépression assez forte.

Une coupe comprenant à la fois et les parois de l'aorte et les parois du vaisseau oblitéré montre qu'il n'y a pas de caillot derrière la membrane. Elle montre aussi que les lèvres de l'orifice obturé sont un peu rapprochées l'une de l'autre, de manière à donner à cet orifice l'aspect d'une boutonnière ovalaire allongée. Toutefois, ses lèvres restent écartées l'une de l'autre d'environ 3 millimètres. C'est cet orifice allongé qu'oblitère la membrane que nous allons décrire.

Elle est épaisse d'un millimètre environ dans toute sa périphérie. Sa partie centrale seule, du côté qui regarde le canal de la sous-clavière, présente une épaisseur deux fois plus considérable, ce qui est dû à la présence d'une production calcaire qui occupe ce centre; il fait saillie dans le canal de la sous-clavière. La périphérie de cette membrane est continue avec la face interne des parois aortiques sans distinction possible.

Cette membrane elle-même est friable, aussi bien que la portion des parois de l'aorte, avec lesquelles elle est continue.

Il est facile de reconnaître déjà à l'œil nu, dans cette cloison de nouvelle formation, la même structure que celle des plaques athéromateuses qui tapissent çà et là la face interne de l'aorte, et en particulier le pourtour du point d'attache du vaisseau oblitéré. En un mot, une plaque athéromateuse semble passer sans discontinuité d'un côté à l'autre de l'orifice de la sous-clavière.

L'aspect lisse que présentent, du côté de l'aorte, ces plaques morbides, est conservé également au niveau de la cloison oblitérante.

Structure de cette cloison. — Cette structure est la même que celle des plaques athéromateuses qui incrustent les tuniques de l'aorte et comprennent quelquefois toute l'épaisseur de la tunique aortique.

L'examen de cette structure a été fait à l'aide d'un grossissement de 550 à 600. Oculaire 2 et 3. Objectif n° 6.

Nous avons dit que cette cloison est friable; mais après avoir été froissée, malgré la friabilité, il reste une trame flexible, membraneuse, résistant à la déchirure, non élastique; elle est continue avec la portion de tunique aortique placée au même niveau.

Cette partie membraneuse est constituée d'une substance fibroïde, plutôt que fibreuse proprement dite, c'est-à-dire qu'elle semble formée de fibres ou faisceaux de fibres fortement unis; mais malgré cet aspect, on ne peut isoler les fibres comme dans les membranes fibreuses. Les bords seuls de cette substance, qui ont été déchirés, présentent çà et là comme des extrémités de petits écheveaux fibrillaires dont toutes les parties constituantes sont maintenues réunies entre elles par une matière homogène parsemée de fines granulations moléculaires.

Des portions assez étendues de cette membrane sont constituées par la substance homogène granuleuse dont nous venons de parler, sans l'aspect fibroïde décrit tout à l'heure.

Cette description de la structure, que nous venons de donner, est aussi celle de la trame des plaques athéromateuses que l'on trouve dans les artères, lorsque ces plaques n'ont pas encore l'aspect mélicérique.

La partie friable de la tunique est constituée par des granulations graisseuses, sortes de gouttelettes solides ou demi-solides, jaunâtres, reflétant la lumière à la manière des corps gras, qu'on trouve du reste dans toutes les plaques athéromateuses des artères. C'est à leur présence qu'est dû l'aspect blanc jaunâtre de ces productions morbides. On y trouve en outre des graines calcaires irrégulières de volume variable.

Ils se dissolvent dans l'acide acétique en dégageant un peu d'acide carbonique. Notons que l'acide acétique ne dissout pas la trame fibroïde dont nous venons de parler. C'est tout au plus s'il la rend un peu plus transparente, et s'il diminue légèrement son aspect strié qui, tout en persistant même après une action assez prolongée, est devenu un peu moins marqué.

Enfin, pour ne rien omettre, nous indiquerons la présence de beaucoup de granulations moléculaires libres ou agglomérées qui se trouvent répandues dans le champ du microscope, et dont la description n'offre pas d'importance.

Que cette production ait été consécutive à la cessation du passage du sang dans la sous-clavière, ou qu'elle en ait été la cause, ce que nous ne voulons pas discuter ici, le fait est que la production morbide qui incruste les parois artérielles, qui se dépose dans leur épaisseur, s'est étendue de la tunique moyenne de l'aorte, qu'elle affecte ordinairement au devant d'un canal vasculaire habituellement libre et seulement parcouru par du sang; et cela dans un espace de 2 à 3 millimètres transversalement, sur 6 à 7 millimètres en longueur.

3° Note sur des kystes séreux du foie formés par la dilatation des conduits biliaires ou des cryptes de ces conduits; par M. Davaine.

M. Charcot ayant eu l'obligeance de me remettre une portion d'un foie qui offrait çà et là des kystes d'une nature indéterminée, voici le résultat de l'examen que j'en ai fait.

Ce foie, dont la substance paraissait normale, présentait, à sa surface et dans son intérieur, un grand nombre de kystes variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette. Un petit nombre de ces kystes était isolé, la plupart étaient réunis en séries moniliformes ou en grappes, comme on peut le voir sur les dessins qui sont sous les yeux de la Société. Les kystes de la surface, enchâssés dans la substance du foie, ne faisaient point de saillie, à l'exception de ceux qui occupaient le bord tranchant de cet organe.

En isolant ces kystes par la dissection, on pouvait constater qu'ils s'étaient développés exclusivement sur le trajet des vaisseaux biliaires contenus dans la capsule de Glisson. Les ramifications de l'artère hépatique, de la veine porte et des conduits biliaires se perdaient plus ou moins dans le trajet de ces séries de kystes qui étaient croisées par les veines sushépatiques.

Ces kystes arrondis ou polygonaux, suivant qu'ils étaient libres ou pressés les uns contre les autres, adhéraient le plus souvent entre eux et ne pouvaient être séparés que par le scalpel. A l'intérieur ils offraient une membrane blanche, lisse et polie comme une membrane séreuse; leur cavité était, dans la plupart, parfaitement close. Mais quelques-uns communiquaient entre eux; de sorte que, en insufflant l'une de ces poches, on en faisait gonfler plusieurs autres.

L'un de ces kystes, du volume d'une noisette, ouvert avec précaution, communiquait manifestement par un petit pertuis avec un conduit capillaire, dans lequel j'ai pu introduire une soie de sanglier. Ce conduit aboutissait, après un trajet de 8 à 10 millim., à un conduit biliaire. L'insufflation par ce conduit et l'introduction d'une soie de sanglier ne laissaient aucun doute à cet égard; la disposition du pertuis et du conduit capillaire qui rampait sous la membrane interne du kyste, comme l'uretère par rapport à la vessie, rendait parfaitement compte de la rétention du liquide qui remplissait cette poche.

Enfin on remarquait encore au voisinage de ces kystes un certain nombre de ramuscules des conduits biliaires épaissis et variqueux, ce que l'on constatait facilement par l'introduction d'une soie de sanglier dans leur intérieur.

Les kystes isolés étaient fusiformes à l'extérieur, ou bien ils donnaient naissance à deux ou trois cordons imperméables, ayant l'apparence des branches d'un vaisseau qui offrirait une dilatation très-circonscrite.

Tous ces kystes contenaient une sérosité incolore, rendue plus ou moins trouble par une matière qui, examinée au microscope, paraissait formée d'un détritus amorphe avec des noyaux et des cellules épithéliales encore reconnaissables.

Il me paraît résulter de l'examen auquel je me suis livré que ces kystes se sont développés aux dépens des conduits biliaires, soit par la dilatation de ces conduits eux-mêmes, soit par celle de leurs cryptes. En effet, je me suis assuré que la communication de l'un des kystes avait lieu avec l'un des conduits de la bile et non avec un vaisseau; car les canaux biliaires, à l'intérieur, offrent deux séries linéaires et opposées de pertuis qui correspondent aux orifices d'autant de vaisseaux capillaires ou de cryptes dont j'ai constaté l'existence dans les parois de ces conduits et qui offrent un moyen facile et sûr de ne pas confondre les canaux biliaires avec les rameaux de la veine porte.

D'un autre côté, la communication de quelques-uns de ces kystes entre eux, leur disposition dans la capsule de Glisson, l'épaississement et l'état variqueux de quelques ramifications capillaires des conduits biliaires, le contenu de ces poches, m'autorisent à penser que ces kystes se sont développés soit par des oblitérations avec dilatation partielle des conduits biliaires, soit par la dilatation des cryptes qui existent dans ces conduits, et dont, je le répète, j'ai constaté l'existence dans ceux même d'un très-petit calibre.

4° SUR LE SÉQUESTRE D'UNE PORTION DE POUMON HÉPATISÉE, DANS UN CAS DE PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DE LA VACHE; par M. RAYER.

Dans un travail fait en 1841 et resté inédit, M. Rayer avait constaté une particularité très-remarquable de la péripneumonie, dans l'espèce bovine, à savoir, l'*oblitération* des ramifications bronchiques et des ramifications des vaisseaux pulmonaires dans les parties affectées des poumons. Ces conduits étaient remplis de concrétions fibrineuses solides et généralement décolorées. Aujourd'hui M. Rayer montre une portion de poumon hépatisée, du volume d'une grosse orange, trouvée libre, dans l'intérieur d'un poumon enflammé. Par la dissection et par le lavage, M. Rayer a constaté que la masse trouvée libre, et qui n'avait point sensiblement d'odeur gangréneuse, était bien réellement une portion de poumon hépatisée, complétement séparée des parties environnantes, malades elles-mêmes, et non un dépôt de fibrine. En effet, il a reconnu, dans cette masse, des portions de bronches et de vaisseaux sanguins. En outre, la surface de la cavité qui renfermait cette masse, véritable *séquestre*, offrait des saillies ou des mamelons d'un blanc jaunâtre que la dissection a démontré être fournis, au moins pour la plupart par les extrémités divisées de ramifications bronchiques et de vaisseaux complétement obstrués par des concrétions fibrineuses. En quelques points, cette cavité était tapissée par une fausse membrane d'un blanc grisâtre, assez épaisse.

C'est là, suivant M. Rayer, un exemple très-remarquable de mortification d'une portion de poumon hépatisée par suite de l'oblitération simultanée des veines, des artères et des bronches. L'absence d'odeur gangréneuse et la solidité du *séquestre* peuvent être expliquées par les conditions particulières dans lesquelles il s'est formé.

Suivant M. Rayer, les espèces de séquestres pulmonaires qu'on observe quelquefois chez la vache atteinte de pneumonie éprouvent avec le temps (lorsque les animaux survivent) diverses transformations qui en modifient la constitution et l'apparence. Les plus récents sont marbrés en brun et en brun jaunâtre; les plus anciens finissent par prendre une teinte jaunâtre prononcée. Les parois de la poche qui renferme les séquestres offrent aussi des apparences particulières, suivant que l'altération est récente, ou plus ou moins ancienne. Dans le premier cas, on remarque sur la portion du poumon contiguë au séquestre, des parties de tissu pulmonaire induré, des rudiments de fausse membrane, plus ou moins garnis de globules sanguins et de globules purulents. Lorsque la lésion est déjà ancienne, les parois de la cavité sont formées, en très-grande partie, par un tissu fibreux, solide et d'un blanc bleuâtre.

M. Rayer termine en disant qu'il n'a point observé chez l'homme des *séquestres* de tissu pulmonaire analogues à ceux dont il vient de parler.

5° CORPS LIBRE TROUVÉ DANS L'ARTICULATION TIBIO-ASTRAGALIENNE D'UN CHEVAL; par M. GOUBAUX.

M. Goubaux présente l'articulation tibio-astragalienne d'un cheval, dans l'intérieur de laquelle on voit un corps libre. Ce corps est situé à la partie postérieure et interne de cette articulation, où il est enclavé dans une cavité pratiquée dans l'épaisseur des parties complémentaires de l'articulation à cet endroit.

Ce corps, qui est arrondi suivant son petit diamètre, est irrégulièrement conique. Sa surface est lisse. Une coupe, faite suivant le grand axe de ce corps, montre qu'il est osseux intérieurement, tandis que sa partie périphérique est formée par du tissu fibreux blanc disposé en couches concentriques.

Les parties complémentaires de cette articulation ont augmenté considérablement d'épaisseur; mais ce n'est pas là seulement ce qu'elles offrent de remarquable: elles sont le siége, particulièrement à leur face interne, d'une coloration en brun chocolat dont M. Goubaux a eu l'occasion de parler déjà dans une des séances précédentes, à la suite d'une communication faite par M. Verneuil.

M. Goubaux a observé un certain nombre de fois cette coloration, non-seulement pour les articulations ou à leur voisinage, mais surtout dans les gaînes tendineuses; il se propose de continuer des recherches à cet égard, et d'en faire connaître le résultat à la Société.

6° ALTÉRATIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE DROITE CHEZ UN CHEVAL; par le même.

Un vieux cheval anglais, qui mâchait ses aliments avec beaucoup de lenteur, lenteur que l'on pouvait attribuer à l'irrégularité remarquable de ces dents molaires, fut sacrifié pour les travaux anatomiques.

Il n'y avait aucune cicatrice sur la région des tempes.

M. Goubaux présente l'articulation temporo-maxillaire droite de cet animal, dans laquelle on voit les lésions suivantes: sur la face inférieure du ménisque interarticulaire, il existe des fausses membranes anciennes, disposées en petits pinceaux; elles sont en tout semblables à celles que l'on remarque assez fréquemment dans la cavité du péritoine ou dans les sacs pleuraux. De semblables fausses membranes existent sur le condyle du maxillaire inférieur.

Sur la rive postérieure du ménisque, on trouve deux fausses membranes beaucoup plus épaisses, arrondies à leur surface, libres, tandis qu'elles sont pédiculées à leur base qui est adhérente. Ces fausses membranes, coupées en travers, présentent l'aspect qu'elles ont en général; leur périphérie, qui est résistante, est blanche; leur centre, au contraire, a une coloration gris rosé.

M. Goubaux pense que ces parties pédiculées auraient pu former plus tard des corps libres, par suite de la destruction de leur pédicule; il explique ainsi le développement de ces corps pédiculés qu'il a rencontrés bien souvent dans le sac péritonéal des chevaux, et de ceux qui y ont été trouvés libres, ainsi que M. Rayer en a rencontré un exemple récemment dans le cadavre d'une vache.

III. — PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES PRINCIPES IMMÉDIATS CONTENUS DANS L'URINE DE L'HOMME; par M. W. MARCET.

M. W. Marcet lit la note suivante:

« On connaît déjà dans l'urine un grand nombre de substances, et pourtant il nous manque encore des notions satisfaisantes sur l'état qu'elles occupent comme principes immédiats de cette sécrétion.

» Cela provient des méthodes qu'on emploie pour isoler ces principes; ainsi, quant à l'urée, il est impossible de constater d'une manière précise, lorsqu'on l'obtient au moyen de l'acide azotique, si elle se trouve à l'état libre dans l'urine ou combinée avec d'autres substances, comme le sel marin ou le phosphate de soude.

» Pour résoudre cette difficulté, j'ai eu recours à un autre procédé qui permet d'obtenir directement, sous la forme cristalline, l'urée libre contenue dans l'urine.

» On évapore l'urine à siccité au bain-marie et on dessèche le résidu sur l'acide sulfurique. Lorsque la masse est devenue dure et cassante, on la traite à plusieurs reprises par l'alcool absolu bouillant en décantant après chaque opération. Il faut les répéter jusqu'à ce qu'il reste dans la capsule une masse brune, dure et cassante qui n'abandonne plus de matière colorante à l'alcool.

» On obtient ainsi un extrait alcoolique de l'urine contenant toute l'urée, un peu de sel marin, et ayant une réaction acide très-prononcée. J'ajoute maintenant à cette liqueur une petite quantité d'éther sulfurique, en le laissant descendre le long du vase de manière à éviter le mélange des liquides. On aperçoit d'abord un principe nuageux au point de contact des deux couches, puis ce mouvement se communique graduellement au-dessus et au-dessous. Cinq ou six heures après, le précipité a disparu, les bords et le fond du vase se trouvent alors couverts de très-beaux cristaux d'urée.

» Il faut ajouter de l'éther jusqu'à ce qu'il ne se précipite plus rien, et on obtient ainsi directement presque toute l'urée contenue à l'état libre dans l'urine. Il se trouve souvent un peu de sel marin parmi les cristaux qu'on peut séparer par une nouvelle cristallisation dans l'eau. Cette opération est nécessaire, si on désire conserver l'urée ainsi séparée, car à peine a-t-on décanté le mélange d'éther et d'alcool que l'urée disparaît étant en cet état très-déliquescente.

» La liqueur mère contient encore un peu d'urée, et sa réaction est fortement acide; j'ai poursuivi plus loin mes recherches, espérant arriver à trouver dans la dissolution éthérée un des corps auxquels l'urine doit sa réaction acide. Il s'agissait pour cela d'éliminer l'urée dissoute par l'éther. Dans ce but, je concentrai la liqueur mère sur le bain de sable, puis elle fut neutralisée avec de l'eau de baryte pour empêcher la décomposition des substances acides. Après avoir concentré de nouveau au bain-marie, j'ajoutai quelques gouttes d'acide sulfurique; j'ai remis les acides organiques en liberté; puis en traitant ce mélange par l'alcool ordinaire et l'éther, le tout se sépara en deux couches, la couche inférieure contenant l'urée, et la couche supérieure les substances acides. On décanta la couche supérieure, et elle fut traitée à plusieurs reprises par de l'eau distillée dans un ballon en décantant la dissolution éthérée après chaque opération. J'obtins de cette manière une liqueur très-acide ne contenant plus d'urée, et flottant sur de l'eau pure; elle fut décantée finalement dans un entonnoir à filtrer et évaporée à une température très-basse.

» Il résulta de ces évaporations:

» 1° Un liquide aqueux, incolore, rempli de cristaux;

» 2° Une substance rose qui s'était attachée sous forme de gouttelettes aux parois du vase pendant l'opération.

» Je suis occupé dans ce moment à reconnaître les caractères de ces deux substances; jusqu'ici j'ai pu constater:

» Que la substance cristallisable incolore est un acide faible, soluble dans l'éther, l'alcool et l'eau bouillante, mais insoluble dans l'eau froide. Les cristaux sont des prismes rhomboïdaux obliques. Chauffés sur une lame de platine, ils fondent en répandant une odeur particulière, puis ils charbonnent sans prendre

fen, et enfin disparaissent complétement. Cette substance n'est donc pas de l'acide hippurique, auquel elle paraît cependant ressembler sous beaucoup de rapports.

» Quant à la matière rose, elle a une réaction fortement acide ; elle se réunit d'abord en gouttes d'aspect résineux. Celles-ci, au bout de vingt-quatre heures, et quelquefois même plus tard, se cristallisent en groupes d'aiguilles irradiées, ayant pour centre de cristallisation le centre de la goutte. Ce mode particulier de cristallisation d'un composé qui reste d'abord quelque temps à l'état de gouttes résineuses, observé par M. Ch. Robin et moi sur le corps dont je parle, a déjà été reconnu comme propre à plusieurs des acides qu'on obtient par décomposition des *principes immédiats salins* de l'économie, tels que l'acide hippurique, etc. Ce nouvel acide se dissout dans l'éther et l'alcool seulement. Elle répand une odeur aromatique très-caractéristique qui augmente lorsqu'on la chauffe sur une lame de platine ; elle charbonne en répandant une odeur d'huile brûlée.

» Cette dernière substance paraît exister à l'état libre dans l'urine, car on peut l'obtenir sans ajouter d'acide sulfurique à la liqueur mère qui a déposé l'urée.

» Il n'en est pas de même pour la première, que j'ai cherché en vain, lorsque je n'avais pas ajouté la baryte et l'acide sulfurique. Il est possible cependant qu'elle existât à l'état libre dans l'urine, ayant été décomposée par l'évaporation. Les dissolutions de ces acides, retirées de l'urine, ne précipitent pas l'eau de baryte, elles ne contiennent donc point de l'acide sulfurique qui a servi à les extraire.

» En terminant, qu'il me soit permis de remercier MM. Robin et Verdeil des conseils qu'ils ont eu la bonté de me donner au sujet de ces recherches. »

IV. — Tératologie.

1° Note sur un foetus monstre de chien, avec encéphalocèle et spina bifida ; par M. Bollard.

Une chienne chez laquelle l'avortement avait été en partie provoqué a mis bas sept petits. Six sont nés bien conformés, cinq vivants ; le sixième et le septième étaient morts.

Ce dernier présentait deux anomalies remarquables, dont la nature véritable échappa d'abord à l'observation, et ne put être reconnue qu'après un examen assez minutieux. Il était environ moitié moins grand que les six autres petits chiens, ce qui pouvait s'expliquer par une incurvation notable que présentait la colonne vertébrale.

Le crâne, aplati, déprimé, ne formait en arrière de la face aucune saillie. On remarquait en arrière de l'occipital, au niveau de l'articulation de cet os avec les vertèbres cervicales, une petite tumeur, molle, sessile, non recouverte par la peau.

Au niveau de la région lombaire et sur la ligne médiane, l'enveloppe cutanée présentait une solution de continuité dont les deux bords, écartés et figurant une boutonnière d'environ 5 centimètres de longueur et 1 centimètre de largeur au niveau du plus grand écartement, laissait à découvert une gouttière ostéo-cartilagineuse recouverte par deux couches de tissu fibro-cellulaire. La première, la plus superficielle, très-mince, se laissant déchirer avec la plus grande facilité, formait une sorte de toile irrégulièrement plissée, ou mieux, flétrie, et se continuait de chaque côté avec les deux lèvres de la solution de continuité. On aurait dit, au premier abord, une expansion du tissu cellulaire sous-cutané. Au-dessous de cette première couche, on en trouvait une seconde beaucoup plus résistante, tendue à la manière d'un pont au-dessus de la gouttière et parfaitement intacte. Cette deuxième couche n'adhérait en aucune façon avec le fond de la gouttière, et il fut même possible d'introduire un stylet dans le canal qu'elle concourait ainsi à former, après que l'on y eut pratiqué une légère incision.

L'examen du centre encéphalo-rachidien fit reconnaître que la tumeur molle qui se présentait à la partie postérieure ou supérieure (si l'on suppose l'animal dans sa position naturelle, sur les quatre pattes) était formée par le cervelet et une grande partie du lobe cérébral gauche, qui faisaient hernie hors du crâne. La substance nerveuse n'était recouverte que par ses membranes propres ; la peau avait été, non pas amincie et entraînée autour des organes herniés, mais perforée et traversée par eux. Cette hernie s'était opérée par le trou occipital, en avant de la première vertèbre cervicale.

Le canal vertébral étant ouvert à la région du cou, on y trouvait la moelle à l'état normal ; mais en portant l'examen plus loin, on reconnaissait qu'à partir de la dixième vertèbre dorsale jusqu'à la région caudale, les apophyses épineuses et les lames des vertèbres manquaient complétement, et que le canal vertébral, largement ouvert en arrière, n'était représenté que par la gouttière ostéo-fibreuse indiquée plus haut. Cette gouttière était formée, par la face supérieure, du corps des vertèbres dorsales et lombaires. Dans cette gouttière, point de moelle épinière. Cet organe se terminait par une extrémité un peu effilée au niveau de la dixième vertèbre dorsale.

Quant aux deux couches de tissu cellulo-fibreux, la moins superficielle, celle qui semblait convertir la gouttière en un canal véritable, elle représentait la lame profonde de la dure-mère, et se continuait en haut, au-dessous de la moelle épinière, dès que celle-ci apparaissait, tandis que l'autre était la continuation de la portion de dure-mère qui passait au-dessus de la moelle épinière. La première offrait, au niveau de chacun des trous intervertébraux, l'origine des nerfs rachidiens, avec les ganglions correspondants.

En résumé, ce petit animal présentait un encéphalocèle coïncidant avec un spina bifida remarquable par son étendue. L'encéphalocèle et le spina avaient tous deux traversé la peau, le premier à travers une ouverture arrondie et comme faite par un emporte-pièce ; le second à travers un orifice très-allongé, en forme de boutonnière. C'est ce qui explique comment la poche du spina bifida s'était vidée complétement, soit au moment de la naissance, soit pendant le travail, et sous l'influence de contractions utérines, rendues plus énergiques par l'action d'une forte dose de seigle ergoté : d'autant que cette poche devait être volumineuse, ainsi que le constatent et l'aspect plissé, comme flétri, et la grande minceur de la couche fibreuse qui en était la seule enveloppe, et en même temps la disparition complète de la moelle épinière au niveau des régions dorsale et lombaire, points où les nerfs, d'ailleurs développés normalement, semblaient naître de la couche fibreuse la plus profonde, ou, en d'autres termes, de la dure-mère.

2° Sur une monstruosité par inclusion dans l'oeuf de la poule ; par M. Verneuil.

M. Verneuil présente un exemple de monstruosité par inclusion dans l'œuf d'une poule.

Dans un œuf de volume ordinaire, muni d'un jaune et d'un albumen bien développés, se trouve un petit œuf très-régulièrement conformé et offrant la figure d'un ovoïde parfait.

Il est muni d'une coquille résistante, quoique mince. Celle-ci est formée de deux couches calcaires bien distinctes : l'une externe, colorée en jaune ; l'autre interne, qui lui est immédiatement accolée, est, au contraire, translucide.

Le grand diamètre de l'œuf est de 15 millimètres ; le petit de 10 environ.

L'œuf est transparent et rempli d'un liquide albumineux. On trouve à l'intérieur une troisième membrane qui représente la membrane propre de l'œuf.

La chambre à air existe avec un développement notable ; elle est agrandie surtout par suite de l'évaporation dont l'œuf a été le siége.

Cette membrane est très-consistante et fort épaisse.

Le contenu de l'œuf est formé par de l'albumine semblable à celle des œufs ordinaires ; le germe semble donc manquer avec le vitellus.

V. — Botanique.

Note sur le phycomyces nitens, genre de la tribu des mucorinées ; par M. Montagne.

Tous ceux qui ont décrit cette singulière affection se sont copiés les uns les autres. Personne, que je sache, n'avait encore observé le petit calicule ou l'espèce de collerette rabattue qui se trouve à la base de ce qu'on nomme la vésicule. Aussi n'a-t-on pas manqué de dire et de répéter que cette vésicule était ectosperme, sans s'être bien rendu compte du mode d'évolution des spores. La présence bien constatée du calicule, qui me semble devoir être considéré comme le résidu d'un péridium qui enveloppait primitivement la prétendue vésicule, prouve en effet que celle-ci n'est autre chose que la columelle ou ce qu'on est convenu de nommer ainsi, sur laquelle restent accolés les spores après la déhiscence et la chute fragmentaire du péridium. Ce qu'il y a de certain, c'est que la vésicule ne renferme point de spores, mais seulement des conidies de la plus grande ténuité, et qu'elle communique directement avec le tube du filament. Il y a, en effet, absence de cloison au niveau du point de jonction de celui-el avec celle-là. Les spores ne sont pas jaunes, mais incolores, ni les filaments décombants, mais dressés en touffes bien fournies et d'un noir olivâtre très-brillant.

Il résulte de ce qui précède que ce genre, que je crois inattaquable, est voisin de l'*ascophora*, et même que l'espèce offre, dans la structure de son péridium, quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans l'*ascophora fungicola corda*. Il a aussi, par sa columelle et son péridium, de grands rapports avec l'*hemiscyphe* de la même tribu ; seulement ses filaments sont continus et non cloisonnés.

Ce genre est aussi fort remarquable par les lieux dans lesquels il se développé : c'est en général dans les moulins à huile et dans les magasins où l'on conserve ce produit. C'est dans des circonstances, sinon semblables, au moins analogues, que nos exemplaires ont été trouvés. M. Évrard a établi au Cateau (Nord) une usine pour l'exploitation des eaux savonneuses qui ont servi au dégraissage des laines en suint. Ces eaux, traitées par l'acide sulfurique, fournissent un précipité de matières grasses et terreuses traversées par une infinité de filaments de laine. Sur ce précipité, abandonné pendant plusieurs mois dans un local couvert et peu éclairé, s'est développé le *phycomyces*, avec l'apparence d'une touffe de crins noirs, dressés et luisants. M. Évrard dit que la résistance de ces filamcots est telle qu'un seul peut supporter un poids de 10 à 20 grammes, dans l'état de végétation. (10 avril.)

— Dans une des séances suivantes, M. Montagne complète la communication qu'il a faite sur le *phycomyces nitens*. Des individus en pleine végétation sur leur terreau natal lui ont été apportés par M. Évrard, et sont venus confirmer ce que l'analogie lui avait donné l'occasion de conjecturer. Voici la morphose de ce champignon. La vésicule qui termine le filament est d'abord sphérique et d'un blanc sale et terne, comme la moitié supérieure du filament luimême. Si on l'écrase alors, il ne s'en échappe que des *conidies* de la plus grande ténuité. A un degré plus avancé de son développement, elle devient noire, et les spores déjà formées sont encore retenues en place par le péridium globuleux. Cet organe est d'une si grande délicatesse, qu'on trouve là la raison probable

de sa chute fragmentaire prématurée. C'est à cette époque de sa végétation qu'il faut surtout observer le phycomyces, pour bien s'assurer de la présence du péridium et de la columelle, et que c'est entre ces deux membranes que se forment les spores. La plus légère pression entre deux lames de verre suffit alors pour briser l'enveloppe extérieure, donner lieu à l'évacuation des séminules, et laisser voir manifestement la columelle avec la forme qu'on lui connaît et qu'elle conserve constamment, même après la chute du péridium. Les spores paraissent imbriquées en séries, rayonnant de tous les points de la columelle.

C'est donc une vraie mucorinée qui ne diffère même des genres voisins que par sa consistance, par sa couleur, par la forme singulière de sa columelle persistante, mais surtout par les circonstances particulières dans lesquelles elle se développe, caractères réunis qui, sans parler de son port, peuvent motiver sa conservation comme genre distinct.

BIBLIOGRAPHIE.

QUATRIÈME, CINQUIÈME, SIXIÈME ET SEPTIÈME LETTRES SUR LA PHYSIOLOGIE; par RUDOLPHE WAGNER. — GAZETTE D'AUGSBOURG, nos 281, 282, année 1851. — Nos 20, 26, année 1852 (1).

Continuons l'analyse de ces publications récentes de l'illustre professeur de Goettingue.

La troisième lettre n'était déjà plus datée de Trieste. M. Wagner avait passé, au mois d'octobre dernier, par Vienne, Berlin, Bresslau et Leipzig, comptant se reposer à Bayreuth, sa ville natale, où demeurait jadis Jean Paul, et dans laquelle Guillaume et Alexandre de Humboldt cherchaient, à plusieurs reprises, un paisible séjour. C'est de cette jolie petite ville de Bavière qu'il écrit aussi sa quatrième et cinquième lettre. Il s'y dispose à suivre la voie génésique de la science elle-même, en prenant comme point de départ les nerfs. De là il mènera le lecteur aux labyrinthiques organes centraux (la moelle épinière et le cerveau), et il le fera retourner ensuite au système périphérique. Pour donner une idée du peu de progrès qu'avait fait la physiologie du cerveau et du système nerveux jusqu'au commencement de notre siècle, M. Wagner se plaît à exciter l'étonnement du lecteur en lui reppelant qu'en 1796 le célèbre Sœmmering, dans son ouvrage DE L'ORGANE DE L'AME, dédié à Kant, tâchait de prouver que les nerfs se terminaient dans les parois des cavités du cerveau, et que les liquides que celles-ci contiennent ainsi que les parois devaient former le siége du sensorium commun.

M. Wagner va tout droit au fait principel de la névrologie, à la grande loi de Bell, qui, publiée par son auteur en 1811, ne fut connue sur le continent et appréciée à sa valeur que plus de dix ans après. Ce sont Magendie et Johannes Muller qui les premiers l'ont confirmée par une série d'expériences. Galien, dans le deuxième siècle, n'en savait-il déjà pas quelque chose? N'a-t-il pas, dans une consultation pour un malade, nommé Pausanias, qui, à la suite d'une chute, avait eu quelques doigts paralysés, émis l'opinion que dans ce cas les symptômes paralytiques se rapportaient seulement à la sensibilité et non pas à la motilité, et que cela tenait à l'origine des nerfs à l'endroit de la moelle épinière, qui ne serait pas le même pour les nerfs conducteurs de la sensibilité et pour ceux de la motilité; et qu'il fallait agir médicalement sur cet endroit de la moelle.

La physiologie aussi bien que la chimie exigeant les procédés analytiques, la loi de Bell, à part son importance politique, nous a donc mis à même d'analyser et de décomposer les phénomènes nerveux.

M. Wagner expose ensuite rapidement le cours des 62 à 64 nerfs spinaux, leur structure, le chiffre élevé des filets primitifs; il décrit les racines antérieures et postérieures, leur entrée ou sortie de la moelle, leurs rapports avec la motilité et la sensibilité, en relatant, pour mieux expliquer ces rapports, quelques expériences faciles faites par Johannes Muller sur la grenouille. Il développe en outre les idées suivantes :

La fonction des filets primitifs sensitifs est essentiellement centripète, celle des filets moteurs centrifuge. Se comportant dans les circonstances ordinaires, comme des conducteurs isolés, les filets primitifs ressemblent, pour leur action, aux fils du télégraphe électrique, avec la différence qu'ils se divisent et se subdivisent en allant aux organes et en représentent à la fin les radicules d'un arbre dont le tronc se perd dans la moelle épinière.

Chaque filet nerveux primitif règne sur une certaine étendue de la périphérie du corps, ce qu'on pourrait appeler la province d'un filet primitif. L'innervation part du centre pour s'étendre sur cette province, et l'impression périphérique d'un endroit quelconque de cette province, c'est-à-dire d'un point terminal quelconque du filet sensitif pour arriver à son point central unique. Les radicules des divers filets primitifs peuvent s'entremêler sans se confondre, sans déroger à la grande loi des conducteurs isolés.

Le savant professeur, aimant à éclaircir les faits anatomiques et physiologiques par maintes comparaisons avec les choses les plus simples et les mécanismes les plus connus, il a parfaitement réussi dans l'exposition populaire du chapitre difficile dont nous venons de donner l'esquisse scientifique.

Arrivons à la sixième lettre, écrite à Goettingue, le jour de Noël, et donnée par l'auteur comme réflexions extraordinaires. C'est une réponse obligée à plusieurs interrupteurs. Mal avait pris à M. Wagner d'avoir annoncé dès le début de ces publications qu'il se laisserait guider, pour la suite des questions spéciales, par l'inspiration du moment. Bon nombre de ses lecteurs ont cru devoir le distraire par leurs propres inspirations, lui ont adressé des questions, et, ce qui est plus grave, des reproches. A peine avait-il ébauché, notamment dans sa troisième lettre, quelques vues sur la partie physiologique de la psychologie, qu'on est venu lui dire que ses doctrines conduisaient directement au matérialisme. Le professeur de physiologie doit donc s'apercevoir qu'il touchait au grand différend de limites où le théologue aussi bien que le philosophe, le naturaliste et le médecin aussi bien que le jurisconsulte demandent leur part. En vain leur raconte-t-il qu'à Vienne, au commencement de ce siècle, on a défendu au médecin Joseph Gall de continuer ses leçons sur la phrénologie. On donnait pour raison que sa doctrine conduisait au matérialisme. Et il arrive que de nos jours les médecins et les physiologues de l'Allemagne sont les adversaires décidés de la phrénologie, tandis qu'en Angleterre, en Amérique et même en Allemagne, bien des fervents de la Bible trouvent les principes de la phrénologie en harmonie avec l'anthropologie chrétienne.

Le professeur naturaliste se voit contraint de professer publiquement sa foi philosophique et religieuse. Il leur dit donc qu'il a son matérialisme à lui; qu'il ne peut concevoir que l'indissolubilité de la matière et de l'esprit; qu'il se confie dans l'immortalité de l'âme, et qu'il croit que l'âme immortelle aura toujours son corps.

Rappelons que la philosophie positive de Schelling arrive au même résultat.

Pour mieux se défendre, M. Wagner cite encore les paroles d'un théologue bien orthodoxe qui disait : « Pour établir une saine psychologie, on n'aurait rien à craindre du matérialisme des investigations exactes, mais bien de l'idéalisme et du spiritualisme nébuleux. » A cette occasion M. Wagner secoue vertement, d'une part, ceux qui croient, de nos jours encore, gagner quelque chose au profit de la psychologie en examinant les véritables apparitions des fantômes; d'une autre, il s'oppose au matérialisme grossier qui enseigne que les actes psychiques ne sont que la fonction de la substance cérébrale, ou en d'autres termes, que les pensées sont par rapport au cerveau ce que la bile est au foie, ce que l'urine est par rapport aux reins. Comme si les reins, par exemple, produisaient des corps chimiques nouveaux; comme si ces corps ne leur étaient pas amenés tout faits par le sang; comme si l'urine n'était pas composée des éléments du sang dont l'organisme doit se débarrasser. Faudrait-il admettre, avec les pythagoréens, que l'âme se forme du sang qui nourrit le cerveau? Le cerveau serait-il le filtre à l'aide duquel les pensées sortaient du sang?

Pour conclusion de ce chapitre, M. Wagner se déclare, en matière religieuse, croyant comme l'homme le plus simple; en matière scientifique, sceptique scrupuleux. Il ne veut pas, du reste, avoir à se défendre du parallélisme de ces deux courants d'idées, puisque Képler, Newton et Haller, les grands naturalistes, l'ont bien sanctionné en le suivant.

Maintenant, on peut se demander pourquoi le professeur physiologiste a jugé nécessaire de nous initier dans ses pensées intimes? Est-ce que les interruptions qui lui ont été faites par lettres étaient tellement pressantes, importantes, qu'il ne pouvait se soustraire à l'obligation d'y répondre? Voulait-il, en face précisément de ces objections, accompagner ses investigations physiologiques d'un certificat de bonne harmonie avec le culte religieux du cœur humain? Dans un journal universel tel que la GAZETTE D'AUGSBOURG, une précaution pareille n'est peut-être pas inutile. Dans tous les cas, nous devons à ces MÉDITATIONS DE NOEL de reconnaître, dans le naturaliste exact et érudit, l'homme aux sentiments les plus élevés. Et puisque M. Wagner, dans cette lettre curieuse, croit devoir citer la dernière évolution d'esprit du brillant poëte allemand de la rue d'Amsterdam, qui, selon Saint-René-Taillandier, a représenté mieux que personne toute une période de la pensée allemande, période de trouble,

(1) Voir le numéro du 28 avril 1852.

de malaise, de déchirement, nous osons nous servir des paroles de ce critique éminent en lui disant, que lui, le physiologiste, a bien su satisfaire à la pensée allemande : « A l'heure où ce pays semble prêt à retrouver » ses voies, où il repousse de plus en plus le sensualisme, l'athéisme et » toutes les grimaçantes visions du délire. »

Avec la septième lettre, l'auteur tâche de rentrer dans son sujet. Nous verrons que cela ne lui est pas facile du tout, car les incidents ne cesseront pas de sitôt. Mais enfin, dans cette lettre, la première de l'année 1852, il dirige d'abord l'attention du lecteur sur les actes de la motilité. Les phénomènes du mouvement sont mieux étudiés et vérifiés par des expériences que les actes de la sensibilité, ces derniers étant en rapport trop intime avec les actes psychiques. Les phénomènes du mouvement sont donc plus simples à exposer. Il est vrai toutefois que le motorium commun ne touche pas moins aux influences psychiques que le sensorium commun, et il importera plus tard de bien déterminer ces deux organes centraux. Aussi M. Wagner espère-t-il, quand les lettres seront plus avancées, bien déterminer ces organes.

L'auteur part de la simple proposition que voici : La volonté agit sur les nerfs, le nerf sur les muscles, et le muscle sur les os. L'analyse des lois qui président à ces actes divers devient plus compliquée à mesure qu'on remonte des mouvements grossiers des os aux plus fins des muscles, des phénomènes délicats qui s'accomplissent dans les nerfs aux évolutions de la volonté. On fera donc bien de monter du simple au compliqué. Mais pour l'examen même des mouvements grossiers du squelette, il sera encore bon de faire un choix en ne s'adressant tout d'abord qu'au mécanisme si bien compris des appareils de la marche. Ici M. Wagner se laisse aller à l'admiration du bel ouvrage sur ce sujet, publié par les frères Weber, à Gœttingue, en 1836, ouvrage de premier ordre, « auquel, jusqu'à ce jour, personne n'a rien ajouté, dont personne n'a rien ôté. » Matière complète, méthode et critique de main de maître, tout y est parfait. Peut-être sans exemple dans l'histoire des sciences, les trois frères Weber, aussi célèbres en anatomie et physiologie qu'éminents en physique, travaillent ensemble avec un accord merveilleux et touchant. Dans l'ouvrage cité, le précieux fruit de leurs efforts combinés, ils cultivent en outre l'idée, exprimée déjà en 1823 par Biot, que l'étude approfondie des êtres organisés conduirait aux perfectionnements les plus importants de nos instruments de physique et des opérations chimiques. Euler, par ses méditations sur l'œil humain, n'a-t-il pas démontré la possibilité de construire des verres objectifs achromatiques, ce que cinquante ans avant lui le grand Newton niait encore? La découverte physiologique de Galvani sur le muscle d'une grenouille, n'est-elle pas le point de départ de toute notre science et de tout notre art en électricité? M. Biot demande même si les recherches sur l'organe électrique de la torpille ne nous enseigneraient pas les moyens d'augmenter la force de nos appareils électriques. Ainsi les frères Weber examinent, par la voie scientifique la plus exacte et la plus rigoureuse, le mécanisme si parfait de la marche chez l'homme et les animaux. Ils offrent donc à notre époque si avide d'inventer les machines de locomotion, une véritable source d'idées nouvelles et ayant certes un grand avenir.

M. Wagner, en s'appliquant à démontrer l'importance de la physiologie non-seulement comme étude pure, pleine d'attrait, non-seulement comme base essentielle de la médecine, mais encore comme science fort utile aux progrès des arts et de l'industrie, ne cesse d'exciter la curiosité de son nombreux public pour la suite de ses lettres.

S. Feldmann, D. M.

VARIÉTÉS.

— Nos lecteurs n'ont pas oublié qu'un prix de 300 fr. avait été fondé par M. Diday en faveur du médecin qui enverrait dix observations détaillées de syphilis constitutionnelle survenue par suite de blennorrhagie. Aucun travail n'étant parvenu en réponse à ce programme, le prix qui devait être décerné par la société nationale de médecine de Lyon a été retiré.

— A la suite d'un concours remarquable par la force des épreuves, MM. Demarquay et Adolphe Richard, anciens prosecteurs de la Faculte de médecine, ont été nommés chirurgiens du bureau central des hôpitaux.

— Par décret du prince président de la République, du 16 avril 1852, ont été nommés à deux emplois de pharmacien principal de 2e classe :

Choix : M. Poggiale, pharmacien-major de 1re classe et professeur à l'École d'application de la médecine militaire à Paris.

Choix : M. Dien, pharmacien-major de 1re classe à la division d'Alger.

— Par décret du prince président de la République, du 16 avril 1852, ont été nommés aux emplois de médecin aide-major de 2e classe vacants par organisation :

Concours de 1843. — M. Baelen, chirurgien aide-major commissionné au 4e de cuirassiers.

1er concours de 1851. — M. Massiani, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Meurs, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Dunkerque.
M. Barret, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Bordeaux.
M. Hannard, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille.
M. Maudnit, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran.
M. Puech, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Alger.

— Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. Faure, médecin principal de 1re classe; Troy, médecin-major de 1re classe au 10e d'artillerie.

Chevaliers : MM. Bernet, médecin-major de 2e classe au 36e de ligne; Mottet, médecin-major de 2e classe aux ambulances de la division de Constantine; Cabrol, médecin-major de 2e classe à l'hôpital du Val-de-Grâce; Bonffard, médecin-major de 2e classe aux ambulances de la division de Constantine; Barthélemy, médecin aide-major de 2e classe aux îles Porquerolles; Arvers, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan; Saint-Blancat, infirmier-major sergent aux ambulances de la division d'Oran.

— M. le préfet, par arrêté du 26 avril, a nommé M. le docteur Masson, médecin des prisons de Remiremont, en remplacement de M. le docteur Petitmengin, décédé.

— M. Langlois, pharmacien principal de première classe à l'hôpital militaire de Metz, passe en la même qualité à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

— Par arrêté du 19 mars, M. Guillemin (Vincent-Victor), docteur en médecine à Rombas, a été nommé médecin cantonal du canton de Briey, en remplacement de M. le docteur Crévoisier, révoqué par arrêté du 9 février dernier.

M. Zœller, nommé médecin cantonal par arrêté du 19 février dernier, ayant renoncé à cet emploi, M. Lambert continuera à remplir provisoirement les mêmes fonctions.

— Société d'encouragement des sciences, lettres et arts de Milan. — *Programme d'un prix proposé par la section médicale pour l'année 1852.* — La Société a proposé pour sujet de prix la question suivante :

« Quelles sont les applications vraiment utiles pour la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, qu'on peut attendre des études entreprises sur les phénomènes désignés sous la dénomination de magnétisme animal? »

Les mémoires devront parvenir (*franco*) à la Société, hôtel Durini, à Milan, dans le courant du mois de février 1853, avec une épigraphe qui sera répétée dans un pli cacheté contenant le nom, prénom et demeure du candidat. Ils pourront être écrits en italien, en latin ou en français.

Le prix, qui sera accordé en 1853, est de 600 livres autrichiennes (500 fr.)

L'auteur du mémoire en conservera la propriété, sauf le droit que se réserve la Société d'en faire imprimer un extrait dans ses actes lorsque l'auteur aura publié son travail, et de le faire imprimer en entier dans le cas où l'auteur ne l'aurait pas publié dans l'espace d'une année à partir de l'époque où le prix aura été décerné.

Le conservateur,
G. Sacchi.
Le secrétaire de la section médicale,
Dr A. Tarchini Bonfanti.

Milan, 26 février 1852.

— Prix de 600 fr. institué par le docteur Strada. — Ce prix sera donné à l'auteur du meilleur traité populaire d'hygiène publique et privée spécialement destiné à l'amélioration des populations agricoles.

Les travaux devront être adressés, dans la forme usitée et dans le courant de juillet 1852, au docteur P. Feola, président de la consulte centrale de l'Association médicale à Alexandrie de Piémont.

Un jury de trois membres de l'Académie médico-chirurgicale de Turin fera, sur les travaux envoyés, un rapport au président du congrès central qui se tiendra à Gênes en septembre 1852.

— Une fièvre miliaire, avec tous les caractères épidémiques, s'est déclarée dans la vallée d'Ayala, province d'Alava, limitrophe de celle de Biscaye. Partout cette fièvre, qui a éclaté avec une affreuse rapidité, fait de nombreuses victimes. Dans un village qui ne compte qu'une quarantaine de maisons, plus de cinquante personnes en sont atteintes. Les autorités ont pris les mesures nécessaires pour arrêter, autant que possible, la propagation du mal. Ces mesures ont eu jusqu'à présent un bon résultat.

— Quelques cas de grippe ont été observés à Belfort, comme presque partout, d'ailleurs, depuis une quinzaine de jours. Mais cette maladie, dont le développement a sans doute été favorisé par une température constamment sèche, vient de disparaître tout à fait. Nous devons ajouter qu'il resulte des observations constatées dans la pratique des principaux médecins de la ville, que les cas de cette affection ont été assez rares cette année, et que c'est à tort que quelques personnes se sont abandonnées à croire à une recrudescence de catarrhe épidémique.

— On écrit de Dijon :

« La grippe sévit sur plusieurs points de notre département, mais avec peu d'intensité, heureusement. »

— On écrit de Genève (Suisse).

« Il règne dans ce moment une véritable épidémie de rougeole, mais en géné-

ral peu dangereuse, chez les enfants au-dessous de huit ans. On nous cite, par exemple, une école dans laquelle tous les élèves, au nombre d'environ 70, étaient présents le 7 au matin; il en manquait une vingtaine des plus petits, qui tous avaient été frappés de la rougeole du 5 au 7.

« A la rougeole on peut joindre les fièvres qui, au dire de plusieurs médecins sont cette année beaucoup plus nombreuses que de coutume. On les attribue surtout aux émanations infectes que répandent les fossés, et que l'autorité compétente s'obstine, nous ne savons trop pourquoi, à ne pas vouloir nettoyer. »

— On lit dans LA PRESSE :

« Voici un nouvel exemple du danger de manger dans des vases en cuivre et d'y faire la cuisine. Samedi, le nommé S..., ouvrier ferblantier, a été pris, aussitôt après son déjeûner, de coliques terribles et de vomissements. Sa famille, effrayée de la position dans laquelle il se trouvait, l'a conduit immédiatement à l'hôpital le plus voisin, et les médecins ont reconnu tous les symptômes de l'empoisonnement par le cuivre, ou, pour mieux dire, par le vert-de-gris.

Interrogé, le sieur S... a déclaré qu'en effet sa femme se servait toujours de casseroles en cuivre pour faire la cuisine, et que la veille au soir, étant en retard et ne voulant pas que l'on rallumât le feu, il avait mangé le souper froid, qu'on lui avait conservé dans un vase mal étamé; que la nuit il avait déjà souffert, et que le matin, voulant déjeûner sans tenir compte de ses premières souffrances, il avait alors ressenti des douleurs tellement violentes qu'il s'était tordu plus d'une heure sur son lit.

Les remèdes les plus efficaces lui ont été appliqués aussitôt; mais malheureusement ils n'ont produit aucun résultat, et le sieur S... a expiré dimanche, à cinq heures du matin; l'autopsie de son cadavre a démontré que ses intestins étaient perforés.

— BÉTHUNE. — Un chien hydrophobe a parcouru le hameau de Gorre, commune de Beuvry, près Béthune, et la commune d'Essars. Dans sa course, il a mordu plusieurs enfants à Gorre et plusieurs hommes à Essars. Deux de ces enfants ont succombé à un accès de la terrible maladie de la rage. On est parvenu à abattre le chien dans la cour du maire d'Essars.

En présence de l'épouvantable scène dont le hameau du Marais-de-l'Avoné, dépendant de la commune de Beuvry, près Béthune, vient d'être le théâtre, nous croyons devoir rappeler, dans l'intérêt public, la nécessité de faire exécuter sévèrement et en toute saison les règlements qui ordonnent de museler les chiens.

Il y a environ six semaines qu'un petit chien hargneux avait été remarqué parcourant les environs de Beuvry, se précipitant sur tous les animaux de son espèce et leur causant des blessures par ses morsures réitérées. En outre, le jeune fils, âgé de 9 ans, de Thomas Bell, cultivateur, avait été mordu par l'animal vagabond.

D'abord les parents de cet enfant n'attribuèrent pas à sa légère morsure une importance très-grande, et d'ailleurs leur fils paraissait n'en souffrir que faiblement, et il n'avait pas cessé de fréquenter l'école communale de sa commune, lorsque jeudi dernier il quitta la classe, se plaignant d'une soif dévorante et d'horribles souffrances dans les entrailles.

M. Henri, médecin de Festubert, appelé le surlendemain, prescrivit des remèdes; mais les souffrances du pauvre petit ne firent qu'augmenter, et enfin dimanche dernier elles étaient arrivées à leur paroxysme. L'enfant écumait; il était en proie à une rage portée au plus haut degré. Il s'est successivement jeté sur sa mère, sur son père et sur un de ses frères âgé de 19 ans, qu'il voulait dévorer à belles dents et auxquels il fit de sanglantes morsures, surtout à sa mère, qui n'opposait que des pleurs aux violences dont elle était l'objet de la part de son malheureux fils.

Des voisins, Louis Mallebrancque, sa femme, et d'autres personnes vinrent au secours de la famille Bell, eux aussi eurent à subir les morsures de l'enfant enragé avant de parvenir à l'attacher et à comprimer ses mouvements.

Dans cet intervalle, MM. Brame et Ducroc, fermiers à Festubert, s'étant rendus à Béthune, il en rapportèrent une médecine qui devait calmer les souffrances de l'enfant malade, mais dont l'influence fut inutile : l'enfant est mort dans la journée, après d'horribles convulsions.

Les personnes mordues, et tout le voisinage, du reste, sont sous l'influence d'une grande terreur : on craint de nouveaux accidents.

Nous le répétons, il est du devoir des autorités de tenir la main à l'exécution la plus rigoureuse et la plus stricte de tous les moyens qui peuvent empêcher de pareilles calamités.

— M. Scoutteten, chirurgien principal de première classe à l'école d'application de l'artillerie et du genie, à l'état-major de la cinquième division et à la prison militaire de Metz, est nommé médecin principal de première classe, et est maintenu dans ses fonctions actuelles.

— M. le docteur Collart, chirurgien-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Saint-Ferdinand d'Espagne, est mort à Metz mercredi soir, âgé de 66 ans, après une courte maladie qui, d'abord, n'avait pas fait craindre ce funeste résultat.

— L'administration vient de constater qu'en 1851 le nombre des vaccinations opérées dans le département des Vosges s'est élevé à 9,097, et celui des naissances à 10,950. Il y a eu 106 sujets atteints de la petite vérole; 17 en sont restés défigurés et 33 en sont morts. Les vaccinateurs qui ont pratiqué le plus grand nombre de vaccinations sont MM. Rohr, médecin à Saales, qui en a fait 608; Colin, médecin à Vagney, 606; Masson, médecin à Remiremont, 426, et Petitmengin, médecin à Remiremont, 347.

Les indemnités à repartir entre tous les vaccinateurs du département se montent à 4,000 fr.

— Il résulte d'un travail statistique récent que pendant les dix années de 1841 à 1850, il y a eu dans le Jura 196 jeunes gens exemptés du service militaire pour *goître*. La répartition que nous allons donner par canton indiquera quels sont les points du département où cette infirmité est le plus répandue.

Voici cette répartition pour chaque canton, savoir :

Saint-Amour, 1; Arinthod, 1; Beaufort, 5; Bletterans, 5; Clairvaux, 1; Conliége, 11; Saint-Julien, 1; Lons-le-Saulnier, 23; Orgelet, »; Sellières, 22; Voiteur, 23; Chaumergy, 1; Chaussin, 4; Chemin, »; Dampierre, 1; Dôle, 2; Gendrey, »; Montbarrey, 2; Montmirey-le-Château, 1; Rochefort, 2; Arbois, 17; Champagnole, 3; Nozeroy, »; les Planches, 2; Poligny, 32; Salins, 13; Villers-Farlay, 3; les Bouchoux, »; Saint-Claude, 8; Saint-Laurent, 2; Moiraus, 3; Morez, 7. — Total, 196.

— Un docteur-médecin belge vient de trouver un moyen aussi simple qu'efficace de préserver les bestiaux de la péripneumonie épizootique. Ce nouveau procédé consiste dans l'inoculation de l'affection contagieuse elle-même. On prend le virus sur un bœuf infecté et on le dépose dans la queue d'un bœuf sain. A la suite de cette opération, il se développe localement une série de phénomènes morbides d'une nature spéciale, et, après leur disparution, l'animal est à l'abri de tout danger.

— On a raconté, d'après un journal de Lyon, un fait relatif à une femme enterrée vivante. On écrit, à ce sujet, la lettre suivante :

« Rouen, 2 mars 1852.

» Monsieur,

» Le MÉMORIAL rapporte, dans son numéro de ce jour, qu'une femme de la Guillotière, inhumée dans un état de mort apparente et exhumée trois semaines après, a été trouvée par son mari les poignets rongés. Ces histoires de bras, de poignets en partie dévorés, de doigts dépouillés, d'ongles arrachés dans la tombe par des individus enterrés vivants, se renouvellent trop souvent et jettent l'épouvante dans l'âme des personnes crédules, et, vous le savez, il n'en manque pas. Ne serait-il pas à propos de les tranquilliser en les éclairant, en leur montrant l'impossibilité de tels faits? Laissons-les donc réunis à d'autres aussi merveilleux, tels que les personnes dégraissées au moyen d'une opération chirurgicale; ajoutons-y ces sept frères nés le même jour, et présentés au baptême dans un plat d'argent, ainsi que ces vingt-quatre filles sorties de la même mère dans l'espace de neuf ans, et toutes bien portantes, et d'autres contes aussi merveilleux qui ont fait et font encore l'épouvante des soirées de chaumière et l'entretien quotidien des vieilles femmes en tournant leur rouet.

» Il n'est que trop vrai que, souvent, des inhumations sont faites trop précipitamment (et je serai des premiers à éveiller la sollicitude de nos magistrats à cet égard), et que des individus sont descendus vivants dans la tombe. Mais ces victimes soit de la léthargie, soit d'une asphyxie incomplète, ou de toute autre cause, ont-elles eu et peuvent-elles avoir connaissance de cette malheureuse position? Je ne le pense pas; renfermées dans un linceul, déposées dans un cercueil que recouvrent deux mètres de terre, elles ne peuvent, dans ces conditions, trouver assez d'air, non-seulement pour respirer quelque temps, mais encore revenir à la vie et avoir connaissance de leur état. Cette petite quantité d'air que contient le cercueil, insuffisante pour la capacité que présente la poitrine, ne saurait accorder quelques instants à la respiration; et d'ailleurs, faute d'être renouvelée, elle se vicie promptement, et la mort réelle doit survenir instantanément; celle-ci a lieu par plusieurs causes qui accélèrent sa venue : 1° par le défaut d'air (asphyxie dans le vide); 2° par un air vicié (asphyxie par mauvaise qualité de l'air); 3° enfin asphyxie par la présence et la stagnation du sang veineux dans le cœur.

» Bien persuadé que ce peu de mots aidera à convaincre les personnes qui réfléchissent avant de croire, je vous prie de lui donner place dans votre journal, si vous le trouvez à propos.

» Agréez, etc. M.-M., D.-M. »

Nous sommes assez de l'avis du docteur M... Nous ne croyons pas, en effet, que l'homme le plus robuste et le mieux portant puisse vivre longtemps sous six pieds de terre.

— M. le docteur Ricord commencera ses leçons de clinique spéciale, à l'hôpital du Midi, le mardi 18 mai, à huit heures du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Cours public de clinique sur les aliénations mentales (avec application à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés); par M. Falret, médecin de la première section des aliénées. Ce cours commencera le jeudi 20 mai, à onze heures du matin, et continuera tous les dimanches et tous les jeudis, à la même heure.

— M. Bernard, suppléant M. Magendie, continuera son cours au collége de France, commencé le 5 mai, tous les mercredis et vendredis à midi.

— ERRATUM. N° 17, article *Bibliographie*, page 273, 2e colonne, 36e ligne, au lieu de : *naissent*, lisez : *donnent naissance à*.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ASYMÉTRIE DE LA FACE. — ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES.

Il n'est pas rare de rencontrer des individus dont les deux moitiés latérales de la face sont inégalement développées. A un faible degré, cette anomalie constitue bien moins une difformité qu'une simple irrégularité, dont l'étude appartient surtout aux peintres ou aux physiognomonistes. Mais à un degré plus prononcé la déformation des traits du visage peut devenir l'objet d'études approfondies de la part du médecin, soit qu'il la considère comme liée à des causes d'anomalies d'un ordre plus général, soit qu'il y trouve un élément propre à éclairer le problème si obscur et si élevé du développement des formes symétriques de la dualité organique. C'est surtout à ces deux points de vue que l'étude des asymétries de la face pourrait offrir de l'intérêt : et ce serait là le moyen de relever dans l'opinion le mérite des spécialités, que l'on n'est que trop disposé à considérer comme la fragmentation arbitraire de la science au profit de la spéculation de l'art.

M. Bouvier, en venant lire dans la dernière séance de l'Académie un mémoire sur les INÉGALITÉS CONGÉNITALES OU ACQUISES DES DEUX MOITIÉS LATÉRALES DE LA FACE, ne s'est peut-être pas assez pénétré des considérations qui précèdent. Son travail, qui n'est ni philosophique ni clinique, n'est pas plus propre à éclairer les obscurités de l'organogénie générale, qu'à étendre le domaine de l'orthopédie. C'est un mélange d'observations confuses et mal ordonnées sur les choses les plus disparates ; un assemblage d'assertions sans preuves, concernant les diverses causes capables de concourir à la production des asymétries de la face. Cependant, s'il est un ordre de faits qui prête à la précision des descriptions, à la détermination rigoureuse des causes, à leur caractéristique, à la délimitation de leur champ d'action, ce sont, sans contredit, les déformations de la face, comme du reste tous les genres de difformités du squelette. M. Bouvier ne paraît pas l'avoir compris ainsi. Beaucoup plus préoccupé de l'idée de réhabiliter de vieilles erreurs que de trouver de nouvelles vérités, on croirait que son travail est sorti de ses cartons tel qu'il l'avait laissé sommeiller depuis 1837. Nous en exceptons toutefois certains détails descriptifs plus nouveaux concernant les irrégularités anatomiques de la face. Ces observations, sur l'historique desquelles l'auteur n'a donné aucun renseignement, sembleraient bien plutôt empruntées à des faits recueillis sous l'empire de préoccupations étiologiques étrangères à son esprit et à ses idées, que constatées directement sur des individus observés par lui. Nous citerons, par exemple, l'analyse des irrégularités des traits du visage que nous avions dès longtemps signalées et décrites comme liées au torticolis ancien ; M. Bouvier n'a eu d'autre mérite que de les détacher des conditions étiologiques spéciales où on les observe, pour les perdre dans un cadre général, où il est impossible de les rapporter à leur véritable origine.

Nous ne suivrons pas M. Bouvier dans le champ immense qu'il a essayé de parcourir, et où il s'est presque constamment égaré ; nous nous bornerons pour le moment à poser les questions qu'il n'a pas résolues, et à relever en passant les principales méprises où il est tombé.

La première chose, suivant nous, qu'aurait dû faire M. Bouvier était de rechercher s'il existe en fait des asymétries du visage d'un genre différent, exprimant, dans l'ensemble comme dans le détail de leur configuration, des origines et des causes différentes. Partant de cette analyse tout expérimentale, il lui eût été possible de spécifier la concordance de telles causes avec telles déformations, et de vérifier ainsi la loi si importante de la subordination des caractères à la spécificité d'action des causes. A la lumière de cette loi, M. Bouvier n'eût pas confondu dans leurs propres détails l'atrophie essentielle d'une des moitiés de la face avec l'atrophie consécutive à un torticolis ancien. Or, imbu de cette idée que, dans tous les cas, la configuration et la direction des traits réduits sont les mêmes, M. Bouvier a été conduit à chercher ailleurs que dans cette configuration même, dans l'état de la région cervicale, par exemple, les indices de la diversité des causes. Cette méthode devait entraîner les plus graves méprises, nous nous bornerons à signaler celle qu'a commise M. Bouvier au sujet du buste d'hermès Alexandre. Nos lecteurs se rappellent sans doute la dissertation à la fois spirituelle et savante de M. Dechambre sur le torticolis du conquérant de la Grèce. M. Bouvier n'est pas de l'avis de notre collaborateur : cela devait être. Il affirme, en vertu des règles diagnostiques qu'il a posées, qu'Alexandre le Grand n'avait qu'une simple atrophie de la face. Nous laissons à M. Dechambre le soin de remercier comme il l'entendra M. Bouvier de la leçon ; et nous ajouterons, pour atténuer ses torts, qu'ayant examiné nous-même avec le plus grand soin le buste en question, nous y avons reconnu un très-bel exemple de torticolis ancien par rétraction du sterno mastoïdien droit, tel du reste qu'il avait apparu à notre perspicace collaborateur.

Au lieu donc de procéder expérimentalement et par l'observation des faits à la recherche des vraies différences et des vraies causes des asymétries de la face, M. Bouvier a tout confondu en fait, et a renouvelé des Grecs l'étiologie de ces déformations. C'est l'influence des attitudes, de la circulation, des douleurs, de la compression des artères, et surtout de l'atrophie essentielle des os de la demi-face. Il y a une quinzaine d'années que M. Bouvier avait imaginé que la plupart des déviations de l'épine tiennent à l'atrophie de la moitié d'une vertèbre ; il a été naturellement conduit à appliquer la même étiologie aux déformations de la face. Nous avions fait à la première évolution de cette théorie cette simple remarque : que les atrophies osseuses qui s'observent ordinairement dans la concavité des courbures sont un effet naturel et constant de la pression des parties comprises dans la concavité, comme les hypertrophies de la convexité sont le produit d'une action opposée. L'ensemble comme le détail des faits qui caractérisent ces atrophies et hypertrophies alternatives ne laissent aucun doute à cet égard. Cependant M. Bouvier n'a pas été sans embarras pour faire concorder sa théorie avec le fait de l'atrophie de la demi-face, que nous avons signalé le premier dans le torticolis ; et il a mis cette atrophie sur le compte de la traction exercée par le sterno-mastoïdien rétracté. Pour un anatomiste aussi habile, comment a-t-il pu admettre qu'un muscle qui s'insère à l'apophyse mastoïde exerce une traction sur le maxillaire supérieur, sur l'os de la pommette, sur l'orbite et jusque sur le demi-crâne. C'est une distraction qu'il suffira de signaler à M. Bouvier pour qu'il la fasse disparaître lors de l'impression de son mémoire, ou pour qu'il cherche à l'atrophie du demi-squelette du visage dans le torticolis une origine moins anatomique. Nous rappellerons à cette occasion qu'un très-savant professeur de la Faculté expliquait cette atrophie par l'action moins grande de la lumière, et du soleil en particulier sur le côté du visage, habituellement incliné dans le torticolis.

Feuilleton.

CARACTÈRES DE LA FIGURE D'ALEXANDRE LE GRAND ÉCLAIRÉS PAR LA MÉDECINE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher rédacteur,

Je croyais en bonne conscience avoir découvert Alexandre le Grand — j'entends les traits caractéristiques de sa figure — ; chose assez indifférente sans doute aux médecins, mais d'une certaine importance pour les artistes et les archéologues, qui, faute de notions médicales, n'ont pu parvenir à interpréter exactement le seul buste authentique du personnage, l'*hermès* du musée des antiques (1). Il était démontré à mes yeux que cet Alexandre, si charmant dans les historiens et sur les toiles de Lebrun, était, comme on dit en langage de clinique, un bel et bon *torticolis*. Je venais précisément de recevoir l'invitation de communiquer mes observations à l'Académie des beaux-arts, quand M. Bouvier, amené sur mon terrain par des études plus étendues sur les difformités de la face, est venu soutenir que si, en effet, le portrait d'Alexandre porte les traces incontestables d'une difformité, cette difformité consiste, non en un torticolis, mais en une simple atrophie de la demi-face droite. A vous parler franchement, les caractères les plus significatifs d'un torticolis par rétraction du muscle sterno-mastoïdien droit m'avaient paru si accentués sur l'hermès, si aisément reconnaissables ; les médecins en assez grand nombre et les artistes qui sont allés, sur mes indications, inspecter la figure, y ont si unanimement reconnu toutes les particularités signalées dans mon travail, que la dénégation de M. Bouvier ne m'a pas moins surpris que s'il m'avait accusé d'avoir pris un chien pour un chat ou une pomme pour une orange. Il est possible que je n'aie pas observé autant d'asymétries essentielles de la face que lui, surtout si, comme dans la circonstance présente, il en voit là où il n'y en a pas ; mais je ne me croyais pas capable de les prendre gauchement pour des torticolis. Voyons donc si, en ceci, je n'ai pas commis un des sept péchés capitaux.

M. Bouvier établit ce principe, formulé dans une de ses conclusions, que : « l'état de la région cervicale fournit les moyens de distinguer les inégalités des deux moitiés de la face déterminées par des causes diverses ; » c'est-à-dire que le cou conserve ses dispositions normales dans l'asymétrie simple, et présente des déformations spéciales dans l'asymétrie consécutive au torticolis. Puis, arrivant à la figure d'Alexandre, il conclut à l'asymétrie essentielle pour deux raisons : la première, qu'il y a *très-peu* d'inclinaison latérale de la tête à droite ;

(1) Voir GAZ. MÉD., 1851, p. 717 et 745.

Parmi les conclusions pratiqnes dont M. Bonvier a enrichi son travail, il en est nne qui mérite de fixer particulièrement l'attention. « La myotomie pratiquée de bonne heure, dit-il. est le plns sûr remède à opposer anx progrès de la déformation de la face dans le torticolis par rétraction musculaire. » Et l'anteur ajonte très-judicieusement : « Cette opération n'est *presque* jamais applicable aux antres espèces *étiologiques* d'asymétrie faciale, et notamment à celle qu'on peut appeler primitive ou essentielle. » Les praticiens apprécieront tonte l'importance de cette distinction ; mais il lenr restera un désir, qne M. Bonvier s'empressera sans donte de satisfaire. Pnisque la myotomie n'est *presque* jamais applicable anx asymétries de la face qni ne dépendent pas de la rétraction d'nn mnscle, il aurait rendn nn véritable service en indiqnant et précisant les cas où cette opération est néanmoins applicable ; car le mot *presque* jamais suppose des réserves. des exceptions ; et nous qni avions toujonrs cru jusqu'ici qne la myotomie n'a rien à voir dans l'atrophie essentielle de la face, nous ne serions pas fâché de réformer nos convictions à cet égard.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES CHANGEMENTS VASCULAIRES QUE PROVOQUE LA LOCALISATION INFLAMMATOIRE, PRÉCÉDÉ D'UNE ESQUISSE HISTORIQUE DES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'INFAMMATION; par M. le docteur LEBERT. (Communiqué à la Société de biologie dans la séance du 6 mars 1852.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DE LA LOCALISATION INFLAMMATOIRE.

Nons devons signaler avant tont ici ces études expérimentales snr l'inflammation qui, depuis trente ans, ont fourni des résultats si remarquables et ont prouvé quel parti important la médecine ponvait tirer de la pathologie expérimentale. Cependant, malgré le nombre de recherches faites dans cette direction, il reste encore beaucoup à faire. Nons avons vu, dans l'esquisse historique exposée plus haut, que c'est dans ces derniers temps seulement que nous avons appris à connaître le véritable mécanisme de l'altération circulatoire dans l'inflammation. Nous croyons aussi, pour notre compte, avoir fait un pas en avant dans l'expérimentation, en menant de front celle sur les parties diaphanes et celle sur les parties opaques. On peut snivre, dans les premières, jusque dans leurs moindres détails, les changements initiaux dans les artères, les vaisseaux capillaires et les veines; mais pour l'étude de l'exsndation et de la pyogénie, on chercherait vainement à les observer expérimentalement dans ces membranes minces et transparentes. En thèse générale, tout ce qui nous est démontré par l'expérimentation laisse dans l'esprit une empreinte bien plus profonde que le fruit de nos lectures ; mais l'expérimentation seule a condnit à de nombrenses errenrs dans l'étude de l'inflammation. On ne peut éviter ces fausses interprétations qn'en combinant l'expérimentation avec l'anatomie proprement dite, et en mettant l'nne et l'autre en parallèle constant avec le résultat de l'observation au lit du malade. Dans l'expérimentation appliquée d'nne maniere isolée, on n'obtient des changements circulatoires qne par suite d'une irritation toute mécanique on chimiqne, et dans cette dernière action on a encore l'inconvénient de tronbler l'action physiologique proprement dite. Quelle qne soit la sagacité que l'on mette dans le choix de l'agent irritant, tonjours est-il qne l'on n'obtient qne l'inflammation tranmatique, tandis qne l'étnde de l'inflammation, dite spontanée, est indispensable pour comprendre le travail phlegmasique dans toute sa portée. C'est ainsi, par exemple, que la stase, qne nous voyons survenir si facilement dans l'expérimentation snr la circulation dans les parties transparentes, n'est pas démontrée dans l'inflammation chez l'homme ; je dirai plus : elle ne doit être que partielle et incomplète pour que les phénomènes de l'exsudation pnissent avoir lien et ponr qu'il n'y ait point de mortification des tissns. De grands obstacles s'opposent également à snivre pendant un temps assez prolongé l'inflammation dans les parties transparentes. La plnpart du temps nons n'étndions de cette façon qne l'hypérémie initiale et son passage à l'état phlegmasique.

On a fait choix d'animaux de diverses classes pour étudier ces phénomènes. La grenouille est devenue classique pour ce genre d'expériences, comme ponr tant d'autres questions de physiologie. On lui a reproché de ne pas se prêter à la suppuration. D'après nos expériences, il n'y a pas d'animal snr lequel il soit plus aisé d'étudier la pyogénie que sur la grenouille. On a vonlu se rapprocher davantage de l homme en choisissant des mammifères ponr l'expérimentation. Le mésentère de jeunes mammifères, employé dans ce but par Leuret, Koch, Kaltenbrunner, offre de graves inconvénients, la préparation amenant nne trop grande perturbation. J'ai étudié la circulation et ses altérations dès 1844, dans l'aile de la chauve-souris ; mais, comme je l'ai déjà signalé dans ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, je n'y ai trouvé aucun avantage sur l'étude expérimentale chez les batraciens. Cependant Paget en a tiré bon parti dans ces derniers temps, et d'après ce que je viens d'apprendre, Warton-Jones serait occupé dans ce moment à répéter, sur les chauves-souris, ses belles expériences publiées dans les rapports de l'hôpital de Guy.

Les études expérimentales les plus remarquables faites sur l'exsudation chez les mammifères et sur des parties non transparentes, sont celles de Reinhardt snr la formation du pus chez les lapins. Mes expériences récentes sur l'inflammation et l'exsudation dans les parties non transparentes offrent l'avantage d'être très-faciles à répéter par tont le monde, pendant la bonne saisnn surtout, et de fournir des résultats très-nets.

Bien que les parties transparentes des larves de salamandres, de grenouilles, de crapauds, ainsi que de très-jeunes poissons, se prêtent également bien à ces expériences, la grenouille offre cependant des avantages si incontestables qu'elle doit être employée de préférence. A cette occasion nous ne pouvons nons abstenir d'indiquer quelques précautions qui faciliteront singulièrement ces études. Nous choisissons indistinctement la membrane interdigitale ou la langue. Pour étudier l'altération circulatoire dans cette dernière, nous prenons la précaution de couper de chaque côté l'os maxillaire près de son articulation ; la circulation n'en est point troublée et l'organe reste beaucoup plus tranquille. Comme, en général, les mouvements de ces animaux sont très-gênants pour l'observation, nous les soumettons volontiers à l'éthérisation légère, mais prolongée. On saisit

---

la seconde, qu'il n'y a point de saillie ni de soulèvement du sterno-mastoïdien droit, quoique la face soit un peu tournée dans ce sens.

Toute réserve faite sur l'insuffisance d'un principe qui place exclusivement dans le cou les moyens de distinguer certaines difformités de la face et qui semble supposer que les asymétries faciales de diverses origines ont des traits complétement identiques, j'accepte le principe comme l'expression d'une vérité connue aujourd'hui de tous les orthopédistes. Dès lors, je n'ai qu'un fait à établir pour detruire l'appréciation de M. Bouvier, et pour rattacher l'asymétrie faciale d'Alexandre à l'origine que je lui ai assignée ; il me faut montrer que le cou participe à la difformité et y participe de la manière qui est propre au torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien.

Permettez-moi d'abord une remarque qui ne disposera pas mal le lecteur à agréer mes affirmations. M. Bouvier est déjà contredit par l'histoire et par l'art. Il est de notion vulgaire que le héros macédonien portait la tête sur l'épaule *gauche* Comme, en réalité, la tête, prise dans son sens anatomique, penche, de l'aveu même de M. Bouvier, sur l'épaule *droite*, il s'ensuit qu'il y aura désaccord absolu entre la tradition historique et le buste, si toute la partie de l'individu située au-dessus des épaules et appelée *tête* dans le langage usuel n'est pas dejetée à gauche de la verticale ; si, en d'autres termes, *le cou* n'est pas incliné sur l'épaule gauche. C'est en effet une inclinaison *du cou*, et une inclinaison dans ce sens, que mentionne Plutarque, le plus ancien auteur qu'on puisse consulter sur ce point. En second lieu, il n'est pas une gravure du buste insérée dans les collections iconographiques qui ne reproduise cette disposition, alors même que le texte explicatif la passe sous silence, tant elle s'impose d'elle-même à des yeux exercés! Les savants ont de ces singularités. Ils sont venus jusqu'à ces derniers temps sans connaître les caractères d'une difformité que Lysippe, il y a plus de deux mille ans, sculptait dans ses moindres détails ; et voilà qu'un savant n'aperçoit pas des traits qu'un rapin saisit du premier coup d'œil ; bien plus, il les nie après qu'on les lui a montrés.

Au fond, je ne m'en étonne pas trop. Je me rappelle, mon cher redacteur, que cette fâcheuse inclinaison du cou en sens inverse de l'inclinaison de la tête a toujours été pour M. Bouvier un sujet de désagréments. Vous le chagrinìez sensiblement dès 1838 en introduisant dans l'histoire du torticolis ce nouvel élément, où il ne voulait voir que la continuation d'une courbure dorsale. Alexandre, qui a prévu tant de malheurs dans ses derniers moments, ne songeait pas sans doute à celui d'aggraver les effets de votre malice. Il faut pourtant le dire, le cou d'Alexandre, dans son portrait authentique, est très-sensiblement incliné à gauche. Il y a un moyen de s'en assurer mathématiquement ; une inclinaison de la colonne cervicale à gauche, balançant une inclinaison de la tête à droite, qu'elle suffise ou non à ramener la ligne médiane de la face dans la *perpendiculaire*, porte nécessairement la tête à gauche de la *verticale du tronc*. Si donc on élève une verticale de la fourchette du sternum, on verra de suite si et de combien le cou est incliné dans ce dernier sens. C'est de la géométrie de Lacroix toute pure. On arrivera au même but en élevant en arrière une verticale partant de la vertèbre proéminente. J'ai recommencé ces deux épreuves depuis la lecture de M. Bouvier, et je suis encore un peu plus sûr de mon fait qu'auparavant. Cela même, mon cher rédacteur, m'a donné l'occasion de reconnaître sur l'hermès un caractère assigné par vous au torticolis par rétraction du sterno-

bien plus à son aise de cette façon tous les moindres détails qui succèdent à l'action des agents irritants. Il est enfin un moyen sur lequel nous reviendrons plus tard, qui, loin de modifier la susceptibilité phlegmasique, en facilite singulièrement l'étude, c'est l'interception de toute communication nerveuse entre la moelle épinière et le membre qui sert à l'expérience. Nous indiquerons plus bas le procédé que nous avons employé pour parvenir à ce but; dès à présent nous dirons que, lorsqu'on ne coupe que le nerf sciatique, l'étude expérimentale n'en est rendue que plus difficile, à cause de l'augmentation de l'action réflexe.

Il est de la dernière importance de connaître la meilleure manière pour maintenir ces animaux en état de servir pendant longtemps à l'expérimentation. A cet effet, il faut bien se garder de les tenir dans l'eau, comme beaucoup de physiologistes en ont l'habitude. Le séjour sur la terre mouillée a également l'inconvénient de mettre les pattes en contact continuel avec des parcelles de terre et de gêner ainsi l'observation. La méthode que je recommande est la suivante : je tiens mes grenouilles dans une coupe en verre ou en porcelaine, et j'en recouvre l'ouverture qui doit être large, avec un linge épais, constamment imbibé d'eau au point de rester très-humide, sans que cependant l'eau en découle. Il est essentiel de laver souvent le fond du vase, sans cela il s'y développe une mauvaise odeur, les plaies des grenouilles prennent un mauvais aspect, très-semblable à la pourriture d'hôpital, avec développement infusoriel considérable, et l'animal périt. En observant les précautions indiquées, on remplit les deux conditions essentielles : la propreté indispensable pour que rien ne trouble l'observation et l'humidité suffisante, seule condition nécessaire pour entretenir pendant assez longtemps la santé de ces animaux.

Il n'est pas moins important de bien choisir l'agent irritant et l'endroit que l'on irrite. Pour ce dernier point, nous avons trouvé une idée ingénieuse et utile dans un petit travail sur l'inflammation de Prévost (1). Ce physiologiste distingué conseille de porter le fer rouge dont il se sert pour produire l'inflammation, non sur la membrane interdigitale elle-même, mais le long des doigts. De cette façon les vaisseaux de la partie transparente ne sont pas directement lésés, mais le travail inflammatoire est également très-vif.

Jusqu'à ces derniers temps, on cherchait plutôt à agir par les divers agents sur les vaisseaux capillaires seulement. Warton-Jones (2) a le grand mérite d'avoir largement appliqué l'expérimentation sur les artères et les veines également. Nous citons ici quelques-uns de ses résultats sur la constriction et la dilatation des vaisseaux selon la nature de l'agent stimulant.

1° La constriction s'opère lentement et revient peu à peu à la largeur normale, sous l'influence d'une solution de sulfate d'atropine, dans la proportion de 15 à 20 centigr. pour 30 gr. d'eau.

2° La constriction arrive promptement et cesse de même par l'action modérée du froid, par l'irritation mécanique soit par pression, soit par irritation galvanique.

3° La constriction de l'artère n'a pas lieu ou n'est que très-passagère pour faire place à une dilatation notable sous l'influence des agents suivants : une solution de sulfate de cuivre (1 gr. sur 30) avec addition de vin d'opium (4 gr.), une solution concentrée de chlorure de sodium. La liqueur sédative de Battley produit d'abord une constriction des artères, mais la dilatation survient promptement; il en est de même d'une goutte d'esprit-de-vin.

4° La dilatation, précédée ou non par une constriction momentanée, passe lentement à une constriction permanente, sous l'influence d'une solution concentrée de sulfate de cuivre ou par l'attouchement d'un de ses vaisseaux avec la pierre bleue de cuivre. L'action de la section d'une artère, d'après le même auteur et d'après mes propres expériences, produit une constriction notable des deux côtés; la circulation y est momentanément arrêtée, mais la constriction ne dure que bien peu de temps, et la circulation se rétablit par les vaisseaux collatéraux. Le sang se précipite en haut dans la première artère collatérale; en bas il entre du sang dans l'artère par un flux rétrograde; il y a régurgitation du côté des capillaires et des veines. Dans les radicules veineuses et les capillaires, il survient alors facilement une congestion qui peut aller jusqu'à la stagnation et à l'exsudation consécutive. Lorsqu'on coupe une veine, il y a constriction; la circulation, au lieu de devenir plus active au-dessus de la section, prend plutôt la direction des vaisseaux collatéraux au-dessous; il survient rarement de la stagnation dans les parties ainsi lésées, à cause des larges anastomoses entre les radicules veineuses. Les capillaires étant coupés, il y a d'abord constriction de l'artère la plus voisine, causée probablement par l'irritation des vaisseaux ambiants du côté de l'artère; il y a d'abord stagnation, puis rétablissement graduel de la circulation; du côté de la veine la stagnation est plus durable.

Dans les expériences de Paget sur le même sujet, nous trouvons ce fait intéressant qu'après avoir produit la contraction graduelle, suivie de dilatation, en irritant avec une aiguille une artère et une veine, ensuite une irritation plus forte, la chaleur, par exemple, provoquait une contraction bien plus permanente. Pendant que la constriction a lieu, le sang coule plus lentement; lorsqu'elle cesse, il y a accélération du mouvement circulatoire, puis retour à la vitesse normale. Dans le mémoire cité de Prévost, nous trouvons également la contraction des vaisseaux indiquée, sous l'influence de l'application de la teinture d'aconit, mais l'auteur n'a point spécifié si c'étaient des artères, des veines ou des capillaires. Nous trouvons encore dans Warton-Jones des remarques intéressantes sur l'action de la solution de chlorure de sodium, action qui diffère selon le degré de concentration. Une solution faible accélère la circulation, tandis qu'une solution plus forte la ralentit et provoque bientôt la stagnation qui commence par les capillaires et s'étend ensuite aux veines et aux artères. L'accumulation du sang dans les vaisseaux sanguins est surtout visible à l'endroit des bifurcations vasculaires. D'après Paget, une dilatation prompte des artères, sans contraction préalable, survient encore sous l'influence des stimulants suivants : acide acétique, teinture de capsicum, huile de térébenthine, solution éthérée de cantharides.

Nous n'entrerons pas dans trop de détails sur l'action des divers agents irritants; nous nous contenterons de recommander aux expérimentateurs ceux qui nous ont servi dans nos nombreux essais. Ces agents sont : l'acide acétique, différent dans son action selon qu'il est dilué ou concentré; l'ammoniaque diluée (1 sur 10), car concentrée il produit trop promptement la stase; l'alcool étendu et de plus en plus concentré; l'action du froid, de la glace surtout, de la chaleur transcurrente, l'action plus directe du fer chauffé à blanc le long des doigts; l'implantation de petites parcelles mé-

(1) MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE PHYSIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE DE GENÈVE, t. V, p. 119 et suiv., 1828.

(2) Op. cit., p. 8 et 9.

---

mastoïdien et dépendant précisément de l'inclinaison cervicale : c'est l'allongement de l'épaule du côté opposé au sens de cette inclinaison et conséquemment du côté où penche la tête. L'épaule droite d'Alexandre est sensiblement plus longue transversalement que la gauche.

Ce n'est pas tout encore. Vous avez très-bien montré que la colonne cervicale, composée de pièces articulées, mobiles les unes sur les autres, n'est pas tendue comme une tige droite entre la tête et la colonne dorsale, mais forme un arc, qui a pour corde le muscle raccourci; de là le soulèvement des muscles situés sur la convexité de la courbure, et spécialement du sterno-mastoïdien qui paraît plus gros et plus étalé que celui du côté opposé. Il suffit de regarder le buste pour reconnaître cette disposition, et je le voyais de mon banc sur le modèle en plâtre apporté par M. Bouvier à l'Académie.

Et à propos de cette dernière disposition, je veux attaquer un moment M. Bouvier avec ses propres armes. Prétextant de la courbe latérale de la colonne cervicale dans le torticolis, il soutient, ai-je dit, que ce que vous appelez inclinaison plus ou moins anguleuse du cou sur le tronc, n'est qu'un segment d'un arc comprenant la partie supérieure de la colonne dorsale avec la colonne cervicale. Le point litigieux écarté, il reste toujours que, pour M. Bouvier, la courbure latérale de la partie supérieure du rachis, ayant la convexité du côté de l'inclinaison de la tête, est un des effets consécutifs du torticolis. Eh bien! un bombement léger, mais très-évident, du sommet de l'épaule droite, accusant un soulèvement des premières côtes et du scapulum, m'a convaincu que la partie postérieure du buste, si elle eût été modelée, eût présenté une légère courbure rachidienne à convexité droite. Encore un élément qui m'avait échappé et que je devais à la bonne chance d'une contradiction.

Vous pouvez voir par ce qui précède que M. Bouvier avait négligé dans son étude d'Alexandre les caractères positifs qui accusent formellement l'existence du torticolis, pour ne s'attacher qu'à certains caractères prétendus négatifs, tels que le faible degré de l'inclinaison latérale de la tête à droite, et l'absence de saillie du sterno-mastoïdien droit, bien que la face regarde un peu à droite. Après avoir comblé les lacunes, rectifions les interprétations inexactes.

Et d'abord, la tête est donc véritablement inclinée à droite? Et pourquoi l'est-elle, s'il ne s'agit que d'une atrophie congénitale de la face? Elle ne l'est qu'*un peu*, dit M. Bouvier. Soit; mais ce peu, comment s'est-il produit? Ce peu va contre la théorie de M. Bouvier; il s'accorde avec la mienne; il est donc très-naturel que je m'en empare. M. Bouvier affirme la présence d'une difformité dans laquelle la tête doit rester droite, et la tête est inclinée; j'affirme, au contraire, la présence d'une difformité dans laquelle la tête doit être inclinée, et l'inclinaison existe; et cette inclinaison il l'invoque pour lui et contre moi, parce qu'elle n'est pas considérable! L'argument est nouveau, vous en conviendrez. Mais le degré médiocre de la déviation s'explique très-naturellement, comme la légère rotation à droite, comme le peu de saillie du sterno-mastoïdien droit (toutes circonstances que j'avais moi-même notées dans mon travail), par les conditions où la figure a été modelée. Dans l'hypothèse de M. Bouvier, comme dans la mienne, il s'agit d'un *portrait*; car il n'y a qu'un portrait exécuté avec un soin extrême qui puisse reproduire, avec une telle minutie et une telle concordance, tous les accidents d'une figure asymétrique. Le sujet a donc posé devant l'artiste. Est-il vraisemblable qu'un personnage de cette importance, passé dieu de son vivant, n'ait pas cherché à

talliques ou l'irritation par un fil d'argent très-mince que l'on passe en forme de séton le long du bord des doigts. Rien enfin de plus intéressant que d'irriter les artères et les veines sous le microscope avec une aiguille à cataracte, en les piquant, en les comprimant, en les contondant, en les coupant. La plupart du temps, du reste, on obtient ainsi plutôt les phénomènes de l'irritabilité musculaire des vaisseaux et ceux de l'hypérémie, qu'un véritable travail phlegmasique.

Nous aurions parlé dès à présent de l'influence de la section des nerfs si nous n'avions pas occasion d'y revenir bientôt avec détail.

Nous arrivons à la description générale des changements qui surviennent dans les vaisseaux d'une partie enflammée.

Nous supposons comme connus la structure des vaisseaux, les phénomènes de la contractilité et de l'élasticité des parois vasculaires, le ralentissement physiologique de la circulation dans les vaisseaux capillaires, dont l'accélération sous le microscope n'est qu'apparente, augmentée en raison des grossissements. Nous rappelons seulement ici que dans les vaisseaux capillaires la couche liquide la plus rapprochée des parois a une circulation beaucoup plus lente que la couche centrale. Le mouvement très-lent des globules blancs qui se meuvent surtout à la circonférence, permet d'établir cette comparaison entre le liquide qui charrie ces globules et celui qui contient les globules rouges qui progressent d'une manière beaucoup plus rapide.

En tenant compte de toutes ces notions physiques et anatomiques, voici ce que nous observons sous le microscope, par rapport à l'hypérémie et à l'inflammation, si nous la provoquons par les divers agents irritants.

Le sang paraît d'abord se précipiter avec une certaine impétuosité dans la partie irritée. Toutefois est-il impossible de mesurer et d'apprécier l'état réel de la vitesse dans ce cas ? On présume seulement qu'il y a accélération par la pâleur plus grande et l'aspect moins distinct du sang, dans les artères surtout.

Cependant les résultats des observations récentes sur le ralentissement de la circulation chaque fois que le calibre des artères diminue démontrent qu'il ne peut y avoir à la fois rétrécissement des vaisseaux et accélération de la circulation.

Si pendant l'observation de ces premiers phénomènes la perception n'est pas toujours bien nette, bientôt le doute se dissipe, la circulation commence à se ralentir, et dès ce moment on peut suivre avec précision ce qui se passe dans le calibre des divers ordres de vaisseaux.

Il résulte des observations de Bruecke, de Warton-Jones, de Paget et de mes propres recherches confirmatives, que la manifestation locale la plus importante du début de l'inflammation est la contraction des petites artères qui conduisent le sang dans la partie qui va devenir le siége du travail phlegmasique. Cette contraction peut diminuer la largeur normale d'un quart et même de moitié. La forme de la partie qui est le siége de la constriction est variable : elle peut occuper une certaine longueur du vaisseau et être cylindrique. On observe aussi des dilatations ampoulaires ressemblant aux anévrismes, accompagnées d'une contraction au-dessus et au-dessous. On voit quelquefois même un aspect moniliforme des vaisseaux, par suite de points rétrécis qui alternent avec des portions dilatées. Je dois ajouter que j'ai observé ces divers états dans les veines aussi bien que dans les artères, quoi qu'en ait dit Warton-Jones.

Aujourd'hui que nous savons que les tuniques vasculaires renferment une couche musculaire composée de ces fibro-cellules qui sont l'élément anatomique des muscles de la vie organique, ces phénomènes de constriction et de dilatation n'ont plus rien d'étonnant.

Le fait le plus constant, la constriction des artères, est toujours suivie du ralentissement de la circulation, d'abord continue et ensuite oscillante, pour se terminer, dans les expériences sur les animaux, par la stase complète. En même temps il y a accumulation du sang dans les capillaires et les radicules veineuses. Pendant le mouvement d'oscillation, on observe une espèce de reflux, une régurgitation vers les artères. Les capillaires offrent d'abord une dilatation plus apparente que réelle ; leur coloration plus intense, par suite de l'accumulation des globules sanguins, les fait paraître plus gros, mais bientôt cette dilatation est réelle, incontestable. Nos mesures micrométriques nous ont fait déterminer cet élargissement d'un sixième à un tiers au-dessus de la largeur normale. Ce fait, nié par Henle et par Gluge, a été parfaitement confirmé par Bruecke, dont nous aimons à invoquer le témoignage comme celui d'un observateur aussi habile que consciencieux. La dilatation se propage des capillaires vers les petites veines.

Nous ne voyons dans cette dilatation qu'une distension toute mécanique avec diminution de l'élasticité, sans qu'il soit nécessaire, pour l'expliquer, de recourir à l'hypothèse d'une hypérémie atonique et d'une paralysie vasculaire, hypothèse dont on a étrangement abusé.

Si la contraction artérielle cesse avant que l'oscillation soit survenue par suite du ralentissement de la circulation, et si la dilatation des vaisseaux capillaires et des radicules veineuses n'a encore atteint qu'un degré très-modéré, le retour à la circulation parfaitement normale s'établit peu à peu. Du côté de l'artère, il y a alors dilatation, suivie d'une impulsion plus forte du sang qui surmonte les obstacles, désagrége les accumulations de globules sanguins, pousse même du côté des veines celles qui forment déjà de petits caillots, et fait revenir à l'état physiologique non-seulement le calibre, mais aussi le contenu de petits vaisseaux. L'observation démontre que ce travail que l'on appelle la résolution de l'inflammation ne se fait pas comme il s'est produit, du côté d'une seule ou d'un très-petit nombre d'artères, mais que tout autour de la partie hypérémiée dans laquelle la circulation a été oscillante ou stagnante, la force circulatoire désagrége d'abord les amas globuleux et pénètre ainsi de proche en proche, de façon que l'îlot dans lequel la circulation était presque arrêtée diminue ainsi d'étendue. Ce n'est donc que peu à peu qu'on voit celui-ci traversé par quelques vaisseaux rares dans lesquels le sang circule librement, et lors même qu'au premier abord la circulation a l'air d'être tout à fait rétablie, il n'est pas moins réel qu'un certain nombre de vaisseaux capillaires restent complétement hors d'état de servir ultérieurement à la circulation. La plus grande ressource, en cas pareil, est dans la largeur proportionnellement plus grande des radicules veineuses et leurs nombreuses et larges anastomoses. Nous sommes, d'après ces observations, en désaccord avec M. Cruveilhier, d'après lequel les phénomènes inflammatoires auraient pour principal siége les radicules veineuses. L'expérimentation démontre, tout au contraire, que le travail phlegmasique commence du côté des artères, de leurs dernières divisions et de leurs capillaires, et que c'est le côté veineux de la circulation dans lequel se trouvent les principales ressources pour triompher de cette gêne circulatoire.

Nous avons étudié ces phénomènes de la résolution sur la membrane interdigitale de grenouilles auxquelles nous avions coupé tous les nerfs se rendant à un membre. Lorsqu'on leur applique sur le bord d'un des doigts une goutte d'ammoniaque pur, on voit bientôt la circulation se ralentir,

---

dissimuler autant que possible sa difformité? Il a donc tourné très-légèrement à droite la tête qui était habituellement tournée à gauche; il a essayé de la redresser. Mais comme ces deux mouvements ne pouvaient s'exécuter sans exercer une traction sur le muscle sterno-mastoïdien droit raccourci, il a instinctivement exagéré l'inclinaison du cou sur l'épaule gauche pour relâcher la corde. Ce n'est pas là une fiction, c'est ce que l'observation constate tous les jours. Le muscle n'a donc pu faire une forte saillie; mais qu'est-il arrivé? — Et ce que je vais dire suffirait à prouver que M. Bouvier n'a pas regardé la figure dont il parle. — Le sterno-mastoïdien droit a pris une direction presque verticale, ou, pour ne rien exagérer, beaucoup moins oblique que celle de son congénère. Remarquez-bien ceci : la tête est légèrement tournée à droite, position qui devrait augmenter l'obliquité du sterno-mastoïdien de ce côté, et cette obliquité est cependant beaucoup moindre. Où est l'aveugle qui ne voit pas immédiatement que ce phénomène est dû à une inclinaison du cou à gauche? Cela seul prouverait l'inclinaison si elle n'était prouvée *ipso facto*. Or, si l'inclinaison existe, il y a donc torticolis! Le muscle, il est vrai, ne m'a pas paru plus résistant au doigt que celui du côté opposé, et si je n'ai pas essayé comment il se comporterait dans les mouvements de rotation de la tête, je prie M. Bouvier de croire que ce n'est pas par oubli. Mais j'espère que les autres signes rappelés tout à l'heure rendront cette lacune peu regrettable.

Comme je vous l'ai dit, je laisse la question dans le cercle où M. Bouvier l'a confinée; je ne parle que de la région cervicale. Mais la figure entière crie, pour ainsi dire, le torticolis. Si vous portiez un instant votre œil expert sur ce visage écrasé, dont tous les traits sont attirés en bas par un mécanisme à vous connu, le reste du buste fût-il couvert d'un voile, vous devineriez, par cette seule déformation, tout le personnage; vous diriez le muscle rétracté, l'inclinaison du cou, l'élargissement d'une épaule, et le reste. Mais il n'est pas donné à tous d'avoir des yeux pour voir et des oreilles pour entendre, et c'est une infirmité qui n'est pas d'hier dans le monde, si vous vous souvenez un peu de vos psaumes.

Pour deviser un peu hors de la polémique, mon cher rédacteur, de quelle merveilleuse finesse d'observation étaient donc doués ces artistes grecs, pour pénétrer ainsi la nature dans l'infinie diversité de son expression? Rien ne les déroute : une difformité compliquée, pleine d'accidents et de détails minutieux, n'a pas plus de secrets pour eux que les formes les plus régulières de la beauté. Plus on les étudie et plus on est confondu de leur science, en même temps que de leur goût. J'ai entendu un sculpteur célèbre faire fi de l'hermès, reprochant à la figure de n'être pas d'*ensemble*, et je connais d'autres détails de statuaire grecque où les artistes voient tantôt des erreurs, tantôt des procédés de *trompe-l'œil*, quand il y faudrait admirer l'exactitude et l'habileté du ciseau. En montrant que l'hermès ne peut être qu'un portrait, j'ai peut-être donné une base sûre à l'opinion qui le fait dériver de Lysippe, le statuaire breveté d'Alexandre. Non pas qu'on le regarde comme sorti directement des mains de Lysippe, qui ne travaillait que le bronze, et qui date d'une époque où l'on ne faisait pas encore de bustes; mais il passe pour la copie d'une œuvre de cet artiste. L'opinion peut moins encore hésiter aujourd'hui, et elle s'accorde d'ailleurs singulièrement avec certaines remarques des historiens. Ainsi, d'après Quintilien (1), Lysippe, sans

(1) Instit. orat. Lib. XII, c. 10.

osciller et cesser dans les parties les plus rapprochées de l'endroit irrité. Pour que l'action ne fût pas trop forte, nous avions pris la précaution de tremper la paille dans de l'eau fraîche après une minute environ de durée de l'action de l'ammoniaque, et ce n'est qu'en examinant plusieurs fois par jour, pendant cinq à six jours de suite, que nous sommes parvenu à réunir les détails dont nous venons de rendre compte. La résolution n'a pas été plus rapide chez les animaux chez lesquels toutes les connexions nerveuses étaient conservées.

Lorsque la constriction des artères s'est prolongée pendant quelque temps, la dilatation qui lui succède ne fait qu'accroître le trouble circulatoire. La masse plus grande du sang qui se précipite alors dans des vaisseaux dans lesquels l'obstacle est trop considérable pour être facilement surmonté, éprouve à son tour l'influence de cet obstacle, qui se propage de proche en proche, d'une manière rétrograde, du côté du point de départ des constrictions initiales.

Nous ne pouvons nous abstenir de répéter ici que, contrairement au résultat de l'expérimentation directe, nous ne saurions admettre dans l'inflammation spontanée chez l'homme une stase aussi étendue que celle que nous provoquons par des agents irritants chez les grenouilles. Aussi préférons-nous le terme de gêne circulatoire à ceux de stagnation ou de stase, employés par la plupart des auteurs. L'abolition de la circulation doit amener, lorsqu'elle est peu étendue, la nécrose moléculaire ou l'ulcération, et une nécrose plus volumineuse ou la gangrène, lorsqu'elle s'étend au loin. Du reste, maintes et maintes fois j'ai trouvé le sang, dans les parties enflammées, encore en assez bon état, assez liquide même, pour qu'il fût possible de reconnaître très-nettement les globules sanguins. Je ne comprendrais guère non plus le mécanisme de l'exsudation dans des vaisseaux capillaires, dans lesquels, successivement, l'accumulation de globules sanguins serait devenue telle, qu'elle aurait constitué des cylindres presque solides. Rappelons-nous, de plus, le point de départ de toutes ces recherches, le mécanisme de la nutrition normale. Malgré les différences quantitatives et qualitatives qui existent entre le produit de l'exsudation phlegmasique et le suc nutritif, nous doutons que ce que la mythologie scientifique appelle nature, ait inventé un mécanisme spécial pour l'exsudation morbide. On ne peut donc pas admettre davantage une exsudation phlegmasique à travers des capillaires oblitérés, qu'on n'est en droit d'admettre l'exsudation nutritive dans ces circonstances, qui la rendraient évidemment impossible.

L'accumulation des globules sanguins, dans les capillaires d'une partie phlegmasiée, est un fait hors de contestation, mais nous ne partageons pas l'opinion de Nasse, de Popp, de Williams, d'Addison et de Warton-Jones, d'après lesquels il y aurait augmentation proportionnelle locale des globules blancs dans les agrégations globulaires phlegmasiques. Pour notre compte, nous y avons toujours trouvé, comme principal élément, les globules rouges qui avaient augmenté dans la même proportion que la partie liquide du sang avait diminué, fait parfaitement d'accord avec l'intensité plus grande de la rougeur inflammatoire. La quantité des globules blancs est bien augmentée en réalité, si on la compare avec le nombre de ceux qui traversent les capillaires dans la circulation normale, mais s'il y avait accumulation disproportionnée des globules blancs, la rougeur serait bien moins intense. Ainsi les principaux changements sont une simple augmentation des globules en général et une diminution du liquide intercellulaire qui peut devenir même plus épais par le fait que la membrane amincie des capillaires, d'après les lois de l'endosmose, se laisserait plus facilement traverser par un liquide qui ne tiendrait en suspension que les sels, que par un liquide fibro-albumineux. Toutefois, l'analyse chimique de l'exsudation n'a pas encore démontré la réalité de cette espèce d'élection pour le produit de la transsudation inflammatoire.

Pendant longtemps les globules sanguins ne sont que simplement accolés et susceptibles de se séparer de nouveau. Ils finissent cependant par s'altérer en perdant d'abord une partie de leur matière colorante; ensuite, ce sont leurs contours et leur forme qui se modifient, et ils ne constituent plus tard que des grumeaux ou des agglomérations dans lesquelles il y a un mélange difforme ou globuleux des matériaux coagulables et cellulaires du sang.

Lorsqu'on étudie l'état de la vascularité dans des parties fraîchement enflammées, mais dans lesquelles les phénomènes initiaux n'existent plus, et que l'exsudation a déjà eu lieu, on trouve une grande inégalité dans le calibre des petits vaisseaux, fait qui m'avait frappé dès mes premières études sur les organes enflammés chez l'homme. Mais je n'avais pas été aussi vivement impressionné par ce fait, jusqu'à ce que, d'une manière constante, je l'ai vue se produire dans mes expériences récentes sur l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané des grenouilles. Ces inégalités de calibre n'ont rien de spécifique pour l'inflammation, comme le met hors de contestation le beau travail de Virchow. Cependant on ne saurait distinguer avec assez de soin ces inégalités de calibre qui surviennent déjà au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures de trouble circulatoire, dans des vaisseaux sains auparavant, de celles qui se forment d'une manière plus lente et presque chronique. Dans les premières, il y a avant tout altération dans la tonicité des vaisseaux, une rupture telle de l'équilibre, qu'on est réduit à constater le fait de l'inégalité sans bien le comprendre. Dans ces ectasies signalées par Hasse et Koelliker, et si bien décrites dans ces derniers temps par Virchow comme ectasies simples, variqueuses, ampoulaires, dissécantes et caverneuses, il y a, au contraire, une altération dans toute la nutrition des parois vasculaires, ce qui fait supposer un développement lent et gradnel.

Ces inégalités de calibre, d'origine récente, dans l'inflammation toute fraîche, n'ont point encore été décrites comme lésion constante établie par l'expérimentation. Il ne sera par conséquent pas hors de propos de donner une courte description de quelques-unes de nos observations sur ce sujet. Il y a, dans ce que nous allons décrire, quelque chose d'autre encore que ces constrictions et ces dilatations des artères décrites par Warton-Jones. Celles-ci étaient généralement passagères, spasmodiques pour ainsi dire, tandis que ce que nous allons décrire était permanent. Il y avait quelque chose de plus qu'une simple modification de l'irritabilité, l'équilibre y était rompu et probablement sans possibilité de retour à l'état normal. Nous avons commencé avant tout par étudier comparativement la vascularité normale du tissu cellulaire sous-cutané des grenouilles, et nous y avons constaté les conditions les plus normales de calibre et la proportion décroissante physiologique des gros vaisseaux vers les capillaires.

Ayant pris pour l'examen une portion un peu notable de peau avec son tissu cellulaire sous-cutané dans le proche voisinage d'une plaie profonde, nous l'avons étendue sur une plaque de verre, de façon que la peau était dessous et que les vaisseaux étaient tournés du côté de la surface libre. Nous avons d'abord enlevé une fausse membrane fibrineuse et gélatiniforme, et, comme il était difficile de séparer la peau sans altérer notablement la préparation, nous avons préféré examiner cette préparation opaque, que

---

perdre de vue le beau idéal, savait admirablement reproduire la réalité. Plutarque(1) vante spécialement son talent à bien rendre le port du cou d'Alexandre; et il ajoute que *plusieurs de ses successeurs s'étaient appliqués à l'imiter en cela.* N'est-ce pas un remarquable ensemble de témoignages?

Agréez, etc.

A. Dechambre.

— Louis-Napoléon,

Président de la République française,

Vu le décret du 10 avril 1852, sur l'organisation de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance du 17 juillet 1835 et le règlement du 23 juillet 1836, sur le service de santé de la marine,

Sur le rapport du ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies,

Décrète:

Art. 1er. — Les jeunes gens qui désirent être admis à étudier dans les écoles de médecine navale, ou à prendre part au concours pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de troisième classe de la marine, devront justifier, jusqu'au 1er octobre 1855, soit du titre de bachelier ès lettres, soit de celui de bachelier ès sciences.

A dater du 1er octobre 1855, nul ne sera admis à étudier dans les écoles de médecine de la marine, ou à concourir pour le grade de chirurgien ou de pharmacien de troisième classe, s'il n'est pourvu du diplôme de bachelier ès sciences.

Art. 2. — Le ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 15 mai 1852.

Louis-Napoléon.

Par le prince-président de la République:

Le ministre secrétaire d'État de la marine, et des colonies,

Th. Ducos.

— M. Blandet, directeur de l'Hôtel-Dieu, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Il avait été précédemment directeur de la Charité, et comptait trente années de service dans l'administration des hôpitaux.

(1) Vie d'Alexandre. Voir aussi la note 19 de l'édition Ricard.

l'on pouvait fort bien étudier par la lumière directe venant d'en haut. En examinant la portion dont la rongeur est la plus intense, avec un grossissement de dix diamètres, on voit que la rongeur, qui à l'œil nu paraissait un peu diffuse, est en majeure partie composée d'arborisations vasculaires entourées en partie d'un sérum rougeâtre, dans lequel les forts grossissements font reconnaître de nombreux globules sanguins. Déjà, dans ce foyer inflammatoire, on est frappé de l'inégalité de calibre des vaisseaux; mais ce fait est bien mieux constaté lorsqu'on s'en éloigne un peu, en choisissant les endroits dans lesquels il n'y a ni sérum rougeâtre, ni rupture capillaire. On aperçoit, dès le premier examen, que l'inégalité de calibre occupe aussi bien les veines que les artères et les vaisseaux capillaires. J'ai étudié à cet effet des îlots entiers de vascularité dans lesquels je voyais très-bien des petites artères se diviser, se résoudre en réseaux capillaires, et ceux-ci se réunir de nouveau pour former les radicules veineuses et les petites veines. J'aurai occasion de publier par la suite les dessins de toutes ces expériences, planches fort bien faites par la main habile de M. Lackerbauer.

Après des trajets notablement rétrécis de ces vaisseaux, on voyait, par places, des dilatations presque sphériques, ressemblant à des petits anévrismes, dépassant de quatre à cinq fois le diamètre des vaissaux au-dessus et au-dessous. Le plus souvent cependant, la dilatation était cylindrique et allongée en forme de boudin, la partie au-dessous et au-dessus de cette dilatation étant plus étroite qu'à l'état normal. Ainsi un vaisseau de 1/20 de millimètre de largeur, dans son trajet normal, se rétrécit subitement et n'a plus que 1/30; puis au-dessous et assez brusquement, il se dilate et offre la largeur de 1/10 de millimètre; il reprend ensuite, après 1/2 millimètre de trajet, l'étroitesse de 1/30, et puis ensuite sa largeur normale. Cette inégalité, parfois sphérique ou ovoïde, la plupart du temps cylindrique, se propage des troncs aux branches, et il y a des îlots entiers d'arborisations qui montrent des alternations très-nombreuses de constriction et de dilatation. J'ai vu ces inégalités dans des vaisseaux qui, d'après leur position étaient des radicules veineuses et des capillaires, dont la largeur variait sur les mêmes cylindres entre 1/100 et 1/80 de millimètre dans les parties saines, pour offrir des dilatations brusques qui leur faisaient atteindre 1/50 et même 1/30 de millimètre. La dilatation des vaisseaux capillaires, toutefois, n'était pas, à beaucoup près, aussi considérable que celle des vaisseaux d'un plus gros calibre, mais ils montraient, outre l'inégalité, un aspect beaucoup plus tortueux ou onduleux que les capillaires normaux, état qu'il ne faudrait pas confondre avec les dilatations brusques. Il était facile d'éviter toute erreur en employant successivement des grossissements plus forts; ou pouvait ainsi aller jusqu'à celui de 200 diamètres.

Le contenu de ces vaisseaux se composait de globules sanguins rouges et blancs, dans leur proportion normale, tous étroitement accolés, mais non altérés. La fausse membrane qui recouvrait ces arborisations montrait, au microscope, une fibrine transparente qui paraissait lisse d'abord, mais qui offrait un aspect fibrillaire lorsqu'on la déchirait; elle renfermait une quantité notable de globules du pus et commençait à se vasculariser par quelques vaisseaux provenant du tissu cellulaire sous-cutané voisin.

Nous avons répété ces observations un assez grand nombre de fois, et toujours avec le même résultat, pour que la description que nous venons de donner puisse servir de type, sauf les modifications des mesures.

Du reste, nous constatons souvent un état tout analogue dans les parties phlegmasiées chez l'homme. Nous possédons, entre autres, un fort beau dessin de cet état, provenant d'une inflammation de la membrane muqueuse du bassinet rénal et un autre dessin d'une membrane synoviale enflammée, couverte de pus, appartenant à un individu atteint de rhumatisme articulaire aigu. Les dilatations cylindriques sont celles que nous y avons vues dominer. Il ne faudrait pas cependant regarder cet état de calibre irrégulier comme type de la vascularité dans l'inflammation intense qui a passé à l'état d'exsudation. Le fait le plus général est que les vaisseaux des parties phlegmasiées sont gorgés de parties solides du sang, et que c'est dans les petits vaisseaux, et dans les capillaires principalement, qu'il existe une dilatation générale, plutôt que ces inégalités partielles, dont l'existence cependant est loin d'être rare.

DE L'INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR L'INFLAMMATION.

De tout temps les physiologistes et les pathologistes ont eu la tendance de faire jouer au système nerveux un rôle important dans la production de l'inflammation. Cette tendance est devenue plus manifeste encore, depuis qu'on a commencé à rapprocher le travail phlegmasique de celui de la nutrition. Mais ici déjà on tourne dans un cercle vicieux, car l'influence du système nerveux sur la nutrition, que nous ne nions en aucune façon, n'est admise que comme probable, et il n'existe point d'expériences ni d'observations qui démontrent le mode d'action de l'innervation sur la nutrition générale et sur celle des divers tissus et organes. Tout au plus connaissons-nous approximativement le rôle que joue le grand nerf sympathique dans la production des sécrétions. On comprend dès lors facilement que presque tout ce qu'on a dit sur l'action du système nerveux dans les troubles circulatoires phlegmasiques n'est que plus ou moins hypothétique.

Une doctrine qui pendant longtemps a joui d'une grande vogue est celle de Henle, d'après laquelle il y aurait, dans l'inflammation, paralysie des nerfs vasculaires avec antagonisme entre les nerfs vasculaires et les nerfs sensitifs. D'après Stilling, il y aurait augmentation de l'action réflexe des nerfs sensitifs sur les nerfs vasculaires. Tout cela est bien vague, appuyé sur des expériences incomplètes et réfuté par des expériences plus concluantes.

Nous citerons avant tout le résultat des expériences de Warton-Jones (1) sur ce sujet, qui perdent beaucoup de leur valeur par celles que nous avons faites dernièrement sur ce point :

1° Après la section du nerf sciatique, l'auteur anglais a trouvé que les artères étaient plutôt dilatées et le cours du sang plus rapide; que, par conséquent, la disposition à la congestion et à la stagnation était diminuée. Cependant, en coupant ensuite une artère ou une veine, la disposition à la congestion au-dessous de la section est plus grande, elle peut se dissiper toutefois par l'élargissement des vaisseaux anastomotiques.

2° La section d'un nerf qui suit l'artère produit des effets très-variés: constriction de l'artère au-dessus de la section du nerf jusqu'à la première branche collatérale, dilatation au-dessous dans une première expérience; constriction de l'artère au-dessus et au-dessous dans un second cas; constriction très-légère et passagère dans un troisième; constriction, enfin, très considérable, mais très-passagère, et retour à la circulation normale, dans une quatrième expérience; c'est seulement au niveau de la section du nerf, ainsi qu'un peu au-dessus, que l'artère restait un peu plus étroite. Ces résultats sont trop variés pour avoir une grande valeur.

On a reproché à tous les expérimentateurs qui ont coupé le nerf sciatique, pour étudier la circulation dans le membre correspondant, qu'ils avaient laissé intacte la principale source de l'innervation des vaisseaux, le grand nerf sympathique. J'ai suivi, pour éviter cet inconvénient, un procédé qui privait le membre de tout influx nerveux, tant cérébro-spinal que sympathique. Dans la région lombaire, le grand nerf sympathique envoie des nerfs à l'artère iliaque et fémorale, qui ensuite forment des réseaux autour des vaisseaux. En coupant ces troncs, on intercepte donc l'influence du grand nerf sympathique. Voici le procédé suivi, d'après les conseils de M. Brown Séquard: après avoir mis à nu la partie inférieure de la colonne vertébrale, j'enlève le sacrum; on voit alors quatre nerfs se rendre au membre pelvien: le nerf sciatique qui est le plus volumineux, le nerf crural de dimension moindre, et deux autres troncs qui n'ont pas reçu, que je sache, de noms spéciaux, dont l'un est plus superficiel que les trois autres, qui ordinairement se trouvent réunis en faisceau et peuvent être coupés ensemble. La section a toujours été faite à une assez grande distance de l'origine de ces nerfs pour comprendre dans la section ceux envoyés par le grand sympathique. Il résulte de cette opération une vaste solution de continuité qui permet cependant aux animaux de survivre encore assez longtemps, pourvu qu'on observe les précautions indiquées plus haut. Le membre, après cette section, est inerte et complétement paralysé, ce qui n'est nullement le cas lorsqu'on ne coupe que le nerf sciatique, car alors l'action réflexe est telle qu'elle trouble considérablement l'observation. J'ai étudié un grand nombre de fois comparativement la circulation et l'irritation dans les membres privés de toute innervation et dans ceux de grenouilles dont le système nerveux était intact. Eh bien! j'ai constamment vu que lorsqu'on laissait passer la période de la perturbation qui succède à l'opération, on ne constatait guère de différence ni pour la circulation normale, ni pour ses troubles les plus variés, et ce résultat a été obtenu pendant bien des jours consécutifs. Chaque fois qu'un de ces animaux avait péri ou que nous l'avions tué, nous avons disséqué le système nerveux, et nous nous sommes convaincu qu'il n'y avait pas l'ombre de communication rétablie entre les bouts des nerfs coupés.

Il résulte de ces expériences que l'influence du système nerveux sur la production des troubles circulatoires de l'inflammation a été déterminée plutôt théoriquement qu'appuyée sur les données de l'expérimentation.

Je citerai ici une autre observation que j'ai ensuite plusieurs fois vérifiée et qui rend compte de la cause toute mécanique de la douleur dans l'inflammation. Dans les plaies qui résultent de la perte de substance de la peau dans une certaine étendue, j'ai vu, en les examinant à la loupe, des nerfs entourés d'une vascularité tellement dense que la compression des fibres nerveuses devait évidemment provoquer la douleur lorsqu'il s'agissait d'un nerf sensitif. Dans le cas dont je vais rapporter les détails, j'ai commencé par tirailler un des filets nerveux très-fins; l'animal donna instantanément les signes de la plus vive douleur. J'ai excisé ensuite une couche plane et

(1) Op. cit., p. 31 à 33.

mince de toute la partie sur laquelle ces nerfs et ces vaisseaux étaient situés. J'ai pu suivre de cette façon, dans tous leurs détails, l'aspect et la structure d'un petit nerf qui avait 1/5 de millimètre de largeur, et d'une de ses branches qui n'avait que 1/20 de millimètre de largeur. Ces deux nerfs étaient entourés d'une forte vascularité qui, autour du tronc principal, offrait un réseau terminal, à capillaires larges et inégaux, de 0mm,015 à 0mm,02, aboutissant à des troncs veineux et artériels, les uns et les autres d'un calibre inégal, état bien plus marqué dans les artères que dans les veines. C'est ainsi qu'une artère de 0mm,06 s'élargit et offre, sur une certaine étendue, 0mm,08 de largeur; une plus petite branche, ayant 0mm,04 de largeur, est dilatée de moitié de son calibre, offrant 0mm,06; à l'une des bifurcations des artères existe une véritable dilatation ampoulaire. Tous ces vaisseaux paraissent, sous le microscope, être situés directement sur le névrilème, et on comprend très-bien que la dilatation générale des capillaires et la dilatation partielle des vaisseaux plus volumineux, doivent exercer une plus forte pression sur les fibres nerveuses que des vaisseaux dont le calibre et le contenu sont normaux.

On pourrait invoquer bien des arguments physiologiques en faveur de l'indépendance de l'inflammation de l'influx nerveux. La circulation, même physiologique, à un moment donné du développement, doit être complétement indépendante de l'innervation. C'est ainsi que le cœur du poulet se contracte déjà à un moment où le système nerveux est à peine ébauché dans sa configuration centrale. Quant à l'inflammation, nous voyons les tissus accidentels, les tumeurs cancéreuses entre autres, s'enflammer et renfermer des foyers purulents, sans que jamais personne n'ait pu découvrir des nerfs dans leur intérieur. M. Broca, dans son excellente thèse sur la propagation de l'inflammation, est arrivé au même résultat, et lors même que ses expériences ne sont pas aussi concluantes que les nôtres, nous trouvons cependant que ses arguments ont une grande valeur. Il établit que la propagation de l'inflammation est indépendante des nerfs, parce que des parties privées de nerfs peuvent s'enflammer; il rappelle que des parties privées de sentiment et de mouvement ne sont nullement à l'abri du travail phlegmasique. La propagation de l'inflammation a lieu, de plus, vers des parties qui reçoivent des nerfs de sources différentes; l'irritation, enfin, d'un nerf sensitif ne produit pas, d'après le même auteur, l'inflammation de la partie dans laquelle il se distribue.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ABSORPTION ET DES EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE EMPLOYÉ DANS LES PANSEMENTS ET LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES; Mémoire adressé à l'Académie des Sciences par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

ABSORPTION DE L'IODE PAR DES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ PRODUITES ARTIFICIELLEMENT.

J'ai expliqué plus haut comment l'observation des phénomènes qui suivent les pansements iodés m'avait conduit à rechercher les moyens d'obtenir les mêmes résultats, lorsqu'il n'existe aucune solution de continuité morbide, et comment j'avais pensé à faire absorber l'iode par les procédés connus sous le nom de méthode endermique. En poursuivant les conséquences de cette idée, j'ai utilisé la surface des vésicatoires et celle des plaies artificielles produites par les caustiques ou par le feu.

Si, après avoir placé un *vésicatoire* et enlevé l'épiderme, on applique sur la peau dénudée une pommade contenant 1 gramme d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium sur 30 grammes d'axonge, l'iode est constamment absorbé, et se retrouve dans les urines, tant que le vésicatoire n'est pas sec et que le pansement est renouvelé tous les jours.

L'existence de l'iode est évidente dans l'urine deux ou trois heures après le pansement; elle cesse douze à vingt-quatre heures après que celui-ci a été suspendu; et s'il est fait quotidiennement, elle se prolonge pendant une semaine à peu près, temps au bout duquel la surface desséchée du vésicatoire cesse d'absorber.

Ces faits ont été constatés dans une région quelconque du corps et chez des malades d'âge, de tempérament très-variés.

En faisant succéder plusieurs vésicatoires les uns aux autres, et les pansant comme il a été dit plus haut, il est facile de maintenir une saturation iodée de l'économie pendant le temps qu'on juge convenable, sans qu'il en résulte d'autre incommodité que la douleur vive, mais passagère, qui est la suite immédiate du pansement.

L'absorption à la surface des *cautères* et des *moxas* n'est pas moins évidente que sur les vésicatoires, si leur superficie est également étendue et si les escarres sont complétement détachés. Plus d'une fois j'ai pu obtenir par les réactifs une teinte bleue foncée d'iodure d'amidon dans la salive et les urines, pendant plus d'un mois, en pansant avec la pommade iodée de larges plaies produites par le feu ou les caustiques. Ces observations ont été faites chez un jeune homme auquel huit raies de feu avaient été passées autour de la hanche, et chez un enfant dont le genou fongueux avait été recouvert de quatre larges moxas.

Mais si la surface absorbante n'est pas plus étendue qu'une pièce de 2 francs, la teinte caractéristique de l'iodure d'amidon ne peut être obtenue dans les urines que passagèrement et à un faible degré. Quelquefois elle ne s'y montre que pendant le temps qui s'écoule entre la troisième et la huitième heure après le pansement d'un seul cautère : si l'on attend davantage pour faire l'expérience, elle ne peut plus être retrouvée.

Quoi qu'il en soit de ces différences, qu'explique parfaitement le rapport qui lie la quantité des substances absorbées avec l'étendue des plaies sur lesquelles on les dépose, l'action de l'iode par la méthode endermique a été suivie des mêmes phénomènes locaux et généraux que lorsqu'il pénétrait par des ulcères naturellement formés. Il est à noter seulement que l'excitation générale a paru habituellement moins vive; il n'y a jamais eu de fièvre, comme après certaines injections iodées; tout s'est borné à des souffrances vives pendant les premieres heures, à de l'agitation et de la chaleur pendant un temps un peu plus long.

La certitude une fois acquise de l'absorption de l'iode employé par la méthode endermique, devait me conduire et m'a conduit, en effet, à l'utiliser pour résoudre, par des applications locales, des engorgements indolents, ou à faire des traitements généraux de maladies scrofuleuses ou syphilitiques, sans passer par l'intermédiaire des voies digestives.

En agissant d'après ces vues, j'ai placé sur des glandes engorgées ou sur des tumeurs blanches des articulations la pommade iodée, non par l'intermédiaire de la peau intacte, ainsi qu'on le fait tous les jours, mais par celle de la peau privée de son épiderme ou artificiellement ulcérée. J'ai obtenu de la sorte des résultats encore trop incomplets pour ne laisser aucun doute sur l'efficacité de la méthode, et pour démontrer aux yeux de tous que ses avantages compensent amplement les vives douleurs qui en sont la suite. Quelques faits cependant m'encouragent à lui assigner une grande valeur et à persévérer dans son emploi. Telle est surtout la guérison complète d'un kyste ou bissac, placé au devant du poignet et contenant ces corps étrangers pour lesquels on pratique, en général, des incisions dont le danger est bien connu. L'application successive de trois vésicatoires pansés avec la pommade iodée a fait disparaître entièrement la tumeur, et rendu aux doigts la liberté de leurs mouvements depuis longtemps perdus.

L'idée de mettre à profit la méthode endermique pour faire un traitement iodé contre les affections constitutionnelles qui le réclament habituellement me paraît mériter une grande attention. Un temps long et de nouvelles recherches sont nécessaires pour en apprécier la valeur. Les premiers essais que j'en ai faits sont toutefois encourageants. Dans deux cas, j'ai parfaitement réussi à faire disparaître des ophthalmies scrofuleuses, sans recourir à aucun autre traitement que l'application successive de vésicatoires aux bras et au cou, ainsi que le pansement de ceux-ci jusqu'à dessiccation complète par la pommade iodée.

La promptitude avec laquelle la rougeur, la photophobie et des taches récentes ont disparu sous l'influence de ces moyens, n'a pas permis de douter que l'absorption de l'iode que l'on reconnaissait dans les larmes, la salive et les urines, n'ait contribué puissamment à la guérison.

Les vésicatoires qui se sèchent avec rapidité sont insuffisants comme surfaces d'absorption dans les maladies scrofuleuses et constitutionnelles qui nécessitent des traitements prolongés pendant plusieurs mois. J'ai pensé que, dans ces cas, il fallait faire absorber l'iode par des cautères multipliés, et je poursuis des essais dans cette direction. L'état des urines et de la salive me fait reconnaître si la pénétration et l'élimination du remède sont en quantité suffisante, et je ne considère ce but atteint que lorsque l'amidon et le chlore déterminent dans les liquides une couleur bleue intense pendant plusieurs semaines et sans interruption. Les faits que je possède sont encore trop peu nombreux pour que je fasse autre chose que de signaler les principes de la méthode et les règles de son emploi. Quelques jours d'observation suffisent pour répéter les expériences qui constatent l'absorption de l'iode à la suite de certains pansements, ou après son application par la méthode endermique; mais un temps très-long peut

seul permettre d'en apprécier la valeur thérapeutique dans des affections chroniques et constitutionnelles.

TROISIÈME PARTIE.

ABSORPTION ET INFLUENCE COMPARÉES DES DIVERSES PRÉPARATIONS D'IODE.

Les préparations d'iode dont j'ai étudié comparativement les effets, sous le rapport de l'absorption et de l'influence générale, sont : 1° l'iode pur, suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban); 2° la teinture d'iode; 3° les pommades iodées.

Iode pur. — M. Goin (de Saint-Alban) place dans le fond d'un verre de montre une certaine quantité d'iode solide, 10 centigrammes, par exemple; il le recouvre d'une couche de coton, et il applique cet appareil sur les plaies qu'il veut modifier. L'iode, volatilisé par la chaleur du corps, imprègne la couche de coton, excite et modifie puissamment les surfaces ulcérées. C'est en répétant ces expériences que j'ai eu l'idée de rechercher dans les urines l'iode que M. Goin pensait être absorbé. Constamment j'en ai pu reconnaître l'élimination par cette voie, lorsque la surface dénudée, vésicatoire ou plaie, avait l'étendue d'un verre de montre. Aucun autre mode ne se prête mieux à l'absorption que le pansement de M. Goin, et si je l'ai abandonné pour me servir de la pommade d'iode ioduré, c'est qu'à l'aide de cette dernière, on peut recouvrir plus aisément les parties malades, quelles que soient leur étendue et leur forme, et que l'on évite, à son aide, les cautérisations et les douleurs intolérables qui sont souvent produites par l'iode en nature.

Teinture d'iode. — Nous avons vu que la teinture d'iode était parfaitement absorbée lorsqu'on la laissait à demeure dans des cavités closes. Elle n'agit plus de même sur les solutions de continuité externes, lors même que l'on en imbibe de la charpie et qu'on laisse celle-ci en place, recouverte d'un verre de montre ou d'un linge. Je n'en ai fait l'essai que deux fois sur des vésicatoires, pendant quatre à cinq jours de suite (les vives douleurs qu'elle produisait n'ont pas permis de répéter ces essais). Chez un seul de ces malades, l'iode a été retrouvé dans les urines.

Les ulcères paraissent plus réfractaires encore que les vésicatoires à l'absorption de la teinture d'iode. Je n'ai pu la constater dans aucune des expériences que j'ai faites jusqu'à présent, et la preuve que cette absence d'absorption tient à la nature de la préparation employée, c'est que l'iode se montre dans les urines dès qu'on substitue à la teinture la pommade iodée. J'ai constaté ces différences dans les cas suivants :

1° Ulcère de la jambe, de 5 centimètres de diamètre. Point d'iode dans les urines pendant quatre jours de pansements faits matin et soir, avec de la charpie trempée dans de la teinture d'iode. Apparition de ce métalloïde dans les urines dès le soir même du jour où les pansements sont faits avec la pommade iodée.

2° Mêmes observations sur des plaies succédant à des raies de feu qui avaient été passées autour de la hanche. Les pansements par la teinture d'iode avaient été prolongés pendant six jours, sans qu'il y eût trace d'iode dans les urines.

3° Un ulcère scrofuleux de la joue, pansé matin et soir avec la teinture d'iode pendant une semaine, n'a été le siége d'aucune absorption reconnaissable dans les urines. Celle-ci a été évidente dès que la pommade iodée a été mise en usage.

Pommades iodées. — J'ai employé la pommade d'iodure de potassium et celle d'iode ioduré.

La première contenait 4 grammes d'iodure de potassium sur 30 grammes d'axonge. Je n'en ai pas beaucoup varié les essais, et je me suis contenté d'en panser les vésicatoires de deux malades. Chez l'un d'eux, l'iode n'a pu être retrouvé dans les urines; chez un autre, sa pénétration dans ce produit excrété a été rendue évidente pendant plusieurs jours par les réactifs appropriés.

La pommade d'iode ioduré dont je me suis servi habituellement est celle du Codex; elle contient :

Axonge.	32 grammes.
Iode.	1 gr. 33 centigr.
Iodure de potassium.	4 gr.

Des doses moitié moindres ont pu réussir également. Avec ces pommades l'absorption est assurée; jamais, après leur emploi, l'élimination n'a fait défaut, et elle n'a été momentanément douteuse que lorsque la surface absorbante avait moins de 2 centimètres de diamètre.

En résumé, l'iode en nature et la pommade d'iode ioduré sont préférables à la teinture d'iode et à la pommade d'iodure de potassium, dès que l'on veut produire, par une application locale, une pénétration intérieure de l'iode. L'absorption est possible quand on se sert des deux dernières préparations; mais elle n'est pas aussi sûre, aussi prompte, aussi abondante qu'avec les premières. L'alcool, qui coagule l'albumine, est sans doute l'obstacle qui s'oppose à la pénétration facile de la teinture iodique dans les tissus vivants.

Quoi qu'il en soit de ces différences, on trouve dans les produits de sécrétion un iodure soluble, soit que l'on ait employé l'iode pur ou que l'on ait fait usage d'un iodure alcalin. Ce dernier corps peut pénétrer dans le sang et être éliminé sans subir aucune transformation. L'iode, au contraire, a besoin de se combiner avec une autre substance avant de se montrer dans les urines et la salive. Probablement il s'unit à la soude, qui est l'alcali du sang, et c'est à l'état de iodure de sodium qu'on le trouve dans les produits sécrétés. Cette action chimique n'est peut-être point indifférente, et soit qu'elle joue un rôle important, soit que la différence des effets tienne à une autre cause, je n'hésite point à dire que les modifications locales et constitutionnelles sont bien plus puissantes quand les préparations contiennent de l'iode en nature, que lorsqu'un iodure en forme toute la partie active.

QUATRIÈME PARTIE.

EXTENSION DES PROCÉDÉS SUIVIS DANS L'EMPLOI LOCAL DE L'IODE A CELUI DE DIVERS RÉSOLUTIFS.

Comme je l'ai dit en commençant, des faits qui démontrent l'absorption de l'iode par la méthode endermique et à la suite des pansements et des opérations chirurgicales, peuvent éclairer un grand nombre de questions de pathologie générale. Je ne crois pas le moment opportun de les aborder, et je me contenterai de signaler l'induction que j'en ai tirée en appliquant la méthode endermique à l'absorption de divers résolutifs, tels que la ciguë, le sel ammoniac, le nitrate de potasse, etc.

La supériorité des pansements dans lesquels l'iode était incorporé à l'axonge m'a engagé à préférer le même mode de préparations pour les substances dont il est plus difficile d'apprécier les effets et que l'on ne peut suivre dans les voies qu'elles peuvent parcourir. Les pommades dont je me suis servi contenaient d'un cinquième à un dixième de substances actives, et servaient au pansement des vésicatoires ou des ulcères artificiels. Sous cette forme, j'en ai fait l'application à des engorgements chroniques des jointures, des testicules, du cou, etc. J'ai pu constater que s'ils produisaient d'assez vives douleurs, leur action résolutive, si incertaine quand on se contente de les placer sur la peau saine, devient aussi prompte qu'évidente. J'ai surtout constaté ces faits pour les engorgements du testicule traités par des vésicatoires sur lesquels j'appliquais une pommade contenant un dixième de chlorhydrate d'ammoniaque.

Dans l'emploi des résolutifs, j'ai insisté sur ceux qui dissolvent la fibrine et réunissent une action chimique à leur action vitale. Dans ce nombre se trouvent le chlorhydrate d'ammoniaque, qui dissout tout à la fois la fibrine et les globules du sang, et le nitrate de potasse qui conserve le globule et dissout la fibrine.

CONCLUSIONS.

De l'ensemble des faits et des considérations que renferme ce mémoire, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'iode appliqué sur des ulcères ou injecté dans la cavité des abcès et des membranes séreuses est absorbé, et se retrouve dans divers produits d'excrétion, spécialement dans l'urine et la salive.

2° L'absorption à la surface des cavités closes, et l'élimination par les produits excrétés, spécialement par les urines, peut aller pendant plusieurs semaines et sans altération de la santé, à plus d'un gramme d'iode par jour.

3° Cette absorption et cette élimination modifient l'économie tout entière et peuvent améliorer notablement des maladies scrofuleuses constitutionnelles, pourvu qu'à l'aide de précautions spéciales dans les pansements, on maintienne, au moins pendant un mois et demi à deux mois, une élimination d'iode par les urines telle que les réactifs y déterminent sans évaporation préalable une teinte bleue foncée.

4° Des vésicatoires, des cautères et des moxas absorbent avec la plus grande facilité l'iode que l'on dépose à leur surface; et à la suite de pansements quotidiens, celui-ci peut être retrouvé dans les urines et la salive, tant que les plaies artificielles ne sont pas cicatrisées.

5° A l'aide de la médication iodique sur des vésicatoires éloignés des yeux, on peut guérir des ophthalmies scrofuleuses, sans remèdes intérieurs et sans applications locales. Des modifications constitutionnelles profondes sont possibles, si l'on fait absorber, pendant plusieurs mois, sur des moxas ou des cautères, une telle quantité d'iode que les urines puissent toujours prendre une teinte bleue foncée par l'amidon et le chlore.

6° Parmi les préparations iodées, les seules dont l'absorption soit con-

siante à la surface des ulcères ou des vésicatoires, sont les vapeurs d'iode, suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban), et l'iode iodure mélangé à l'axonge. Les pansements avec une pommade qui contient : axonge, 30 gr ; iode, 1 gr.; iodure de potassium, 2 gr., sont préférables à tous les autres, et spécialement à ceux que l'on fait avec la teinture d'iode.

7° On peut se contenter, pour rechercher l'iode dans les urines et la salive, de la solution d'amidon et de celle d'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque); et comme les liquides animaux, spécialement l'urine, décolorent l'iodure d'amidon, l'intensité et la persistance plus ou moins prolongée de la couleur bleue produite par les réactifs permettent de juger approximativement de la proportion d'iode.

8° En faisant absorber par la méthode endermique, non-seulement les préparations iodées, mais divers résolutifs, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, la ciguë, etc., on peut obtenir des résolutions plus rapides et plus sûres qu'en appliquant ces substances sur la peau recouverte d'épiderme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

(Suite et fin.)

CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE TRAITÉS A L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE ; QUELQUES REMARQUES SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE; par le docteur JAMES J. LEVICK.

CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE PRÉSUMÉE, TRAITÉS PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE ; par le docteur ELY.

M. Levick rapporte quelques observations dans lesquelles l'huile de foie de morue a été employée, le plus souvent avec avantage ; mais à la différence de beaucoup d'auteurs, au lieu de s'exagérer le bénéfice du remède, il s'applique à le réduire à sa juste valeur, et nous voyons que cette valeur est à peu près celle que nous avons maintes fois reconnue aux observations publiées en l'honneur de l'huile de poisson : amélioration générale; retour momentané de l'embonpoint; diminution de certains symptômes, tels que l'expectoration; mais pas de guérison bien positive. « Nous n'avons eu, dit-il, aucun cas de phthisie avérée dans lequel tous les signes rationnels de la maladie, aussi bien que les signes physiques, aient réellement disparu. » La plus remarquable des observations rapportées par l'auteur, d'après M. Gerhard (*sur les maladies de poitrine*), est relative à un cordonnier, âgé de 24 ans, dont la maladie datait de quatre mois quand il fut admis à l'hôpital. De la toux s'était montrée à la suite d'un refroidissement, et avait toujours continué. L'amaigrissement avait été rapide. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie. La fièvre hectique était établie. La sonorité était obscure au sommet du poumon gauche; à cet endroit, la respiration était *caverneuse* (plus probablement *bronchique*), et l'on entendait distinctement du râle crépitant. Le 10 septembre, on commença l'usage de l'huile, une cuillerée à bouche trois fois par jour, et de quelques calmants de temps à autre. Le 30, comme il y avait eu une légère hémoptysie, on donna un peu d'acide sulfurique bromatisé, et l'on appliqua un vésicatoire sous la clavicule. Les symptômes se maintinrent sans modification sensible pendant six semaines; ensuite l'appétit devint meilleur, les forces augmentèrent, l'embonpoint reparut. En deux semaines, le malade fut en état de se lever; mais il toussait encore et expectorait abondamment. Il resta à l'hôpital environ six mois, prenant exactement l'huile de foie à la dose ci-dessus mentionnée. A cette époque, il y avait une très-grande amélioration dans tous les éléments de la maladie. Quand il sortit de l'hôpital, le 15 mars, la toux était rare, l'expectoration nulle, aussi bien que la fièvre hectique. L'appétit était bon et les forces aussi développées qu'elles avaient jamais été; mais il y avait encore un peu de matité et une respiration rude sous la clavicule gauche.

Quatre cas de succès sont signalés par M. Ely, sur vingt-quatre observations recueillies au dispensaire de la Providence, de février 1848 à mars 1851; mais ces observations laissent quelquefois à désirer quant à l'exactitude du diagnostic.

Dans le premier cas, relatif à un enfant de 9 ans, il y avait de la dyspnée, une toux sèche, un peu de matité (sur quel point du thorax?), un bruit d'inspiration rude et un bruit d'expiration très-prononcé. L'huile de foie de morue fut donnée vers la fin de juin et continuée seulement jusqu'au 15 juillet, époque à laquelle l'enfant fut emmené. Les symptômes rationnels avaient diminué; la toux notamment était moindre; l'embonpoint et les forces avaient *légèrement* augmenté; *les signes physiques n'avaient pas changé*. L'auteur a appris récemment que cet enfant vivait encore. — Inutile de faire remarquer combien une telle observation est insuffisante. Quinze jours ou trois semaines de médication auraient guéri la phthisie pulmonaire! Et l'on note que les signes physiques de la tuberculisation (signes fort douteux, à notre avis) n'avaient subi aucune modification au départ de l'enfant!

Le second cas est relatif à un enfant de 6 ans, de tempérament scrofuleux. Pouls petit et rapide; expectoration mucoso-purulente; respiration très-fréquente; extrême émaciation; fièvre hectique; sueurs; diarrhée; matité sous la clavicule droite; respiration bronchique et râles humides sur le même point. On commença, le 2 janvier 1849, l'emploi de l'huile de foie de morue à petites doses. Au bout de quelques semaines, il n'y avait pas d'amélioration apparente. Le 1er février, un abcès se forme au coude et s'ouvre de lui-même. Un autre est ouvert par le bistouri; il donne un pus louable. Dans le cours de ce mois, l'amélioration commence à se manifester; l'appétit se développe; la diarrhée diminue; l'embonpoint commence à reparaître. Vers le 1er juin, le malade peut sortir. Le 8 août, on le trouve jouant avec ses camarades, avec autant d'animation qu'aucun d'eux. La toux et l'expectoration étaient nulles. La santé, ajoute l'auteur, est maintenant parfaite. — Ce fait est plus significatif que le précédent; nous aurions désiré pourtant qu'on enregistrât les résultats de l'examen plessimétrique et stéthoscopique au moment où l'enfant a cessé d'être visité.

Troisième cas. Enfant de 9 ans. Diathèse scrofuleuse. Malade depuis un mois. Admis au dispensaire le 26 juillet 1849. Toux sèche; pouls accéléré; perte de l'embonpoint et des forces; matité sous la clavicule droite avec respiration bronchique. On emploie l'huile jusqu'au 1er septembre. A cette époque, la toux a disparu, ainsi que la maigreur; l'appétit est très-bon. Le 14 janvier 1850, M. Ely, appelé à lui donner de nouveaux soins pour un hydrocéphale, apprend des parents qu'il s'est très bien porté jusqu'aux dix derniers jours. La percussion et l'auscultation ne donnent actuellement aucun signe de dépôt tuberculeux. Cet enfant mourut le 29 janvier. L'autopsie ne fut pas pratiquée. — Ce défaut d'autopsie est regrettable. Il n'est pas du tout certain qu'on ait trouvé des traces de tubercules guéris.

Vient enfin une observation relative à une jeune fille de 12 ans, scrofuleuse, ayant craché le sang, qui fut vue pour la première fois le 4 janvier 1850. Sa mère est morte de *consomption*. Pouls vif; respiration courte; toux intense; expectoration purulente; émaciation; fièvre hectique; diarrhée; matité prononcée sous la clavicule gauche; respiration bronchique avec bruit de parchemin et râles sous-crépitants. L'emploi de l'huile fut immédiatement commencé. Tous les symptômes mentionnés s'étaient évanouis au commencement de juin, y compris la toux. Les termes non assez explicites de l'observation laissent supposer que les signes physiques avaient également disparu. — Ce fait peut être rapproché du second, et est certainement très-remarquable. Le bruit de parchemin, les râles humides, la matité, le tout siégeant sous la clavicule, sont des témoignages assez significatifs de la phthisie pulmonaire.

Ainsi M. Ely ne compte que quatre guérisons sur vingt-quatre observations, et nous croyons qu'il s'est encore abusé. Quant aux autres, voici comment les classe l'auteur lui-même; on verra qu'ils ne déposent pas fortement en faveur de l'efficacité de l'huile hépatique. Dans quatre d'entre eux, la maladie a paru d'abord s'arrêter, pour reprendre de nouveau sa marche et aboutir à la terminaison fatale. Dans douze autres, il n'y a eu aucune amélioration évidente; mais de ces douze il en est quatre dans lesquels l'huile n'a pas été prise régulièrement, et trois où l'usage n'en a été commencé que peu de jours avant la mort. Dans deux cas, les sujets ont quitté le dispensaire en voie d'amélioration, et l'on ne sait ce qu'ils sont devenus. Enfin, dans deux autres, l'huile n'a pu être supportée.

OBSERVATIONS D'APOPLEXIE ET DE DIVERSES FORMES DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL ; par le docteur HENRY THAYER.

M. Thayer donne la relation très-circonstanciée de trois faits relatifs : le premier à l'hémorrhagie cérébral; le second au ramollissement rouge du cerveau; le troisième au ramollissement simple. Ces deux dernières observations ne sont suivies d'aucune remarque, et elles n'ont de mérite que celui de grossir le nombre des cas de ramollissement bien observés. Au contraire, à la suite de l'observation d'apoplexie proprement dite, l'auteur présente, sur le ramollissement qu'on observe souvent autour du foyer, quelques remarques utiles à relever.

Sur 33 faits empruntés à divers auteurs, il en a trouvé 16 dans lesquels

est mentionné le ramollissement du tissu cérébral autour du caillot; 8 fois on n'a pas parlé de la consistance du cerveau; 5 fois l'autopsie a eu lieu trop longtemps après la mort pour qu'on pût tirer quelque induction de l'état du tissu cérébral autour du foyer; 4 fois seulement le cerveau avait conservé sa consistance normale.

Partant de ces faits, qu'il eût été bon de multiplier davantage pour obtenir une statistique de valeur, M. Thayer examine la question de savoir si le ramollissement du tissu encéphalique autour des foyers apoplectiques est antérieure ou postérieure à l'hémorrhagie. On sait que M. Rochoux n'admettait pas d'hémorrhagie cérébrale sans ramollissement préalable. M. Thayer fait observer : d'une part, que le ramollissement occupe souvent une étendue considérable, et porte sur des parties très-importantes du cerveau, telles que la couche optique et le corps strié, alors même que l'attaque est survenue au milieu d'une excellente santé; d'autre part, que le ramollissement sans hémorrhagie est trop commun pour qu'on puisse faire de la première lésion une condition très-favorable au développement de la seconde. Ajoutons que, dans un certain nombre de cas, il n'y a pas d'autre ramollissement autour du caillot que celui de la surface même de la poche, sur laquelle on voit flotter de petits filaments quand on y verse un filet d'eau. Mais ce ramollissement superficiel est le résultat manifeste et même nécessaire de la déchirure du tissu par le sang sorti de ses vaisseaux.

Au reste, il n'y a pas que le fait anatomique à opposer à l'opinion insoutenable de Rochoux. Il suffit de réfléchir au mécanisme de l'hémorrhagie cérébrale pour comprendre que les vaisseaux puissent se rompre au milieu d'un tissu sain. Il est des conditions où les vaisseaux de l'encéphale subissent des pressions considérables; pourquoi ne voudrait-on pas que ces pressions fussent parfois assez fortes pour opérer un déchirement? Et si un ramollissement du tissu était nécessaire pour cela, c'est moins dans la trame encéphalique que dans les petits vaisseaux qu'il serait naturel de le supposer. Mais, nous le répétons, ni dans le tissu encéphalique, ni dans les petits vaisseaux veineux ou artériels, on ne peut démontrer l'existence constante d'une altération préliminaire, de quelque nature qu'elle soit. Il va sans dire seulement que vaisseaux et tissu encéphalique ne seront pas également faciles à rompre chez tous les sujets, à tous les âges, dans toutes les conditions de la santé; c'est là une notion banale sur laquelle il est inutile d'insister.

Sur l'emploi du microscope et sur les affections rénales, spécialement de l'affection connue sous le nom de maladie de Bright; par le docteur Burnett.

On peut considérer dans l'important travail de M. Burnett trois points de vue principaux : le premier concerne la nature de la maladie; le second, les maladies qui accompagnent assez souvent la maladie de Bright; le troisième, le parti qu'on peut tirer de l'emploi du microscope pour la fixation du diagnostic.

L'auteur admet sur la nature du mal la même opinion que M. Rayer, et nous paraît même l'exagérer. M. Rayer, tout en imposant à la maladie de Bright la dénomination de néphrite albumineuse, établit plutôt une *analogie* qu'une assimilation entre cette affection et la néphrite ordinaire. Pour M. Burnett, la maladie de Bright « est nettement de caractère inflammatoire; elle peut être seulement ou aiguë ou subaiguë. » Les raisons qu'il invoque sont aussi les mêmes, à peu près, que celle dont M. Rayer s'est prévalu. Ainsi les symptômes généraux ont souvent l'apparence phlegmasique (fièvre, céphalalgie, douleurs rénales, etc.); quelquefois, il est vrai, la maladie, soit d'emblée, soit au bout de peu de temps, prend un caractère chronique tout à fait apyrétique; mais avec de l'attention on constate, à des intervalles irréguliers, un peu de fièvre, de la chaleur à la peau; et ces sortes d'accès coïncident avec l'augmentation de la quantité d'albumine dans les urines. En second lieu, les affections avec lesquelles on voit coïncider l'albuminurie ont sont de nature inflammatoire ou se compliquent d'inflammation; telles sont la pleurésie et la pneumonie chroniques, la phthisie pulmonaire; on sait aussi combien elle est fréquente à la suite de la scarlatine. Les données microscopiques accusent également la présence d'une inflammation; on sait que le tissu cortical du rein est d'abord congestionné et tuméfié; puis quil devient granuleux, du moins le plus souvent, et enfin qu'il diminue de volume et se raccornit. M. Burnett insiste beaucoup sur la turgescence des corps de Malpighi observée par lui dans des cas où les reins ont pu être examinés dans la première période de la maladie. Enfin l'urine contient souvent des globules sanguins, des filaments fibrineux et de petites lamelles d'épithélium.

Tout cela suffit-il pour rapprocher si étroitement la maladie de Bright de la néphrite ordinaire? Nous ne le pensons pas. Que la maladie à son état le plus chronique, alors que la santé générale se conserve, que le pouls reste normal, l'appétit excellent, comme on en voit des exemples, soit parfois traversée par des accès de fièvre, quel signe de phlegmasie y peut-on trouver? A ce compte, il faudrait faire des inflammations de la plupart des affections chroniques un peu graves. Le scorbut lent, les dépôts scrofuleux, ne s'accompagnent-ils pas souvent de réaction fébrile? ne sont-ils pas cependant le contraire de l'inflammation? La fièvre ici n'accuse qu'une chose : la révolte de l'organisme contre une cause de trouble. Des organes aussi importants que les reins ne peuvent être ainsi dérangés dans leurs fonctions, la nutrition ne peut être ainsi enrayée par le départ continu d'une grande quantité d'albumine, sans que l'organisme entier ne reçoive une profonde atteinte et ne cherche à réagir. Voilà tout; sans compter que, ignorant la cause première de la maladie, ou ignore par là même le rôle qu'elle peut jouer dans le développement des symptômes généraux.

Même remarques au sujet des affections qui accompagnent parfois la maladie de Bright ou qui la précèdent. Celle qui paraît avoir avec elle la plus étroite parenté, la tuberculose, est précisément de nature non inflammatoire. Si elle se complique de phénomènes phlegmasiques, c'est seulement sous l'influence de lésions secondaires, telles que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Mais il est évident que, pour être autorisé à éclairer la nature d'une maladie par celle des autres maladies qui paraissent avoir avec elle quelques affinités, il faut les considérer toutes en elles-mêmes, dans leurs éléments caractéristiques, et non dans leurs éléments accidentels et consécutifs; car, en procédant ainsi, on arriverait aisément à rapprocher à volonté les maladies les plus différentes ou à séparer les maladies les plus analogues. On assimilerait une maladie asthénique à une maladie sthénique par la raison que la première offre parfois les phénomènes de réaction, et que la seconde permet quelquefois à la réaction de tomber. On distinguerait deux maladies de même nature en considérant l'une dans ses éléments essentiels et l'autre dans ses éléments accessoires. La préexistence de certaines maladies de la peau et du poumon, si elle a quelque importance dans l'étiologie de l'albuminurie, permet seulement de conjecturer qu'elles sont susceptibles d'engendrer ou qu'elles accusent déjà elles-mêmes quelque affection du sang dont l'albuminurie est plus tard la conséquence. Mais c'est là un sujet encore plein d'obscurités.

Quant aux données microscopiques, il suffit de parcourir, dans l'ouvrage de M. Rayer, la description des *six formes anatomiques* qu'il a cru devoir établir, pour voir combien les lésions qui peuvent se rapporter plus ou moins directement à l'inflammation diffèrent de celles qui caractérisent ordinairement ce phénomène pathologique. Sans doute la tuméfaction des reins, l'engorgement et la rougeur de la substance corticale, la turgescence des glandules de Malpighi (que M. Rayer a signalée depuis longtemps), l'injection ou l'épaississement de la muqueuse des calices et du bassinet, toutes ces altérations, considérées isolément, pourrraient paraître accuser une inflammation; mais que penser des cas où la surface des reins est marbrée, pâle ici et là hypérémiée; de ceux où la substance corticale est pâle partout et ressemble à de la chair d'anguille? Qu'est-ce qui prouve encore que les granulations soient des altérations de nature phlegmasique? Les uns y ont vu des tubercules; les autres de petits dépôts de graisse. M. Burnett lui-même se range à cette dernière opinion. « Les granulations, dit-il, consistent dans une particule huileuse contenue dans une enveloppe d'albumine. » Et il rattache une telle lésion à la phlegmasie en admettant que, la quantité ou la qualité de l'albumine ne permettant pas une assimilation complète, il reste des gouttelettes libres qui, en se concrétant, forment les granulations. On voit que tout cela est loin encore d'être clair.

Nous avons dit que M. Burnett insiste beaucoup sur les avantages de l'inspection microscopique. Il est certain que, dans cette affection, l'examen, soit des urines, soit du rein lui-même, avec le microscope ou une grosse loupe, permet souvent de distinguer des caractères qui eussent échappé sans cela. La recommandation, d'ailleurs, a été faite depuis longtemps. Enfin le travail de l'auteur apporte quelques éléments précieux à cette question, dont nous parlions tout à l'heure, de la coïncidence de certaines affections avec la maladie de Bright. Quelques pathologistes doutent encore qu'il y ait d'autre agent de cette coïncidence que le hasard. L'auteur anglais est d'un avis contraire. Sur six cas d'albuminurie qu'il rapporte en détail, il en est quatre dans lesquels l'affection rénale a paru se développer dans le cours d'une autre affection (deux fois une maladie du cœur et deux fois la phthisie pulmonaire). Si nous nous en rapportons à nos lectures et à notre propre observation, nous sommes porté à admettre un rapport étiologique entre les affections susceptibles de gêner la respiration, plus particulièrement la phthisie pulmonaire, et la maladie de Bright; mais nous reconnaissons que ce point de science attend de nouvelles observations.

A. Dechambre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 MAI 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

THÉORIE DE LA VISION.

M. VALLÉE adresse un nouveau mémoire (10e) sur la théorie de l'œil.

Dans ce mémoire, l'auteur s'occupe de l'œil normal et des yeux anormaux presbytes et myopes. Il examine les causes nombreuses qui rendent la vision défectueuse, et s'attache notamment à l'examen des causes qui produisent la presbytie des vieillards. Il établit que, chez les oiseaux, la vue est alternativement myope ou presbyte, selon leurs besoins, et que chez les animaux qui voient de côté, il y a deux axes visuels : l'un relatif à la vision monoculaire, pour lequel tout est organisé comme dans l'œil humain, et qui donne la vue presbyte; l'autre relatif à la vision binoculaire, et qui donne la vue myope.

COMPOSITION DE L'AIR DES PISCINES, DES SALLES DE DOUCHES ET DES ÉTUVES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON.

M. FILHOL adresse une note sur la composition de l'air des piscines, des salles de douches et des étuves de Bagnères-de-Luchon.

Les chimistes qui se sont occupés de l'étude des eaux thermales sulfureuses, dit M. Filhol, n'ont pas suffisamment dirigé leur attention sur la composition de l'atmosphère dans laquelle respirent les malades qui prennent des bains de piscine, des douches, ou qui séjournent dans les étuves, soit sèches, soit humides. L'action des émanations sulfureuses n'a pourtant pas été méconnue par tous les médecins. M. Lallemand l'a surtout signalée à l'attention de ses confrères comme un moyen thérapeutique dont on pourrait tirer un parti avantageux dans l'établissement du Vernet. Malgré cela, aucun chimiste n'a cherché, au moins à ma connaissance, à se rendre compte de l'altération qu'éprouve l'air confiné dans les salles dont je viens de parler, et à fixer les médecins, par des expériences précises, sur l'activité probable de cette atmosphère, sur les bons effets qu'il peut en attendre dans certains cas, et sur les dangers qu'elle peut faire courir aux malades dans d'autres.

Les expériences que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie ont pour but de combler cette lacune. Quoique peu nombreuses, elles suffiront pour donner une idée précise des moyens d'action puissants dont on dispose actuellement à Bagnères-de-Luchon.

L'air des piscines, des salles de douches et d'étuves est altéré :

1° Par l'acide sulfhydrique qui se dégage de l'eau minérale;

2° Par le contact de l'eau sulfureuse elle-même, dont l'un des éléments, le sulfure de sodium, absorbe continuellement de l'oxygène.

Le malade qui est placé dans un piscine respire dans une atmosphère très-chaude de 26 à 30 degrés. Cet air dilaté lui fournit, à chaque inspiration, moins d'oxygène que l'air extérieur.

L'air des piscines et des douches est, en outre, sensiblement saturé de vapeur d'eau, ce qui doit considérablement amoindrir la transpiration cutanée et même la transpiration pulmonaire.

Cet air est plus pauvre en oxygène que l'air du dehors; enfin, il contient un peu d'acide sulfhydrique.

L'acide sulfhydrique qui est versé dans l'air contribue lui-même à l'appauvrir en oxygène; il produit de l'eau et un dépôt de soufre. Ce soufre, très-divisé, disséminé dans cette atmosphère humide, pénètre à chaque inspiration dans les organes respiratoires, en même temps que l'acide sulfhydrique non décomposé.

Toutes les causes que je viens d'énumérer concourent à amoindrir l'hématose; elles privent momentanément la peau et les poumons d'une partie de leurs droits, et l'on conçoit sans peine l'état de malaise qu'éprouvent les malades qui y sont soumis.

On voit aussi pourquoi ces malades, sortant très-échauffés de cette atmosphère riche en azote, souillée par des vapeurs sulfureuses, saturée d'humidité, sentent se développer en eux une réaction salutaire, qui peut, en rétablissant la transpiration dans toute son intégrité, amener la guérison des affections rhumatismales et de plusieurs autres maladies.

Dans les analyses dont M. Filhol expose les résultats, il s'est proposé de doser l'acide sulfhydrique contenu dans l'air, et en outre l'oxygène contenu dans un volume déterminé de ce dernier. On voit, d'après cette analyse, que la proportion de l'oxygène est très-sensiblement diminué dans l'air de ces salles, et l'on comprend le danger qu'il y aurait à ne pas leur donner des dimensions assez considérables, alors surtout qu'on est obligé de réduire autant que possible les moyens de ventilation, pour ne pas exposer les malades à des variations de température très-fortes.

Les salles de bains de Bagnères-de-Luchon ont été disposées d'une manière telle, que le médecin puisse, en quelque sorte, régler, dans certaines d'entre elles, l'altération de l'air qu'il fera respirer à ses malades.

DE L'IODE DANS L'AIR, LES EAUX ET LES PRODUITS ALIMENTAIRES DES ALPES ET DES CÉVENNES.

M. NIEPCE adresse un nouveau mémoire ayant pour titre : RECHERCHES DE L'IODE DANS L'AIR, LES EAUX ET LES PRODUITS ALIMENTAIRES DES ALPES DE FRANCE ET DES CÉVENNES.

L'auteur s'est principalement proposé, dans ce travail, de faire ressortir quelle pouvait être, sur le développement du goître et du crétinisme, l'action de l'absence ou de la présence de l'iode dans ces différents milieux. Il constate, par de nombreux exemples, que si l'absence plus ou moins complète de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires, est une cause active de crétinisme et de goître, on ne serait pas fondé à en conclure d'une manière absolue qu'elle en est la cause unique. Il est, en effet, nombre de lieux où ces deux affections, autrefois si nombreuses, ont disparu presque entièrement depuis que l'aisance y a pénétré, sans que la composition de l'air ou des eaux ait été changée.

ACTION DES BAINS DE PETIT-LAIT.

M. le docteur NIEPCE adresse, en outre, un mémoire sur l'action des bains de petit-lait.

Dans un premier mémoire, publié il y a trois ans, sur l'action des bains de petit-lait, soit pur, soit à l'état de mélange avec l'eau sulfureuse d'Allevard, M. Niepce citait plusieurs observations prouvant que, dans un grand nombre d'affections nerveuses, l'usage de ces bains produisait d'excellents résultats.

Depuis lors, ce que l'auteur avançait à cette époque, a été confirmé, dit-il, par des faits nombreux de guérison de gastralgie, d'entéralgie, d'hystérie et d'autres affections dépendant de troubles des fonctions de l'innervation. Il est, de plus, un autre genre d'affections pour lesquelles plusieurs malades sont venus prendre à Allevard les bains de petit-lait. Ce sont diverses maladies du cœur.

Ayant remarqué que, chez la plupart des malades, alors qu'ils étaient plongés dans le bain de petit-lait, le pouls s'abaissait d'une manière très-notable, au point de ne donner quelquefois que 34 pulsations, M. Niepce a observé avec soin l'état de la circulation chez tous les malades.

Les observations qu'il a recueillies sur 217 malades qui ont fait usage des bains de petit-lait pendant les années 1849, 1850 et 1851, lui ont donné les résultats suivants :

Chez 69 malades, le nombre des pulsations s'est abaissé à 34
Chez 93, à. 38
Chez 31, à. 42
Chez 24, à. 45

C'est à l'acide lactique que l'auteur croit devoir attribuer en partie cette sédation dans la circulation.

Parmi les maladies du cœur, les cas les plus nombreux pour lesquels les malades sont venus prendre les bains de petit-lait, M. Niepce cite les palpitations nerveuses du cœur.

Les bains de petit-lait ont été utiles aussi dans quelques cas de palpitations dues à des lésions organiques du cœur et dans un grand nombre de cas de chloroses.

RÉGÉNÉRATION DES FIBRES NERVEUSES.

M. WALLER (de Bonn), communique de nouvelles recherches sur la régénération des fibres nerveuses.

Ses expériences ont été faites principalement sur les nerfs pneumogastriques, dont il divise le tronc au-dessus du larynx, et sa branche récurrente à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de son entrée dans le larynx. Au bout d'un mois ou plus, il trouve le bout supérieur normal. Le bout moyen se trouve contenir alors des fibres nouvelles présentant tous les caractères signalés dans la lettre de M. Waller sur une nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux, c'est-à-dire qu'elles se composent en grande partie des fibres à nucléus, ou bien présentant des parois membraneuses très-délicates et des doubles contours indistincts, souvent interrompus, et dont le diamètre est le tiers ou le quart des fibres normales du côté opposé. Si, dans ces conditions, on galvanise le nerf dont on a constaté la structure, on produit sur ce bout moyen, séparé du bout supérieur, l'accélération des battements du cœur et le trouble dans la respiration, et si c'est une partie qui est réunie avec la partie centrale, manifestation de la douleur.

Si l'on examine le bout périphérique du récurrent, celui qui est au-dessus de la section, on y trouve, au moyen de l'acide acétique, des nucléus très-petits, granuleux, n'égalant pas plus du tiers ou du quart du volume de ceux dans la partie moyenne, et la partie intermédiaire de la fibre qui lie ensemble longitudinalement les nucléus est très-rarement visible dans cette partie.

Enfin, l'examen de la matière désorganisée qui se trouve encore dans le bout moyen et le bout périphérique fait constater la grande différence qui existe dans la rapidité de l'absorption ou l'élimination des anciens tissus dans les deux cas, suivant qu'elle a lieu dans le tissu vivant, où les nouvelles fibres chassent les produits anciens usés, ou dans une partie inerte et morte, dans laquelle l'activité métamorphique est si faible.

La galvanisation du bout périphérique à la même époque ne produit aucune action des muscles du larynx; il est donc démontré qu'un nerf mixte étant coupé, ses nouvelles fibres motrices et sensitives se développent du centre à la circonférence, et non de la circonférence au centre.

SUR LE VENIN CONTENU DANS LES PUSTULES DES BATRACIENS.

MM. GRATIOLET et CLOEZ communiquent de nouvelles observations sur le venin contenu dans les pustules cutanées des batraciens.

Les expériences précédemment communiquées à l'Académie par ces deux

auteurs les avaient conduits à ce résultat, que le venin des pustules cutanées des crapauds et de la salamandre terrestre inoculé à l'état frais, sous la peau d'un oiseau ou d'un lézard, amène un narcotisme immédiat ou des accidents convulsifs, suivis d'une mort prompte. Ces mêmes matières inoculées à faible dose à de petits rongeurs n'avaient produit que des accidents passagers. Une petite tortue piquée à la patte postérieure droite ne parut point au premier abord ressentir les effets du poison; toutefois au bout de quelques jours un affaiblissement sensible se manifesta dans le membre lésé. Bientôt survinrent les symptômes d'une paralysie véritable, et l'animal, conservé pendant huit mois, n'avait point au bout de ce temps recouvré le mouvement anéanti dans cette partie. Ce fait, qui semble établir la possibilité d'empoisonnements partiels, leur a paru digne d'être signalé; afin de déterminer si le venin longtemps conservé garde ses propriétés actives, MM. Gratiolet et Cloëz firent dessécher, le 25 avril 1851, une certaine quantité (2 grammes environ) de venin de crapaud. Cette matière, mise en réserve, a été essayée le 16 mars 1852; une petite quantité de cette substance légèrement humectée a été inoculée à un chardonneret, qui est mort presque aussitôt avec les symptômes accoutumés.

Ainsi il est démontré que ce poison desséché conserve très-longtemps, sinon toujours, ses propriétés vénéneuses.

Ce fait une fois constaté, il était intéressant de rechercher s'il ne serait pas possible d'isoler le principe actif de ce poison, afin d'en étudier la nature et la composition chimique. C'est ce qu'ont fait ces deux expérimentateurs.

Il résulte de leurs recherches que le principe actif du venin de crapaud est, à un faible degré, soluble dans l'éther et très-soluble dans l'alcool. Ce n'est par conséquent pas une matière albuminoïde, comme on aurait pu le présumer, d'après l'opinion la plus généralement reçue sur la nature des poisons animaux.

En résumé, les faits qu'ils ont observés leur semblent établir formellement la probabilité de l'existence d'un poison alcaloïde dans la matière sécrétée par les pustules cutanées des batraciens. MM. Gratiolet et Cloëz s'occupent en ce moment de recueillir une quantité de ce poison suffisante pour arriver à la démonstration définitive d'un fait qui pourrait peut-être jeter quelque jour sur la nature des poisons animaux et conduire à des observations utiles sur le venin des serpents, sur les virus et peut-être même sur les poisons qui se développent dans la salive des carnassiers hydrophobes. Ils signalent dès à présent un fait dont l'importance sera appréciée; c'est que dans tous les oiseaux soumis aux expériences et morts après des convulsions en sens divers, les canaux demi-circulaires de l'oreille ont toujours été trouvés simultanément remplis de sang. Ce fait, rapproché des résultats qu'ont donné les expériences de M. Flourens sur ces organes problématiques, ne saurait manquer d'éveiller l'attention des physiologistes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Hard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Metz, sur l'épidemie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Plesnois, du 10 février au 5 avril dernier ;

2° Un rapport de M. le docteur Tuefferd, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Béthoncourt pendant les quatre derniers mois de 1851;

3° Un rapport de M. le docteur Barrié, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

4° Un rapport de M. le docteur Subervie, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

5° Un rapport de M. le docteur Chapelain, médecin inspecteur des eaux minérales de Luneuil, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851 ;

6° Un rapport de M. le docteur de Crozant, médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues (Nièvre), sur des malades scrofuleux qui ont fait usage de ces eaux pendant les années 1847, 1848 et 1849;

7° Un rapport de M. le docteur Bailly, médecin inspecteur des eaux minérales de Bains (Vosges), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

8° Un rapport de M. le docteur Doux, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850;

9° Un rapport de M. le docteur Calvet, médecin inspecteur des eaux minérales de Sylvanès et de Camarès (Aveyron), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

10° Un rapport de M. le docteur Privat, médecin inspecteur des eaux minérales de Malon et Villecelle (Hérault), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

11° Un rapport de M. le docteur Pigtowski, médecin inspecteur des eaux minérales du Vernet, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

12° Une demande d'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Belleville.

— Le ministre de l'instruction publique transmet plusieurs demandes d'avis sur des remèdes secrets ou nouveaux.

— M. Limosin, de la Ferté-Saint-Aubin (Loiret), réclame un supplément de rapport sur la source d'eau minérale de Villaines-Saint-Aubin, dont il est propriétaire. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Chevandier, de Die (Drôme), adresse un mémoire sur l'application des bains de vapeur thérébentinée à la curation du rhumatisme chronique, de la goutte, des ankyloses, des catarrhes chroniques, de la poitrine et de la vessie, de l'aménorrhée et de la gonorrhée ancienne. (Comm. : MM. Boullay, Bouvier et Gibert.)

— M. Délioux, médecin en chef de la marine à Rochefort, adresse un mémoire sur le traitement de l'aphonie par l'éther.

— M. Carron du Villards adresse un mémoire intitulé : De la fréquence de la pierre ou calcul vésical dans l'île de Cuba. (Comm. : MM. Malgaigne et Velpeau.)

— M. Liégey (de Rambervillers) adresse la relation d'un cas de délire, revêtant successivement les formes de la monomanie alcoolique, de la monomanie religieuse et de la monomanie homicide. (Comm. : M. Baillarger.)

— M. Plouviez envoie un mémoire intitulé : De l'art d'employer le chloroforme pour déterminer l'insensibilité. L'auteur a résumé dans ce mémoire les opinions qu'il s'est faites sur l'art d'éthériser. (Comm. du chloroforme.)

— M. Giusti (de Tripoli) fait connaître un fébrifuge qu'il soumet à l'examen de l'Académie. En voici la formule :

Nitre purifié. . . } ʒ
Crême de tartre. }
Eau commune. . ℔ iij

F. bouillir jusqu'à réduction de deux tiers et filtrez.

La dose est de 40 à 50 grammes ou trois cuillerées à bouche dans l'apyrexie, etc. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. Adde Margras (de Nancy) adresse un mémoire intitulé : Aperçu sur la vaccine et la revaccination. (Comm. de vaccine.)

— M. Hulin (de Mortagne) adresse les états de vaccinations qu'il a pratiquées en 1851. (Même comm.)

DE L'INÉGALITÉ CONGÉNITALE OU ACQUISE DES DEUX MOITIÉS LATÉRALES DE LA FACE.

M. Bouvier lit un mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face.

M. Bouvier résume son travail dans les propositions suivantes :

1° La dualité symétrique d'un grand nombre d'êtres, ou de parties des êtres organisés, les expose à un genre d'anomalies résultant de l'inégal développement de leurs deux moitiés latérales.

2° Des conditions physiologiques du développement symétrique dérivent les conditions accidentelles du défaut de symétrie latérale.

3° Chez les animaux le système musculaire fournit un élément important, mais non général, dans l'étiologie de cette malformation.

4° La fréquence de cette anomalie à la face est telle qu'elle semble la règle, et la symétrie parfaite l'exception.

5° Les causes des asymétries faciales congénitales ou acquises se rapportent généralement à l'arrêt du développement d'une demi-face, produit par une disposition originelle, une maladie ou une influence mécanique, rarement à un excès de développement de la demi-face opposée.

6° Elles agissent en déterminant une inégalité dans le développement du système sanguin à droite et à gauche et dans la proportion des fluides qu'il charrie; d'où la semi-atrophie relative d'une des moitiés latérales.

7° Les caractères extérieurs des asymétries organiques, de celle de la face en particulier, se déduisent de la réduction en tous sens de la moitié affectée, bien que les formes qui en résultent présentent des variétés produites pour des circonstances secondaires.

8° L'état de la région cervicale fournit les moyens de distinguer les inégalités des deux moitiés de la face déterminées par des causes diverses.

9° Cette distinction conduit à fixer le choix des moyens thérapeutiques.

10° La myotomie pratiquée de bonne heure est le plus sûr remède à opposer aux progrès de la déformation de la face dans le torticolis par rétraction musculaire.

11° Cette opération n'est presque jamais applicable aux autres espèces étiologiques d'asymétrie faciale, et notamment à celle qu'on peut appeler primitive ou essentielle.

12° Celle-ci est à peu près incurable; néanmoins l'art intervient utilement dans cette circonstance pour prévenir la déformation de la région cervicale.

Je dois déclarer en terminant, ajoute M. Bouvier, que je n'ai nullement la prétention de présenter comme nouvelles toutes les propositions qui précèdent. Le développement asymétrique, celui de la face en particulier, a déjà fixé l'attention de plusieurs savants, parmi lesquels je me bornerai à citer M. Serres, qui lui a consacré un article dans sa Théorie des formations et des déformations organiques appliquée à l'anatomie de Ritta-Christina publiée en 1832, mais j'ai dû fondre ce qui m'appartient et ce qui existait dans la science; n'ayant eu d'autre but que de réunir en un faisceau des faits dont on n'avait pas assez tenu compte, en les envisageant spécialement au point de vue pratique.

M. Roux : M. Bouvier, dans l'intéressant travail qu'il vient de nous communiquer, me parait avoir attaché trop d'importance aux causes accidentelles ou purement éventuelles dans la production de l'asymétrie des deux côtés de la face. Il n'a pas assez tenu compte, suivant moi, d'une loi primordiale que les faits mêmes qu'il vient d'exposer semblaient devoir mettre en lumière : c'est l'inégalité des deux côtés symétriques du corps. Je ne sais s'il en est ainsi chez tous les animaux, mais chez l'homme ce fait est bien évident, les deux moitiés latérales du corps sont inégales, non pas seulement par le volume et le développement, mais encore en forces et en énergie vitale. Nous naissons primitivement plus faibles du côté gauche que du côté droit. Cette inégalité native des parties symétriques peut donner la clef de certaines anomalies. C'est ainsi que la vue est généralement plus faible à gauche qu'à droite. Il en est de même des membres, qui ont rarement une force égale des deux côtés ; et c'est presque toujours au préjudice du côté gauche qu'a lieu cette différence. Il est aussi des maladies qui siégent beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite, et ces maladies ont généralement pour caractère la faiblesse ; telles sont, par exemple, les varices, les hernies, le bec-de-lièvre, surtout lorsqu'il est simple, et dont la plus grande fréquence à gauche est telle, que dans le très-grand nombre de difformités de ce genre que j'ai eu l'occasion de voir, je n'en ai rencontré qu'un très-petit nombre de cas à droite.

Ainsi ce n'est pas seulement par une différence de conformation que s'exprime l'inégalité des deux côtés du corps, mais encore par une différence de force. C'est ce que M. Bouvier ne me parait pas avoir assez fait ressortir dans son travail, et faute d'avoir approfondi suffisamment ce phénomène, il a fait une part trop large aux causes accidentelles ou accessoires dans la production de l'inégalité du développement des deux côtés de la face.

M. Bouvier : J'avoue avoir commis une omission, mais cette omission a été volontaire, et voici pourquoi. Je ne suis pas du tout convaincu que la réduction d'une moitié de la face ait plus souvent lieu à gauche qu'à droite. Pour résoudre cette question, il aurait fallu recourir à des calculs statistiques pour lesquels je n'ai pas des éléments suffisants. Il y a d'ailleurs, en supposant que la loi formulée par M. Roux fût exacte, des causes nombreuses qui peuvent la modifier ; ainsi j'ai cité des causes et des accidents de différente nature qui peuvent amener le même résultat. Il est une sorte de déformation dont M. Roux n'a pas parlé et qui est bien propre à faire ressortir l'indépendance de ces sortes de faits de la loi à laquelle il voudrait les soumettre, je veux parler de la déviation de la taille, dont il est impossible de s'expliquer l'origine par la prédominance du côté droit sur le côté gauche, ces déviations étant beaucoup plus fréquentes à droite qu'à gauche. Je crois que c'est bien plutôt dans les rapports de l'aorte avec la colonne vertébrale qu'il faut chercher la cause de la plus grande fréquence des déviations dans le sens que je viens d'indiquer.

M. Duméril : Il y a dans les animaux vertébrés des espèces qui présentent des exemples remarquables de ces inégalités de développement des deux moitiés latérales du corps. C'est, suivant les espèces, tantôt le côté droit qui prédomine, tantôt le côté gauche.

M. Huzard signale ce fait qu'il est beaucoup plus facile de faire galoper un cheval sur le pied droit que sur le pied gauche, et que lorsqu'on le fait tourner à gauche, son pas devient hésitant et peu sûr.

Le mémoire de M. Bouvier sera renvoyé au comité de publication.

— M. H. Gaultier de Claubry lit un nouveau rapport sur une demande de M. le docteur Blaud (de Beaucaire) tendant à obtenir pour les pilules dont il est l'inventeur (pilules ferrugineuses de Blaud) le bénéfice du décret du 10 mai 1850, c'est-à-dire l'insertion dans le Bulletin de l'Académie jusqu'à une nouvelle publication du Codex. M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit fait droit à la demande de M. Blaud.

Après une discussion très-longue et très-confuse dans laquelle cette proposition rencontre une vive opposition de la part de plusieurs membres, le vote des conclusions est ajourné.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de l'Académie nationale de médecine. — tome XVI. — In-4°. — Paris, 1852. Chez J.-B. Baillière.

Le 6 mai 1824, l'élite des médecins de Paris, réunie sous la présidence du baron Portal, inaugurait la première séance de l'Académie de médecine. Ce fut un grand événement et dont l'influence sur l'avenir de la médecine devait être considérable, que cette création d'un corps savant destiné à renouer la tradition brisée par les révolutions. Aux termes de l'ordonnance constitutive de l'Académie de médecine, avec de nouvelles attributions relatives à ses rapports avec le gouvernement pour tout ce qui intéresse la santé publique, ce nouveau corps savant recevait la mission de continuer les travaux de ses deux devancières, la Société royale de médecine et l'Académie royale de chirurgie. Mais en continuant ces deux sociétés savantes, l'Académie était en réalité un corps tout nouveau et qui différait de l'une et de l'autre, non-seulement par son organisation et par l'importance que devait lui donner désormais son caractère officiel auprès du pouvoir, mais encore et surtout par l'esprit qui avait présidé à sa formation et par le caractère que cet esprit nouveau devait imprimer à ses travaux.

Il est, dans la marche des sciences, des époques, des phases diverses qui correspondent aux besoins de leur développement et de leurs progrès. Confondues d'abord à leur origine et tant qu'elles ne se composent encore que de quelques données empiriques et d'idées vagues ou incomplètes sur la nature des choses, elles se divisent bientôt en autant de branches spéciales qu'il existe de points de vue divers dans les faits, de différences dans les méthodes et les moyens d'investigation, pour se réunir et se confondre de nouveau à mesure que leur perfectionnement fait mieux ressortir les rapports qui les unissent toutes ensembles. En un mot, tandis que les sciences demandent à être séparées pour se constituer, elles veulent, au contraire, être unies et rapprochées pour se perfectionner. C'est ainsi que la physique et la chimie ne formant longtemps qu'une science unique et imparfaite, se développent et grandissent séparément sous l'influence de la méthode expérimentale, pour tendre à se rapprocher de nouveau par de nombreux points de contact à mesure qu'elles s'enrichissent de nouveaux progrès. La médecine et la chirurgie ont subi ces mêmes phases. Issues d'une origine commune, cultivées avec un succès et une faveur à peu près égale par les écoles grecques, elles sont profondément séparées lors de la renaissance des sciences en Europe, marchent et progressent isolément pendant les dix-septième et dix-huitième siècles, et ne se réunissent que de nos jours dans le sein de l'Académie de médecine, où, pour parler comme Pariset, Chirac et Lapeyronie viennent pour la première fois se donner la main, où la médecine, la chirurgie, l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la médecine vétérinaire et la chimie ne forment plus que des subdivisions, des spécialités désormais indissolubles d'une seule et même science, la médecine.

Ce n'est pas le lieu de dire tout ce que notre art a gagné à cette fusion ; nous ne voulons seulement que la constater pour le moment, comme le caractère de la phase dans laquelle sont entrées les sciences médicales dans les premières années de ce siècle. La création de cette Académie constituait donc une ère nouvelle pour la médecine. Tout ce qui lui était antérieur appartenait désormais à l'histoire. L'histoire avait commencé d'ailleurs, pour la Société royale de médecine et pour l'Académie de chirurgie, du jour même où un décret de la Convention était venu brusquement mettre un terme à leurs travaux ; elles n'attendaient désormais que leur historien.

Nous avons dit que l'Académie de médecine avait pour mission de continuer ces deux sociétés savantes. Comme gage de cette solidarité, elle avait reçu, lors de sa fondation, le dépôt des registres et des archives de ces sociétés. Soit que les souvenirs encore vivants dans l'esprit de la plupart des membres de la nouvelle compagnie réduisissent beaucoup l'intérêt que pouvaient avoir ces documents à leurs yeux, soit qu'entraînée par le cours nouveau des idées, qui, plus que le temps encore, la séparait de ses devancières, l'Académie n'ait jamais songé à en ordonner le dépouillement, toujours est-il que cette collection de registres et de papiers est restée près de trente ans dans les cartons sans que personne ait cherché à en connaître le contenu. C'était au secrétaire perpétuel, dépositaire de toutes les richesses académiques, qu'incombait naturellement le soin d'inventorier ce dépôt. Ce que n'avait point fait son prédécesseur, M. Dubois (d'Amiens) s'est empressé de le faire dès qu'il a été appelé à cette éminente fonction. Le zèle avec lequel il s'est livré au dépouillement et au classement de cette masse de papiers a été bientôt récompensé par la découverte des documents les plus précieux pour l'histoire de l'art.

Telle est l'origine du beau travail dont M. Dubois a déjà lu quelques fragments à l'Académie, et qui figure sous le titre de Documents pour servir à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie, en tête du seizième volume des Mémoires de l'Académie de médecine, dont nous nous sommes proposé de rendre compte dans cet article.

Si l'on se reporte par la pensée à l'époque où fut créée l'Académie de chirurgie, époque où, de l'abaissement qu'une alliance honteuse lui avait longtemps infligé, la chirurgie française venait de s'élever rapidement et de se placer à la tête de la chirurgie européenne ; si l'on se rappelle l'éclat nouveau que jeta sur la chirurgie cette société fameuse, les progrès rapides que ses travaux lui firent faire dès les premières années de son existence, l'impulsion immense qu'elle lui donna dans toute la France et même à l'étranger, où elle entretenait une correspondance active avec presque tous les savants du temps ; si l'on considère enfin l'importance des mémoires qu'elle a laissés, et qui, après avoir été longtemps le code de la chirurgie française, restent encore aujourd'hui comme des modèles de méthode et d'exposition, on comprendra tout l'intérêt qui devait s'attacher à l'histoire de l'Académie de chirurgie.

On s'expliquera aussi comment, entre cette masse de documents provenant des deux sociétés, et dont la plus grande partie, sinon la plus importante, appartenait à la Société de médecine, M. Dubois, à qui la spécialité de ses études semblait devoir plus particulièrement faire diriger ses recherches vers ces derniers, s'est trouvé entraîné par un attrait irrésistible à dépouiller de préférence ceux qui sont relatifs à l'Académie de chirurgie. Il faut ajouter, enfin, que cet intérêt s'accroît encore par le souvenir des circonstances qui mirent fin aux travaux de cette Académie, et qui laissaient inédits d'importants matériaux destinés à faire partie du sixième volume de ses mémoires, dont elle préparait la publication.

Trois grandes figures dominent presque toute l'histoire de cette Académie. Maréchal, Lapeyronie et Louis résument en grande partie, dans leur brillante personnalité, les événements principaux qui marquèrent cette grande époque de la chirurgie en France : Maréchal, comme fondateur de la compagnie; Lapeyronie, qui par un acte de munificence sans exemple dans l'histoire des sciences, et dont on doit savoir gré à M. Dubois d'avoir reproduit les dispositions mémorables, en assura l'existence et dicta les lois qui la régirent jusqu'au jour de sa dissolution; Louis, qui en fut à la fois le premier historien et le plus illustre représentant. Faire l'histoire de Louis, c'était presque faire l'histoire de l'Académie elle-même, tant la part qu'il prit à ses travaux fut grande, tant sa vie entière fut mêlée à tous ses actes et identifiée en quelque sorte à son existence. M. Dubois ne pouvait mieux débuter. Tel est aussi le sujet de la première partie de ses fragments historiques sur l'Académie royale de chirurgie.

Tous les éléments d'appréciation du mérite de Louis et des services qu'il a rendus à la science ressortent en quelque sorte d'eux-mêmes de la simple exposition et de la mise en ordre des documents que M. Dubois a eus sous la main. Veut-on savoir de quelle manière Louis comprenait ses fonctions de secrétaire? c'est dans des extraits mêmes de sa correspondance, dont il a eu soin de conserver les minutes restées dans les archives à la possession de l'Académie, qu'on peut voir avec quel sentiment de la dignité du corps dont il était l'organe, avec quel respect de la science et avec quelle inflexible justice et quelle sévère équité il transmettait à tous ses correspondants les jugements portés sur leurs travaux au nom de la compagnie. Les polémiques ardentes soulevées par quelques-uns de ses éloges des académiciens, disent comment il entendait ses devoirs à cet égard, ne se croyant obligé, envers ses collègues, qu'à l'impartialité, et différant en cela de ses contemporains Fontenelle et Vicq-d'Azyr, convaincu que sa mission était celle d'un historien et non d'un panégyriste. Quant à ses travaux de chirurgie, il suffit, pour en apprécier l'importance, de rappeler la composition des cinq volumes des mémoires de l'Académie que tout le monde connaît et dont la plus grande partie est due à sa plume. Mais ce qu'on ne connaissait pas, et ce qui, grâce aux recherches de M. Dubois, sortira de l'oubli et de la poussière des archives, c'est la collection des procès-verbaux des séances de l'Académie, pendant près d'un demi-siècle, tous écrits de la main de Louis, et cette nombreuse série d'Éloges, qui ne s'élève pas à moins de trente-deux, et dont cinq ou six seulement ont été imprimés.

L'histoire de Louis est tout apologétique. M. Dubois n'a pu y trouver place pour la moindre observation critique. Mais à côté de cette grande figure, et comme par opposition et pour faire ombre au brillant portrait qu'en a tracé M. Dubois, vient se placer sous sa plume l'histoire des tribulations académiques de Morand, le premier secrétaire de l'Académie, qui devait bientôt partager ce fardeau, beaucoup trop lourd pour lui, avec son illustre successeur. Morand est un exemple frappant de l'insuffisance aux prises avec les difficultés d'une haute position. Porté par la faveur aux emplois les plus élevés de la chirurgie et à l'une des premières dignités de l'Académie, Morand n'était, ni par ses lumières, ni par son caractère, à la hauteur de ces éminentes fonctions. Le génie est imprescriptible, et l'on ne saurait demander compte à aucun homme des talents qu'il n'a pas; mais si la médiocrité a quelques droits à nos égards, c'est à la condition d'être modeste et de ne se donner que pour ce qu'elle est. Or tel n'était pas le caractère de Morand, dont l'incapacité n'était égalée que par sa morgue et sa jalousie. C'est du moins ainsi que le peint M. Dubois, ou plutôt tel nous le représentent les faits eux-mêmes et l'opinion des contemporains, dont M. Dubois n'a été ici que l'interprète. Si, en re traçant avec une exactitude scrupuleuse l'histoire des polémiques de ce temps, qui mettent en relief les traits du caractère et de la physionomie scientifique de Morand, M. Dubois n'eût fait qu'obéir à un penchant à la critique, peut-être n'eût-il pas trouvé un égal assentiment chez tous ses lecteurs; mais nous croyons que l'honorable secrétaire a agi en cela d'après un mobile plus élevé. L'histoire a ses exigences, auxquelles on ne saurait se soustraire sans faillir à son but moral. Les erreurs ou les fautes, comme les œuvres utiles et les actions louables, elle ne doit rien dissimuler de tout ce qui peut contenir un enseignement, un exemple à suivre ou à éviter; et tous les hommes qui ont joué un rôle, occupé une position, exercé une influence, bonne ou mauvaise, doivent comparaître devant elle avec l'entière responsabilité de leur conduite et de leurs travaux. C'est sans doute parce que M. Dubois a compris ainsi son rôle d'historien qu'il n'a pas cru devoir dissimuler le côté le moins flatteur de quelques-uns de ses personnages et qu'il nous annonce devoir prochainement faire connaître les luttes qu'eurent à soutenir, dans le sein de l'Académie, un petit groupe d'hommes éminents contre une tourbe envieuse et malfaisante, qui, dit-il, non contente de voter de manière à ne faire entrer dans l'Académie que des hommes médiocres, s'attachait à décrier les travaux qui devaient faire la gloire de l'Académie. Ce ne sera pas, à coup sûr, le côté le moins piquant et le moins original de cette histoire.

On a vu quels motifs avaient déterminé M. Dubois à commencer le dépouillement des archives historiques de l'Académie par les documents relatifs à l'Académie de chirurgie. Nous espérons que cette préférence de la part de M. Dubois ne sera pas exclusive, et qu'après avoir payé un juste tribut à la mémoire des membres illustres de cette compagnie, il fera un acte semblable d'équité à l'égard de la Société royale de médecine. Si cette Société a eu moins d'éclat que sa rivale, si ses travaux ont été d'une valeur plus contestable, elle n'en a pas moins rendu des services qu'on ne saurait méconnaître sans injustice. La Société de médecine a compté aussi des membres dont elle pouvait être justement fière. Vicq-d'Azyr ne serait pas indigne de figurer à côté de Louis. La nature et l'objet des travaux de la Société royale de médecine comporteraient d'ailleurs une étude critique qui rentrerait mieux dans l'ordre des connaissances familières à M. Dubois et dans ses habitudes scientifiques.

L'intérêt que nous avons trouvé dans la lecture de ces fragments historiques nous a fait perdre de vue un instant l'objet principal de cet article, qui devait être l'analyse des mémoires contenus dans le seizième volume du RECUEIL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Nous y reviendrons dans le prochain numéro.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— L'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 8 mai 1852, après la discussion du rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur la question relative à l'histoire des tumeurs blanches des articulations, a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, mais qu'une médaille d'encouragement serait accordée aux mémoires cotés n° 1, portant pour épigraphe : « Entre les hommes qui disent : Telle chose est, et la nature qui dit : Telle chose n'est pas, il faut en croire la nature » (Dupatv); n° 3, portant pour devise : « *Non verbis, sed factis*; » n° 4, ayant pour épigraphe : « *Omnes sequor ubi veritatem colunt* » (Baglivi); n° 5, dont l'épigraphe est : *Non pauca ex optimis auctoribus decerpsi; quædam ab amicis impetravi, partem longè maximam è praxi propria selegi* » (Th. Fuller), et n° 6, portant l'épigraphe :

« Du mal en sa racine arrêtez les progrès;
» Un remède tardif est souvent sans succès. »
(Trad. d'Ovide.)

L'Académie, se conformant aux usages établis dans les concours antérieurs, invite les auteurs des mémoires qui ont obtenu ces distinctions à se faire connaître, et à autoriser le bureau d'ouvrir le billet cacheté joint à leur travail.

L'Académie saisit cette occasion pour rappeler que, dans la séance du 29 novembre 1851, elle a accordé également une médaille d'encouragement aux mémoires sur la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les resections osseuses, portant l'épigraphe suivante : « Après la gloire que peut rapporter une opération bien faite, il en est une autre moins brillante peut-être, mais plus solide : c'est de savoir rendre l'opération inutile. » (Lisfranc.)

Le billet cacheté, portant le nom de l'auteur, sera ouvert aussitôt que ce dernier en aura manifesté le désir.

Au nom du bureau,
Le secrétaire, SAUVEUR.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée mardi 25 mai 1852, à midi précis, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA MÉDICATION IODÉE.

M. Jules Guérin a démontré, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, combien la science a besoin d'être éclairée sur l'action intime de l'iode et sur les règles générales qui doivent présider à son emploi. Je vais tâcher de répondre aux questions qu'il pose, et de remplir les lacunes qu'il signale avec tant de raison.

Ce qui distingue les médicaments, ce qui établit une différence profonde entre eux et les substances alimentaires, c'est l'impossibilité de leur assimilation. Les aliments, modifiés par les organes digestifs, se convertissent en notre propre substance : les médicaments ne sont point assimilés; l'organisme ne se les approprie point; il les absorbe, puis il les rejette au dehors.

Les préparations iodées ont, sous ce rapport, les qualités communes à tous les médicaments; elles les possèdent peut-être à un plus haut degré qu'aucun autre. Dans tous les cas, l'évidence de leurs réactions chimiques permet de suivre plus aisément leur marche, et de constater avec quelle rapidité se fait leur sortie du corps vivant.

Or, puisque leur présence est antipathique à l'économie, puisqu'elles sont rejetées si rapidement au dehors, elles excitent incontestablement les actes vitaux par lesquels se produit une élimination.

Ce point admis, il suffit, pour comprendre en partie leur action, d'admettre que, dans les maladies où elles sont utiles, il y a un principe morbide à éliminer, et qu'il existe dans l'économie un consensus tel que des actes similaires tendent à s'y accomplir. Il résulterait, en effet, de ces deux conditions que la vie, surexcitée pour l'élimination d'une substance médicamenteuse, travaillerait simultanément à celle du principe morbide.

En ce qui regarde l'existence et la nécessité de l'excrétion de ce dernier, je ne veux pas discuter la question dans son ensemble : il me suffira de rappeler que, dans les scrofules et la syphilis ancienne, maladies auxquelles l'iode est surtout appliqué, les méthodes éliminatrices sont celles dont les succès sont le plus assurés, et les seules qui se conservent indéfiniment dans la pratique.

Quant à la seconde supposition, savoir que l'économie doit chasser un principe morbide par un acte qui excite synergiquement un autre genre d'élimination, ce n'est qu'une hypothèse, mais une hypothèse rendue probable par plusieurs faits analogues. Les plus incontestables sont empruntés à la chimie minérale ou organique.

Lorsque, dans une eau mère qui a cessé de cristalliser, on dépose un cristal de même nature que le sel en dissolution, celui-ci augmente de volume, et des cristaux semblables se forment autour de lui par une sorte d'imitation. Dans un même ordre de phénomènes, on produit la fermentation panaire dès que l'on mélange du levain à une pâte de farine inerte, et qui continuerait à n'éprouver aucun changement si elle n'était sollicitée à des réactions nouvelles.

En admettant dans l'économie les actes similaires que ces exemples font comprendre, s'ils ne les démontrent pas, on est aussi conduit à penser que l'activité plus grande imprimée par l'iode aux phénomènes d'élimination peut activer la rénovation des matériaux organiques. On sait que les conditions hygiéniques les plus favorables sont celles qui entretiennent un renouvellement rapide des substances nutritives. Lorsque l'ampleur de la respiration, la vivacité de l'air, l'activité des exercices, consomment rapidement les substances, et que la nourriture doit être abondante et souvent renouvelée pour réparer ces pertes, l'économie fonctionne dans les conditions les plus favorables. Il y a lieu de penser que l'iode tend à exciter, par cette imitation que je regarde comme probable, une série de phénomènes analogues à ceux que l'on observe alors.

A ces divers points de vue, le caractère général de la médication iodée est l'élimination active d'une substance antipathique à nos organes, et par un phénomène catalytique, l'expulsion des principes morbides et l'activité plus grande donnée à la rénovation organique.

Les conséquences qui découlent de ces hypothèses sont nombreuses, et parfaitement concordantes avec l'expérience :

1° Il en résulte que si l'on veut, au moyen de l'iode, agir puissamment sur l'économie, il faut y entretenir un mouvement d'absorption et d'élimination actif et prolongé. Or ce n'est précisément que dans ces conditions que l'iode produit des effets puissants. Les seuls malades dont j'ai vu, après son emploi, l'appétit s'accroître, le teint s'améliorer et les forces devenir plus grandes, sont ceux qui avaient de très-vastes ulcères, chez lesquels l'entrée et la sortie des iodures étaient telles que les réactifs produisaient dans leurs urines une couleur bleue foncée, et qui pendant les premières semaines éprouvaient après chaque pansement une fièvre passagère, avec sueur et chaleur vive de la peau.

2° La médication iodée doit être associée avec l'hygiène, qui active la rénovation organique, et avec les remèdes qui favorisent les éliminations. Ainsi la vie active, le grand air, les purgatifs et les sudorifiques en secondent les effets, comme elle seconde, à son tour, l'influence de ces derniers.

3° Enfin cette médication n'est pas spécifique; elle peut être remplacée par l'emploi de toute substance qui pénétrera aisément dans l'économie, et dont celle-ci aura de la tendance à se débarrasser. Dans ce nombre se placent naturellement les préparations sulfureuses et celles de térébenthine, dont l'excrétion peut être constatée par des moyens positifs.

Sans doute aussi on pourrait en énumérer plusieurs autres, telles que les sels des eaux minérales, si les réactifs permettaient de les reconnaître avec facilité dans les urines ou la sueur.

Quoi qu'il en soit, les substances les plus diverses ont une action commune avec l'iode, et ce sont ces caractères communs qui expliquent pourquoi elles ont été vantées dans les mêmes états morbides, et pourquoi l'on peut les employer les unes après les autres sans aucun inconvénient. Elle explique même comment il est utile de faire ces mutations; car la puissance excitatrice de l'élimination étant épuisée par un remède, il est nécessaire de passer à un autre.

Cependant, quelle que soit l'importance que j'attache à la médication iodée comme méthode éliminatrice, je pense que l'on s'en ferait une idée incomplète si l'on ne tenait pas compte de l'action des iodures sur le sang et sur la fibrine.

Il y a plus de dix ans, à une époque où je m'occupais avec suite de la chimie organique, j'ai constaté bien des fois que, lorsque l'un faisait macérer la fibrine du sang dans une solution aqueuse d'iodure de potassium, celle-ci la dissolvait complétement en moins de vingt-quatre heures. Le

---

Feuilleton.

DES AVANTAGES D'UNE GRANDE CLIENTÈLE.

Quid optas?.... magna turba clientum....
(PETRON.)

Chargé il y a quelques années d'examiner les papiers d'un médecin mort à la fin du dernier siècle, j'y trouvai une lettre assez curieuse; c'était une réponse à un de ses amis qui exerçait la médecine en province. En voici la substance; je laisse au lecteur à en apprécier les raisonnements, les arguments, d'après ses opinions ou ses illusions, ou ses préjugés.

« Je ne vous comprends pas, mon ami et cher confrère, vous pratiquez dans un beau pays, vous avez une femme aimable; votre fortune est peu considérable, mais suffisante pour vous donner une certaine aisance; vous avez juste le bien-vivre et le bien être; que voulez-vous donc de plus? Mais je vous entends, votre clientèle est assez bornée, et vous voudriez être placé sur un plus grand théâtre. Erreur et sottise, mon cher ami, je vous le dis avec toute la franchise que me permet une vieille amitié. Erreur, parce que vous ne connaissez pas le poids et les ennuis d'une grande clientèle; sottise, parce que vous ressemblez au chien de la fable, qui lâche sa proie pour courir après l'ombre. Bien des hommes font comme vous, et tous s'en repentent. Vous me parlez sans cesse des avantages d'une grande clientèle; je les connais ces avantages, je pourrais en faire un long exposé, mais j'aime mieux les présenter dans un tableau en raccourci, ils seront plus saillants.

» Écoutez donc et profitez; voici le résumé fidèle de ces avantages :

» 1° Ne pouvoir disposer d'un seul moment dans la journée; à peu de chose près, manger, se reposer et même s'asseoir quand on peut; en un mot, ne jamais pouvoir dire, je m'appartiens.

» 2° Ne point reposer la nuit à moins de défendre sa porte avec une extrême rigueur, ce qui, dans beaucoup de cas, entraîne de graves inconvénients et peut fortement entacher la réputation.

» 3° Amasser de l'argent, qui peut flatter la vanité, mais ne sert à rien puisqu'on ne peut jouir de rien; les héritiers seuls sont en jubilation; or, dit un ancien, « rien ne sèche plus vite que les larmes d'un héritier. »

» 4° Passer uniquement et entièrement sa vie parmi les morts, les mourants et les infirmités humaines; et pendant ce temps, *volat enim ætas*.

» 5° Renoncer à toute jouissance de société et même de famille, le temps manque à tout. Malheur à celui qui, dans ses affections, dépasse certaines mesures de ce temps précieux, des demandes importunes, des exigences continuelles s'élèvent de toutes parts pour réclamer ses soins et ses veilles.

liquide, après cette dissolution, avait les mêmes propriétés chimiques que le sérum du sang.

On peut constater également cette propriété dissolvante des iodures alcalins en faisant tomber, dans un liquide qui en est saturé, du sang au sortir de la veine. Celui-ci prend rapidement une couleur rouge intense, et ne se coagule point.

Longtemps après avoir constaté ces phénomènes, je les ai étudiés avec plus de soin dans des expériences dont M. Dumas a rendu compte à l'Institut en 1846.

Si, après avoir mélangé et agité ensemble 1 centilitre d'eau sucrée, 1 centilitre d'une solution d'iodure de potassium et 1 demi-centilitre de sang au sortir de la veine, on jette tous ces corps sur un filtre, la partie liquide passe parfaitement incolore, et elle entraîne la fibrine, qui ne se coagule plus. Les globules restent sur le papier et rougissent rapidement à l'air.

En tirant des inductions de ces faits, et cherchant à s'en servir pour comprendre l'action intime de l'iode, on est conduit à penser que, lorsque celui-ci pénètre dans le sang et qu'il y est à l'état d'iodure alcalin, seule condition dans laquelle il soit absorbé, il peut exercer une action dissolvante. Si les éléments fibrineux sont dissous dans le sang, ainsi que cela a lieu dans l'état normal, il doit les rendre moins disposés à la coagulation; s'ils sont coagulés, au contraire, il doit tendre à les dissoudre. Or cette coagulation existe dans l'intérieur des vaisseaux eux-mêmes, lorsque l'inflammation s'en est emparée, et hors des vaisseaux, quand la lymphe plastique est épanchée dans les tissus. Une dissolution, dans ces cas, doit précéder l'élimination, et sans doute c'est parce que les iodures possèdent à un haut degré la puissance de produire ce double effet, que, dans des cas nombreux, ils sont préférables à tout autre remède. C'est pour le même motif que, dans les engorgements, elles doivent être appliquées sur le mal même, et qu'il importe d'utiliser pour eux la méthode endermique, qui en assure la pénétration dans les tissus.

BONNET,
professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE; par le docteur ADOLPHE GUBLER, chef de clinique de la Faculté, médecin du bureau central des hôpitaux, etc. (Mémoire lu à la Société de biologie, le 21 février 1852.)

(Suite. — Voir les nos 17, 18 et 19.)

SYMPTÔMES.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de tracer un tableau symptomatologique tant soit peu complet de l'affection syphilitique du foie des jeunes enfants. En général, le travail morbide qui lui donne naissance ne s'est révélé à nous que par des symptômes de péritonite.

Les enfants commencent à geindre, agitent leurs membres abdominaux, et, suivant la remarque de M. Trousseau, pleurent sans verser de larmes. Il survient des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation; le ventre se météorise, la moindre pression exercée sur cette région provoque des plaintes et de l'agitation; le pouls s'accélère et devient très-petit; la peau conserve pendant quelque temps une température moyenne. Bientôt le visage s'altère profondément, les traits s'effilent, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, l'abattement devient extrême, les membres se glacent, et les petits malades ne tardent pas à succomber.

Ces accidents ne précèdent guère que de deux à quatre jours la terminaison fatale, et ils sont loin de se présenter toujours avec l'ensemble que nous venons de retracer. Ordinairement les vomissements prédominent et s'accompagnent de constipation; dans un cas (obs. 4) il y a eu surtout de la diarrhée; enfin ces deux dérangements fonctionnels peuvent manquer chez le même sujet.

Tant que l'infiltration plastique n'est pas très-étendue, la sécrétion biliaire se fait encore et le jeu régulier des grandes fonctions n'est pas entravé. Il n'en est plus de même quand la presque totalité de l'organe se trouve envahie; c'est alors que les accidents formidables signalés tout à l'heure font pour ainsi dire explosion, et viennent éclairer trop tardivement sur la nature d'un mal désormais au-dessus des ressources de l'art.

Jusque-là rien ne faisait présager une issue funeste. Mais les premières phases du travail pathologique devront-elles toujours passer inaperçues? Non, sans doute. Certains troubles doivent nécessairement exister du côté des organes digestifs dès le début du mal, peut-être aussi du côté des organes respiratoires. Mes recherches n'ayant pas encore été dirigées vers ce point, je ne puis que le signaler à l'attention des observateurs.

Portal voulait faire de l'ictère vrai un des principaux caractères de la maladie du foie qu'il avait soupçonnée chez les nourrissons atteints de syphilis. « En même temps, dit-il, la peau de l'enfant, les paupières, le blanc » des yeux prennent une teinte jaunâtre, quelquefois verdâtre, surtout les » caroncules lacrymales. » Je dois déclarer, et ce n'est pas le côté le moins curieux de l'histoire de cette affection, que je n'ai jamais rien vu de semblable sur les jeunes sujets qui m'ont offert l'induration plastique du foie.

L'absence de coloration ictérique, même dans ces cas où l'endurcissement était général et porté à l'extrême, est un phénomène assurément bien remarquable et digne de toutes les méditations des physiologistes. Elle prouve, à mon avis, d'une manière irréfragable que le sang ne renferme pas originellement les matériaux de la bile; car le foie étant alors tout entier dans les conditions de cette portion frappée d'une sorte d'apoplexie fibro-plastique que nous n'avons pu injecter (obs. 2), c'est-à-dire se trouvant dans sa totalité à peu près imperméable au sang, il est impossible d'admettre que cette glande puisse séparer du fluide sanguin toute la bile que celui-ci serait supposé contenir. L'ictère devrait donc apparaître nécessairement dans ces circonstances.

A ceux qui objecteraient la prétendue lenteur du travail morbide et conséquemment l'élimination probable de la bile par les reins, nous répondrions que si la maladie débute sourdement, il n'en est pas moins vrai qu'à un moment donné elle doit prendre tout à coup un accroissement énorme en rapport avec les symptômes ultimes et qu'elle rentre alors dans les con-

» 6° Être esclave du public le plus exigeant, le plus tyrannique, le plus capricieux et très-souvent le plus ingrat, celui des grands et des riches.

» 7° Se trouver constamment en évidence sur le théâtre de ce monde, qui cache et nie toujours les qualités avec grand soin, et met les défauts en relief et en évidence.

» 8° Provoquer l'envie de ses confrères, qui épient sans cesse vos discours et vos actions, qui les commentent, qui les dénaturent et même les calomnient au besoin avec une adresse, avec une habileté qui donneraient des leçons aux plus fins, aux plus rusés courtisans de notre bien-aimé souverain Louis XV.

» 9° Éprouver soi-même toutes les angoisses de l'envie, si un concurrent s'élève, si le public s'en occupe, si la voix de la renommée fait retentir son nom, et par-dessus tout, apercevoir la maligne joie des confrères dans leurs regards, dans leur sourire et même dans leur silence.

» 10° Si par hasard on veut noter plusieurs bonnes observations, établir en conséquence quelques points de doctrine, être forcé d'y renoncer faute de temps et de loisir, ce qui use à la fin la bonne volonté, ôte jusqu'au désir et à la force de travailler et de méditer. Les matériaux sont là, mais l'œuvre ne sera jamais faite ou sera mal faite.

» 11° Passer comme un acteur qui se retire de la scène, dont on a parlé quelque temps, mais qui, n'ayant rien laissé après lui de quelque valeur, n'a plus ni nom, ni célébrité, et dont le souvenir se perd au bout de très-peu d'années.

» Consolez-vous donc, mon cher ami, par cette esquisse, de n'être point placé sur les hauts gradins de notre profession et sur un grand théâtre, comme vous le désirez. Remarquez que je dis esquisse, car je pourrais étendre ces considérations, en faire un tableau plus complet, en y ajoutant mille petits détails composant une foule d'inquiétudes, d'angoisses, d'épines, qui échappent à ceux qui se laissent éblouir par le mirage de certaines réputations. Des démonstrations logiques, des démonstrations chiffrées, je n'en manquerais pas pour vous prouver que le trop réussir entraîne de bien tristes inconvénients. Au nom de notre amitié, n'en jugez pas sur les apparences et sur l'éclat de ces véritables idoles de bois doré. Mais la grande raison de ce désir qui excite les médecins de nos provinces, je la connais : c'est qu'à Paris on gagne beaucoup d'argent quand on a de la réputation; cela est vrai. Mais je vous dirai d'une part, avec Montaigne, que le *jouir* est l'essentiel, et non le *posséder*; de l'autre, qu'une fortune pléthorique à un haut degré ne satisfait point, parce que le désir et la soif d'acquérir sont dans une immense disproportion avec l'*avoir*, quel qu'il soit. C'est un vieux texte de philosophie qui semble épuisé et dont la vérité se démontre pourtant chaque jour. Plus on a, plus on veut avoir; plus la clientèle s'étend, plus on désire en élargir le centre; plus le coffre s'emplit, plus on veut l'agrandir; viennent ensuite les embarras, les ennuis, les fatigues, les soucis qu'on ne prévoyait pas; oh! la vanité seule aide à supporter un pareil fardeau. Il en est ainsi dans beaucoup de circonstances où l'homme se trouve placé. Un jour Bordeu, mon ami, me conduisit chez la marquise Dudeffand, dont il était le médecin. Voltaire y vint, et voici ce qu'il nous raconta à propos du marquis d'Argens, faisant partie de la petite colonie de Français réfugiés à la cour de Berlin. — Que feriez-vous, marquis, si vous étiez roi de Prusse, lui dit en soupant à Sans-Souci le grand Fréderic. — Si j'étais roi de Prusse !..... je chercherais, sire,

ditions d'une affection aiguë. D'un antre côté, on invoquerait à tort l'instantanéité de l'altération qui ne laisserait pas à la bile le temps de colorer les tissus, puisque ces mêmes symptômes de péritonite, qui en annoncent le brusque développement, existent au moins deux ou trois jours avant la mort, tandis qu'en d'autres circonstances on a vu parfois des ictères se manifester moins d'une heure après l'action de la cause qui en provoquait l'apparition.

Le foie est donc réellement l'organe *formateur* et non pas simplement séparateur ou sécréteur de la bile; il ne se contente pas d'en puiser les matériaux dans le sang et de les réunir, il la crée pour ainsi dire de toutes pièces. Si l'ictère est le symptôme habituel des affections hépatiques, cela dépend non pas du défaut de sécrétion de la bile, mais de sa résorption, de son passage dans l'appareil circolatoire et de sa filtration à travers d'autres émonctoires, tels que les reins et le tissu de la peau.

Voilà, du moins, ce que nous croyons avoir démontré par nos *Observations pathologiques propres à éclairer la physiologie*; et si les savants confirment notre manière de voir, nous serons heureux d'avoir fait un pas en avant dans cette voie, si brillamment inaugurée par un ouvrage devenu célèbre de notre excellent maître et ami M. le professeur Lallemand.

Cette théorie, autrefois généralement adoptée, suffit, je pense, à l'explication de tous les faits. Cependant les chimistes, invoquant les résultats de l'analyse, diront que la bile ou ses éléments se retrouvent toujours dans le sang, à l'état normal. Qu'est-ce que cela prouve? S'ensuit-il que ces principes doivent avoir pris naissance dans le sang lui-même? Pas le moins du monde. M. Natalis Guillot, par ses recherches, vient de démontrer que le sang des femmes en état de lactation contient de la caséine; il faut donc admettre aussi que les glandes mammaires prennent dans le sang les principes du lait qui y seraient tout formés. Mais alors nous demanderons qu'on nous dise par quel procédé le sang qui, dans le reste de la vie, ne renferme pas ces principes, les produirait ainsi à un moment déterminé. Pour nous, nous accordons aux glandes mammaires un rôle plus élevé, et nous admettons qu'elles forment le lait, aussi bien que le foie forme la bile. Au reste, ceux qui réfléchiront aux changements de la sécrétion laiteuse, pendant la succion de l'enfant et dans l'intervalle de deux traites, comprendront facilement comment les principes solides du lait peuvent se retrouver dans le sang. On sait, en effet, que dans le premier cas le lait excrété est très-riche et très-opaque, tandis que dans le second il est séreux et à peine trouble, ce qui prouve que, dans l'état de repos, ses matériaux solides sont résorbés. Eh bien! la sécrétion biliaire est soumise à la même intermittence par suite de la distribution régulière des repas. Sans doute la bile s'accumule dans son réservoir en l'absence du travail digestif, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle afflue en plus grande quantité des conduits hépatiques lorsque des aliments traversent le duodénum. Par conséquent il ne serait pas étonnant que, dans les temps de repos ou d'abstinence, ses matériaux fussent repris par les vaisseaux lymphatiques ou veineux et versés dans le torrent circulatoire. D'ailleurs, ce passage de la bile dans les vaisseaux absorbants est rigoureusement établi pour certains cas pathologiques, où l'on voit les nombreux lymphatiques qui s'échappent du lobe gauche, distendus par un liquide ayant l'aspect et la coloration de la bile en nature. Ainsi s'expliquerait cette jaunisse bien prononcée qui se montre chez quelques personnes à la suite d'une diète d'ailleurs peu prolongée.

Quoi qu'il en soit de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, j'insiste sur ce point capital: à savoir, que l'ictère n'accompagnait l'induration plastique du foie dans aucune de ses formes. Je suis loin de nier qu'on ne puisse rencontrer cette coloration morbide en semblable circonstance, comme cela se voit pour la cirrhose aiguë, mais je maintiens qu'elle ne saurait acquérir aucune importance au point de vue séméiologique.

La teinte jaunâtre ou bistrée de la peau serait-elle un meilleur indice de l'altération hépatique? Je n'ai aucune raison de l'affirmer, attendu que, dans les faits dont j'ai été témoin, je n'ai pas noté la moindre différence de coloration entre les enfants dont la syphilis s'accompagnait d'une affection du foie bien caractérisée et ceux chez qui elle paraissait exempte de toute complication. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles recherches, car il serait possible que la nuance bistrée, ordinaire chez les enfants syphilitiques, fût en rapport avec une altération du foie également habituelle, mais qui, chez la plupart d'entre eux, resterait à l'état rudimentaire et s'effacerait avec les autres accidents.

Quant à l'état chloro-anémique plus ou moins avancé qui coexistait chez tous nos petits sujets avec une altération profonde des qualités physiques du sang constatée à l'autopsie, il est évident pour nous que la lésion d'un organe d'hématose aussi important que le foie ne saurait y être étrangère, et nous le considérons comme l'un des symptômes propres à cette affection. L'observ. 2 nous a fait voir que cette altération du sang poussée à l'extrême pourrait à son tour devenir une cause d'hématémèse et d'autres hémorrhagies.

L'urine devra être aussi l'objet d'un examen attentif, pour y découvrir des changements analogues à ceux qui se passent chez les adultes affectés, par exemple, de cirrhose plus ou moins avancée. Je n'ai ouvert qu'une seule fois la vessie, sur un des petits cadavres soumis à mon observation, et j'y ai trouvé une urine foncée et floconneuse.

En l'absence des symptômes fonctionnels, l'hypertrophie du foie doit être rangée au nombre des signes qui peuvent accuser l'induration plastique de ce viscère. Je l'ai reconnue, par la palpation, sur deux petits malades chez lesquels des troubles gastriques me faisaient soupçonner l'altération spéciale du foie; j'ai même cru reconnaître chez eux une dureté particulière de l'organe. Ces deux enfants ont succombé hors de l'hôpital; en sorte que la vérification a été impossible. Portal attachait une certaine valeur à ce caractère dans les cas d'affection syphilitique chez les enfants au berceau, et s'exprime ainsi: « Rien de plus commun que de voir alors » un gonflement dans le bas-ventre, dur, rénitent, surtout dans la région » du foie. Ce viscère paraît d'autant plus saillant au toucher sous les fausses » côtes, que les enfants sont plus jeunes: car alors il déborde naturellement les côtés de deux travers de doigt, et lorsqu'il est engorgé, il fait » une bien plus grande proéminence qu'on sent au toucher du bas-ventre; » il se prolonge alors près de l'ombilic, recouvrant toute la région épigastrique, et s'étendant souvent jusqu'à la région iliaque droite.

Le même auteur dit avoir vu souvent survenir l'infiltration des membres inférieurs, et enfin l'ascite et l'hydrothorax. Quant à nous, l'anasarque des extrémités inférieures et d'une partie du tronc ne s'est offerte qu'une fois à notre observation, et nous ne sommes pas autorisé à la regarder comme liée à l'altération du foie. Voici le fait.

SYPHILIDES; DIARRHÉE; ANASARQUE; MORT; ALTÉRATION FIBRO-PLASTIQUE DU FOIE, ETC.

OBS. IV. — Pouxbert (Marie-Jeanne), âgée de 5 semaines, entre dans le service de M. Trousseau, salle Sainte-Thérèse, n° 9, le 11 octobre 1847.

---

quelque bonne dupe qui consentît à me donner, en échange de ma couronne, un château avec soixante bonnes mille livres de rentes, et dès que je l'aurais trouvée, je la mènerais aussitôt chez un notaire et lui ferais signer son engagement sans lui laisser le temps d'apercevoir *l'énormité de sa bévue*. Le roi se prit à rire, convint qu'il y avait du vrai dans ses paroles, mais que quand on est à un poste, on doit savoir y rester.

» Cela vous prouve, mon cher ami, la vérité de mon assertion, qu'il ne faut pas en juger sur l'extérieur, sur le brillant, mais par la réalité intérieure. Cessez donc, comme Job, de cracher votre colère dans de véhémentes imprécations contre votre médiocrité, c'est comme si vous maudissiez votre bonheur, votre bien-être; et malheur à vous si le sort exauçait vos souhaits. Un de nos poëtes a dit: « Être riche est charmant, être heureux est meilleur. » Et je crois qu'il a raison, surtout quand il faut acheter cette richesse au prix d'un labeur pénible, asservissant et continuel, *magna clientela, magna servitus*, je ne cesserai de vous le répéter.

» Après avoir parlé des choses, passons maintenant aux hommes, je veux dire aux médecins qui, de mon temps, ont acquis une grande réputation dans le public.

» En voici quelques-uns dont les noms tombent au hasard sous ma plume.

» *Bouvart* — était appelé de tous les côtés; on voyait souvent à sa porte, dans la rue de Richelieu où il demeurait, un bon nombre de carrosses. Mais ce qu'il gagnait ne lui paraissait que très-peu de chose; il répétait sans cesse qu'*il donnerait volontiers ce qu'il avait reçu pour ce qu'il avait perdu*. Son humeur était difficile, son caractère épineux, humoristique, et l'insolence de ses sarcasmes est assez connue. La renommée de Bordeu, de Tronchin allumait et irritait sans cesse sa bile, dont l'âcreté ne fit qu'augmenter avec les années. Dans ses courts moments de loisir, il s'amusait à un *tour* placé dans un petit réduit de son appartement, mais tout annonçait en lui le dépit, la morgue, la mauvaise humeur qui partent toujours d'un cœur mécontent de lui et des autres.

» *Sylva* — acquit en assez peu de temps une belle renommée médicale; fin, souple, adroit, sachant quand il le fallait savourer à pleine coupe l'eau bénite de cour; c'était un singulier mélange de bonnes et de mauvaises qualités. De l'esprit et de la prétention, des guenilles et du clinquant, de la serge et des paillettes, en voilà plus qu'il n'en faut pour réussir dans le grand monde, et Sylva réussit complétement. Cependant on le fréquentait ou remarquait en lui un fonds habituel de tristesse. Les beaux vers que fit Voltaire en son honneur, flattèrent sa vanité sans satisfaire sa cupidité. Sa politesse à plat ventre, son élégant ramage *vasconice ampullatum*, comme nous disions à la Faculté, étaient pour nous un sujet de raillerie, et il le savait. Son ouvrage sur *la saignée* lui causa des désagréments que ne compensèrent pas le bruit qu'il faisait et l'argent qu'il gagnait. N'ayant aucune des qualités du style scientifique, ce fut Lamotte-Houdard qui se chargea d'écrire l'ouvrage, et l'on fit mille railleries à ce sujet. Bien plus, un petit médecin de Mantes, nommé Quesnay, qui depuis acquit une grande réputation, en fit une critique si vraie, si juste, si piquante, que le pauvre Sylva en était tout confus. Son luxe, son grand carrosse doré, les duchesses qui le vantaient, ne purent le garantir des chagrins, des ennuis qui le poursuivirent sans relâche.

Au moment de son arrivée, cette petite fille est dans un état de prostration fort alarmant ; elle a les extrémités froides ; le pouls filiforme et d'une excessive fréquence, ce qui le rend très-difficile à compter. Elle n'est pas d'ailleurs très-amaigrie, et quoique toute la surface de son corps porte des traces non équivoques de la vérole constitutionnelle, elle est simplement pâle, blafarde, et ne présente pas nettement la teinte bistre, qui est quelquefois si prononcée dans cette affection.

Sur le visage, on remarque des taches circulaires de psoriasis et d'ecthyma lenticulé. Une pustule d'ecthyma, plus large que les autres, occupe le sillon naso-jugal gauche ; une autre très-large aussi se voit sur le côté droit du menton. Il n'y a ni fissures aux lèvres, ni croûtes de rupia sur les régions sourcilières ; mais, entre les deux sourcils et sur la tête de ces deux arcades villeuses, on aperçoit des groupes de petits boutons blancs ou jaunâtres acuminés, contenant, sous l'épiderme soulevé, une matière opaque ayant la consistance d'une crème épaisse ; dans ces endroits, la peau conserve sa couleur.

L'enchifrènement est peu marqué, et pourtant il paraît que l'enfant se serait enrhumée du cerveau dès sa naissance, mais elle n'a jamais rendu par le nez ni sang, ni pus.

Le tronc et les membres sont couverts d'une éruption semblable à celle du visage, si ce n'est que la forme psoriasique l'emporte de beaucoup sur la forme ecthymateuse ; les plus larges d'entre les plaques du psoriasis atteignent le diamètre d'un centime ; elles présentent deux colorations très-tranchées, une zone extérieure d'un rouge intense, mais nuancée de jaune, et un disque central d'un gris rosé recouvert d'un feuillet épidermique qui ne présente pas le liséré blanc signalé dans cette forme d'éruption spécifique, parce qu'il ne se détache pas par la circonférence, mais s'enlève en écailles.

Sur les fesses et particulièrement au voisinage de l'anus, on remarque des indurations tuberiformes de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent au sommet desquelles le derme a subi une sorte d'abrasion qui a donné naissance à des exulcérations circulaires de 6 à 8 millimètres de diamètre (ecthyma profond), c'est une forme de transition entre les accidents secondaires et tertiaires.

L'orifice inférieur du rectum est lui-même le siége de fissures qui occupent le fond des plicatures de la membrane muqueuse.

Les membres abdominaux sont tuméfiés, mais ne présentent ni rougeur ni chaleur exagérée ; les doigts qui les pressent s'y impriment profondément, et l'impression persiste vingt secondes au moins. L'œdème est également prononcé dans les régions lombaire et dorsale.

Voici les renseignements que nous obtenons sur la marche de cette maladie.

Les premières taches se sont montrées autour de l'anus et à la face quinze jours après la naissance.

Il y a huit jours, il se fit une nouvelle éruption de taches roses excessivement nombreuses, qui, la plupart, se sont dissipées, et dont la moindre partie s'est transformée en ces taches psoriasiques que nous voyons aujourd'hui disséminées sur le corps.

Depuis quatre jours, enfin, l'enfant est en proie à une abondante diarrhée accompagnée de fièvre qui dure encore.

Quant aux antécédents héréditaires, les renseignements nous font entièrement défaut.

La petite Pouxbert succombe le lendemain de son entrée, 12 octobre, à trois heures après midi.

Autopsie quarante et une heures après la mort.

Les organes encéphaliques ne présentent aucune altération notable.

La membrane muqueuse des fosses nasales est plus rouge, plus vasculaire, plus épaisse que dans l'état ordinaire, mais elle n'offre ni teinte bistre ni ulcérations. Dans les méats se trouve accumulé un mucus opaque mélangé de petits grumeaux jaunâtres plus solides. Nulle altération des os ni des cartilages qui composent les cavités olfactives.

La membrane muqueuse des trompes d'Eustachi participe à l'inflammation de la membrane de Schneider, et l'on fait sourdre de ces conduits une goutte de muco-pus ; il n'en est pas de même de celle du pharynx et de la bouche.

Les poumons sont d'un gris rosé et mous, sans infiltration œdémateuse ; vers leurs bords postérieurs, ils présentent une bande de lobules d'un rouge brun, condensés et dans lesquels les cavités des vésicules paraissent effacées ; mais par la pression des parties voisines, on force l'air à y rentrer, et le tissu pulmonaire reprend à peu près son aspect normal, tout en demeurant plus rouge. Ces lobules laissent d'ailleurs écouler beaucoup de sang noir liquide, lorsqu'on vient à les inciser : c'est évidemment de la congestion hypostatique.

Le cœur ne renferme que du sang ayant la consistance de la gelée de groseilles et de la sérosité dans laquelle nagent des groupes de globules altérés, comme le fait la matière colorante du vin dans la rinçure de bouteilles.

On néglige d'examiner les reins et l'estomac.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle présente çà et là de fines arborisations artérielles sans ramollissement. Les plaques de Peyer font toutes une saillie qu'on peut évaluer à un millimètre ; les unes sont d'un rouge vif, les autres grises, flasques, analogues pour la consistance à un bourbillon de tissu cellulaire mortifié.

Rien à noter pour le gros intestin.

La rate, plus volumineuse que dans l'état normal, est ramollie au point d'être presque diffluente ; sa coloration n'est pas morbide ; des pellicules pseudo-membraneuses très-minces et récentes tapissent sa membrane séreuse d'enveloppe, comme aussi la face convexe du foie.

Le foie, hypertrophié, offre d'ailleurs identiquement les mêmes altérations, constatables, soit à l'œil nu, soit au microscope, que celui de l'observation III.

L'anasarque des membres abdominaux et de la partie voisine du tronc offerte par ce jeune sujet ne paraît pas liée directement à l'affection du foie, ou du moins elle ne peut s'expliquer par un obstacle à la circulation, comme cela se voit dans la cirrhose à la période d'atrophie. En effet, si elle dépendait d'un obstacle à la circulation de la veine porte, elle serait accompagnée d'un épanchement considérable dans la cavité péritonéale, ce qui n'a pas lieu ici. D'ailleurs, on devrait retrouver cette infiltration séreuse des extrémités inférieures dans tous les cas où l'induration du foie est générale et extrême ; or l'œdème manquait dans deux autres faits appartenant à cette catégorie.

L'anasarque était donc plutôt en rapport avec l'état du sang et avec la diarrhée abondante à laquelle cette petite malade avait été en proie pendant plusieurs jours.

Cependant, malgré les raisons que nous venons de faire valoir, le doute serait encore parfaitement légitime. Comment concilier, en effet, cette absence d'un épanchement péritonéal tant soit peu considérable avec les résultats de l'injection pratiquée sur le foie de l'enfant qui fait le sujet de l'observation II, et avec l'imperméabilité totale du système capillaire de la veine porte hépatique, que nous avons admise par induction dans les cas d'endurcissement général et excessif ? Comment comprendre que, dans ces cas, où le liquide le plus ténu poussé avec force ne pénètre pas dans les derniers vaisseaux du tissu induré, l'empêchement mécanique à la progression du sang ne soit pas tel, qu'il en résulte l'extravasation du sérum et son accumulation dans la cavité du péritoine ? Ces objections se sont autrefois présentées à notre esprit, et nous les considérions comme l'un des points les plus épineux de notre sujet, lorsqu'une découverte inattendue, faite par un éminent physiologiste, M. Cl. Bernard, est venue nous fournir la clef de cette difficulté, en révélant l'existence d'un nouvel ordre de vaisseaux qui mettent la veine porte en communication directe avec la veine cave inférieure.

» *Bordeu*, — que j'ai beaucoup connu, ne fut pas plus heureux. Doué d'un immense savoir et de beaucoup d'esprit, il ne réussit pas d'abord, et ses ouvrages n'ont pas eu dans le commencement les succès qu'ils eurent dans la suite ; les méchancetés de Bouvart, les critiques et les plaisanteries du médecin viennois de Haën sur sa doctrine du pouls ; sa radiation en 1761 de la liste des médecins de la Faculté de Paris, obtenue par Thierry, les calomnies lancées contre lui à l'occasion du procès de la famille du marquis de Podenas, l'accablaient de chagrin. Quand sa clientèle devint nombreuse et choisie, il tomba même dans une sorte d'hypocondrie et dans un dégoût secret des hommes et du monde. Souvent il mit à nu devant moi la plaie de désespoir que la médisance avait faite à son cœur. Atteint d'assez bonne heure d'une goutte erratique, les douleurs qu'il éprouvait augmentaient encore sa tristesse. *La goutte et la calomnie me tracassent*, disait-il souvent ; et il regrettait à Paris son beau pays, ses montagnes, ses belles vallées *d'Ossau* et ses chers eaux d'Aquitaine. Vous savez, du reste, comment il est mort et le genre d'oraison funèbre que lui fit Bouvart.

» *Astruc* — a gagné plus de deux millions à traiter des maladies vénériennes ; et il n'en fut pas plus heureux. Ses confrères l'aimaient peu. Ayant toujours sur le cœur l'obligation où il se trouva de se mettre sur les bancs afin de pouvoir exercer à Paris, il allait peu à la Faculté et on l'y recevait avec froideur. Vous connaissez l'indigne procès que lui fit V..., parce que Astruc, dans un de ses ouvrages, l'avait désigné ainsi *vir quidam ;* mais, outre qu'il fut condamné à une indemnité considérable, cette affaire lui attira des plaisanteries, des quolibets qui l'affectaient profondément. Quelquefois il paradait sous un habit de modestie d'emprunt, mais son orgueil était en souffrance perpétuelle, et ses écus ne le consolèrent jamais.

» Quoique jeune, vous avez connu *Tronchin ;* est-il un médecin qui ait eu plus que lui de réputation dans le grand monde, et réputation lucrative ? Eh bien ! Tronchin n'a jamais été ni tranquille ni heureux. Fortement retranché dans le contentement de soi-même, tout l'affligeait et le blessait, il ne pouvait souffrir la moindre fêlure à la trompette embouchée pour lui. Les belles dames de la cour, les vaporeuses surtout, en raffolaient ; Voltaire dit toujours Esculape-Tronchin ; les grands seigneurs de l'Europe l'appelaient en consultation, mais le fond de son cœur était altéré. Il eut des tracasseries dans sa petite république de Genève ; son emphatique verbosité, ses manières affectées lui firent des ennemis. Vous avez lu la sanglante critique que fit Bouvart de son ouvrage de Colica pictonum ; cette espèce d'affront scientifique l'accabla de chagrin. Les plaisanteries même les plus douces lui étaient odieuses. Comme dans ses moyens de guérison il recourait souvent au savon, un plaisant dit que *toutes ses formules étaient savonnées*. Bref le grand, le célèbre praticien, comme on disait, Esculape-Tronchin finit assez tristement ses jours, la vieillesse et l'oubli lui furent odieux. A mon sens, Tronchin fut un de ces hommes qui escamotent le succès et qui croient avoir dérobé la gloire.

» Est-il un médecin plus connu que *Tissot* (de Lausanne) ? Sa réputation fut grande même en Europe. On le consultait de toutes parts, et dans l'été il ne pouvait suffire aux nombreux malades accourant de toutes parts pour lui demander des conseils. Or jugez si son coffre-fort regorgeait d'écus, s'il devint riche et par conséquent considéré dans son pays. Cependant, je sais de bonne part,

A une antre période de l'existence, ces vaisseaux multiples rappellent le conduit unique connu sons le nom de *canal veineux*, qui, chez le fœtus, fait communiquer largement la veine-cave inférieure avec la veine ombilicale. Ils permettent, comme lui, à un sang réparateur d'arriver an centre circulatoire et aux organes de l'hématose par la voie la plus courte, sans traverser le parenchyme hépatique et sans subir aucune modification préalable. Dans l'état normal, il est vrai, ces vaisseaux anastomotiques ne sont parcourus que par la moindre partie du sang qui provient des organes digestifs ; mais on conçoit que, par suite d'un obstacle quelconque au libre passage du sang à travers le tissu propre du foie, ces vaisseaux puissent acquérir des dimensions plus considérables, et suffire ainsi à la circulation abdominale en retour. Au reste, le ralentissement de l'absorption stomacale et intestinale en rapport avec le déchet des forces digestives, la sécrétion exagérée de matières muqueuses qui s'opère dans le tube digestif, aux dépens du sang artériel, et qui se traduit par des vomissements et de la diarrhée, voilà des circonstances qui, en diminuant la masse sanguine charriée par la veine porte, rendraient sans doute plus facile le rôle important des veines communicantes dans les cas d'*obstructions* du foie.

Si nous faisons une application de ces données à l'atrophie granuleuse de ce viscère, qui s'accompagne toujours d'ascite, nous dirons, sans exclure les autres causes d'épanchement, que, dans la cirrhose, la rétraction du tissu fibreux hypertrophié s'exerce également sur les vaisseaux anastomotiques découverts par M. Bernard, et s'oppose à leur ampliation, qui seule pourrait assurer l'intégrité de la circulation. Hâtons-nous toutefois d'ajouter que ce sont là de simples vues de l'esprit que nous soumettons, sous toutes réserves, à l'appréciation et au contrôle des anatomo-pathologistes.

DIAGNOSTIC.

On voit, par tout ce qui précède, que nous ne sommes pas en mesure de fournir les éléments d'un bon diagnostic. Cependant, si nous trouvions, réunis chez un jeune sujet syphilitique, des troubles sérieux du côté de la digestion, avec une chloro-anémie bien caractérisée, et l'augmentation du volume et de la consistance du foie, nous serions en droit de présumer l'existence de l'infiltration plastique de ce viscère. Cette affection serait pour nous hors de doute, s'il se joignait à ces particularités les symptômes d'une péritonite.

En effet, tout nous porte à croire que les cas de péritonite *simple*, relatés par le docteur Simpson (d'Édimbourg), étaient réellement liés à une altération du foie, et c'est aussi l'opinion qui nous a été exprimée par notre savant collègue M. Cullerier.

Rien n'est plus rare, dans le premier âge, que la péritonite dégagée de toute complication. On ne rencontre guère cette maladie en dehors de la phlébite ombilicale et de la syphilis; et, d'après mes recherches, dans ce dernier cas, elle se rattacherait presque toujours à l'altération hépatique. J'ai actuellement sous les yeux un fait de syphilis héréditaire recueilli dans le service de notre maître commun, M. Trousseau, par mon ami M. Ed. Beylard ; il y est question d'une péritonite ; mais, dans les symptômes, on dit que le foie et la rate ont acquis un volume énorme, et, dans l'autopsie, on constate que le foie est très-volumineux et très-dur. N'est-il pas probable que ce viscère était le siége de l'altération ordinaire ?

(*La fin au numéro prochain.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES EFFETS HÉMOSTATIQUES DE L'EAU DE M. PAGLIARI, PHARMACIEN A ROME (mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 3 mai); seconde communication sur ce sujet de M. le professeur C. SÉDILLOT, membre correspondant.

J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, le 30 juin 1851, une première communication sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome. Je rapportais huit observations d'hémorrhagies arrêtées par l'emploi de cette liqueur, dont je n'hésitais pas à proclamer l'efficacité. J'avais annoncé à cette époque l'intention d'étudier l'action des divers liquides hémostatiques déjà proposés, d'en indiquer la composition et de signaler les cas où il serait utile d'y avoir recours.

Tel est le but de ma nouvelle communication.

M. Pagliari, n'écoutant que les nobles inspirations de l'humanité et de la science, m'a confié la formule de son eau, en m'autorisant à la faire connaître, et si des liquides analogues étaient découverts et justement appréciés, il ne faudrait pas oublier la part considérable qui reviendrait à M. Pagliari dans le mérite de ces travaux.

La pathologie nous enseigne que la cessation spontanée des hémorrhagies dépend particulièrement de la coagulation du sang. Les vaisseaux blessés se rétractent dans leur gaine celluleuse, diminuent de longueur et de diamètre intérieur, et le sang en s'infiltrant entre leurs tuniques et les parties voisines s'y arrête, s'y coagule, et finit par former un caillot oblitérateur.

Les astringents, les réfrigérants, les styptiques ont la propriété de resserrer les embouchures vasculaires et de faciliter la coagulation du sang; mais ces effets sont peu marqués, ou, à un plus haut degré d'énergie, ils deviennent irritants et caustiques. On n'y a donc recours que dans quelques cas d'hémorrhagies très-légères, et la chirurgie en tire un faible parti.

Le problème consistait à trouver une substance susceptible de précipiter le sang et de le convertir en une masse solide et adhérente. Je ne sais si les termes de la question ont été jamais posés aussi nettement, mais il est certain qu'on ne paraît pas s'être placé sur le terrain le plus rationnel pour apprécier les recherches entreprises dans cette voie. On a fait intervenir les différences de la coagulabilité du sang chez l'homme et les animaux ; on a exagéré l'importance du rôle de la compression, employée conjointement aux hémostatiques, et l'on n'est arrivé à aucun résultat satisfaisant. L'expérience était cependant facile ; il suffisait d'étudier l'action des hémostatiques sur le sang humain. Nous l'avons fait et nous avons été témoin de phénomènes décisifs, qui ont confirmé nos observations cliniques, et feront probablement passer nos convictions dans tous les esprits.

L'eau Pagliari présente la remarquable propriété de coaguler complétement le sang. Chaque goutte du liquide hémostatique versé dans des verres renfermant du sang y produit un magma instantané, et si le mélange est opéré dans les rapports de 1/5me à 4/5mes de la longueur, on voit apparaître un coagulum assez résistant pour que l'on puisse agiter et renverser impunément le vase qui le contient. Les deux liquides sont convertis en une masse noirâtre, homogène et trop fortement adhérente pour se détacher.

---

que Tissot était loin, très-loin d'être satisfait. Ses théories n'étaient point admises parmi les médecins, plusieurs de ses ouvrages furent mal reçus du public médical qui leur prêtait un vernis de charlatanisme. Lié avec Zimmermann, autre misanthrope complet, il aurait voulu participer à la gloire scientifique de son ami ; il espérait même être consulté sur la dernière maladie du grand Frédéric, et il n'en fut rien. Appelé par Joseph II à une chaire de l'Université de Pavie, ses succès furent absolument nuls, et il donna sa démission au bout de trois ans. Toujours souffrant, toujours se plaignant du sort et des hommes, je sais qu'il languit dans son pays plutôt qu'il ne vit, malgré sa fortune et le bruit qu'il a fait.

» Vous voyez, mon cher ami, combien sont heureux les hommes que vous enviez, et je n'en ai choisi qu'un petit nombre, toujours en confirmation du principe que la fortune vend ce qu'on croit qu'elle donne. J'ajoute que la célébrité qui rapporte beaucoup coûte souvent fort cher. Restez donc avec plaisir sur votre échelon ; tout en tâchant d'augmenter votre clientèle, profitez de vos loisirs, livrez-vous au charme de l'étude. Le bonheur vient de lui-même, mais il faut qu'on lui aplanisse la voie ; dans ce cas l'argent n'est qu'un *moyen*, voilà tout, et peut-être ce moyen est-il le plus faible de tous. » C...

Telle est la lettre dont j'ai parlé au commencement de cet article. Eh bien! quoique l'auteur fasse preuve de bon sens, je crois qu'il exagère et ne reste pas tout à fait dans le vrai. Il est dans la nature de l'homme ayant une profession de s'en faire un instrument pour s'enrichir s'il le peut. Pourquoi les médecins feraient-ils exception? Il est bon d'être philosophe, mais il est triste d'être toujours obligé de se servir de sa philosophie. Sans doute c'est un grand charme que ce bonheur tranquille et parfois insouciant des existences médiocres ; mais il est des temps où ce bonheur semble à peu près impossible, notamment à notre époque, où les hommes sont possédés plus que jamais d'une âpre soif de jouissances promptes et matérielles. Ajoutons que quand le luxe, les nécessités sociales, les embarras domestiques, les obligations des familles grandissent sans cesse, il faut faire bien des efforts pour subvenir aux exigences qui vous pressent de toutes parts. D'ailleurs mépriser la richesse, quand la richesse est la mesure de l'estime du monde, serait un stoïcisme, bien étranger à nos mœurs actuelles. Néanmoins on ne saurait disconvenir que le médecin, auteur de cette lettre, a raison quand il dit que la fortune qu'on veut acquérir par une grande clientèle séduit et trompe ; il y a ici plus d'un écueil, à moins que le caractère n'y mette du sien et beaucoup. Avoir pour but unique de ses désirs la jouissance stupéfiante attachée à la possession de quelques écus, se laisser aller à d'éblouissantes illusions pour arriver à de cruelles déceptions, cela prouve une chose d'ailleurs connue, que l'habileté de devenir riche et l'habileté d'être content ne sont pas toujours identiques à beaucoup près. Quand on a gagné un premier million, qu'on en veut un second et même un troisième si faire se peut ; quand on a six places, trois ou quatre cordons, et qu'on aspire avec une excessive ardeur à en avoir d'autres, il est certain que ce désir empoisonné est incompatible avec le bonheur ; la flèche a pénétré dans le cœur de la victime et y a laissé sa pointe barbelée. « Les exemples fameux ne nous manqueraient pas. » Celui qui a dix besoins n'est pas heureux quand il en a neuf de satisfaits ; l'homme est ainsi fait, à moins d'une supériorité de raison inclinant toujours à la modération. Autrement c'est se condamner à des travaux sans

Cette expérience réussit avec toute espèce de sang humain, et ne nous paraît laisser aucun doute sur les propriétés très-réellement hémostatiques de la liqueur. Sur plusieurs de nos malades, dont nous avons précédemment rapporté l'histoire, le sang s'était coagulé sous nos yeux, et les hémorrhagies s'étaient arrêtées par le contact de l'eau Pagliari. C'était là un phénomène observé dans des conditions variables et soumis comme tel à des applications diverses; mais ici le résultat était constant, purement expérimental, dégagé de toute complication, et il constaterait une véritable démonstration et une preuve.

Il est si difficile de renoncer à des opinions auxquelles on est habitué et dont on n'a jamais douté, que nous nous attendons à une objection toujours opposée aux hémostatiques. Pourquoi, dira-t-on, vous servir d'éponges ou de charpie imbibées d'eau Pagliari pour suspendre l'écoulement du sang? Vous faites de la compression dont personne ne conteste l'efficacité et vous rendez le problème insoluble; versez votre eau hémostatique sur les vaisseaux ouverts, et si l'hémorrhagie s'arrête nous nous déclarerons convaincus. Cette objection n'est pas acceptable et manque de valeur, comme il est aisé de le montrer. Le sang s'échappe des vaisseaux avec vitesse et avec force, et se renouvelle au fur et à mesure de son écoulement; pour qu'un caillot oblitérateur en suspende le cours, ce caillot doit adhérer au vaisseau ou aux parties environnantes. Comment un pareil effet pourrait-il se produire, si le coagulum que vous déterminez avec l'eau hémostatique est incessamment chassé au dehors et ne reste pas en contact avec la plaie. Autant vaudrait pour combattre une hémorrhagie solidifier le sang dans un vase où on l'aurait recueilli. Il faut de toute nécessité opérer la coagulation sur place et donner le temps au caillot de contracter des adhérences assez solides pour résister à l'impulsion du sang. C'est en cela que la compression est indispensable. Si l'on se récriait contre cette proposition et que l'on crût la condamner en disant: Dès que la compression est un auxiliaire indispensable à l'action des hémostatiques, pourquoi les employer, c'est une complication inutile, car la compression seule agit très-bien? nous répondrions que ceux qui tiennent ce langage commettent une grave erreur. La compression est un moyen infidèle et dangereux dont les chirurgiens ne font usage qu'en désespoir de cause ou pour parer momentanément à la perte du sang, en attendant qu'ils soient en mesure de recourir à un procédé moins défectueux. Le sang de l'homme est si peu plastique qu'il faut pour en suspendre l'écoulement une compression très-énergique et longtemps soutenue. L'inflammation, l'engorgement, l'ulcération, la suppuration et la gangrène des parties comprimées, en sont les conséquences habituelles, et n'offrent même pas pour compensation de mettre sûrement à l'abri des récidives de l'hémorrhagie. Nous remarquerons en outre que la compression employée pour assurer les effets des hémostatiques peut être de courte durée et ne pas dépasser vingt-quatre ou quarante-huit heures. La solidification et les adhérences du caillot la rendent de moins en moins indispensable, et nous avons ordinairement enlevé, dès le premier pansement, les hourdonnets de charpie qui avaient servi à la pratiquer sans que le sang ait reparu.

Nous ne contestons pas la supériorité d'un liquide qu'il suffirait de verser sur une plaie pour arrêter tout écoulement de sang; ce serait le dernier terme de la perfection, mais nous admettons sans peine des degrés inférieurs dans la puissance hémostatique, et lorsque nous voyons une liqueur coaguler et solidifier instantanément le sang humain, sans exercer sur les tissus en contact d'influence fâcheuse, nous n'hésitons pas à en proclamer l'efficacité contre les hémorrhagies. Notre célèbre collègue M. Magendie a très-habilement démontré le rôle capital de la coagulation du sang dans la cessation des hémorrhagies. Les bœufs et les moutons auxquels on incise les carotides et les jugulaires, *more judaico*, avec le tranchant d'un damas, ne périraient pas si l'on n'avait la précaution d'enlever le caillot qui se forme rapidement et arrête l'écoulement du sang. Chez l'homme le défaut de plasticité de ce liquide rend les hémorrhagies très-redoutables et très-difficiles à suspendre, et l'emploi d'une eau hémostatique propre à solidifier le sang et à produire un caillot oblitérateur nous paraît d'un avantage incontestable.

L'eau Pagliari est peu astringente, elle ne ride pas la peau, et les morceaux d'artère que nous y avons plongés ne s'altéraient pas, et conservaient leur diamètre sans constriction appréciable. Les éponges soumises à la même expérience perdaient leur souplesse et leur élasticité. Cette eau est transparente, d'une odeur agréable, d'une coloration très-légèrement jaunâtre, et ceux qui la prépareront devront particulièrement en constater l'action sur le sang avant de la livrer au chirurgien.

Nous avons jugé intéressant de poursuivre les mêmes essais comparatifs sur un assez grand nombre de liqueurs hémostatiques plus ou moins vantées, et avec l'assistance de M. Jinck, l'un des élèves le plus distingués de l'hospice civil, nous sommes arrivés à quelques résultats inattendus et curieux.

Nous partagerons ces divers liquides en deux classes, selon qu'ils coagulent le sang, ou n'exercent pas sous ce rapport d'effets appréciables.

Nous rangeons dans la première catégorie et d'après leur ordre d'efficacité les préparations suivantes:

1° Le baume Compingt;
2° L'eau de Rabel;
3° L'eau de M. Hepp (légère modification de l'eau Pagliari);
4° L'alcool absolu;
5° L'acide sulfurique;
6° L'acide acétique;
7° La solution concentrée d'alun.

Le *baume Compingt*, que l'on trouve débité à un prix fort élevé, dans de très-petits flacons, exerce sur le sang l'action la plus instantanée et la plus énergique. Cette liqueur produit immédiatement un caillot épais et résistant, et n'est pas inférieure à l'eau Pagliari sous ce rapport.

L'eau de Rabel semble mériter la réputation dont elle jouit. Quoique ses propriétés coagulantes soient moins remarquables que celles des deux liquides précédents, elle offre cependant une action très-manifeste, mais seulement plus lente.

L'eau de M. Hepp, dont nous donnerons plus loin la composition, calquée sur celle de M. Pagliari, agit à peu près de la même manière.

L'alcool absolu ne devrait pas figurer parmi les liqueurs hémostatiques, en raison des altérations qu'il détermine sur les tissus en contact; mais comme on pouvait le prévoir d'après son avidité pour l'eau, il coagule très-bien le sang.

L'acide sulfurique donne un caillot; mais cet acide est trop caustique pour être employé.

L'acide acétique produit un caillot un peu mou et n'a pas les inconvénients de l'acide sulfurique; aussi les lotions de vinaigre suffisent-elles souvent pour arrêter les légers écoulements de sang.

---

fin, à une activité continuelle, à une suractivité morbide des organes du corps, des facultés de l'esprit, en un mot à ramer sans fin et sans mesure. Malheur à celui qui est toujours mécontent de son lot social et médical quel qu'il soit, l'indigence mise à part. Le mieux est de s'en tenir à ce que la raison indique, ce que la nécessité exige et ce que la conscience approuve, puis prendre pour devise la grande maxime du poëte: *Estote liber ac sapiens.*

RÉVEILLÉ-PARISE.

— DÉMOLITION DE L'HÔTEL-DIEU. La démolition des maisons qui bordent le Petit-Pont et la reconstruction de ce pont, qui se poursuivent en ce moment, ont rappelé l'attention de l'édilité parisienne sur un projet qui paraît avoir faveur en haut lieu, mais qui n'est cependant pas d'une exécution facile: il s'agit, en effet, de la démolition de la partie de l'Hôtel-Dieu placée sur le parvis Notre-Dame, et qui forme la partie sud de la place du Parvis.

Le bâtiment Saint-Charles une fois mis à bas, le quai du Marché-Neuf serait raccordé avec les terrains laissés vacants par cette démolition: une voie large, parfaitement de niveau, serait établie à partir du pont Saint-Michel, et se relierait avec le terre-plein ombragé d'arbres qui entoure la cathédrale. Notre-Dame serait isolée, et les abords de ce magnifique monument, dégagés et largement aérés, ajouteraient encore à son imposante architecture.

La question est seulement de savoir comment remplacer un établissement dont les malades connaissent le chemin depuis des siècles et que sa situation au centre d'une population agglomérée et très-pauvre rend presque indispensable. Plusieurs projets sont en présence: dans l'un, il est question de remplacer le bâtiment Saint-Charles par d'autres constructions. L'Hôtel-Dieu serait placé en entier sur la rive gauche. Un ensemble de bâtiments seraient élevés sur l'espace compris entre les rues du Fouarre, Galande, du Petit-Pont. Les rues de la Huchette et de Saint-Julien seraient supprimées. Cette dernière est une ruelle étroite et fort mal habitée. D'un autre côté, on voudrait, dit-on, laisser subsister seulement le bâtiment qui longe le quai Montebello et faire du grand hôpital de la République, élevé dans le clos Saint-Lazare, le nouvel Hôtel-Dieu.

(UNION MÉD.)

— Par suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de la marine, du port de Rochefort, ont été proposés:

M. Jossic, à la chaire de matière médicale;

M. Japhet, chirurgien de première classe;

MM. Brouereau et Duplouy, pour la deuxième classe;

MM. Chalex, Caillard, de Nozeille, Savatier et Luzet, pour la troisième classe (ce dernier au service colonial).

Pharmaciens de deuxième classe: MM. Peyremol et Girardias (ce dernier pour le service colonial);

MM. Pernet et Roux, pour la troisième classe.

La *solution concentrée d'alun* est également hémostatique et possède la double propriété de favoriser la coagulation du sang et d'exercer une astriction assez forte sur les tissus, mais le caillot est mou et se forme avec lenteur.

Les hémostatiques que nous rangeons dans la deuxième catégorie ne déterminent pas les mêmes effets; c'est à peine si quelques-uns d'entre eux produisent, par leur mélange avec le sang, un caillot mou et sans consistance au bout de vingt-quatre heures.

Ce sont :

1° La solution d'ergotine de M. Bonjean (de Chambéry);
2° L'eau de Brocchieri;
3° L'eau de Chapelain;
4° La solution de créosote;
5° L'eau vulnéraire rouge;
6° La résine de benjoin; — bouillie dans l'eau;
7° La résine blanche; idem;
8° La térébenthine; idem;
9° L'infusion de matico.

Il sera possible de répéter les mêmes recherches sur d'autres eaux hémostatiques que nous n'avons pas en entre les mains, telles que celles de Léchelle, de Monterosi, de Tisserand, de Schulz, de Neljabin, etc. C'est un travail à poursuivre et à compléter. Nous eussions pu nous montrer plus rigoureux dans l'appréciation comparative des diverses liqueurs expérimentées, multiplier davantage nos essais, donner une analyse plus savante des effets de la coagulation du sang; mais ce n'était pas notre but; nous voulions prouver et expliquer les propriétés hémostatiques de l'eau Pagliari, et nous croyons y être parvenus.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé tous les éléments de la question, et nous remarquerons que l'ergotine de Bonjean ne semblerait pas, dans la supposition où nous nous sommes placés, jouir d'une grande efficacité hémostatique. Cependant cette liqueur a réussi plusieurs fois, et des chirurgiens très-distingués en ont fait usage avec succès. On y a eu recours dans notre service contre une hémorrhagie consécutive à une amputation de jambe, et le sang a été arrêté, tandis que, sur une jeune fille à laquelle nous avions enlevé une tumeur thyroïdienne, l'hémorrhagie résista à l'ergotine et à l'eau de Rabel, et ne fut suspendue qu'au moyen d'une compression très-méthodique et très-persistante, mais ces exemples ne sont pas suffisamment probants et n'infirment en rien les résultats que nous avons exposés.

COMPOSITION. — Voici la formule de la préparation de l'eau Pagliari, telle qu'elle m'a été transmise par son auteur le 31 août 1851 :

« On prend 8 onces de baume de benjoin; une livre de sulfate d'alumine » et de potasse, et 10 livres d'eau commune. On fait bouillir le tout » pendant six heures, dans un pot de terre vernissé, en agitant sans cesse » la masse résineuse, et en remplaçant successivement l'eau évaporée par » de l'eau chaude, pour ne pas interrompre l'ébullition. On filtre ensuite » la liqueur, et on la conserve dans des vases de cristal bien fermés. La » portion non dissoute du benjoin forme résidu, et a perdu son odeur et la » propriété de s'enflammer.

» L'eau hémostatique obtenue par ce procédé est limpide, de la couleur » du vin de Champagne, d'un goût légèrement styptique et d'une odeur » suave et aromatique. Si on la fait évaporer, elle laisse un dépôt transpa» rent qui adhère aux parois du vase, etc., etc. »

Mon honorable collègue, M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil, a eu la bonté de nous préparer, d'après ces indications, une assez grande quantité d'eau Pagliari, et il a constaté analytiquement la parfaite identité avec celle qui nous était arrivée de Rome, par l'obligeante entremise de M. le docteur Lacauchie, chirurgien en chef de notre armée expéditionnaire. L'action hémostatique de la liqueur faite à Strasbourg ne nous avait pas d'abord paru très-efficace. Les éponges ne perdaient pas leur souplesse et leur élasticité, comme nous l'avions observé avec l'eau que nous avait rapportée en premier lien M. le docteur Dussourt, et les hémorrhagies ne paraissaient pas s'arrêter aussi facilement. Ces différences tenaient probablement à ce que la liqueur n'avait pas été conservée assez longtemps, ou n'avait pas été suffisamment agitée. Peut-être les substances ou le mode de préparation avaient-ils laissé quelque chose à désirer. Aujourd'hui M. Hepp nous a donné un liquide parfaitement identique à l'eau de Pagliari, comme caractères extérieurs et comme effets.

On sera sans doute curieux de savoir comment M. Pagliari a été conduit à sa découverte, et nous citerons l'explication qu'il a bien voulu nous donner à ce sujet.

« Le célèbre professeur Malagodi, comprenant l'utilité d'une eau véritablement hémostatique, et n'en connaissant pas d'efficace, exprima l'idée » d'en composer une avec une substance résineuse dissoute dans un li» quide. Je me mis à l'œuvre et fixai mon attention sur les pilules balsa» miques de Morton. Ces pilules sont employées avec beaucoup de succès » dans les hémorrhagies passives, et tirent leur principale propriété de l'a» cide benzoïque. Je m'efforçai dès lors de rendre la résine de benjoin so» luble en l'unissant à une substance qui en augmentât l'action. Mes tra» vaux furent couronnés du plus heureux résultat, comme le démontrè» rent bientôt les savants professeurs qui se servirent de mon eau » hémostatique *intùs et extrà*, et qui en obtinrent des effets presque in» stantanés, sans aucune irritation semblable à celle des styptiques et des » astringents ordinaires. »

Guidé par l'analogie de composition des résines, mon collègue M. Hepp a substitué la résine blanche au benjoin dans la préparation de l'eau Pagliari, et il a obtenu un liquide propre à coaguler le sang, comme nous l'avons indiqué.

Nous avons réuni quelques-unes des formules de préparations d'eaux hémostatiques, telles qu'on les trouve dans certaines pharmacopées, journaux ou répertoires, et ce travail, tout incomplet qu'il est, montrera à quelles substances on a eu recours pour leur composition, et quels effets on peut, *à priori*, leur attribuer.

EAU DE BROCCHIERI.

Térébenthine. . . . 500 grammes.
Eau. . . . . 600 —

Faites bouillir pendant un quart d'heure; ajoutez q. s. d'eau pour obtenir 1,000 grammes du mélange; filtrez quand la liqueur est refroidie. (Deschamps, OFFICINE ou RÉPERTOIRE de Dorvault, p. 220.)

EAU DE TISSERAND.

Sang-dragon . . . . 100 grammes.
Térébenthine des Vosges. . . . . . 100 —
Eau . . . . 1000 —

Faites digérer pendant douze heures sur des cendres chaudes. (Fremy, OFF. de Dorvault.)

EAU DE NELJABIN.

Seigle ergoté pulvérisé . . . . . 125 grammes.
Cannelle . . . . 120 —
Ambre gris . . . . 30 —
Castoréum de Sibérie. . . . . . . 30 —
Baume de la Mecque . . . . 12 —
Baume du Canada . . . . 60 —
Romarin . . . . 750 —
Menthe poivrée . . . . 560 —
Huile de cajeput . . . . 15 —
Alcool rectifié. . . . . 500 —

Pour retirer 8750 d'eau hémostatique. (FORMULAIRE de Bouchardat.)

EAU DE MONTEROSI (DE NAPLES.)

Serait, d'après la PHARMACOPÉE RAISONNÉE de Guibourt, une eau distillée retirée de près de trente substances aromatiques.

EAU DE LECHELLE.

Paraît offrir les mêmes éléments de composition. (JOURN. DE CHIM. MÉD., juin 1843.)

EAU DE CHAPELAIN.

Ne renferme, d'après l'analyse de M. Happ, aucune substance inorganique.

BAUME DE COMPINGT.

N'a pas été analysé, mais nous a présenté une proportion assez grande d'une huile essentielle ou empyreumatique.

ERGOTINE DE M. BONJEAN (DE CHAMBÉRY).

L'ergotine est dissoute dans trois ou quatre fois son poids d'eau, lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie grave; et dans cinq ou six fois son poids d'eau, si l'hémorrhagie est plus légère.

EAU HÉMOSTATIQUE DE SEIGLE ERGOTÉ.

Ergot concassé. . . . . 100 grammes.
Eau bouillante. . . . . 500 —

Traiter par lixiviation. (Bouchardat, ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.)

EAU DE RABEL.

Acide sulfurique. . . . . 100 grammes.
Alcool . . . . 300 —

Mêler peu à peu en versant l'acide sur l'alcool. Laisser déposer, décanter et conserver dans un flacon pour l'usage. (Bouchardat.)

EAU DE MATICO.

Infusion ou macération de 15 à 30 grammes de feuilles de matico pour 200

grammes d'eau. A été recommandée et donnée, dit-on, avec succès. J'ai fait quelques applications de ces préparations, qui ne m'ont pas réussi.

Il paraît très-évident que la plupart de ces eaux hémostatiques n'ont que des propriétés toniques et excitantes, et l'on s'explique ainsi le discrédit général qui en a rejailli sur d'autres compositions d'un effet plus réel et plus utile.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

POURQUOI CERTAINES URÉTRITES NE GUÉRISSENT PAS; par M. BOYÉ.

A cette question, que tout praticien a si souvent eu l'occasion de se faire et le chagrin de laisser sans solution, M. Boyé répond qu'une des causes fréquentes de cette déplorable persistance consiste dans la diathèse scorbutique.

Mais la présence de cette cause générale ne se manifeste pas toujours, selon lui, par les mêmes caractères. Ainsi, lorsqu'elle complique une urétrite, la muqueuse est d'un rouge brun, et comme piquetée de petites taches blafardes. L'état anatomique de la petite portion de membrane urétrale qu'on peut explorer rappelle celui des gencives chez les scorbutiques, leur aspect fongueux, leur teinte violacée.

Parfois, il existe en outre sur la verge ou sur le scrotum des taches ou tumeurs fongueuses. Mais l'altération simultanée la plus commune dans ce cas est celle des gencives qui ont la couleur rouge brun, la mollesse, la tuméfaction, la facile disposition aux hémorrhagies qui constituent le scorbut. Si ce symptôme n'existe plus, on en retrouve des traces en interrogeant le malade.

Dix-neuf fois sur vingt-six, dit M. Boyé, j'ai trouvé l'urétrite scorbutique chez des sujets jeunes, forts, robustes, offrant plus que tous autres le tempérament sanguin. La maladie n'avait point encore amené cette débilité générale signalée par les auteurs. On voit donc que l'urétrite scorbutique peut se larver; et cela d'autant plus aisément que parfois l'écoulement en s'établissant opère un déplacement de l'affection gingivale qu'on ne retrouve plus, ce qui obscurcit le diagnostic.

Les lésions anatomo-pathologiques sont très-variables. Chez quelques malades, tout se bornait à un changement de couleur de la muqueuse; et ils n'accusaient de douleur qu'au méat. Chez d'autres, l'introduction de la sonde montrait une sensibilité de tout le canal. Dans quelques cas, en suivant l'urètre avec le doigt, on y sentait des irrégularités, de l'empâtement, des nodosités constituant des rétrécissements plus ou moins marqués.

La maladie est toujours de longue durée, et récidive facilement.

Le choix du traitement devrait, en apparence, être celui de l'affection scorbutique, et consister dans le régime végétal exclusif et l'usage des acides. Cependant, selon M. Boyé, le meilleur est de considérer la maladie comme une diathèse débilitante, et d'agir d'après ce principe, en adaptant la thérapeutique à l'idiosyncrasie de chaque sujet.

Les règles de ce traitement sont les suivantes.

Prendre une alimentation réparatrice en s'abstenant de liqueurs, de café et de bière, ainsi que des bains tièdes. A l'intérieur un grand verre de jus de cresson par jour, et une heure après, quatre capsules de copahu. Quelques préparations iodurées et ferrugineuses. Des bains de rivière.

Dans un tiers des cas il a fallu recourir aux cautérisations avec le nitrate d'argent à l'aide de la sonde de Lallemand. M. Boyé cautérise d'abord à 7 ou 8 centimètres de profondeur, deux fois à quarante-huit heures d'intervalle. Plus tard on cautérise vers le gland, et enfin dans toute l'étendue de la partie soupçonnée malade. Il faut quelquefois dix ou quinze cautérisations pour obtenir le succès.

Si M. Boyé avait constaté chez ses malades les attributs nettement dessinés du scorbut, ou s'il avait opéré des guérisons par l'emploi exclusif des agents antiscorbutiques, nous nous rangerions de son avis sur la réalité de l'étiologie qu'il propose. Mais en lisant sa description, on est, au contraire, frappé de voir que les symptômes dont elle offre le tableau se retrouvent tous et constamment dans la généralité des urétrites chroniques, chez des sujets qu'aucun antécédent, qu'aucune lésion actuelle concomitante n'autorise à considérer comme scorbutiques.

L'affection des gencives, signalée ici, n'est autre chose qu'une de ces fluxions sympathiques qui s'établissent, en pareil cas, si aisément sur les muqueuses, et dont les retours alternent avec ceux de la sécrétion pathologique de l'urètre.

Quant au traitement, il prouve à la fois le sens pratique de l'auteur et le peu de fondement de sa théorie; car il ne diffère en rien de celui qu'on emploie avec succès dans les formes ordinaires de la gonorrhée chronique. Ses bons effets s'expliquent donc parfaitement sous la supposition d'une diathèse dont il n'est, d'ailleurs, rien moins que le spécifique.

NÉVROSES FÉBRILES; par le docteur LIEGEY.

L'observation suivante donne un spécimen des *névroses fébriles* à formes variées qu'on observe depuis quelques années, au dire de l'auteur, dans la contrée des Vosges. Cette forme spéciale, la seule qu'il juge à propos de faire connaître, serait souvent le prodrome de fièvres pernicieuses de la nature la plus grave; d'où l'indication de la combattre dès le début avec énergie.

OBS. — Une petite fille, âgée de 3 ans et quelques mois, de constitution bilieuse, éprouva, du 20 au 29 octobre 1851, une toux bruyante, convulsive, bientôt accompagnée d'un mouvement fébrile (frisson, chaleur et sueur) peu intense. Un vomissement terminait presque toujours l'accès qui n'était pas de longue durée. Cet accès avait lieu matin et soir aux mêmes heures. L'enfant, à part un peu de pâleur et de diminution des forces, semblait jouir de sa santé habituelle pendant les intervalles; aussi ne fit-on aucun traitement.

Le 29, dès le matin, au lieu de l'accès habituel, l'enfant éprouve des coliques, suivies de plusieurs selles liquides, et dans l'après-midi, étant à l'école, elle est prise d'une syncope, suivie de plusieurs vomissements ayant lieu presque coup sur coup et s'accompagnant d'un refroidissement des extrémités. Rapportée chez ses parents dans cet état, elle continue à vomir de temps en temps.

M. Liegey ne peut voir l'enfant que le 28 dans la matinée. Les vomissements avaient cessé depuis la veille, vers la nuit; mais du délire leur avait bientôt succédé, et ce délire, dont l'invasion avait été marquée par un froid algide qui venait à peine de se dissiper, ne s'était terminé qu'à la pointe du jour par une sueur abondante. Lors de cette visite, il y avait encore de la fièvre caractérisée par la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et la coloration du visage.

Depuis ce moment jusqu'au 5 novembre, jour où l'enfant est entrée en convalescence, voici quel a été l'enchaînement des symptômes.

Chaque nuit il y eut un accès qui ne s'offrait guère deux fois de suite sous la même forme. Tantôt c'était le délire, tantôt le vomissement; une nuit, la forme croupale; une autre, la forme dysentérique; puis, comme dernier accès, reparut celle de la coqueluche. Toutes ces expressions morbides se trouvaient associées à un mouvement fébrile manifeste. Jusqu'au plus haut degré de la maladie, le stade de froid qui a marqué l'invasion de presque tous les accès fut le plus prononcé; mais à la période de délire, ce fut celui de chaleur, puis celui de sueur. Dans la nuit du 4 au 5, ce stade s'est seul produit avec l'accès de toux.

Dans les intervalles des accès, la petite fille se trouvait dans un état typhoïde qui, d'abord très-peu prononcé, alla croissant jusqu'au 2, mais sans atteindre cependant un degré très-élevé. A partir de ce jour, elle alla beaucoup mieux. Le 5, elle n'offrait plus rien de morbide qu'une toux grasse, de la pâleur et de la faiblesse, conséquence bien naturelle de tant d'assauts. Il s'était développé un *herpès labialis* et une éruption miliaire au visage. Le 6, convalescence complète.

Le traitement avait consisté surtout en préparations de quinquina à l'intérieur et en quelques doses de calomel. Les premiers jours, frictions générales, excepté sur les régions douloureuses (au rachis, par exemple, *où existait une vive sensibilité*), avec une décoction chaude de quinquina. Le sulfate de quinine est donné d'abord en lavement, puis par la bouche. Dans la période où l'état typhoïde fut le plus prononcé, on substitua au sel de quinine la poudre de quinquina et une légère infusion de café.

On ne peut méconnaître dans cet ensemble de phénomènes une fièvre rémittente pernicieuse, dont le caractère le plus remarquable est la mobilité des accidents. Les apparences de coqueluche qui ont marqué le début et la fin de la maladie ne se présentent pas communément dans les fièvres pernicieuses; mais les auteurs en contiennent des exemples. Seulement, il paraît que ce retour de la même forme symptomatologique à l'approche de la convalescence n'était pas propre au sujet de l'observation qu'on vient de lire, mais s'observait communément. Nous ne sachions pas qu'on ait fait encore une remarque de ce genre.

On ne peut qu'applaudir au traitement suivi par M. Liegey. Nous croyons, comme lui, que, dans des cas pareils, on ne saurait recourir trop tôt aux préparations de quinquina, et qu'on éviterait de graves accidents si on les employait dès la première manifestation des symptômes trompeurs de coqueluche.

II. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

NOUVEAU CAS DE BEC-DE-LIÈVRE MÉDIAN DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE; par M. BITOT.

Depuis le cas rapporté par Nicati, les observations de bec-de-lièvre médian

ne se sont pas multipliées autant qu'aurait pu le faire présumer l'assertion de Boyer, qui dit que le bec-de-lièvre occupe tantôt la partie moyenne de la lèvre supérieure, et tantôt l'un de ses côtés. M. Nélaton, seul, parle d'une pièce de ce genre que possède le Musée de Strasbourg, et d'un fait appartenant à Blandin. Cette rareté donne un nouveau prix à l'observation, d'ailleurs très-intéressante et très-complète, que M. Bitot vient de publier.

Pendant l'hiver de 1851, M. Bitot reçut à l'amphithéâtre de Bordeaux le cadavre d'un fœtus de sept mois environ, affecté d'une scissure médiane de la lèvre supérieure. Les bords de la fente, obliques en bas et en dehors, formaient un V dont le sommet était dirigé en haut et la base en bas. Ces bords, épais, arrondis, vermeils, comme les lèvres elles-mêmes, avaient leur angle supérieur de jonction réuni à l'extrémité postérieure des ailes du nez. Il n'y avait donc point de sous-cloison; et, à proprement parler, il n'existait qu'une narine. On constata également, par la vue ainsi qu'à l'aide d'un stylet, que la cloison n'existait pas. De plus, on sentit que l'ouverture postérieure des fosses nasales était obstruée par quelque corps étranger. Plus tard, en examinant la pièce, on reconnut que ces corps étrangers étaient deux os triangulaires, à sommet en haut, et obturant hermétiquement l'ouverture postérieure.

Chez ce sujet le crâne est déprimé au niveau de la fontanelle occipito-pariéto-temporale droite. Le front est fuyant, rétréci, les bases de l'orbite très-rapprochées; quatre millimètres seulement les séparent. Elles sont obliques en bas et en avant, les parois de l'orbite sont notablement moins étendues dans le sens antéro-postérieur qu'à l'état normal. La voûte et le plancher sont fortement obliques en bas. La face interne converge vers la ligne médiane, tellement que les os *planum* se touchent presque par leur bord postérieur.

Le rapprochement des bases de l'orbite est dû à la réunion des apophyses montantes des maxillaires supérieurs, par suite de l'absence des os carrés du nez. Toutefois, ce rapprochement des apophyses n'est immédiat que dans la moitié supérieure de leur bord antérieur articulé normalement avec les os du nez. La moitié inférieure est séparée de celle du côté opposé par un petit os conique, dont la base, tournée en bas, n'a pas plus de deux millimètres. Ce tubercule osseux est sans doute le représentant des os nasaux atrophiés.

Les bords de l'ouverture nasale antérieure, rétrécie par le défaut des os du nez, au lieu de se réunir sur la ligne médiane pour former l'épine nasale antérieure, se continuent directement avec la lèvre externe du rebord alvéolaire. C'est dire que les maxillaires supérieurs ne sont pas unis en avant. Dans le point le plus rétréci, près de cinq millimètres les séparent. Les alvéoles des incisives moyennes n'existent pas. La membrane gingivale se continue avec la pituitaire.

La voûte palatine offre cette concavité qui accompagne le bec-de-lièvre. Sa largeur, considérablement amoindrie, n'est que de dix millimètres, au lieu de quinze environ.

Il n'existe, au sphénoïde, qu'un seul trou optique. Du reste, les petites ailes et le corps de cet os sont évidemment atrophiés.

Nous ne suivrons pas M. Bitot dans les considérations d'organogénésie dont il accompagne cette observation, et qui militent en faveur de l'existence de l'os incisif et de son développement par deux pièces latérales distinctes. Nous préférons reproduire un conseil pratique qu'il donne sur la manière d'affronter les deux lèvres, préalablement avivées, de la fissure labiale. Selon l'auteur, on réussirait mieux en appliquant d'abord en travers une bandelette de caoutchouc vulcanisé, puis en faisant par-dessus cette bandelette la suture entortillée. Cette suture sèche empêcherait l'antre d'irriter autant les tissus, et permettrait de la renouveler quotidiennement, de manière à ne pas incarcérer la tuméfaction. Au quatrième jour, le fil serait définitivement enlevé; mais on laisserait encore la bandelette par précaution. N'est-ce pas, en effet, compromettre l'adhésion que de la livrer à elle-même dès le lendemain de l'opération, sans tenir compte des cris ni des mouvements des enfants?

OBSERVATION DE CROUP CHEZ UN ENFANT DE 5 ANS; TRACHÉOTOMIE; MORT TROIS JOURS ET SEIZE HEURES APRÈS L'OPÉRATION; par le docteur DUPUY.

La trachéotomie, comme on voit par le titre, n'a pas sauvé le malade; mais pratiquée *in extremis*, elle a évidemment reculé la mort de plusieurs jours. Le résultat parle donc plutôt pour que contre l'opération. Mais ce n'est pas le motif qui nous fait analyser ici le travail de M. Dupuy. Nous voulons consigner quelques remarques présentées avec autant de modestie que de bon sens au sujet des préceptes thérapeutiques donnés, dans une récente publication, par M. le professeur Trousseau.

M. Trousseau a beaucoup varié quant au moment où il convient d'opérer, et quant à l'utilité des cautérisations et des injections de liquides cathérétiques. En 1843, il enseignait qu'il fallait opérer dès qu'il y avait certitude de la présence de fausses membranes dans le larynx. Aujourd'hui il veut qu'on n'opère que dans l'imminence d'asphyxie. En 1843, il écouvillonnait la trachée, après l'opération, avec une éponge imbibée d'une solution de 1 gramme de nitrate d'argent sur 8 grammes d'eau distillée; il injectait, à deux ou trois reprises, 15 ou 20 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au *vingtième*; et ces deux pratiques, écouvillonnement et injections, étaient répétées les jours suivants. Aujourd'hui il les rejette absolument. La grande raison invoquée par le savant professeur, à l'appui de ce changement d'opinion, est la statistique. Sur 112 opérations pratiquées conformément aux anciens préceptes, il obtint 27 succès, soit 1 sur 4; 20 autres trachéotomies pratiquées à la même époque sans écouvillonnement, sans injections cathérétiques, donnèrent des résultats déplorables. Sur 18 opérations pratiquées conformément aux préceptes nouveaux, 8 guérisons : presque la moitié.

M. Dupuy fait remarquer, non sans raison, qu'entre ces deux extrêmes : opération dès la production de fausses membranes et opération quand l'asphyxie est imminente, il y a de l'espace, et que les faits mêmes invoqués par M. Trousseau semblent prouver que le moment opportun se trouve précisément dans cet intermédiaire. En effet, des 8 guérisons obtenues, 4 sont relatives à des opérations faites avant que l'asphyxie fût imminente. M. Dupuy indique le numéro des observations.

Il montre aussi que la statistique n'est pas aussi favorable que le pense M. Trousseau au précepte qu'il donne actuellement de n'employer ni écouvillonnement ni injections caustiques. A l'époque où il employait et préconisait cette pratique, 20 fois, dit-il, il négligea d'y recourir, et les résultats furent *déplorables*. Or ces 20 cas ne peuvent être regardés comme non avenus. Puisque la méthode qui a donné ces résultats est celle qu'il conseille aujourd'hui, il est bien clair qu'il faut joindre les 20 cas anciens aux 18 nouveaux, et alors on n'aurait plus 8 guérisons sur 18 opérations, mais bien 8 sur 38, c'est-à-dire environ 1 sur 5. Et comme l'ancienne méthode obtenait 1 succès sur 4 opérations, il en résulte que la statistique lui est plus favorable qu'à la nouvelle. M. Dupuy a soin, du reste, de faire ses réserves quant à la fréquence des écouvillonnements et des injections, et quant aux doses de nitrate employées, la première pratique de M. Trousseau lui paraissant un peu excessive, bien que préférable à sa pratique actuelle.

M. Trousseau a toujours rejeté le traitement ordinaire du croup après l'opération. Il se contente de donner des boissons, du lait, et le plus tôt possible quelques aliments. Comment des moyens internes, l'emploi du calomel, par exemple, qui avaient, à ses yeux, de l'efficacité avant l'ouverture de la trachée, cessent-ils d'en avoir immédiatement après? C'est ce qu'il est bien difficile de comprendre. Pourquoi encore ne pas aider l'enfant à se débarrasser des fausses membranes tombées ou formées dans la trachée, en provoquant quelques vomissements qui n'empêcheront pas la canule de se maintenir en place, comme on l'a vu maintes fois? M. Dupuy, qui pose ces questions, demande la réponse aux 18 nouvelles observations et nous avouons qu'elle ne paraît pas très en rapport avec les opinions actuelles de M. Trousseau.

Nous nous empressons toutefois de le reconnaître, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que la signification des faits rapportés par le professeur de Paris soit bien telle que la présente M. Dupuy. Nous n'avons pas ces faits sous les yeux. Mais nous avons cru utile de mettre sous les yeux du lecteur une critique tout à fait digne de son intérêt, et qui l'engagera peut-être à réfléchir avant de croire sur parole M. Trousseau affirmant qu'il s'est trompé pendant huit ou dix ans sur un point de pratique qui a été l'objet de ses plus vives préoccupations.

Nous appelons, en finissant, l'attention sur une observation de laryngo-trachéotomie pratiquée, avec succès cette fois, par M. Dupuy, dans un cas de laryngite œdémateuse, et dont le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX donne, dans son numéro de décembre, la relation détaillée.

OBSERVATIONS D'ALBUMINURIE; par le docteur COSTES.

Des quatre observations d'albuminurie publiées par M. Costes, trois se sont terminées par la mort; celles-là seules peuvent donc fournir des données positives relativement aux affections qui accompagnent fréquemment l'albuminurie. Or, dans ces trois cas, il y avait hypertrophie du cœur (2 fois du ventricule gauche, et 1 fois des deux ventricules). Dans un cas, les poumons étaient tuberculeux. Enfin les reins n'étaient altérés (congestion sans granulations) que dans un cas, qui n'est pas celui de la phthisie pulmonaire.

Les affections organiques du cœur et les tubercules paraissent décidément se lier assez souvent à l'albuminurie. En quoi consiste cette relation? Dans quel sens a lieu la filiation? Les maladies du cœur et la phthisie disposent-elles le sang à subir une altération dont l'albuminurie serait la conséquence? ou bien est-ce l'état anormal du sang qui amène consécutivement

des maladies du cœur et la phthisie, en même temps qu'il produit l'albuminurie? Nous le disions précisément dans notre dernier numéro, au sujet d'un travail du docteur Burnett, la science en est encore, sur ce point, aux conjectures. Ce qui nous paraît ressortir le plus clairement des faits qui vont se multipliant, c'est que le symptôme de l'albuminurie tend de plus en plus à se détacher de la maladie de Bright, à laquelle on l'avait d'abord rattaché presque exclusivement, et même de toute autre lésion des reins. Certainement, à la lecture des observations de M. Costes, on n'eût pas douté un instant de l'existence d'une altération rénale; elles offrent le tableau le plus complet des symptômes généralement rapportés à la *néphrite albumineuse*, et voilà que deux fois sur trois les reins sont à l'état normal, tandis que le cœur est hypertrophié et les poumons tuberculeux. Serait-il raisonnable d'établir une distinction fondamentale entre les deux premiers cas et le troisième, parce que les reins étaient malades dans celui-ci et non dans les autres? Ce n'est pas notre sentiment, et nous sommes bien plus disposé à ne voir, dans la lésion des glandes urinaires, qu'une complication qui peut exister ou manquer sans apporter aucun changement dans la nature fondamentale de la maladie. Comme le dit avec raison M. Costes, on a observé jusqu'ici des *concomitances*, mais non de véritables filiations étiologiques.

« L'état du sang, ajoute-t-il, semble bien plutôt expliquer comment la nutrition est altérée; comment, tour à tour, tel ou tel organe, ou même plusieurs à la fois, subissent quelque altération. L'infiltration dans les mailles du tissu cellulaire des diverses parties du corps et jusque dans l'interstice des masses musculaires, et enfin cette modification si singulière de l'urine par laquelle est porté en dehors de l'économie l'un des éléments essentiels du sang, et qui pourtant est reproduit avec tant d'abondance et d'opiniâtreté, tout nous dit que la crase du sang est altérée par une viciation spéciale de l'hématose. »

L'auteur rappelle en outre que le seul remède qui paraisse avoir eu jusqu'ici une action directe sur la maladie, à son début (l'acide nitrique), ne peut guère agir que sur le sang.

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 MAI 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

ORGANE DU TACT.

M. FLOURENS présente l'extrait suivant des recherches de M. Wagner sur l'organe du tact. Ce qu'on a appelé jusqu'ici les papilles du toucher présente deux ordres de papilles distinctes, savoir :

1° Les papilles vasculaires;
2° Les papilles nerveuses.

1° *Papilles vasculaires.* — Elles sont beaucoup plus nombreuses que les papilles nerveuses. Elles sont formées d'une anse vasculaire et d'une enveloppe. Le vaisseau qui forme l'anse a environ 1/200° de ligne; il est juste assez large pour laisser passer un filet simple de globules de sang.

2° *Papilles nerveuses.* — Ces papilles, entourées de papilles vasculaires, ne reçoivent pas elles-mêmes de vaisseaux. Elles contiennent un petit corps formé de membranes horizontalement superposées et ayant entre ces couches membraneuses de nombreux grains oblongs et d'un contour foncé. Les couches membraneuses, aussi bien que les grains, rappellent les formations analogues des corpuscules du Pacini.

Le corpuscule du tact est recouvert d'une enveloppe striée d'une finesse excessive.

Voici les rapports de ce corpuscule avec le système nerveux : Chaque fibre nerveuse primitive se divise en branches plus fines, lesquelles se subdivisent encore. Les plus fines, au nombre de une, deux et même trois, se dressent perpendiculairement vers la surface de la peau pour entrer dans les papilles et les corpuscules, soit par leurs bases, soit par leurs côtés.

Ces corpuscules doivent être l'appareil du toucher, puisque seuls ils reçoivent des nerfs. Ils méritent le nom de corpuscules du tact, *corpuscula tactûs*.

— M. BAUDENS lit un mémoire intitulé : DE L'ENTORSE ET DE SON TRAITEMENT CURATIF. (Nous publierons ce travail textuellement.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Trois lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° Un mémoire de M. le docteur Achille Désidério (de Venise), sur un moyen qu'il croit avoir découvert pour guérir les personnes atteintes de choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Une demande d'analyse et de rapport sur les sources minérales de M. Larramian, à Cauterets. (Comm. des eaux min.)

3° Un rapport de M. le docteur Chevalier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850.

— M. GUILLO, officier de santé à Prades, adresse l'état des vaccinations qu'il a pratiquées dans le courant de l'année 1851. (Comm. de vaccine.)

— M. PENCHINAT, médecin à Port-Vendres, adresse l'état des vaccinations pour la même année. (Même comm.)

— M. BETTI (de Florence) adresse une lettre dans laquelle il réclame, en faveur de Vacca Bellinghiri, son compatriote, la priorité de la propagation de la vaccine en Europe, que M. Dubois, dans son Éloge de Hallé, avait attribuée à ce médecin.

— M. LÉON LAFAGE, médecin à Saint-Vincent-sur-Lot, écrit pour préconiser l'usage du chlorure de soude en lavement comme purgatif.

— M. PARKIN adresse une notice imprimée (en anglais) sur le choléra.

— M. LECANU prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté.

— M. GIRAULT, médecin à Onzain (Loir-et-Cher), dépose une lettre cachetée renfermant le moyen de remplacer le sulfate de quinine par une substance indigène qui a la même vertu.

— M. REYNAL, chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie, section de médecine vétérinaire.

— M. POISEUILLE lit un rapport officiel sur un appareil dit frictionneur, auquel l'inventeur attribue la propriété de combattre les douleurs rhumatismales et les démangeaisons psoriques, etc., et qui, aux termes du rapport, ne peut fixer l'attention du ministre sous aucun rapport. (Adopté.)

Le même membre fait un second rapport officiel sur des *fauteuils-lits* destinés aux personnes malades ou blessées.

La commission propose de répondre que ces fauteuils, bien que paraissant offrir quelques avantages sur les fauteuils du même genre, ne peuvent être l'objet d'une appréciation essentiellement médicale. (Adopté.)

DE LA SUPPURATION DU RHUMATISME MUSCULAIRE.

M. MICHEL LÉVY lit sur ce sujet le rapport suivant :

L'Académie a reçu successivement de M. le docteur Chrestien (de Montpellier), deux observations puisées, l'une dans la pratique privée de ce médecin, l'autre dans la clinique de la Faculté, et destinées à démontrer que le rhumatisme est susceptible de se terminer par suppuration. Ces deux communications datent, la première, du 4 juillet 1850, et la seconde du 13 février 1851, et vous m'avez chargé, avec M. Martin-Solon, de vous faire un rapport. Personne, je l'espère, ne me reprochera le retard que j'ai mis à le présenter : M. Chrestien a pu, dans cet intervalle, joindre une seconde observation à celle qu'il vous avait d'abord adressée isolément, et fortifier au moins dans sa pensée les conclusions qu'il avait formulées dans sa première lettre; engagé d'ailleurs dans un concours qui vient à peine de se terminer, sa position nous commandait une réserve qui nous aurait gênés dans l'examen des faits qu'il a soumis au jugement de l'Académie. D'un autre côté, les questions vraiment scientifiques ont toujours leur opportunité; tant qu'elles attendent une solution, il est utile de les replacer dans vos discussions, et quiconque promet la lumière d'une découverte ou seulement d'un fait bien observé, est assuré d'obtenir en tout temps votre attention.

Les deux observations que nous devons à M. Chrestien se rapportent au rhumatisme musculaire. On a dit que l'étude du rhumatisme se complique et s'obscurcit par degrés des muscles aux articulations, de celles-ci aux viscères; à nos yeux, c'est le rhumatisme articulaire qui présente encore le moins d'incertitude et de difficultés; si, comme le rhumatisme musculaire et viscéral, il nous échappe dans son essence, il se caractérise clairement par l'ensemble et l'évolution de ses phénomènes : état fébrile, symptômes locaux appréciables, marche presque toujours régulière, terminaison prévue dans l'immense majorité des cas, complications ou coïncidences qui affectent certains organes. Le rhumatisme musculaire embarrasse par sa simplicité même : presque toujours apyrétique, sans rougeur ni tuméfaction, rarement avec élévation de température, sa forme symptomatologique se réduit à la douleur, douleur mobile, erratique, plus ou moins vive et toujours augmentée par les efforts de contraction musculaire, mais disposée de manière à se dérober aux localisations névralgiques. Voilà tout; c'est-à-dire une maladie qui ne se dénonce pas aux sens explorateurs du médecin, qui n'existe que dans les sensations du malade, ou pour user du langage scolastique, à symptômes purement subjectifs. Dire qu'à la suite de cette maladie, qui se résume dans le symptôme *douleur*, le pus se forme avec abondance, se dépose entre les faisceaux musculaires, et jusque dans leur épaisseur, infiltre leur tissu et donne lieu à des foyers multiples, comme dans les observations publiées par Latour et Pinel, ou produit des abcès sous-aponévrotiques dans la région temporale et temporo-pariétale, comme dans les deux faits de M. Chrestien, c'est s'obliger à administrer, jusque dans leur plus minutieux détail les preuves de cette terminaison du rhumatisme musculaire, parce qu'elle est généralement contestée, parce que les rares exemples qu'on en a rapportés ont excité un doute légitime, et plus un fait médical s'é-

carte de l'observation vulgaire, plus il importe de l'entourer de tous les éléments d'une rigoureuse démonstration. Il y a longtemps qu'on a fait ressortir ce qu'il y a d'erroné dans les observations de suppuration rhumatismale publiées par Latour et Pinel ; examinons celles de M. le docteur Chrestien.

Dans la première, que l'auteur a recueillie en 1846, il s'agit d'un postillon âgé de 47 ans, et d'une forte constitution, qui, à peine débarrassé d'une douleur au sein gauche par le repos, la diète et les sueurs, est pris d'une vive douleur dans la région temporo-pariétale droite. Le 2 janvier, M. Chrestien l'examine pour la première fois et prescrit 10 sangsues à l'anus, et pour le lendemain matin, 1 gramme 20 centigrammes d'ipécacuanha, à cause de l'enduit jaunâtre de la langue. Persistance de la douleur, et le 4 janvier, d'après l'état de la langue ; on donne une potion purgative ainsi composée :

Manne . . . . 72 grammes.
Pulpe de tamarin . . . . 16 —
Follicules de séné . . . . 8 —
Fleur de pêcher . . . . . 1 pincée.
Écorce d'orange amère, pour aromatiser.

Le 8, la douleur n'avait pas cédé, malgré la purgation ; 15 sangsues derrière l'apophyse mastoïde droit ; ensuite pédiluve alcalin très-chaud. Le 12, 15 autres sangsues au même lieu, les téguments de la région temporo-pariétale s'étant tuméfiés, et, ajoute l'auteur, « l'articulation temporo-maxillaire droite dut » participer à cette hypertrophie des divers tissus, car l'ouverture de la bouche » devint difficile. » — Je continue de citer le texte de l'observation : « Le 12, » voyant l'insuccès des antiphlogistiques, je tournai mes regards vers les déri» vatifs cutanés, et je prescrivis des frictions sur toute la branche ascendante » droite du maxillaire inférieur avec une pommade composée de 20 centigr. de » vératrine sur 4 grammes d'axonge rancie. » Le 13, saignée couenneuse de 250 grammes, pratiquée sur les instances du malade, et continuation des frictions. La douleur ne se fait plus sentir que dans le conduit auditif. Le 17, enduit jaunâtre et visqueux de la langue ; 32 grammes de sulfate de soude. Le 18, dit M. Chrestien, le postillon crut pouvoir reprendre les rênes de ses chevaux ; mais le 25, frisson ; le 26, retour de la douleur dans la région temporo-pariétale droite ; saignée du bras, et pilules sudorifiques du professeur Golfin, dont voici la formule :

Antimoine diaphorétique bien lavé . . 8 grammes.		pour 68 pilules.
Résine de gayac . . . . 6 —		
Extrait de ciguë . . . . 4 —		
— d'aconit. . . . . 2 —		
Poudre de digitale . . . . 2 —		

Cependant, la douleur devenant de plus en plus vive, on applique un vésicatoire à chaque bras. Les téguments de la région temporo-pariétale droite se tuméfient de nouveau.

Le 8 février, fluctuation ; une ponction est faite avec un bistouri à lame étroite, qui ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus ; le 11, nouvelle ponction suivie, dit l'auteur, « d'une véritable évacuation de pus, ensanglanté par » quelques rameaux de l'artère temporale. » Le 12, la tuméfaction a reparu : troisième ponction ; « j'ouvris, dit l'auteur, une véritable collection purulente. » La suppuration devint même si abondante, que le 15, je me crus obligé d'in» ciser largement les tissus épicraniens de la région temporale droite..... La » douleur fut victorieusement combattue à dater de ce jour-là ; aussi le malade » consentit-il à de nouvelles incisions qui furent nécessaires ensuite pour éviter » le décollement des parties molles et la mortification du tissu osseux. »

Le 3 mars, il se manifeste une douleur des plus vives au genou gauche, sans gonflement ni rougeur, et qui ne cède qu'à l'application d'un large vésicatoire.

Le 10, cicatrisation des incisions faites dans la région temporo-pariétale droite ; convalescence ; à la fin du mois, la guérison est complète.

Et en terminant cette observation dont je n'ai omis aucun détail important, l'auteur exprime l'opinion que la douleur ressentie par son malade à la région temporo-pariétale droite, était de nature rhumatismale ; il pense que ce caractère étiologique est prouvé : 1° par la profession du sujet qui était exposé à l'intempérie de la saison, quand il est tombé malade ; 2° par l'absence de toute cause productrice de l'inflammation ; 3° par la récidive qui a été notée le 25 février ; 4° par l'apparition d'une douleur semblable au genou droit, et sa guérison à l'aide d'un vaste vésicatoire ; 5° par l'exemple d'un fils de ce postillon qui, atteint de rhumatisme articulaire le 2 octobre 1846, a succombé le 18 mars 1847. Ce dernier fait n'étant que mentionné par M. Chrestien, et comme en passant, il nous est impossible de l'apprécier, et force nous est de l'écarter de la discussion. La nature rhumatismale de la douleur survenue le 3 mars au genou gauche, n'est pas démontrée, même par l'efficacité du vésicatoire, car il n'est pas à notre connaissance que ce moyen ait la valeur d'un spécifique dans le traitement du rhumatisme articulaire et suffise à la vérification du diagnostic, en l'absence de tout autre symptôme qu'une douleur fixe et persistante. En admettant d'ailleurs que telle fût la nature de la douleur ressentie le 3 mars au genou gauche, on n'en peut induire rien de positif quant à celle des accidents qui se sont manifestés dans la région temporo-pariétale droite deux mois auparavant, et qui ont suivi une marche très-différente : *post hoc, ergo propter hoc*, c'est là une erreur qui se glisse journellement dans les explications étiologiques. Un phlegmon sous-aponévrotique peut se développer chez un individu habituellement rhumatisant, et tel serait tout au plus le cas du postillon traité par M. Chrestien, et tel était aussi le cas du malade dont Pinel a rapporté l'observation dans sa NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE, comme un exemple de suppuration rhumatismale, observation si judicieusement analysée par M. Requin. La prétendue récidive que M. Chrestien fait valoir comme une preuve de rhumatisme n'est autre chose que l'expression symptomatique de la formation du pus ; le frisson qui l'a signalée le 25 janvier, la douleur aiguë qui s'est renouvelée le lendemain dans la région temporo-pariétale, la tuméfaction rapide de cette partie, la fluctuation manifeste, enfin, le 8 février, ne laissent aucun doute à cet égard ; l'abondance de la suppuration confirme cette interprétation des phénomènes que M. Chrestien considère comme une récidive de rhumatisme. Est-il nécessaire de réfuter les arguments fondés sur l'état de l'atmosphère ? Les intempéries de la saison et surtout les froids de l'hiver sont tout aussi bien une cause occasionnelle d'affections phlegmasiques que de maladies rhumatismales. Suivant nous, M. Chrestien a commis, dans l'appréciation du fait dont il s'agit, l'erreur où sont tombés Latour et Pinel ; c'est se tromper en bonne compagnie, quoiqu'à long intervalle et à une époque où l'exploration clinique est arrivée à un plus grand degré de précision et de netteté. Il a pris pour un rhumatisme un phlegmon sous-aponévrotique de la région temporo-maxillaire droite ; ce qui a peut-être contribué à l'entraîner dans cette manière de voir, c'est l'extension phlegmasique à l'articulation temporo-maxillaire, et c'est encore là une particularité souvent observée dans les inflammations phlegmoneuses qui siégent au voisinage d'une articulation. Il n'est point jusqu'aux suites de la première ponction qui ne rentrent dans les données classiques de l'art sur les abcès sous-aponévrotiques ; on a souvent remarqué qu'il peut se passer plusieurs jours après l'incision exploratrice comprenant l'aponévrose d'enveloppe, avant que le pus, d'ailleurs bien formé et rassemblé en collection, ne se porte vers l'ouverture pratiquée à l'aponévrose (1), et c'est ce qui est arrivé à M. Chrestien.

Nous laissons aux chirurgiens le soin de juger la marche qu'il a suivie dans le traitement de cette affection et de prononcer si, au lieu de ponctions répétées, il n'eût pas été préférable d'inciser largement les parties enflammées ; leur texture serrée, les aponévroses très-fortes de la région temporo-pariétale qui expliquent l'intensité des douleurs ressenties par le malade, nous semblent justifier ce dernier précepte. Quoi qu'il en soit notre rôle est simplement ici de constater, en guise de conclusion, que le premier des deux faits communiqués par M. le docteur Chrestien n'a point la signification qu'il lui attribue, et qu'il ne constitue pas un exemple de suppuration rhumatismale.

Le deuxième fait n'a pas été observé directement par M. Chrestien ; il s'est rencontré parmi les observations recueillies à la clinique de la Faculté de Montpellier par un élève qui subissait devant lui le cinquième examen : « L'observa» tion que j'ai l'honneur de vous signaler, dit M. Chrestien dans sa lettre du » 22 janvier 1851, et de vous adresser pour que vous jugiez vous-même de la » ressemblance qu'elle offre avec celle du postillon de diligence, n'a pas été » rédigée dans le but de prouver le cachet rhumatismal, mais bien la valeur » de l'anesthésie locale ; aussi le mot de rhumatisme n'y figure-t-il pas du tout ; » mais en la lisant avec attention on voit que, comme Panafieu (sujet de la » première observation), Brulou a été pris d'abord de fièvre catarrhale qui s'est » localisée dans le tissu musculaire et aponévrotique de la région temporale, et » que l'état rhumatismal a succédé à l'état catarrhal dont il n'est le plus sou» vent qu'une modification ou dégénérescence. » Nous demandons la permission de laisser à l'écart les questions de doctrine et de pathogénie qui sont indiquées et même tranchées dans ce passage, pour entrer immédiatement dans l'examen du fait que l'on nous présente comme un deuxième exemple de terminaison suppurative du rhumatisme musculaire ; toutefois nous éprouvons un scrupule de convenance que vous apprécierez : le fait dont il s'agit appartient à la clinique de M. Alquié, et ce n'est point le savant professeur qui le livre à notre jugement ; ce n'est point lui qui s'est avisé de le relier aux affections rhumatismales, ou plutôt nous ignorons à quel point de vue il l'a envisagé ; nous n'avons donc pas à discuter le diagnostic de l'habile professeur de Montpellier et moins encore le traitement qu'il a mis en usage ; nous n'avons même pas à controverser le fait clinique en lui-même, mais tout simplement l'interprétation étiologique que M. le docteur Chrestien y attache, la ressemblance qu'il y reconnaît avec les conditions de son propre malade. Sous le bénéfice de cette réserve interrogeons la feuille clinique que l'on nous adresse sans rédaction préalable, comme pour nous livrer le rhumatisme en flagrant délit de suppuration.

Un sous-officier du 38e de ligne, âgé de 28 ans, robuste et d'une santé intacte, subit un refroidissement intense et prolongé sur le lit de camp d'un corps de garde ; le lendemain tuméfaction considérable et douloureuse de la joue gauche, œdème de la paupière, céphalalgie, douleurs lancinantes dans l'oreille ; au bout de huit jours, suintement purulent par l'oreille, qui diminue par l'application d'un vésicatoire ; en même temps la joue est désenflée, et le malade se croit guéri ; quinze jours après douleurs vives à la région temporale qui s'est tuméfiée, ainsi que la joue et l'intérieur de la bouche, mastication et déglutition difficiles. Le 22 novembre 1850, le malade entre à l'hôpital ; le moindre mouvement de la mâchoire inférieure détermine une douleur vive à son angle et vers l'articulation où existe une tumeur assez considérable ; au-dessous du point tuméfié on croit sentir de la fluctuation ; on soupçonne un abcès sous l'aponévrose temporale, et pour l'empêcher de fuser dans la région zygomatique, on pratique de haut en bas une incision d'un centimètre qui intéresse la branche antérieure de l'artère temporale, et ne donne issue qu'à du sang. Le 23, la tuméfaction est moins prononcée. Le 24, céphalalgie, otorrhée plus abondante, la tuméfaction et la fluctuation persistent. Le 26, nouvelle incision, précédée de l'application locale d'un nouveau liquide anesthésique, application dont nous passons sous silence les détails ; l'incision faite dans le même sens que la pre-

(1) COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, par Bérard et Denonvilliers, tome I, page 193.

mière n'amène pas de pus; on y introduit une mèche que l'on recouvre d'un cataplasme. Le 27, le pus se présente au pansement; mais, dit la feuille que nous analysons, l'abcès n'est pas encore ouvert. Le 28, écoulement très-abondant par l'oreille, fluctuation très-considérable vers l'abcès. M. Alquié introduit des pinces à dissection au-dessous de l'aponévrose temporale un peu relâchée et en les retirant en sens inverse sur leurs branches, il donne issue à une quantité considérable de pus crémeux et strié de sang. Le 29, moins d'écoulement par l'oreille, l'incision fournit un pus assez abondant. Le 30, l'otorrhée est tarie complétement, l'abcès temporal s'est affaissé, et jusqu'au 8 mars, jour de la sortie, tout marche vers une prompte guérison.

Voilà, messieurs, un deuxième cas de phlegmon sous-aponévrotique; la feuille clinique où il est relaté est signée par M. Alquié, et les réflexions intercalées par l'élève écho des explications données au lit du malade n'autorisent pas à croire que le professeur l'ait envisagé autrement. C'est donc à M. le docteur Chrestien que revient l'interprétation énoncée plus haut; c'est lui qui a vu dans ce cas une fièvre catarrhale qui s'est localisée dans les tissus de la région temporale, et un état rhumatismal consécutif à l'état catarrhal. Il me paraît inutile de discuter cette opinion qui relève d'une doctrine pathogénique très-générale; le point de clinique et d'anatomie pathologique que M. Chrestien s'était proposé d'éclairer ne peut être décidé que par des résultats d'observation, non par une simple induction et comme par un artifice d'interprétation étiologique. Les faits bien observés ont une signification qui leur est propre, et manquent d'élasticité pour les théories. Il serait oiseux d'insister sur les caractères si tranchés de celui qui a été emprunté à la clinique de M. le professeur Alquié, et personne ici ne l'admettra comme une preuve de la terminaison du rhumatisme musculaire par suppuration.

En réduisant à leur valeur les deux observations qui précèdent, nous n'avons pas la prétention de nous inscrire ni contre celles qui existeraient à notre insu dans les annales de la science, portant en soi cette démonstration, ni contre celles qui surgiront ultérieurement pour la solution affirmative du même problème. En médecine, il ne peut y avoir de convictions irrévocables ni de parti pris contre les faits; mais le devoir est d'y regarder de près. Ceux qui ont été successivement produits pour établir la réalité de la suppuration rhumatismale, extrêmement rares par rapport au nombre immense de rhumatismes qu'on observe, laissent à désirer pour l'exactitude et le complément de la preuve. Je n'excepterai pas entièrement de cette remarque le cas d'ailleurs si intéressant que M. Andral (1) a communiqué en 1850 à l'Académie; sans doute le pus s'est montré dans deux articulations, la synovie a paru trouble dans une troisième articulation, les membranes synoviales étaient merveilleusement injectées, etc. Mais les altérations les plus saillantes de l'inflammation manquent-elles aux suppurations articulaires qui signalent la fièvre puerpérale, la méningite céphalo-rachidienne? La malade traitée par M. Andral est une femme âgée de 67 ans, pâle et faible, épuisée par une pneumonie antécédente; trois articulations sont frappées dès le début et demeurent engagées jusqu'à la fin: où est la mobilité si caractéristique du rhumatisme? La marche et l'issue de la maladie se décident et avec une rapidité fatale, contre la loi ordinaire du rhumatisme, dit M. Andral lui-même, et, malgré l'absence de toute autre lésion cadavérique, je ne puis me défendre de soupçonner ici une condition générale de l'organisme, exprimée par l'adynamie d'emblée, condition que la nature des localisations articulaires me dispose à rattacher à la pyohémie.

Malgré les remarquables travaux de nos contemporains, il reste beaucoup à nous apprendre sur le mécanisme de la pyogénie, sur les conditions qui la favorisent, sur ses rapports avec l'inflammation, et quand il serait démontré que le rhumatisme articulaire et musculaire peut être suivi de suppuration, la nature de cette affection serait-elle dévoilée? L'inflammation, même suppurative, est-elle l'élément initial, régulateur de l'évolution morbide que l'on appelle rhumatisme? La solution complète du problème n'est pas au bout de cette recherche, c'est-à-dire au bout du scalpel; mais il ne faut pas moins encourager ces investigations qui sont l'une des voies du progrès scientifique, et plein d'estime pour tous les efforts qui tendent vers ce but, nous avons l'honneur de vous proposer de remercier M. le docteur Chrestien de sa communication et de déposer aux archives les documents dont nous avons rendu compte.

M. Piorry pense qu'il y a à côté de la question soulevée dans le rapport de M. Lévy, une question plus capitale encore, c'est celle du rhumatisme en général. Qu'est-ce que le rhumatisme? Y a-t-il quelque chose de spécial, un être, une maladie, un agent quelconque qui doive être appelé rhumatisme? M. Piorry ne le pense pas. Il existe des arthrites qui ne diffèrent en rien des inflammations ordinaires, si ce n'est qu'elles ne se terminent que très-rarement par suppuration, bien qu'il en ait vu lui-même quelques exemples ainsi que M. Bouillaud et Dupuytren. Quant à ce que l'on appelle des rhumatismes musculaires, ce sont des affections de nature diverse, tantôt des maladies de l'utérus, des ovaires ou bien des vertèbres, que l'on prend pour des lumbago, tantôt des névralgies sciatiques ou intercostales, des douleurs superficielles des os, etc. Le rhumatisme, suivant M. Piorry, n'existe point, il a été inventé à une époque où les connaissances anatomiques étaient trop peu avancées pour qu'on pût se rendre compte de l'origine et du siége des douleurs que l'on a confondues sous ce nom. Quant aux faits qui font le sujet du rapport de M. Lévy, ce sont, comme l'honorable rapporteur l'a très-bien démontré, des cas de phlegmons sous-aponévrotiques.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la délibération sur le rapport de M. H. Gaultier de Claubry.

(1) Bull. de l'Acad. de méd., 1850, p. 1019.

M. le président soumet préalablement au vote de l'Académie la proposition suivante, délibérée en conseil d'administration :

« Toutes les fois qu'un médicament nouveau sera soumis à l'appréciation de l'Académie, les commissions chargées de faire le rapport devront se borner à déclarer, dans leurs conclusions, s'il y a lieu ou non à appliquer au remède nouveau les dispositions du décret du 3 mai 1850. »

Cette proposition, développée et vivement appuyée par MM. Orfila et Adelon, est adoptée.

Deux propositions supplémentaires sont faites par M. Soubeiran, consistant : 1° à demander que deux médecins fassent toujours partie des commissions chargées d'examiner la valeur d'un remède, et que ces deux médecins se livrent séparément à des expériences cliniques; 2° à déclarer qu'à l'avenir les rapports sur des remèdes ne seront discutés que dans une séance subséquente et après impression du rapport.

Sur l'observation faite par M. le président et par plusieurs membres, que ce sont là des dispositions d'exécution qui, aux termes du règlement, doivent être laissées à l'appréciation du bureau, ces deux propositions ne sont pas adoptées.

L'Académie passe ensuite à la délibération sur les conclusions du rapport de M. H. Gaultier de Claubry. Après une longue discussion très-confuse et très-animée à laquelle prennent part MM. Chevallier, Guibourt, Soubeiran, Lecanu et M. le rapporteur, l'Académie décide que les conclusions seront de nouveau renvoyées à une nouvelle commission.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR LE PRINCIPE ACTIF DE LA CIGUË (CONICINE), ET DE SON MODE D'APPLICATION AUX MALADIES CANCÉREUSES ET AUX ENGORGEMENTS RÉFRACTAIRES; par MM. Devay et Guilliermond. — Un vol. in-8° de xv-98 pages. — Paris, 1852; chez Baillière et Masson. Lyon, chez Savy.

Le titre de cet opuscule suffit de reste à lui garantir l'accueil empressé des lecteurs d'élite. Par l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la pathologie des affections cancéreuses, au milieu de l'engouement aveugle du public charlatanisé et de la fataliste indifférence de la plupart des savants, c'est plus qu'une consolation, c'est comme un espoir de réhabilitation pour nous tous médecins, de voir enfin sortir de notre sein une protestation sérieuse contre ce dogme de l'incurabilité si universellement répandu, si malheureusement justifié jusqu'ici. La protestation, hâtons-nous de le dire, porte en elle quelque chose de mieux qu'une vaine critique. Si elle condamne le passé et le présent de la pratique médicale, ce n'est que pour mieux en éclairer l'avenir: Elle ne se borne ni à des appréciations ni à des conseils : elle donne à la fois le précepte et l'exemple. C'est, en un mot, un remède nouveau ou tout au moins renouvelé contre les maladies cancéreuses qu'elle propose, et — ce qui vaut mieux — qu'elle a déjà appliqué avec succès.

Préoccupés depuis longtemps de l'impuissance de notre art dans ces terrifiantes maladies, les honorables auteurs avaient, comme tant d'autres, reconnu à trop fréquentes reprises l'inanité des spécifiques les plus accrédités, de la ciguë, entre autres, sous toutes les formes que la pharmacie lui donne. Et cependant en lisant attentivement les observations des praticiens du siècle dernier qui ont publié des cas de cancer guéris par l'emploi de la ciguë, ils ne pouvaient se persuader que des hommes d'un tel mérite eussent constamment été le jouet d'une illusion; que Storck, Cullen, Van Swieten, qui déclarent avoir guéri par cet agent de véritables cancers, se fussent, sans une seule exception, mépris sur le diagnostic ou sur la terminaison de la maladie!... Cette apparente contradiction était à la fois un défi et un trait de lumière; et les honorables auteurs se trouvaient justement associés dans les meilleures conditions pour relever l'un et profiter de l'autre. Posée en ces termes, toute la question consistait effectivement en un problème de chimie organique à résoudre, et ensuite à démontrer résolu. Il s'agissait de retrouver, de perfectionner, s'il était possible, la préparation qui, en d'autres mains, avait donné à la ciguë un pouvoir curatif que notre siècle s'est vu forcé de lui refuser, puis de prouver expérimentalement que le but de cette recherche était atteint.

Or ce produit actif, ce principe immédiat de la ciguë avait déjà été découvert par Brandes dans les semences fraîches de la plante, reconnu toxique par Giseck en 1827, mieux isolé et dénommé *conéine* par Geiger en 1832. Mais malheureusement cet alcaloïde énergique est très-altérable à l'air et par l'action de la chaleur; dans ces conditions, sa décom-

position est inévitable, de sorte qu'on ne peut le distiller sans qu'il donne, par sa transformation, naissance à de l'ammoniaque et à une matière résineuse. Il est donc presque impossible de conserver dans les préparations ordinaires de ciguë un principe qui se décompose avec tant de facilité; car pour l'obtenir on est obligé de soumettre la plante à tous les agents qui le détruisent si rapidement, telles que la dessiccation, la préparation de l'extrait à l'aide de la chaleur et des évaporations.

La première préoccupation, et à coup sûr la plus naturelle, de MM. Devay et Guilliermond devait être celle de séparer, d'obtenir, sous forme fixe, ce principe si fugace. Sous ce rapport, leur attente a été déçue, et ils ne sont arrivés qu'à déterminer un point à la vérité fort important, c'est que l'alcool est le meilleur dissolvant des semences de ciguë, et que pour les épuiser de leur principe actif il faut moins de ce véhicule que de tout autre. L'alcool a de plus la propriété de conserver la conicine et de la mettre à l'abri de toute décomposition. Ce produit traité par l'éther recèle la conicine; il est extrêmement vénéneux; c'est, selon les auteurs, de la conicine pure, mais sans doute à l'état d'hydrate. Mais encore au bout de quelques jours il se décompose et devient beaucoup moins actif.

Aussi, malgré de nombreux essais, dont on compulsera avec fruit la série intéressante et judicieusement dirigée, les auteurs ont-ils renoncé à employer la conicine pure. Ils l'ont bien administrée — sous forme d'extrait de semences — à des animaux, et ont vérifié dans ces cas la puissance de son action rapidement mortelle. A ce propos même, leurs recherches ont abouti à un fait des plus remarquables; car ils ont incidemment trouvé dans le tannin, donné à dose double de celle de la substance toxique, le contre-poison de toutes les préparations de ciguë. Mais enfin l'altérabilité irrémédiable de ces composés leur a fait préférer pour l'usage médical un produit beaucoup plus simple, la poudre de semences de ciguë. Comme, d'après leurs travaux, la conicine abonde dans la semence de ciguë, il suffit de la réduire en poudre et d'en former des pilules qui, recouvertes d'une couche de sucre, doivent se conserver indéfiniment. Ils ont donc composé deux sortes de pilules, celles nº 1 contenant, d'après leur appréciation, chacune un demi-milligramme de conicine; puis des pilules nº 2 plus énergiques des 4/5, et destinées à remplacer, plus commodément pour le malade, les premières, après qu'il s'est accoutumé à l'effet de celles-ci, dont on commence l'administration par une le matin et une le soir. Il existe aussi un sirop de conicine. Pour l'usage externe, le *baume de conicine* mérite mieux ce nom que les précédents remèdes; car c'est une véritable dissolution dans la graisse, de la conicine dégagée des principes qui la retenaient dans sa combinaison naturelle. Aussi, on peut le dire par anticipation, rend-elle les plus grands services dans la thérapeutique locale des affections tributaires de la ciguë.

Ce rapide exposé de la partie chimico-pharmacologique du travail de MM. Devay et Guilliermond suffit pour en montrer la portée comme aussi pour faire juger du complément qu'il reste encore à lui donner. Si les auteurs ont réussi à prouver que les semences de ciguë sont la partie de la plante qui contient le plus de conicine, si l'on doit reconnaître qu'ils ont rendu à la médecine un véritable service en substituant à des préparations notoirement impuissantes un produit dont le pouvoir toxique garantit les vertus curatives, tout n'est pas terminé sur ce point; et il ne faut pas que le mot de *conicine* inscrit sur le titre de l'opuscule expose les lecteurs à une illusion dont MM. Devay et Guilliermond ont eu le bon esprit de se préserver. La poudre de semences de ciguë n'est pas plus de la conicine que le quinquina pulvérisé n'est de la quinine, que la noix vomique n'est de la strychnine. Avec cette substance le thérapeutiste se trouve en possession d'une arme énergique; mais, encore une fois, cette arme n'a ni la sûreté, ni la précision d'action des autres alcalis végétaux récemment conquis par la matière médicale. Chaque semence renferme beaucoup de conicine, je l'accorde; mais est-ce là ce principe régulier dans sa composition et ses résultats, comme la quinine, par exemple; toujours identique, de quelques plants qu'il provienne; dont l'effet progresse dans la même proportion que les doses; que le médecin en un mot peut manier sans que l'appréhension de l'inefficacité l'expose au danger de l'intoxication, et *vice versâ?...* Non, certainement. Les honorables auteurs l'ont reconnu dans plus d'un passage; et nous aimons à penser que cette lacune, objet de leurs préoccupations intéressantes, ne demeurera pas longtemps pour eux non plus que pour les amis de la science un stérile regret.

C'est à l'application que se juge la valeur des découvertes; mais c'est en médecine—là surtout où elle devrait être de rigueur—que les inventeurs, et pour cause, redoutent principalement cette épreuve. MM. Devay et Guilliermond, trop convaincus pour la craindre, trop sérieux pour l'éluder, l'ont, au contraire, abordée avec une loyauté qui a immédiatement trouvé sa récompense. Les deux propriétés—antiscrofuleuse et anticancéreuse—qu'ils attribuent à leur nouvelle préparation de ciguë ont été constatées déjà un certain nombre de fois entre leurs mains. Onze observations, probantes à divers degrés, sont relatées avec tous les détails nécessaires pour inspirer une confiance dont chaque praticien aimera à puiser lui-même les éléments dans cette lecture attachante. Nous pourrions, nous devrions peut-être nous borner à les mentionner; mais le sujet est d'un intérêt si pressant, si souvent renouvelé, qu'on nous excusera sans doute de déroger à la loi de brièveté qui régit ordinairement nos analyses, et de citer *in extenso* trois de ces faits, vraiment dignes de donner à réfléchir à tout homme consciencieux.

ENGORGEMENT SCROFULEUX DES GLANDES CERVICALES.

Obs. I. — J. Triffet, âgée de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 juin 1850; elle a tous les signes de la constitution scrofuleuse : teint coloré, peau luisante, nez épaté, mâchoire évasée, croûtes d'echtyma sur les joues et dans les narines.

Depuis l'âge de 8 ans, elle porte des glandes indurées à l'angle droit de la mâchoire; elles ont pris depuis deux ans un grand accroissement, sont adhérentes, indolores, du volume d'un œuf de pigeon, et gênant un peu la mastication. Les glandes sous-maxillaires sont aussi tuméfiées, mais moins grosses et réunies en chapelet.

Cette fille est peu développée pour son âge. Elle n'a été réglée que deux fois depuis quinze ans. Elle a déjà pris de l'huile de foie de morue et fait des frictions locales avec une pommade iodurée.

Prescription (le 16 juin) : Frictions avec une pommade contenant 4 grammes d'iodure de potassium et 8 grammes d'extrait ordinaire de ciguë; tisane de houblon; 4 cuillerées par jour d'huile de foie de morue.

Ces moyens, aidés d'une nourriture substantielle, sont continués jusqu'au 7 juillet; ils n'amènent aucun changement dans le volume et la consistance des glandes.

Le 8 juillet, on prescrit l'usage des pilules cicutées, nº 1, deux le matin et deux le soir; frictions avec la pommade de conicine. Les pilules sont augmentées d'une par jour jusqu'au nombre de douze.

Le 20, diminution sensible des tumeurs; appétit augmenté. Frictions trois fois par jour.

Le 12 août, la malade quitte l'hôpital sans aucun engorgement. — Nous l'avons revue le 10 septembre; il n'y avait aucune apparence de la maladie ancienne.

SQUIRRHE DE LA MAMELLE GAUCHE.

Obs. II. — J. Michallet, 40 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour y être amputée du sein; mais n'ayant pu trouver de place en chirurgie, elle entre provisoirement dans notre salle le 15 novembre 1850. Bien constituée, bien réglée, elle présente au sein gauche une tumeur très-dure, bosselée, siége de douleurs très-vives, lancinantes et presque continuelles. Cette tumeur, qui offre 8 centimètres dans son plus fort diamètre (horizontal), a mis quatre ans à se développer; depuis dix mois elle est stationnaire. D'ailleurs, la santé est bonne; mais le sommeil manque depuis plusieurs mois, ce qui lui fait désirer l'opération. Elle a déjà employé sans succès les cataplasmes de ciguë, pommades iodurées, et de la ciguë à l'intérieur.

Le 16, elle prend 3 pilules cicutées, nº 1. On augmente tous les jours jusqu'au 23, où elle en prend 10 par jour. C'est à partir de ce moment qu'elle repose mieux la nuit; mais on ne remarque aucun changement dans la tumeur.

Le 24, outre les 10 pilules, elle pratique trois fois par jour des frictions avec la baume de conicine. Après trois jours de ces frictions, les douleurs lancinantes ont complétement disparu. Le même traitement (12 pilules) est continué jusqu'au 8 décembre. A cette époque, on constate une diminution de cohésion dans la tumeur, qui semble se ramollir; mais son volume reste le même. Les pilules sont portées au nombre de 16.

Le 18 décembre, la mensuration de la tumeur ne marque plus que 6 centimètres et demi; la malade accuse une sensation de chaleur à l'aisselle correspondante.

Le même traitement est continué jusqu'au 22 janvier, jour de la sortie de la malade, dont le sein est complétement revenu à l'état naturel. Nous l'engageons à faire usage par précaution, pendant quelque temps et à petites doses, des mêmes pilules.

La guérison s'est maintenue. Le maître de cette fille, étonné d'une guérison si prompte, nous a écrit pour nous remercier, et nous informer en même temps de la bonne santé dont jouit actuellement sa domestique.

ULCÉRATIONS PROFONDES DU COL DE L'UTÉRUS.

Obs. III. — Fr. Pesselet, 37 ans, entra dans la salle de M. Devay, nº 97, le 21 septembre 1850. A partir d'un accouchement, suivi ensuite de deux fausses couches, elle a toujours été malade. Depuis quatre mois les règles ont été remplacées par des métrorrhagies revenant à des intervalles irréguliers. Violentes douleurs à l'hypogastre et aux lombes; vomissements le matin; céphalalgie, insomnie, teint terreux jaune paille; un peu de fièvre le soir. On constate que le col, dévié à gauche, est crevassé, dur en certains points, mou dans d'autres; il offre au toucher de petites duretés semblables à des grains de maïs. L'introduction du spéculum, douloureuse, fait sortir un ichor fétide. On voit sur le col deux ulcérations fongueuses qui ont corrodé toute la lèvre supérieure, tandis que l'inférieure est hypertrophiée. Sa surface présente quelques petites tumeurs blanchâtres.

Les astringents combinés aux toniques, ainsi que l'ergotine, sont continués jusqu'au 10 octobre, sans produire aucune amélioration.

Le 11, 3 pilules de poudre de fruits de ciguë ; on augmente progressivement jusqu'au 15. Dès les premiers jours, on note une diminution des douleurs et tranchées utérines.

Le 20, 16 pilules ; frictions sur les flancs avec la pommade de conicine. Diminution sensible des pertes.

Le 12 novembre, facies redevenu meilleur; sommeil rétabli; les métrorrhagies ont cessé. Même traitement.

Le 15, l'introduction du spéculum est faite avec moins de douleurs. Le dégorgement du col s'est opéré en partie; l'ulcération de la partie supérieure du museau de tanche a diminué. Depuis quelques jours, l'écoulement blanc est moins fétide. Injections avec l'alcoolé de ciguë.

Le 30 novembre, amélioration progressive et soutenue; les forces sont revenues.

Le 2 décembre, les pilules sont poussées jusqu'à 25 par jour ; frictions trois fois par jour.

Le 3, la malade a éprouvé de violentes coliques. Même prescription.

Le 7, retour de l'hémorrhagie utérine; elle cesse le lendemain.

Le 21, même état; amélioration de la santé générale et des forces.

Jusqu'au 21 janvier 1851, rien de particulier, si ce n'est une névralgie faciale qui a causé beaucoup de douleur et d'insomnie durant quelques jours.

Le 25 janvier, la malade ne ressentant plus aucune douleur, ayant acquis assez de forces pour descendre dans les cours sans en être incommodée, demande sa sortie. Nous parvenons à la retenir jusqu'au 23 février, et nous nous assurons qu'à cette époque il ne reste plus aucune trace des lésions antérieures.

Au mois d'août, cette femme est revenue nous voir, et sa santé s'était maintenue bonne.

Nous avons, à dessein, choisi chacune de ces observations dans les trois catégories de cas où la puissance médicatrice des fruits de ciguë a été constatée par MM. Devay et Guillermond; et nous l'avons fait autant pour apprendre aux praticiens à manier eux-mêmes ce précieux remède, que pour prouver la réalité de son action anti-scrofuleuse et anti-cancéreuse. Ces faits, il ne faut pas l'oublier, se sont passés à l'hôpital, c'est-à-dire dans le milieu le plus propre à démontrer, par l'absence des conditions hygiéniques, la vertu de cette substance; puisque, pour opérer la guérison dans ces cas de maladie diathésique, il lui fallait, à elle seule, imprimer à la constitution une modification profonde et durable. Ces exemples, vérifiés par le contrôle de témoins compétents dont on cite les noms, nous paraissent donc des mieux faits pour appeler sur les nouvelles préparations cicutées l'empressement expérimentateur de tous les médecins amis du progrès solide.

Maintenant, peut-on affirmer, espérer même que tout se passera chez les divers malades aussi heureusement que sur les trois dont l'histoire précède? Non, sans doute : il y a eu, il y aura des améliorations partielles; il y a eu, il y aura des insuccès complets. L'histoire médicale de la conicine aurait même été dès à présent plus avancée, si MM. Devay et Guillermond eussent accordé une part *plus large à la mention* de ces derniers ; s'ils avaient dit *combien de fois* et essayé d'expliquer *pourquoi* leur remède a échoué dans des cas pathologiques en apparence semblables à ceux où il a si pleinement réussi. Ajoutons que, dans leur relevé clinique, on cherche en vain un cancer externe avec l'ulcération caractéristique mené à guérison. — Mais, à part ces lacunes, il est juste de reconnaître que, pour un médicament à peine né d'hier, la preuve jusqu'ici ne pouvait guère être fournie plus concluante. Essai antérieur infructueux des agents les plus accrédités, emploi exclusif de la préparation cicutée, diminution rapide des symptômes pathognomoniques du mal, ce triple élément de certitude ne manque à aucune des observations réunies dans cet opuscule. Cela ne suffit-il pas pour démontrer la parfaite appropriation du remède au mal? En faut-il davantage, quand il s'agit d'affections incurables, pour décider à appliquer une médication qui, d'ailleurs, s'annonce comme dépourvue de danger?

Ce n'est pas, cependant, que les effets sur l'économie de la ciguë ainsi préparée soient nuls. Trois sortes de phénomènes ont été notés par les auteurs durant son emploi : 1° céphalalgie, lourdeur de la tête; 2° coliques; 3° tremblement léger de tout le corps et surtout des membres supérieurs. Les malades ne tardent pas à s'accoutumer aux deux premiers symptômes. Mais le dernier est plus grave; il dénote le premier indice de l'intoxication, et il est prudent alors d'abaisser la dose de plusieurs pilules, sauf à remonter ensuite. — Les auteurs ne citent aucun cas où ces accidents aient pris des proportions sérieuses. Mais nous tenons de M. Devay qu'ils sont devenus des plus inquiétants chez une malade qui, malgré des avertissements réitérés, avait imprudemment élevé la dose quotidienne des pilules n° 2.

Il est encore deux indications particulières de cette médication nouvelle, que nous devons faire ressortir. D'abord, elles sont efficaces contre les douleurs atroces qu'occasione le cancer, alors même qu'elles demeurent impuissantes pour arrêter la marche de la maladie elle-même. Ce sera donc un précieux palliatif à ajouter à la liste, si promptement épuisée en pareil cas, des moyens que la médecine emploie dans ces conjonctures désespérées. « Chez une malade atteinte d'un cancer utérin ulcéré et arrivé à une période avancée, nous eûmes la consolation, disent les auteurs, d'adoucir les douleurs intolérables qui lui arrachaient des cris aigus, et contre lesquelles la belladone, la morphine et le datura avaient échoué. »

Après l'ablation d'une tumeur cancéreuse par l'instrument tranchant, la diathèse morbide qui l'avait engendrée persiste le plus souvent entière, et perpétue les chances de reproduction. Or, les ressources de la médecine, pour parer à cette éventualité sinistre, sont malheureusement jusqu'ici hors de proportion avec la gravité du danger qu'on redoute. « Le traitement du cancer, disent les auteurs dans leur préface, est, quant à présent, ce qu'est la répression d'une émeute dans l'ordre politique. Lorsqu'un bras de fer a châtié les rebelles et les a fait rentrer dans l'ombre, il a sans doute rendu à la société un service temporaire. Mais a-t-il, du même coup, remontant aux causes génératrices de la guerre civile, effacé les idées malsaines, soulagé les souffrances, satisfait les besoins légitimes? C'est là cependant que couve le foyer où s'alimentent les conditions de récidive. » L'image est vive; nous ne songeons point à réclamer contre sa justesse, puisqu'elle place parmi les moyens de préservation la *satisfaction des besoins légitimes*. Dans cette allégorie, il est bien compris que le *bras de fer* s'entend du bistouri, et que le rôle du pacificateur appartient à la conicine. Si sa vertu anticancéreuse se trouve confirmée par l'expérience ultérieure, ce sera effectivement son plus beau privilége que de prévenir alors les rechutes en mettant ordre à l'état dyscrasique de l'économie. Nous ne pouvons, sous ce rapport, qu'applaudir au conseil donné par MM. Devay et Guillermond, d'administrer à l'intérieur les nouvelles préparations de ciguë, après l'ablation des tumeurs du sein, et de pratiquer en même temps des frictions sous l'aisselle correspondante avec la pommade ci-dessus formulée. Mais ne peut-on faire mieux encore? Les honorables auteurs sont-ils donc tellement partisans de la répression qu'ils veuillent de parti pris différer inexorablement l'œuvre de conciliation jusqu'après le châtiment de l'émeute? On le pourrait croire, en les voyant recommander l'emploi de leur antidote exclusivement à la suite de l'opération. Toutefois nous croyons trop bien connaître leurs convictions sociales ou scientifiques, pour leur supposer une pareille rigueur, et sans doute nous complétons leur pensée bien plus que nous n'y ajoutons, en rappelant que l'usage prolongé du remède, *avant* l'intervention de la chirurgie, remplirait un double but, d'abord en préparant de longue main à l'avance une œuvre de reconstitution organique, qui, en aucun cas, ne saurait être improvisée, puis en diminuant le volume de la masse morbide à extirper, condition parfois très-active d'innocuité pour les conséquence de l'opération.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. Le concours ouvert à l'administration des hôpitaux pour quatre places de médecin du bureau central s'est terminé, samedi dernier, par la nomination de MM. Sée, Chapotin Saint-Laurent, Delpech et Hillairet.

— M. Blandet, directeur de l'Hôtel-Dieu, ancien directeur de la Charité et de l'hôpital Saint-Antoine, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

— Le choléra a reparu dans la haute Silésie. On a signalé un grand nombre de décès dans quelques villages.

— Un médecin, M. Nepce, a fait de singulières observations sur l'usage des bains du petit-lait employés dans certaines maladies. Il a remarqué que ces bains faisaient diminuer le pouls de vitesse d'une manière très-sensible; que chez quelques personnes ils le réduisaient à n'avoir plus que 34 pulsations. Le soin avec lequel les observations étaient faites prouve que c'était bien à l'usage des bains dont il s'agit que devait être attribuée cette situation du malade.

— Les circonstances viennent confirmer d'une manière aussi frappante que déplorable la sagesse des mesures ordonnées naguère par M. le préfet de Saône-et-Loire pour prévenir les dangers terribles que font courir les chiens enragés.

Un de ces animaux, atteint d'hydrophobie, appartenant à un habitant de Mâcon, a mordu dernièrement sa maîtresse, un de ses domestiques et une blanchisseuse demeurant sur la route de Paris. Ce chien a été abattu.

On nous écrit de Digoin que toute la population est, à cette heure, plongée dans la consternation, par suite des cas nombreux d'hydrophobie qui se sont déclarés dans cette ville.

En présence de si tristes événements, on ne peut qu'inviter les agents de l'autorité à faire exécuter avec la plus extrême rigueur l'arrêté rendu par M. le préfet, dans un intérêt trop général et trop majeur pour que chacun ne se fasse pas un devoir d'humanité d'y applaudir et d'en favoriser l'application.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA PROVOCATION DE L'AVORTEMENT PEUT-ELLE ÊTRE INDIQUÉE DANS LES CAS DE VOMISSEMENTS OPINIATRES DES FEMMES ENCEINTES?

Cette question, soulevée d'une manière incidente dans le rapport de M. Cazeaux sur le travail de M. Lenoir, était pour ainsi dire encore à l'étude; aussi je ne doute pas que plus tard, après l'avoir bien mûrie, M. Cazeaux ne lui eût donné une autre solution que celle qu'il a proclamée. Agitée prématurément, alors que les matériaux de la discussion n'étaient pas rassemblés et n'existaient même pas encore en suffisante quantité, cette question n'a pas pu être traitée avec autant de profondeur que celle de la provocation de l'avortement dans les cas d'étroitesse pelvienne.

Je vais suivre le rapporteur de la commission de l'Académie dans les développements qu'il a donnés sur ce sujet. M. Cazeaux a nié l'opportunité et l'utilité de la provocation de l'avortement dans la position critique où se trouvent quelquefois les femmes grosses par suite de vomissements sympathiques, surtout fréquents au commencement de la gestation. Était-ce pour établir un contraste entre la solution de cette question et celle de la précédente? Le caractère de M. Cazeaux ne permet pas de le supposer. Il faut donc croire que s'il a rejeté ce moyen extrême dans une position désespérée de la femme, c'est parce qu'il a acquis la conviction que le remède est pire que le mal, ou qu'il est au moins inutile.

Les conditions ne sont plus les mêmes, dit-il, lorsque la vie de la femme est compromise par des vomissements, quelque violents qu'ils soient, que dans le cas d'étroitesse absolue du bassin. Dans ce dernier cas, le danger est inévitable; à moins d'un avortement spontané, l'opération césarienne est la seule ressource. Mais les vomissements malgré leur intensité, malgré l'état d'épuisement dans lequel ils ont placé la femme, ne sont pas le plus ordinairement mortels.

Il n'y a rien à objecter à cette double proposition. Il est, en effet, certain que l'opération césarienne est la seule ressource pour sauver la vie de la mère et celle de l'enfant dans les cas d'extrême rétrécissement pelvien. Il est tout aussi certain que les vomissements qui se déclarent chez beaucoup de femmes au début de la grossesse ne sont pas *le plus ordinairement* mortels.

En disant que *le plus souvent* ces vomissements ne sont pas mortels, M. Cazeaux a reconnu implicitement qu'ils le deviennent *quelquefois*. Je dirai qu'ils le sont plus souvent qu'on ne le croit, ou que ne le croit peut-être M. Cazeaux. Il y a, je le suppose, peu d'accoucheurs qui n'en aient vu des exemples. Permettez-moi néanmoins d'en faire connaître encore quelques-uns.

Obs. I. — En février 1835, je fus prié par M. le professeur Duvernoy (1) de voir avec lui et avec M. Goupil, madame de D..., jeune dame de 20 ans, mariée depuis peu et enceinte de trois mois. Dès la première époque mensuelle manquante, madame de D... avait été prise de vomissements, qui ne se manifestaient d'abord que le matin à jeun, mais se déclarèrent bientôt aussi après les repas, et furent enfin suivis de nausées continuelles et de dégoût pour tous les aliments. M. Duvernoy ne voyant dans ces symptômes que les phénomènes exagérés de la grossesse, donna des conseils et prescrivit des remèdes dans le but de modérer ces malaises. Le résultat fut très-incomplet. Alors on pensa que ces accidents cesseraient spontanément après le troisième mois. Il n'en fut rien cependant; madame de D... avait beaucoup maigri, se plaignait d'une soif ardente, d'insomnies, de pesanteurs de tête; elle était constipée et son pouls était accéléré. Les vomissements, loin de s'arrêter ou d'être plus modérés, étaient devenus de plus en plus opiniâtres. Les boissons elles-mêmes et les médicaments n'étaient plus supportés. C'est alors que je fus consulté.

On convint de recourir de nouveau et successivement à tous les moyens antispasmodiques ordinairement mis en usage dans ces cas, et comme il existait une grande sensibilité au creux épigastrique, de débuter par une application de sangsues sur cette région. Je fus de l'avis de ne pas négliger non plus l'application de calmants sur l'organe qui est le point de départ des vomissements, la matrice. Des cataplasmes fortement opiacés furent appliqués dans ce but sur l'hypogastre.

Les vomissements étant devenus moins fréquents et accompagnés de moins d'efforts, à la suite de ce traitement, on crut avoir obtenu une amélioration durable. Cet espoir s'évanouit peu à peu. Vers le milieu de mars, la malade s'affaiblit considérablement et tomba dans un état typhoïde : rêvasseries, fuliginosité des lèvres et des dents, sécheresse de la langue, soif inextinguible, bourdonnements d'oreille, trouble de la vue, petitesse et fréquence très-grande du pouls, etc. Le 18 mars, les vomissements étaient rares, mais la malade refusait toute espèce de nourriture. On donna à l'intérieur de la glace, et on essaya d'une décoction de quinquina. La glace fut supportée, mais la malade vomit le quinquina. On donna alors ce remède en lavement, alternativement avec des injections de bouillon déjà précédemment employées.

Tous ces moyens ne purent empêcher le mal d'empirer de jour en jour. La malade, tout à fait épuisée, tomba à la fin dans un état de stupeur; son corps exhalait une odeur fétide, et elle succomba le 20 mars, au commencement du cinquième mois de la grossesse.

L'autopsie, qui fut faite quarante-huit heures après la mort, fit d'abord reconnaître un amaigrissement considérable de tout le corps, et une grande altération des traits du visage.

Dans l'abdomen on constata un développement de la matrice comme au cinquième mois de la grossesse. La surface de l'organe était fortement arborisée, injectée, vascularisée, au point que l'on s'est demandé si ce n'était pas le signe cadavérique d'une violente inflammation; mais il n'existait aucun produit plastique, aucune exsudation. L'estomac était fortement contracté et vide, sa muqueuse comme ecchymosée (suffusions sanguines) en plusieurs endroits; le canal intestinal paraissait également congestionné, du reste il était vide de toute espèce de matières épaisses; il ne renfermait que des gaz fétides et des mucosités colorées.

Les autres organes du ventre et ceux de la poitrine étaient exsangues; le cœur était flasque et vide et les poumons se trouvaient pâles et comme affaissés (1).

Voilà un cas dans lequel la grossesse a évidemment causé la mort d'une jeune femme par énervation et inanition. Si l'on avait pu faire disparaître la cause à temps, les effets auraient sans aucun doute disparu à leur tour. Je dis à temps, parce qu'en attendant que les effets de la réaction sympathique constituent par eux-mêmes une maladie grave, l'évacuation de la matrice ne peut plus les faire cesser, l'expulsion du produit de la concep-

(1) Alors doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, aujourd'hui professeur au musée d'histoire naturelle et à la Sorbonne.

(1) Il ne nous a pas été permis de pousser nos investigations plus loin.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le camp d'Agramant. — Le décret du 3 mai 1850. Interprétation. — Rôle de l'Académie. Précautions à prendre. — Double deuil à la Faculté de médecine. — Un parallèle. — Une heroïne.

Ceux qui connaissent peu les affaires de la profession savent qu'il y a discorde dans le camp des pharmaciens au sujet de l'annonce des remèdes nouveaux, et que cette discorde s'est traduite récemment au sein d'une Société de pharmaciens par un renouvellement significatif du bureau. Les défenseurs de l'intérêt industriel, qui forment le gros de la Société, ont eu le dessus sur les chevaliers de la dignité scientifique; mais comme ces derniers appartiennent généralement aux corps savants, ils trouvent moyen d'y exercer de temps à autre des représailles contre leurs adversaires, et c'est une manœuvre de ce genre qui a soulevé de vives agitations à l'Académie de médecine, au sujet du rapport de M. Gaultier de Claubry sur les pilules dites *de Blaud*.

Comment le rapporteur qui appartient, comme on sait, à l'École de pharmacie, se trouvait-il en cette circonstance séparé de ses confrères? D'où vient la zélée et vigilante opposition qui nous a paru concertée contre lui? C'est ce qu'il ne nous appartient pas de rechercher. Nous constaterons seulement qu'on n'a jamais pris tant et de si rigides précautions contre la convoitise industrielle, et que, parmi les plus animés, se trouvaient ceux-là même dont les rapports ont déjà fait la fortune de plusieurs préparations.

M. Blaud réclamait, pour les pilules qui portent son nom, le bénéfice du décret du 3 mai 1850, c'est-à-dire l'insertion de sa formule au *Bulletin officiel* de l'Académie, en attendant la nouvelle édition du *Codex*. On a contesté la nouveauté de la formule. Là-dessus, nous n'avons rien à dire; nous nous en rapportons à M. Chevallier, qui nous a paru s'appuyer sur des textes positifs. Mais, au-dessus du fait particulier, voyons les principes et examinons la valeur des scrupules mis en avant par quelques membres.

L'application du décret conduit-elle à de graves abus? Il faut distinguer. Si l'on veut à toute force qu'il y ait abus de la part du pharmacien qui, ayant imaginé une nouvelle préparation adoptée par l'Académie et insérée au Bulletin, la fait connaître au public par la voie de l'annonce, il est certain qu'il y aura beaucoup d'abus. Mais nous ferons tout de suite remarquer que, dans ces limites étroites et légales, la conséquence industrielle de l'approbation n'est pas du ressort de l'Académie, qui est société savante non pour légiférer, mais seulement pour éclairer l'autorité dans la confection ou l'application des lois. Si certaines lois ont de l'inconvénient, ce n'est pas son affaire; elle n'a qu'à s'y conformer. La loi ne s'oppose pas à l'annonce de remèdes dont la formule a

tion doit même hâter, dans certains cas, la destruction de la vie, attendu que celle-ci ne tient plus qu'à un fil, comme on s'exprime vulgairement. En voici un exemple que j'ai recueilli il y a plus de dix ans.

OBS. II. — Le 20 juin 1841, je fus appelé à D..., chef-lieu de canton, à 80 kilomètres de Strasbourg, par M. le docteur Frohlich, médecin cantonal, pour lui donner mon avis sur une de ses clientes qui était enceinte pour la première fois, et sous le poids d'accidents que les médications les plus rationnelles et les plus actives n'avaient pas réussi à calmer.

Madame K..., épouse du notaire de D..., auprès de laquelle mon confrère me conduisit, s'était mariée le 25 mars, une huitaine de jours après avoir été menstruée. Cette dame, âgée de 20 ans, brune, de tempérament bilieux et nerveux, était d'une santé délicate ; elle était sujette aux névralgies et sa menstruation avait toujours été douloureuse. Devenue enceinte peu de temps après son mariage, elle commença à vomir dès le moment où elle aurait dû avoir ses règles. Ces vomissements prirent une telle intensité à partir de la seconde époque, que la malade en fut excessivement fatiguée, et bientôt elle ne put plus supporter aucun aliment. Les boissons mêmes furent rejetées aussitôt qu'elles étaient avalées. L'eau gazeuse, les sangsues à l'épigastre, les cataplasmes opiacés sur l'estomac, les sinapismes, les calmants à l'intérieur furent inutilement employés. Les efforts de vomir continuaient malgré tous ces moyens. L'estomac ne pouvait plus supporter d'aliments ; la malade en prit un tel dégoût qu'elle refusa tout ce qu'on lui présentait, et finalement elle ne voulut plus rien avaler du tout pour éviter les crampes, disait-elle, que l'ingestion de quoi que ce fût provoquait immédiatement. Alors elle ne rendit plus qu'un peu de bile, avec des efforts inouïs. Son corps maigrit promptement, les urines devinrent rares, la langue se sécha et la soif ne pouvait être un peu calmée que par des gargarismes d'eau acidulée avec du jus de citron.

C'est dans cet état d'épuisement que je la vis. La peau était sèche, le pouls petit et fréquent, les lèvres commençaient à devenir fuligineuses. La région hypogastrique était d'une grande sensibilité et la région sacrée le siége de douleurs vives. Comme la malade était sujette aux coliques menstruelles, je pensais qu'il fallait agir principalement sur l'utérus. Je conseillai des cataplasmes fortement laudanisés sur l'hypogastre et des lavements laudanisés. La faiblesse était arrivée à un tel point, qu'il n'aurait pu être question de sangsues ou de bains.

Je quittai la malade avec la conviction qu'elle ne tarderait pas à succomber. Quelques jours après M. Frohlich m'écrivit que le soir même du jour où j'avais été la voir, les maux de reins avaient pris plus d'intensité, étaient devenus intermittents, et que l'expulsion du produit de la conception s'en était suivi la nuit ; mais que la malade avait été tellement épuisée par ce travail et par la perte, quoique peu abondante, qui l'avait accompagné, qu'elle avait succombé peu de temps après.

Il est facile de comprendre pourquoi, dans ce cas, l'avortement spontané n'a pas été suivi du rétablissement de la malade. Celle-ci avait été épuisée au point de ne pas pouvoir supporter les efforts nécessaires pour l'expulsion de l'œuf, et la perte, quelque insignifiante qu'elle fût, a entraîné la dernière étincelle vitale. Faut-il en conclure que la provocation de l'avortement, avant que l'économie soit épuisée par l'abstinence forcée, les efforts constamment renouvelés pour vomir, et la fièvre qui s'allume lorsque l'épuisement est arrivé à un certain degré, ne puisse pas sauver la vie de la femme? Ce serait, à mon avis, tomber dans une étrange erreur? Il me paraît, au contraire, très-logique de penser, et très-conforme à l'expérience que nous avons acquise dans d'autres circonstances, qu'en enlevant la cause l'effet disparaîtra. Seulement il ne faut pas attendre que cet effet constitue *par lui-même* un état maladif dangereux et *indépendant*, parce qu'alors cette maladie ne pourra qu'être aggravée par le remède, qui serait curatif dans un moment moins avancé.

Il est sans doute difficile de savoir *quand* est arrivé le moment où il n'y a plus rien à espérer de la nature et des moyens thérapeutiques ordinaires ; mais n'en est-il pas de même dans beaucoup de cas où de grandes opérations sont pratiquées? Combien de fois les chirurgiens n'ont-ils pas été trompés dans leurs prévisions en annonçant que l'amputation d'un membre était nécessaire pour éviter la mort du malade? S'ensuit-il qu'il faut toujours temporiser ou espérer dans l'effet des remèdes? Il faut se laisser guider par l'expérience. Et s'il arrivait que l'avortement fût provoqué sans véritable nécessité, qui est-ce qui pourrait prouver que cette opération n'a pas sauvé la vie de la femme? De ce que vous êtes parvenu au moyen d'inonctions belladonées à arrêter des vomissements qui avaient déjà occasionné un épuisement très-grand, il ne s'ensuit pas que vous réussirez toujours. Qui, d'ailleurs, n'accepterait pas avec plaisir et reconnaissance un remède qui rendrait la provocation de l'avortement inutile?

Voici encore une observation qui prouve que des améliorations passagères peuvent en imposer et donner un vain espoir, et que les tergiversations font perdre un temps précieux.

OBS. III. — Madame de C... de B..., jeune femme de 22 ans, délicatement constituée, lymphatique et nerveuse, avait eu une première grossesse très-pénible, à son début surtout. Des vomissements fatigants, des faiblesses nombreuses, des difficultés de digestion et autres symptômes de ce genre avaient fait craindre plusieurs fois une issue malheureuse. Arrivée à la fin du cinquième mois, les accidents diminuèrent et la grossesse parvint à terme. Madame de C... accoucha heureusement d'une petite fille qui survécut.

Le 24 avril 1850, M. de C... m'écrivit que tout faisait présumer chez son épouse une nouvelle grossesse, dont le début était tellement fatigant qu'il lui paraissait impossible qu'une femme un peu délicate pût résister longtemps à de pareilles souffrances. Les règles n'avaient plus reparu depuis deux mois, et depuis quinze jours les vomissements étaient tellement violents, que la malade ne conservait plus le moindre aliment. Ces vomissements, me dit M. de C..., se répètent vingt fois par jour avec des efforts épouvantables et ne donnent que de la bile, beaucoup d'eau et de la mousse blanche. En même temps il y avait un ptyalisme très-fatigant. Je répondis en conseillant l'usage des remèdes qui sont ordinairement employés dans ces circonstances. Le 1er mai je reçus une nouvelle lettre, dans laquelle on me dit que les moyens que j'avais indiqués avaient été employés avec suite, mais sans que l'état de la pauvre malade en eût été amélioré le moins du monde. J'écrivis au médecin ordinaire de la famille, M. le docteur Calvet, de recourir successivement 1° à la pommade belladonée en frictions sur l'hypogastre ; 2° à des sangsues à la région de l'estomac, et 3° au bain froid.

Ces moyens ayant encore été essayés sans soulagement durable (les frictions belladonées semblaient avoir fait quelque bien), je fus prié d'aller voir la malade qui demeurait à 75 kilom. de Strasbourg. Je me rendis à cette invitation le 25 mai. Je m'étais attendu à voir la malade plus accablée et plus défaite que je ne la trouvai en réalité. Les matières que madame de C... vomissait étaient extrêmement acides, au point de lui brûler la muqueuse buccale et les lèvres. Tout le long de l'œsophage, elle avait une sensation d'ardeur presque insupportable. Une salive épaisse et filante encombrait la bouche. Le ventre n'était ni élevé ni tympanitique. Le toucher vaginal m'apprit que la matrice occupait le petit bassin, le col reposant sur la paroi vaginale postérieure. J'ai cherché à soulever l'organe, et je parvins à en faire saillir le fond à l'hypogastre sans causer de douleur. Pendant cette exploration, il n'y a pas eu *la moindre envie de vomir*, et le mouvement imprimé à l'utérus a plutôt fait du bien que du mal.

---

reçu la sanction d'une publication officielle; tout est dit; et, si elle s'y opposait, ce ne serait pas à l'Académie, mais bien au procureur de la République, à dénoncer les contraventions.

Le rôle de l'Académie est donc de sauvegarder les droits des inventeurs sérieux et même de favoriser la propagation des remèdes réellement utiles. La pharmacie est, quoi qu'on en ait, une industrie ; le diplôme qu'on exige d'elle ne lui enlève ni ses balances, ni ses prix courants, et la Faculté qui le lui confère, comme le gouvernement qui y joint la patente, entendent bien mettre entre ses mains une clef pour ouvrir boutique, à la condition seulement de se conformer aux lois et règlements. Rien donc de plus naturel et de plus juste que de donner à un inventeur le moyen de tirer profit de sa découverte, et il y a à l'Académie même plus d'un exemple des bons et lucratifs effets de ce système. Mais, en même temps, nous concevons très-bien qu'elle s'attache de toutes ses forces à empêcher la fraude, l'annonce dangereuse de remèdes non encore éprouvés ou contraires aux prescriptions de l'art ; nous concevons que, lorsqu'elle a refusé son approbation à un remède, elle veuille le faire dans des termes explicites qui ne laissent au solliciteur désappointé aucun moyen de dénaturer sa décision aux yeux du public ; nous concevons enfin que, dans le cas où l'approbation a été, au contraire, accordée, elle s'attache à en bien préciser le sens et les limites, pour prévenir toute exagération. Précisément parce que son autorité est engagée dans ce genre de question, il est naturel qu'elle ne la livre qu'avec réserve et dans une mesure bien déterminée. C'est dans ce milieu qu'il importerait de se tenir pour ne pas sortir des attributions académiques, et pour ne pas sembler, par une exception arbitraire, dénier à l'invention de remèdes précieux un droit qu'on ne conteste pas aux nouveautés les plus futiles. *In medio virtus.*

Nous avons l'air peut-être de tirer flamberge contre des moulins à vent. Personne, en effet, n'a protesté contre le décret. Mais, de bonne foi, il est impossible de nier qu'on ne lui témoigne une grande défiance et qu'on ne lui dresse journellement toutes sortes d'embûches. Sans cela, nous ne comprendrions pas qu'on ne se fût pas immédiatement rangé, jusqu'à plus ample expérience, à l'avis ouvert par le bureau dans la dernière séance et développé avec beaucoup de sens par MM. Adelon et Orfila. Le bureau proposait, au nom du conseil d'administration, un moyen qui avait du moins le mérite d'être en conformité parfaite avec le but à atteindre; il demandait que, dans les cas où un médicament nouveau serait soumis à l'appréciation de l'Académie, les conclusions du rapport se bornassent à dire s'il y a lieu ou non d'appliquer le décret du 3 mai 1850. Telle doit être, en effet, strictement, l'intervention de l'Académie ; c'est la seule réponse que lui demande le ministre, et c'est la seule formule qui se prête à l'ambiguïté. Si, au contraire, rejetant l'application favorable du décret, elle mitige son refus par quelque réserve bienveillante, elle s'expose à voir cette réserve, isolée du reste de ses conclusions, servir d'enseigne à l'industrie.

M. Soubeiran, d'un ton un peu aigre, apportait deux propositions. La première, d'après laquelle deux médecins feraient toujours partie de la commission, pour instituer des expériences, n'a pu être mise aux voix par ce motif que le choix des commissaires est toujours laissé aux soins du bureau, et qu'il n'est pas besoin d'une décision spéciale pour donner

J'ai pensé qu'il fallait neutraliser les acidités de l'estomac. On avait déjà essayé du carbonate de soude et de magnésie, mais en petite quantité. Je prescrivis de l'eau de chaux seconde, et j'en fis prendre par parties égales avec de l'eau et du lait. Je conseillai aussi des injections vaginales narcotiques et des ventouses sèches sur l'épigastre. Je partis le lendemain 26, après avoir moi-même surveillé l'administration de ces moyens.

J'étais allé à B. avec l'intention de proposer à madame de C. et à sa famille la provocation de l'avortement. Je le fis en effet, et trouvai de suite auprès du mari, qui avait entendu parler de cette opération par un de ses amis dont la femme était morte dans des circonstances analogues, le consentement le plus absolu; mais quelques personnes de la famille me communiquèrent leurs scrupules religieux, et cherchèrent à les faire partager par la patiente. Mon confrère manifestait aussi de la répugnance pour cette ressource extrême. J'y renonçai pour le moment, d'autant plus volontiers que les accidents n'avaient pas encore atteint un degré de gravité tel, qu'on n'eût pu espérer leur cessation, ainsi que cela était arrivé dans la première grossesse, quoiqu'ils ne fussent pas aussi développés alors.

« Après votre départ, m'écrivit M. de C., quelques jours plus tard, la journée fut bonne, les vomissements avaient diminué d'une manière surprenante, et un bouillon à la crème fut digéré; mais la nuit fut semblable aux précédentes; presque pas de sommeil, trois ou quatre vomissements. »

Les accidents graves reparurent promptement.

Le 30, la faiblesse avait tellement augmenté, qu'il y eut à chaque instant des défaillances que l'on avait de la peine à faire cesser à force d'éther. Vue trouble, yeux larmoyants, moins de vomissements, mais l'état général beaucoup plus alarmant.

Le 1er juin, je reçus une lettre lamentable. « Il n'y a plus d'illusion à conserver, me dit M. de C., ma femme s'en va; je vois cela avec les yeux du cœur et ils ne me trompent pas. Chaque vomissement est maintenant accompagné d'une crise nerveuse affreuse, avec de fortes douleurs à l'estomac; les yeux se cassent et la malade n'y voit plus du tout. »

Je me rendis à B. le lendemain, avec la ferme résolution de provoquer cette fois l'avortement. Je trouvai madame de C. dans un état de collapsus tellement prononcé, que je n'osai plus rien entreprendre : pupilles dilatées, lèvres et dents fuligineuses, bouche sèche, langue noire et râpeuse, déglutition presque impossible, pommettes d'un rouge presque violet, corps glissant vers le pied du lit, genoux fléchis, pouls accéléré, somnolence comateuse, froid des extrémités, tels étaient les symptômes graves, avant-coureurs de la mort.

Toute la famille aurait alors volontiers consenti à l'emploi du moyen extrême que j'avais proposé à ma dernière visite, je déclarai que le moment était passé et que l'opération n'aurait plus aucun succès.

Dans la nuit, la malade avait encore fait quelques efforts de vomissement. Depuis mon arrivée jusqu'au lendemain à midi, heure de mon départ, ils n'avaient plus reparu, ce que je considérai également comme d'un mauvais pronostic. Je croyais la mort très-prochaine; mais telle est la résistance vitale dans ces cas d'inanition et d'épuisement sans affection organique proprement dite, que l'existence des malades se prolonge comme celle de la flamme d'une lampe prête à s'éteindre, jusqu'à ce que la dernière goutte d'huile soit consumée. Madame C. vécut encore cinq jours dans un état d'agonie cruelle et désespérante pour un époux dont elle était adorée et une famille dont elle était l'unique joie.

Cette mort a fait sur moi une impression très-profonde et par l'intérêt que je portais à la malade, et par la préoccupation dans laquelle m'a jeté l'idée que peut-être, en persistant dans ma première résolution, j'aurais pu sauver cette intéressante jeune femme. Le médecin se trouve parfois dans des perplexités de ce genre; l'accoucheur plus souvent peut-être, parce qu'il doit prendre d'un moment à l'autre une résolution dont les suites peuvent avoir une très-grande gravité. Si madame de C. s'était remise, j'aurais été ébranlé dans ma conviction, que la provocation de l'avortement peut quelquefois devenir l'unique moyen de sauver une femme enceinte. Sa mort n'a fait que me confirmer dans mon opinion. Involontairement on se rappelait toujours la première grossesse de cette dame, dont les débuts avaient été très-difficiles, et qui néanmoins s'est terminée d'une manière heureuse. L'événement a montré qu'une grossesse heureuse n'exclut pas le danger des accidents d'une gestation subséquente.

Tout cela, dira-t-on, prouve qu'une femme peut mourir par suite d'accidents que la grossesse développe, mais nullement qu'elle peut être sauvée par la provocation de l'avortement. Je suis heureux de pouvoir citer un exemple où l'avortement, provoqué dans un moment où l'on avait renoncé à tout espoir de sauver la malade, l'a évidemment arrachée à une mort imminente.

Obs. IV. — Le 13 janvier 1850, je fus prié, par M. Schaumont, officier de santé de notre ville, de me joindre à deux de mes confrères pour donner mon avis sur l'état de sa fille, madame B., qui était mariée depuis peu de mois et vomissait depuis quelque temps tout ce qu'elle ingérait dans l'estomac, avec des efforts inouïs, ce qui l'avait réduite à un état de maigreur et d'angoisse inexprimables. M. Schutzenberger, mon collègue à la Faculté, était un des médecins traitants. Indisposé dans ce moment, il n'a pas pu se rendre à la consultation.

Cette jeune femme, âgée de 19 ans, grande, brune et maigre, était d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique nerveux. Depuis quelques semaines déjà, elle vomissait avec beaucoup d'efforts. Les vomissements, d'abord rares, étaient devenus de plus en plus fréquents, et finalement la malade a rendu presque immédiatement tout ce qu'elle prenait. La menstruation étant supprimée, on conclut à une grossesse commençante, ce que le mari ne voulait pas comprendre, disant qu'il n'avait pas encore *pu voir* sa femme malgré les efforts qu'il avait faits. Alors, au lieu de voir la cause de la suppression des règles dans la conception, on l'attribua à l'épuisement de madame B. C'était surtout l'opinion du père. L'exploration, difficile à cause de l'étroitesse du vagin, avait néanmoins fait reconnaître un certain degré de rétroversion de l'utérus auquel on crut pouvoir rapporter les vomissements. Plusieurs fois, me dit-on, on avait redressé la matrice, et chaque fois il y avait eu une interruption des vomissements, mais le renversement s'étant promptement reproduit, malgré l'introduction d'éponges dans le cul-de-sac vaginal antérieur, et une position avantageuse, les accidents avaient chaque fois récidivé.

Introduit auprès de la malade, je vis un spectre accroupi sur son lit. A tout moment elle avait le hoquet et des envies de vomir, c'est-à dire des soulèvements et des convulsions d'estomac, car elle ne rendait rien parce qu'elle n'avait rien avalé. Le pouls était misérable et accéléré, et l'amaigrissement tel, que la peau recouvrait presque immédiatement les os.

J'hésitai si je demanderais à explorer. Je fus très-étonné quand on me dit que l'exploration vaginale, loin d'augmenter les accidents, les calmait au contraire pour quelques instants (1). On plaça donc la malade en travers du lit, comme pour l'accouchement artificiel. Je trouvai le vagin un peu étroit et sec, cependant le doigt y pénétrait facilement; il n'était même pas impossible d'en introduire deux à la fois. La matrice n'était pas sensiblement abaissée, son col était dirigé en avant vers la symphyse pubienne; on pouvait cependant l'attirer sans beaucoup d'efforts au centre du bassin, mais il n'y restait pas. Il était un peu gonflé et ramolli, l'orifice était sensiblement plus grand au milieu qu'à ses extrémités; le corps de l'organe, beaucoup plus volumineux et plus lourd, que dans l'état de virginité.

Quoique l'existence de la grossesse fût révoquée en doute par les motifs al-

(1) Madame B. avait été souvent explorée pendant sa maladie.

---

satisfaction à ce vœu d'ailleurs très-raisonnable; la seconde, tendante à ce que la discussion des rapports sur les remèdes nouveaux n'ait jamais lieu qu'après l'impression, ne contrariait en rien la proposition du bureau. Mais ni l'une ni l'autre ne pouvait apporter un remède sérieux au mal dont l'honorable membre s'était plaint avec tant de vivacité. Il est des perfectionnements pharmaceutiques où les médecins n'ont presque rien à voir; telles sont, par exemple, certaines préparations dont le mérite consiste surtout dans la bonne conservation de la substance médicamenteuse. L'impression préalable du rapport, si elle permet un peu plus de maturité dans les discussions et des votes plus éclairés, ne peut produire qu'un bien relatif. Il est clair que rien de tout cela ne mène droit au but et ne touche à la racine de la question, qui est tout entière dans les termes des conclusions. Néanmoins, comme la seconde proposition répondait à un besoin depuis longtemps senti et qui n'est même pas limité aux discussions de ce genre, il n'y avait pas inconvénient à y adhérer. L'Académie a sagement apaisé la lutte, très-vive et un peu personnelle, des deux systèmes, en les adoptant tous les deux.

Nous ne ferons, sur toutes ces mesures, qu'une réflexion. Isolées ou réunies, elles ne supprimeront jamais les abus. Le génie mercantile a dans son sac des tours imprévus; il transforme aisément une montre en un oignon, un foulard en une patte de lapin, et le blâme en un éloge. Contre ces jongleries, les mesures de M. Soubeiran, comme celles du conseil, échoueront nécessairement. De plus, ni les unes ni les autres ne s'attaquent à une autre manœuvre fort connue, qui tend également à l'annonce décevante ou mensongère : c'est celle qui consiste à extraire, non plus des conclusions, mais du corps même du rapport, certaines phrases détachées qu'on présente comme émanées de l'Académie. La fraude est évidente, puisque les conclusions seules expriment l'opinion du corps savant, et que le rapport reste sous la responsabilité exclusive du rapporteur. Si donc on voulait enfermer le charlatanisme dans un cercle réellement embarrassant, il faudrait le harceler des deux côtés à la fois, lui fermer absolument le corps du rapport et lui imposer des conclusions en manière de fourches caudines, qu'on ne pût jamais éluder. Il n'est pas douteux que l'Académie ne soit en droit d'obtenir la répression judiciaire de tout abus de son nom et de son autorité, par conséquent, d'une mention fausse ou inexacte de ses décisions officielles. Mais ce rôle de procureur pourrait-il lui convenir? Cela la regarde personnellement.

En ce qui concerne spécialement la décision à prendre sur les pilules dites de Bland, on sait qu'elle a renvoyé le rapport de M. Gaultier de Claubry à une autre commission. Procédé un peu dur, même à l'égard de préparations de fer, mais rendu nécessaire, suivant notre humble sentiment.

— Deux astres viennent de disparaître en même temps du firmament de la Faculté : l'un, qui était une véritable planète à marche régulière, décrivant depuis vingt-cinq ans le même orbe tranquille et majestueux; l'autre plus brillant, mais moins fixe, sujet à des perturbations singulières, et se plaisant à des méandres capricieux — une comète enfin et de l'espèce des *chevelues :* on entend que nous voulons parler de MM. Chomel et Dumas.

M. Chomel, qui se retire volontairement, pour des raisons connues de tous, était un de ces rares favoris de la fortune qui ne s'endorment pas dans le succès. Entré de très-bonne heure à la Faculté, ayant à la fois la bonne renommée

légués plus haut, elle me parut à moi très-probable. Et parce que le redressement de l'utérus avait déjà été fait plusieurs fois, et qu'on avait en vain cherché à le maintenir redressé par l'éponge et par la position, je proposai à mes confrères un moyen qui, dans la position dangereuse où se trouvait la malade, devait avoir un résultat favorable dans la double supposition d'une rétroversion simple, ou d'une grossesse avec commencement de rétroversion ; c'était l'introduction d'un cathéter dans la cavité utérine, dans le but de redresser seulement l'organe, ou de provoquer l'avortement.

Nous nous étions réunis dans l'après-midi. Le soir, l'opération ne put plus être faite, nous la remîmes au lendemain.

C'est donc le 14 au matin qu'elle fut entreprise. Un cathéter droit fut introduit dans le col, après avoir préalablement redressé l'organe. L'instrument pénétra sans beaucoup de difficultés, et quand on l'eut poussé assez profondément pour pouvoir imprimer à la matrice le mouvement de bascule nécessaire à son maintien dans le centre de l'excavation, on le fixa au moyen de ligatures entre les cuisses de la femme.

La sonde fut supportée pendant plusieurs heures, et le lendemain un mieux sensible s'était déclaré. Il y avait un peu d'écoulement sanguinolent.

A partir de ce moment, je ne revis plus la malade. Ses médecins ordinaires me dirent, quelques jours après notre dernière consultation, que madame B. *avait fait un avortement*, et que tous les symptômes fâcheux s'étaient promptement dissipés.

Au commencement de février 1851, je lus dans le journal de la localité que madame B., née Sch., était accouchée d'un fils le 7 de ce mois.

Voilà certainement un fait concluant pour la provocation de l'avortement dans une position réellement désespérée de la femme enceinte. Si l'opération a plutôt été entreprise dans le but de redresser la matrice que dans celui de remédier plus directement aux vomissements, par les médecins ordinaires; pour moi, le déplacement de l'utérus ne rendrait pas raison des accidents sous le poids desquels madame B. allait succomber. Si j'ai conseillé l'introduction d'un cathéter dans la matrice, c'était pour moi un moyen de provoquer l'avortement, bien plus qu'un moyen de redressement de la matrice.

Ces observations, ainsi que celles citées pendant la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, et auxquelles je pourrais en joindre plusieurs autres faites par moi, font voir que les cas de mort par suite de vomissements incoercibles ne sont pas rares. Sans doute, dans un grand nombre de cas, les vomissements ont cessé, soit à la suite d'une médication efficace (et peut-être parviendra-t-on à en trouver une qui sauvera la plupart des femmes dont l'existence sera menacée par ces accidents), soit par le fait du développement de la grossesse. Il ne s'ensuit pas qu'il faut rester spectateur oisif des progrès d'un mal qui résiste souvent aux moyens employés jusqu'à présent. Si l'on a acquis la conviction que la mort sera l'*issue probable* de la continuité des vomissements, pourquoi n'aurait-on pas recours à la provocation de l'avortement ? Cette opération n'est-elle pas rationnelle, puisque la grossesse est la cause principale, la cause déterminante du rejet des aliments ?

En ne combattant pas cet accident si dangereux par un remède radical, la mère et son fruit succombent ; tandis que la femme pourrait être sauvée par l'avortement et devenir plus tard mère. D'après les faits que j'ai recueillis, c'est le plus souvent chez les primipares que les vomissements dits incoercibles ont été observés.

On répond à cela que l'avortement, soit qu'il soit spontané, soit qu'il soit provoqué, ne sauve pas toujours la vie de la femme. Cela est vrai. J'ai déjà dit, à la suite d'une des observations que j'ai rapportées plus haut, que l'avortement spontané n'arrive d'ordinaire que quand la femme est tellement épuisée qu'il ne reste plus d'espoir de la sauver, et qu'alors l'expulsion du produit de la conception, et par la douleur qui l'accompagne, et par la perte qui la suit, ne fait que hâter la fin, ainsi que cela se voit aussi assez fréquemment dans les fièvres graves. Mais quand l'avortement est provoqué en temps opportun, en sera-t-il encore de même ?

A quel moment l'opération sera-t-elle opportune ? C'est une question à laquelle on ne peut sans doute pas répondre d'une manière catégorique. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il faut l'entreprendre aussitôt que les accidents qui ont suivi les vomissements paraîtront assez graves pour compromettre la vie de la femme, et que la cause immédiate de ces accidents, les vomissements, auront résisté aux moyens les plus efficaces employés ordinairement dans ces cas. Peut-on dire plus dans un grand nombre de circonstances où il s'agit d'opérations chirurgicales graves ? Certainement non.

A ce propos, M. Cazeaux s'éprend d'une extrême tendresse pour les intérêts du fœtus. En présence d'une lésion traumatique grave, dit-il, le chirurgien n'a en vue que les intérêts de son malade. Pour l'accoucheur, *deux intérêts* sont en présence. Si le sentiment de sa propre conservation fait taire chez la mère la voix du sang, il n'en doit pas moins songer, dans les limites du possible, aux intérêts du fœtus. » Et pourquoi avez-vous fait si bon marché des intérêts de ce dernier quand il s'est agi d'étroitesse pelvienne ? Je dirai qu'il y a une très-grande différence. Une femme qu'on fait avorter pour cause de vomissements opiniâtres, comme je l'ai déjà fait remarquer, peut devenir mère plus d'une fois dans la suite, tandis que la personne mal conformée ne pourra jamais donner le jour à un enfant vivant si l'on opère d'après vos principes.

Si la provocation de l'avortement dans les cas de vomissements ne sauve pas la mère, aurait-elle été sauvée si on s'en était abstenu ? Ne vaut-il pas mieux employer un remède extrême, d'un résultat même incertain (*anceps remedium*), que pas du tout ? Ce sont là des questions que j'adresse aux praticiens et que je livre à leurs réflexions. L'expérimentation n'entraîne certainement pas des conséquences aussi graves que la mise en pratique de la doctrine professée par les commissaires de l'Académie, à propos d'avortement provoqué pour cause de rétrécissement extrême du bassin. Pour ma part, je ne négligerai aucune occasion de conseiller ou de pratiquer l'avortement, si j'ai le malheur de me retrouver en face d'accidents tels que ceux que j'ai vus entraîner la mort de plusieurs de mes malades.

STOLTZ,
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE ; par le docteur ADOLPHE GUBLER.

(Suite et fin. — Voir les nos 17, 18, 19 et 22.)

PRONOSTIC.

L'altération du foie avec ses conséquences fait presque toute la gravité

et la ceinture dorée du proverbe, emporté dans le tourbillon d'une immense clientèle, il ne s'est jamais cru le droit de tirer la révérence au progrès scientifique. Soit de lui-même, soit par la plume de ses élèves les plus distingués, devenus maîtres aujourd'hui, il a payé un très-honnête tribut. Mais c'est principalement dans ses leçons qu'il se montrait familiarisé avec tout ce que le travail moderne apportait de réellement neuf ou réellement utile à la médecine pratique. Cet enseignement a été le modèle du genre ; il allait admirablement à l'esprit positif, au sens droit, au tact sûr et rapide, à la parole aisée de M. Chomel. Sagement pénétré de l'idée que les luttes de système ne sont pas faites pour la jeunesse, et qu'il importe avant tout de la mettre en possession des données positives et constituées de la science et de l'art, nul ne savait mieux dresser le tableau d'une maladie, déchiffrer la généalogie des phénomènes, éliminer les éléments essentiels du diagnostic, déduire l'avenir du présent et asseoir un traitement méthodique. A force d'habitude dans le maniement des maladies, il savait, au milieu des plus grandes complications, mettre toute chose à sa place, comme font les enfants qui ont appris à recomposer une carte géographique avec des morceaux découpés et mêlés au hasard. Est-ce là le dernier mot de la science clinique ? Ne pourrait-on la rendre plus rationnelle sans lui ôter de sa précision ? Ne pourrait-on pénétrer plus avant dans la signification des phénomènes, dans la détermination des espèces et variétés pathologiques ? Et la thérapeutique n'a-t-elle pas des racines plus déliées et plus profondes ? C'est ce que nous croyons fermement. Mais l'enseignement de M. Chomel avait du moins le grand mérite de former, au lieu de petits savants comme on en voit trop, des élèves instruits, ayant en main tous les instruments, toutes les notions nécessaires pour poursuivre avec fruit leur carrière, en quelque direction que dussent les pousser les tendances de leur esprit ou le hasard des circonstances. Cet enseignement laissera donc de vifs et justes regrets.

M. Dumas, qui laisse la chaire de la Faculté de médecine pour garder celle de la Faculté des sciences (ce qui est un grain de consolation), M. Dumas forme avec M. Chomel un contraste frappant. Le professeur de chimie organique avait triomphalement inauguré un enseignement nouveau, et il ne s'était pas fait faute de s'y livrer à tous les entraînements de son esprit ingénieux et amant de la spéculation. Les jeunes intelligences se plaisaient à ces brillants exercices qu'ils vont bien regretter, comme aussi ils vont redemander à la chaire veuve cette élocution fluide et harmonieuse qui, en charmant l'esprit, le rendait docile à toutes les hardiesses. A tout prendre, il ne pouvait guère se rencontrer de plus habile ni de plus savant représentant de la chimie organique que M. Dumas, et l'introduction de cette branche d'enseignement dans le programme de l'École a été un des nombreux services rendus par l'administration de M. Orfila. A Dieu ne plaise donc que nous laissions échapper une parole de doute sur l'utilité du cours ! Mais on nous permettra de saisir la première occasion qui se présente de regretter que la chimie *organique* soit enseignée aux élèves de première année et fasse la matière du premier examen. Il est d'abord singulier qu'on étudie la composition chimique des parties solides et liquides du corps humain avant de connaître le corps humain lui-même. Puis tout le monde sait que les progrès de la science moderne ont fait de la chimie vivante un élément capital de la physiologie et qu'elle paraît porter en elle la solution des problèmes les plus élevés. Dans la première an-

de la syphilis constitutionnelle dans le premier âge. Par elle seule on peut se rendre compte de l'effroyable mortalité que la syphilis détermine, dans cette période de la vie. Il n'est plus besoin d'invoquer le défaut de résistance vitale, la frêle organisation de l'enfant et autres vagues explications dont les auteurs se sont contentés jusqu'ici, sans s'apercevoir que ce même petit être avant sa naissance, à l'état fœtal ou à l'état embryonnaire, était plus débile encore ; en sorte que, d'après leur raisonnement, un germe entaché du vice syphilitique n'aurait jamais dû se développer. Mais ce virus ne s'attaque pas directement à la force vitale ; il manifeste sa présence au sein de l'économie par des lésions organiques, d'où résultent des troubles fonctionnels. Tant que les organes essentiels à la vie ne sont pas frappés, ces dérangements sont, jusqu'à un certain point, compatibles avec la santé générale : c'est ce qui a lieu chez la plupart des adultes. Chez les très-jeunes enfants, au contraire, le foie venant à être envahi, la sécrétion biliaire, indispensable à la crase sanguine, se trouve ralentie et plus tard supprimée ; le sang s'altère, comme le prouve surtout l'inspection cadavérique, et l'on peut dire que la mort est la conséquence obligée de cette altération du foie portée à son plus haut degré. Tout au plus la péritonite et les autres complications ont-elles pour effet de hâter cette terminaison fatale.

Nouvelle preuve du rôle important que les recherches nécroscopiques sont appelées à jouer dans l'histoire des maladies.

Le fait suivant confirmera, sous certains rapports, la justesse de ces réflexions.

OPHTHALMIE PURULENTE DOUBLE, PUIS ACCIDENTS SECONDAIRES; SYMPTÔMES DE PÉRITONITE; MORT. FOIE OFFRANT LE PLUS HAUT DEGRÉ DE L'INDURATION FIBRO-PLASTIQUE.

Obs. V. — Maurice (Philippine-Julie), âgée de 15 jours, née à Paris, est apportée par sa mère le 5 octobre 1847, pour une double ophthalmie purulente, sans fausses membranes, avec ulcération de la cornée droite; elle est couchée au n° 7 de la salle Sainte-Cécile.

On la traite d'abord par le collyre de nitrate d'argent au sixième. Après plusieurs cautérisations répétées deux fois dans les vingt-quatre heures, les conjonctives deviennent saignantes ; on ne fait plus dès lors qu'une cautérisation par jour avec une solution moins concentrée (0,10 centigr. d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée); enfin on arrive à la solution ordinaire (0,05 centigr. pour 30 grammes). La sécrétion purulente perd son caractère spécial et devient franchement phlegmoneuse ; mais elle persiste toujours. Dans la pensée que les cathérétiques perpétuent le mal, on en fait cesser l'usage pour y substituer les irrigations, sinon continues, du moins très-fréquentes et prolongées.

Le 14 octobre, l'ophthalmie était guérie.

Notons que jusqu'ici l'enfant était rose et bien portante, et qu'elle paraissait douée d'une excellente constitution.

Cependant, quelques jours plus tard, on remarque déjà deux ou trois petites taches croûteuses sur la tête des sourcils et la bosse nasale; la mère affirme d'ailleurs qu'il n'existe pas de boutons aux fesses, ni sur aucune autre région.

Le 20, de nouvelles taches, en petit nombre, étant apparues sur les joues et le menton, nous nous inquiétons davantage et procédons à l'examen de toute la surface du corps. Or des taches de roséole existaient alors sur les fesses, ainsi qu'au voisinage des parties génitales. La mère, interrogée avec toutes les précautions imaginables, finit par confesser que, moins d'un an avant de devenir grosse, elle avait été prise tout à coup de flueurs blanches avec de la cuisson en urinant et une écorchure (*sic*) à la vulve. Mais nous n'avons rien pu savoir de positif sur les accidents secondaires qui auraient pu être la conséquence de cette ulcération supposée primitive. (Bains de sublimé.)

Les jours suivants, le diagnostic se confirme; l'éruption devient plus abondante; quelques taches se couvrent de squammes psoriasiques. Celles du pourtour de l'anus et de la vulve prennent une teinte violacée et s'excorient, puis la peau qui les supporte s'épaissit et s'indure. L'enchifrènement est peu prononcé.

Pendant ce temps-là, l'enfant continue à teter, vomit peu et n'a que rarement des selles diarrhéiques. Néanmoins elle maigrit un peu, ses chairs perdent leur fermeté, la coloration rosée fait place à la pâleur et à une teinte bistre légère.

Le 2 novembre, l'enfant paraît devenir tout à coup beaucoup plus malade; elle refuse de teter, vomit ce qu'elle prend, a plusieurs selles diarrhéiques, et fait entendre des geignements presque continuels. En même temps le pouls devient très-fréquent et l'expression du visage s'altère profondément.

Le 3, on remarque une grande pâleur et l'état grippé du visage; le pouls est plus accéléré encore et très-petit. L'enfant se plaint et s'agite, mais ses mouvements et ses cris sont très-faibles; elle continue à rejeter les boissons qu'on lui ingurgite et n'a pas la force de prendre le sein. Le ventre est tendu, douloureux à la pression, et donne une résonnance aérique.

M. Trousseau diagnostique une péritonite.

Le 4, l'enfant paraît profondément anémiée, et sa faiblesse est extrême. Le pouls est filiforme, les extrémités sont froides, le ventre est ballonné.

La mort arrive le 5 novembre, trois heures après-midi.

Autopsie, dix-neuf heures après la mort.

Tête. Les organes encéphaliques ne présentent rien d'extraordinaire, si ce n'est une trop forte proportion de sérosité sous-arachnoïdienne et intra-ventriculaire. La membrane muqueuse des fosses nasales est rouge, épaissie et couverte d'un enduit de mucus opaque, puriforme.

Poitrine. Les poumons présentent de l'œdème interlobulaire et, vers leur face postérieure, des lobules rouges ou bruns, friables, plus denses que l'eau (*pneumonie lobulaire*). Il n'y a pas de sérosité dans les plèvres ni dans le péricarde.

Le cœur contient du sang noir, diffluent, dans lequel la matière colorante se trouve en suspension à la manière du marc de café. Le sang des autres organes présente des caractères analogues.

Abdomen. La cavité péritonéale renferme un liquide visqueux, opalin, semblable à de la synovie troublée par du pus, ne tenant en suspension aucun flocon albumineux et dont la quantité peut être évaluée à 60 grammes.

Sur les intestins grêles il n'existe pas de fausses membranes; on y constate seulement une couche de matière purulente assez consistante. Ces organes ne présentent pas, à l'extérieur, d'injection vasculaire morbide; on remarque seulement à leur surface interne un certain développement et un commencement d'état gaufré des plaques de Peyer.

Les reins sont hypérémiés; la rate volumineuse, un peu ramollie, est couverte de minces pellicules albumino-fibrineuses.

Le foie dépasse sensiblement le volume qu'il présente d'ordinaire chez les enfants de cet âge et offre une coloration générale jaunâtre, analogue à celle du cuir, avec une certaine demi-transparence, lorsqu'on le considère en tranches minces, et une dureté très-grande, moindre toutefois que celle qu'il nous a présentée dans d'autres cas. Au milieu de la teinte jaune uniforme qui fait le fond de l'organe, on distingue, vers le bord tranchant des plaques notablement vascularisées et conséquemment rouges, au niveau desquelles le péritoine viscéral est comme papillaire, après avoir été dépouillé des fausses membranes qui le couvrent; la plus grande peut atteindre la largeur d'un centime.

En incisant sur ces plaques rouges, on tombe, dans l'intérieur de l'organe, sur des portions de tissu d'un gris clair, plus friables que les autres parties et parcourues par des arborisations vasculaires, tandis que le tissu induré en est totalement dépourvu. Il s'écoule à la longue de chaque coupe une abondante

---

née d'étude, ni l'esprit n'est assez fort, ni les connaissances ne sont assez étendues, pour qu'un champ de cette nature puisse être exploré avec quelque profit. En vain dirait-on que le premier examen n'a lieu qu'après la seizième inscription et que les notions de chimie organique sont mises en réserve pour ce moment, comme celles d'anatomie ou de pathologie. L'élève qui étudie les sciences accessoires avant l'anatomie n'éprouve aucun embarras; ni celui qui étudie l'anatomie avant la physiologie; ni celui qui étudie la physiologie avant la pathologie, etc. Mais il n'en est plus de même de l'élève appelé à apprendre la composition du sang, de la bile, du fluide pancréatique, sans savoir ni ce que sont au juste ces humeurs, ni d'où elles viennent, ni à quoi elles servent. Ce qu'on peut ce faire entrer dans sa tête n'est donc qu'une lettre morte et bientôt enterrée. Le rapport des liquides entre eux, au point de vue de la composition chimique, est tel, que le professeur ne pouvait se dispenser de faire un véritable cours de physiologie humorale; sa *statique chimique* n'était pas autre chose.

Il nous semblerait donc convenable de rattacher l'enseignement de la chimie organique à la physiologie et de la renvoyer par conséquent au cours de seconde année; ce serait déjà bien assez tôt. Le cours de chimie tel qu'il était fait avant l'entrée de M. Dumas à la Faculté, était parfaitement entendu; il n'a pas dégénéré depuis. Il n'y aurait rien de mieux que de revenir à l'ancien état de choses.

Voilà donc deux vacances ouvertes et pas de concours! Pour la chaire de chimie, on sait de quel côté le vent souffle; M. Dumas, en habile physicien, ne fait le vide que pour attirer à sa place son suppléant privilégié. Quant à la chaire de clinique, on ne peut s'empêcher de songer à un illustre confrère, chef d'une école célèbre, et que le concours avait précisément éloigné de la Faculté; mais dans les conditions spéciales où nous sommes, on n'a pas le droit de faire des vœux pour autrui et l'on risque d'être indiscret en voulant être sincère.

— Nous avions récolté encore pour l'agrément du lecteur quelques menus faits du domaine de la Chronique; mais le défaut d'espace nous force à les laisser au tiroir. Nous n'en distrairons qu'une anecdote toute *fraîche*, comme on va voir. Le propriétaire d'un établissement hydrothérapeutique à Neuilly, l'est en outre de deux charmantes filles. Une nuit, l'aînée de ces demoiselles, entendant du bruit dans la cour, se lève et aperçoit trois hommes de mauvaise mine qui, après avoir escaladé la grille, se disposaient à crocheter une porte. Madem. M. ne perd pas la tramontane; elle se dirige vers une certaine pièce, dirige un certain tube du côté des voleurs, et tourne le robinet. Messire Loban, d'hydraulique mémoire, n'a jamais eu plus rapidement raison de l'émeute. Nos hommes de poussser un cri et de fuir, persuadé que le ciel vengeur avait déchaîné sur eux toutes ses cataractes. Si le vol est le résultat d'une excitation de certains compartiments du cerveau, comme personne n'en doute, il est à souhaiter que ce compartiment-là ait été spécialement arrosé. Mais vous verrez qu'on n'aura pas été si heureux et que les gaillards ne seront pas corrigés!

A. Dechambre.

sérosité, limpide et citrine; aussi à la fin de la journée le foie est-il beaucoup moins tendu et moins dur qu'au moment de l'autopsie. La vésicule du fiel, de même que les ramifications des conduits hépatiques, renferme une petite quantité d'une bile jaunâtre, ambrée, muqueuse et très-filante.

En examinant ce foie à la loupe, j'y ai retrouvé les points opaques disséminés, les pinceaux et les étoiles formés par des vaisseaux privés de sang.

Au microscope, je me suis assuré que le tissu dur et demi-transparent renfermait une forte proportion d'éléments fibro-plastiques, et que ces éléments faisaient à peu près défaut dans les parties grisâtres, vasculaires, où j'ai retrouvé simplement les cellules propres du foie.

Ainsi voilà un enfant doué d'une forte constitution et qui offre pendant le premier mois de son existence tous les attributs d'une bonne santé générale, quoiqu'il porte au dedans de lui le germe de la maladie syphilitique. Mais alors il n'y a pas encore de lésions d'organes. Plus tard, des déterminations morbides se font non-seulement sur les membranes tégumentaires, mais encore sur des viscères essentiels à la vie, et ce petit sujet, qui naguère donnait les plus belles espérances, succombe dans l'espace de quelques jours aux altérations organiques engendrées par la syphilis.

Mais si la mort est la conséquence presque nécessaire de l'altération générale du foie, tout porte à croire que la guérison peut être obtenue par des moyens appropriés, lorsque l'affection est plus restreinte.

M. Cullerier m'a dit avoir traité et guéri, dans ces derniers temps, par le proto-iodure de mercure un jeune enfant syphilitique qui succomba plus tard à une maladie intercurrente, et dont le foie présentait, sur sa face convexe et dans les couches adjacentes de son tissu propre, une plaque fibreuse, sorte de cicatrice qui lui paraissait avoir succédé à une infiltration plastique du genre de celle qui nous occupe. Voyons donc ce qu'il convient de faire pour amener une si heureuse terminaison.

TRAITEMENT.

Chez les enfants syphilitiques, on observe presque toujours un enchevêtrement de symptômes secondaires et tertiaires, qui ne se voit pas aussi bien dans les autres âges de la vie et qui dépend d'une évolution plus rapide de la diathèse syphilitique. Ainsi, l'on rencontre simultanément des syphilides à forme précoce et à forme tardive avec une infiltration plastique du foie analogue au sarcocèle de cause spécifique. De là découlent évidemment deux séries d'indications thérapeutiques.

Mais comme les accidents tertiaires, qui sont de beaucoup les plus funestes, se développent insidieusement et ne peuvent être reconnus avec certitude, au moins dans leurs premiers degrés, il est du devoir du médecin d'en prévenir la formation par un traitement rationnel. Or on sait au jourd'hui que les préparations iodurées ont, par-dessus toutes, le pouvoir de dissiper ces accidents tertiaires; c'est donc à elles, et plus particulièrement à l'iodure de potassium, qu'il conviendra de s'adresser.

L'iodure de potassium n'a pas encore, que je sache, été administré à des enfants aussi jeunes que ceux qui peuvent nous offrir l'infiltration plastique du foie; il faudrait donc procéder avec beaucoup de ménagements dans l'emploi de cet agent médicamenteux. Néanmoins, les doses auxquelles on le prescrit maintenant aux adultes sont si élevées, comparativement à ce qu'elles étaient autrefois, qu'on pourrait arriver, suivant toute apparence, à des quantités encore assez considérables, chez les très-jeunes sujets, sans produire aucun accident. En l'absence de toute expérimentation à cet égard, j'hésite à fixer un chiffre quelconque; cependant il me semble qu'il n'y aurait aucun inconvénient à donner 0,10 centigr. d'iodure de potassium par jour à un enfant qui aurait atteint le deuxième mois de la vie.

Mais si les préparations iodurées s'adressent aux accidents les plus graves, à ceux qui compromettent le plus immédiatement la vie des petits malades, il n'en faut pas moins leur associer les préparations hydrargyriques qui conviennent aux accidents secondaires; c'est même par celles-ci qu'on devra commencer. Que si l'on se bornait à faire le traitement mercuriel, la prudence exigerait au moins qu'on donnât la préférence au proto-iodure d'hydrargyre, combinaison qui réunit jusqu'à un certain point les avantages des deux sortes de principes médicamenteux.

Pour ce qui regarde le mode d'administration de ces agents énergiques, nous pensons, contrairement à l'aphorisme d'Hippocrate : « *Lactantium cura tota in curâ nutricum*, » qu'il sera le plus souvent illusoire ou dangereux de les administrer par l'intermédiaire des nourrices et qu'il convient de les faire prendre directement aux petits malades, en s'entourant de toutes les précautions commandées par leur organisation délicate.

Dans l'impossibilité de faire parler notre expérience personnelle, nous devons nous borner à ces indications générales sur le traitement spécifique des accidents secondaires et tertiaires chez les enfants du premier âge. Plus tard, nous pourrons tracer à cet égard des règles plus précises, en mettant à contribution les observations de nos savants collègues des hôpitaux et celles que nous serons à même de recueillir.

Quant aux symptômes de la péritonite ultime, lorsqu'ils se montrent le péril est si proche qu'il me semble bien difficile d'y porter remède avec les moyens que la science possède aujourd'hui.

Mais sur ce point, comme sur tant d'autres, il ne faut pas désespérer de l'avenir de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES EFFETS HÉMOSTATIQUES DE L'EAU DE M. PAGLIARI, PHARMACIEN A ROME (mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 3 mai); seconde communication sur ce sujet de M. le professeur C. SÉDILLOT, membre correspondant.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CAS DANS LESQUELS ON PEUT AVOIR RECOURS AUX LIQUEURS HÉMOSTATIQUES.

Il existe un grand nombre de cas dans lesquels le chirurgien hésite à recourir à la ligature des vaisseaux, en raison des difficultés de l'opération et de l'incertitude ou même du danger des résultats. Nous en citerons quelques-uns :

1° Les artères sont friables, la ligature les divise avant leur oblitération et des hémorrhagies consécutives se déclarent. On découvre le vaisseau sur un point plus rapproché du tronc, et on l'étreint dans une nouvelle ligature; même insuccès et même persistance dans l'emploi des mêmes ressources. On a vu des malades succomber après trois ligatures successives également infructueuses.

La compression exécutée avec des boulettes de charpie imbibée d'eau Pagliari nous paraîtrait indiquée.

2° Des hémorrhagies secondaires surviennent dans des plaies profondes, enflammées, douloureuses. L'artère lésée serait inaccessible sans de grands délabrements, comme on le voit pour les hémorrhagies de la main, et l'on entrevoit la nécessité de lier l'artère principale de la région blessée. La carotide, pour les hémorrhagies de l'arrière-bouche, l'artère brachiale pour celles des arcades palmaires, etc. L'eau hémostatique devrait auparavant être essayée.

3° Une artère a été coupée pendant une opération, on ne peut la saisir pour la mettre à nu. Il faudrait multiplier les incisions et aggraver le danger déjà existant; ce serait encore une occasion favorable d'employer l'eau Pagliari.

4° Si les artérioles sont petites, rétractiles, multipliées à la surface d'une plaie, l'indication serait semblable.

5° Les hémorrhagies veineuses et capillaires offriraient les mêmes conditions.

Dans tous les cas, en un mot, où l'on a aujourd'hui recours à la compression, sans beaucoup compter sur ce procédé habituellement inutile et dangereux, l'eau hémostatique serait un moyen auxiliaire très-favorable et très-puissant dont on devrait faire usage.

OBSERVATIONS. — Nous terminerons par quelques observations recueillies depuis notre première communication.

OBS. I. — Une malade atteinte d'un ostéosarcome du bras droit, avec destruction complète de la partie moyenne de l'humérus, est amputée par nous dans l'articulation scapulo-humérale à la clinique de la Faculté (semestre de 1831-1832). Hémorrhagie par la veine axillaire sur laquelle nous appliquons quelques boulettes de charpie trempées dans l'eau hémostatique. Plusieurs fois dans le cours de la cure qui fut heureuse, l'hémorrhagie se renouvela, et chaque fois on parvint aisément à l'arrêter avec l'eau Pagliari.

OBS. II. — Un homme amputé de la jambe par mon procédé à lambeau interne est atteint d'hémorrhagie consécutive vers le douzième jour. — Eau Pagliari; cessation de l'écoulement du sang et guérison.

OBS. III. — Jeune homme affecté d'une énorme tumeur ganglionnaire dégénérée du cou. (Ganglioïte envahissante; l'une des plus terribles lésions de l'économie sur laquelle l'attention des chirurgiens n'a pas encore été suffisamment attirée.) Ulcérations très-étendues; hémorrhagies fréquentes toujours arrêtées par les applications de l'eau hémostatique.

OBS. IV. — Ablation d'une vaste tumeur cervicale de la même nature que la précédente sur un jeune homme de 30 ans. Nombreuses branches artérielles ouvertes dans la région sus-hyoïdienne. Tamponnement léger avec des boulettes de charpie imprégnées d'eau hémostatique. Cessation définitive de l'écoulement du sang.

OBS. V. — M. Lauth, chirurgien interne de notre service, se blesse au doigt;

hémorrhagie persistante malgré plusieurs tentatives de compression. Emploi de l'eau hémostatique. Cessation de l'écoulement du sang.

Obs. VI. — M. Heer, chirurgien interne de l'hospice civil, voit une hémorrhagie alvéolaire se répéter malgré plusieurs essais de compression, à la suite d'une extraction de dents. Application de l'eau hémostatique. Guérison.

Obs. VII. — Le nommé Darneaux, soldat au 12e régiment d'artillerie, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg le 30 novembre 1851, est atteint de chancre à la verge et d'adénite inguinale droite.

Cette adénite fut ouverte le 2 décembre au moyen de la pâte de Vienne, et il en résulta après la chute de l'escarre une plaie située à la partie interne de l'artère fémorale au niveau de sa sortie du canal crural. Ses bords circulaires laissaient à nu un espace d'un diamètre de 2 centim. 1/2 environ, espace occupé à sa partie supérieure et externe par une portion de ganglion assez volumineuse.

Le 12 décembre 1851 un décollement s'étant manifesté au bord supérieur et interne, on l'incisa au moyen du historui. De la charpie placée dans la plaie et quelques tours de bande moyennement serrés suffirent pour arrêter l'écoulement du sang.

A trois heures de l'après-midi, sept heures après l'opération, cet homme s'étant levé vit une légère quantité de sang suinter au travers les pièces de son appareil. L'hémorrhagie paraissant arrêtée quelques instants après, le malade ne s'en inquiéta pas.

Vers cinq heures elle reparut plus abondante. Appelé aussitôt, je constatai une perte de sang assez considérable; non-seulement les pièces du pansement, mais encore le drap et le matelas sur lesquels reposait le malade, étaient largement imbibés de sang. L'appareil fut enlevé et la plaie s'offrit à moi baignée de sang; elle paraissait avoir une profondeur de près de 2 centim. Le sang était artériel; il coulait abondamment en nappe. Venait-il d'une branche de la cutanée abdominale ou de l'épigastrique, ou bien encore d'une des honteuses superficielles? je m'arrêtais plutôt à cette dernière supposition.

La compression au moyen du tourniquet de J.-L. Petit, les réfrigérants, les poudres hémostatiques ordinairement préconisés (l'alun en poudre, la colophane) furent inutilement employés; l'hémorrhagie était diminuée, mais non supprimée. Vers sept heures je me décidai à faire usage de l'eau de M. Pagliari; un plumasseau de charpie bien imbibé de ce liquide fut appliqué sur la plaie, je fis une légère compression, et aussitôt le sang s'arrêta complétement au moins pendant plusieurs minutes, et au bout de ce temps il recommença à couler d'une façon presque insensible. Sur ces entrefaites, M. le professeur Sédillot que j'avais fait prévenir arriva; il renouvela l'application de l'eau; un pansement méthodique fut fait et maintenu au moyen d'une bande convenablement serrée; la cuisse du malade fut mise dans une position inclinée au moyen d'un coussin placé sous le creux poplité, et l'hémorrhagie cessa au bout de deux ou trois minutes.

Le 15, l'appareil fut levé sans qu'aucun indice d'hémorrhagie apparût; la plaie fut nettoyée avec soin; elle était vermeille et présentait l'aspect le plus satisfaisant.

Le 16, sans cause connue, sans que le malade accusât aucun effort, l'hémorrhagie se renouvela, moins abondante cependant que la troisième fois. Une nouvelle application de l'eau hémostatique et du bandage contentif suffit pour l'arrêter en quelques instants.

Le 18, on leva l'appareil; la plaie était dans les meilleures conditions.

Depuis, l'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée.

Les phénomènes que présenta l'application de l'eau hémostatique furent ceux-ci: d'abord un sentiment de constriction éprouvé par le malade, puis un changement de coloration du sang qui de rouge sembla devenir noir, enfin une mousse fine et serrée qui s'éleva autour du plumasseau de charpie.

(Recueillie par M. J. Jaillot, chirurgien sous-aide major.)

Il serait inutile de multiplier des observations offrant toutes les mêmes résultats. Nous dirons seulement que dans quelques cas où les artères étaient béantes à la surface de la plaie, en raison de la densité des tissus environnants, nous n'arrêtâmes pas immédiatement l'écoulement du sang.

Obs. VIII. — Un malade de la clinique atteint d'un cancroïde épithélial fut opéré par ablation et guérit avec une affreuse perte de substance de la totalité du nez. Je pratiquai l'autoplastie par la méthode indienne, avec le perfectionnement de M. le docteur Labat, et la guérison fut très-rapide et fort satisfaisante. Au moment où je détachai le lambeau frontal, le sang coula avec abondance des ramifications dilatées des artères frontale, sourcilière, sus-orbitaire, et nous fûmes obligés de lier deux vaisseaux dont l'hémorrhagie avait persisté malgré l'application de l'eau hémostatique.

Les vaisseaux maintenus ouverts à la surface de la plaie par les adhérences celluio-fibreuses du tissu environnant présentaient des conditions défavorables à la formation rapide d'un caillot oblitérateur, et l'impulsion du sang entraînait le coagulum, dont la circonférence en relief des artères était presque le seul appui.

Dans de pareils cas, il faudrait maintenir longtemps la compression, si l'on voulait obtenir l'occlusion des orifices vasculaires par un caillot résistant, et il nous parut plus expéditif de recourir à la ligature.

Conclusions. — Nos conclusions seront les suivantes:

1° Il existe des liquides doués de la propriété de coaguler instantanément le sang et de le convertir en un caillot épais, homogène et résistant.

2° L'eau Pagliari, dont on connaît maintenant la composition grâce à la générosité de son inventeur, possède cette remarquable propriété, et loin d'exercer une action fâcheuse sur les plaies en contact, elle paraît susceptible d'en favoriser la cicatrisation.

3° La théorie, l'expérience et les observations cliniques concourent à démontrer la puissance hémostatique de cette liqueur.

4° Le rôle de la compression dans l'application des liquides hémostatiques est de permettre la coagulation du sang dans la plaie, et la formation d'un caillot résistant à l'embouchure des vaisseaux.

5° Dans tous les cas où l'on ne peut recourir sans de graves inconvénients à la ligature, et dans ceux où l'altération du sang, fait obstacle à sa coagulation et aggrave le danger des hémorrhagies, l'eau Pagliari sera employée avec avantage, et mérite d'être comptée parmi les ressources précieuses de notre art.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Ostéite du fémur et du tibia; tumeur blanche du genou; abcès développé dans le creux poplité et pénétrant dans l'articulation du genou; ulcération de l'artère poplitée; mort par hémorrhagie; autopsie; observation communiquée à la Société de biologie par M. E. Leudet.

Obs. — P..., âgé de 51 ans, concierge, d'une taille élevée, muscles peu développés, maigre, cheveux bruns, yeux bruns, entre le 17 janvier 1852 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 20.

P... a joui presque constamment d'une bonne santé; jusqu'à il y a trois ans il était postillon et a été rarement, par des indispositions légères, obligé de suspendre ses occupations ordinaires. A cette époque, P... éprouva, sans cause connue, des douleurs dans les deux membres inférieurs; ces douleurs, d'abord vagues et occupant surtout les articulations, mais jamais les membres supérieurs, persistèrent dans le genou gauche et dans tout le membre du côté gauche. D'abord obtuses, les douleurs devinrent par moments lancinantes, s'accompagnèrent d'un peu de fièvre et forcèrent le malade à cesser son métier de postillon. Depuis un an, les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, en même temps toute la jambe, augmentée manifestement de volume, est devenue incapable de supporter le poids du corps, ce qui rend dans sa marche l'usage des béquilles indispensable. Jamais aucune collection purulente ne s'est formée sur le trajet du membre inférieur gauche et ne s'est ouverte au dehors. Depuis le commencement de janvier 1852 la douleur est devenue plus vive dans la jambe gauche, se manifestant sous forme de douleurs gravatives, exaspérées par moments sous forme d'élancements. Huit jours environ avant l'admission à l'hôpital, P... ressentit des frissons, des douleurs dans le côté droit de la poitrine, au-dessous du mamelon, en même temps il fut forcé de prendre le lit.

A son entrée à l'hôpital, nous le trouvons dans l'état suivant: état fébrile; pouls à 104-108, médiocrement large et fort; chaleur de la peau; douleur légère au-dessous du mamelon droit; matité dans le tiers inférieur de ce côté de la poitrine; souffle bronchique avec retentissement égophonique de la voix. La pleurésie fut combattue par une application de ventouses scarifiées à la base du côté malade du thorax, un vésicatoire.

A la fin du mois, les symptômes locaux de la pleurésie avaient presque complètement disparu; seulement la respiration était un peu plus faible que du côté opposé et la sonorité incomplétement rétablie.

Au moment de l'entrée, le membre inférieur gauche était dans l'état suivant: œdème peu marqué; téguments pâles, faciles à déprimer avec le doigt et conservant longtemps la trace de la pression; augmentation marquée du volume du fémur dans toute son étendue, ainsi que du tibia; aucune saillie anormale ne se remarquait à la surface de ces os. La pression exercée sur leur trajet était médiocrement douloureuse, plus au niveau du genou qui ne peut être fléchi sans provoquer des plaintes de la part du malade.

Du 15 au 20 janvier, les douleurs sont plus vives au genou gauche, s'accompagnent d'augmentation de volume du membre, d'une rougeur pâle avec œdème; pouls 110-112; chaleur de la peau; accablement et prostration du malade, qui semble indifférent aux questions qu'on lui adresse.

20. Application de vingt sangsues sur le genou gauche.

Les deux jours suivants, aucune amélioration ne se produit dans l'état général ou local du malade.

Le 22, douze boutons de feu (cautérisation superficielle) sont appliqués par M. Rayer sur la face antérieure du genou en évitant la surface de la rotule. Les douleurs persistent et s'étendent dans le trajet du fémur et du tibia; elles prennent un caractère lancinant. La fièvre dure toujours.

Le 4 février, la peau de la partie interne du genou est soulevée par une collection liquide, qu'on ouvre au moyen du bistouri dans le point indiqué; il s'en écoule une grande quantité de pus.

Un stylet fut introduit dans l'ouverture de la peau ne trouve aucun orifice conduisant dans l'articulation ou dans l'épaisseur des tissus profonds; il s'écoule

chaque jour de la plaie une grande quantité d'un pus très-odorant et qui traverse une couche épaisse de charpie et les pièces de pansement.

Depuis le commencement du mois, une ulcération superficielle de la partie moyenne de la cornée gauche, avec opacité légère de toute la couche, augmente graduellement de profondeur; on ordonne un collyre avec 4 grammes de sulfate de zinc pour 30 grammes d'eau. Cette ulcération à bords pâles, sans aucun développement vasculaire périphérique, cessa graduellement en augmentant de profondeur jusqu'au jour de la mort.

Le 12 février, l'écoulement abondant du pus continuait par l'ouverture pratiquée à la partie interne du genou; la pression exercée dans le creux poplité et suivant le quart inférieur de la cuisse augmentait l'écoulement purulent; les déplacements de la cuisse sur la jambe ne faisaient entendre aucun craquement particulier.

M. Rayer a recours de nouveau à la cautérisation superficielle de la peau au moyen de quinze boutons de feu appliqués sur la face antérieure du genou.

Aucune amélioration ne se manifeste.

Le 24 février, des frissons apparaissent de nouveau, avec céphalalgie.

Le lendemain, un érysipèle, de couleur pâle, peu saillant, se manifeste sur le côté gauche de l'aile du nez, il envahit successivement le côté gauche, puis le côté droit de la face, s'accompagnant de peu de gonflement. Il n'atteint pas les oreilles; le 28, toute rougeur de la peau avait disparu.

Le 27 février, dans le but de diminuer la suppuration, on fait dans la plaie de la partie interne du genou une injection avec deux tiers en volume d'eau pour un tiers de teinture d'iode. La canule ne dépasse pas les lèvres de la plaie. Le malade n'accuse qu'une cuisson peu vive; par la pression, dans le creux poplité, on fait sortir la plus grande quantité du liquide injecté.

Les deux jours suivants, la sécrétion purulente demeure également abondante et fétide; le malade n'accuse pas plus de douleur que d'habitude.

Le 28 février, l'urine essayée à plusieurs heures de la journée au moyen d'un papier ordinaire amidonné touché avec l'acide nitrique, a révélé constamment la présence d'une certaine quantité d'iode. Le lendemain matin l'urine n'en contenait aucune trace.

Le 1er mars au matin, à huit heures et quart, on trouve le malade mort dans son lit. Il avait été vu un quart d'heure auparavant par des personnes du service. Les pièces du pansement, plusieurs alèzes qui entouraient le membre inférieur gauche et le drap du lit, étaient tachés par un sang rouge qui sortait encore par la plaie de la partie interne du genou.

Autopsie le 2 mars 1852, vingt-deux heures après la mort.

Temps froid et sec.

Aucune trace de décomposition; légère roideur cadavérique.

Tête. Pas de congestion des téguments; méninges et cerveau sains.

La plèvre pariétale et viscérale, sans aucun développement des vaisseaux sous-jacents, était tapissée de pseudo-membranes molles, faciles à décoller, surtout abondantes dans la gouttière costo-vertébrale. Le parenchyme des poumons était en avant d'un gris rosé, crépitant, légèrement engoué en arrière et surtout à la base, non friable, donnant écoulement à une quantité médiocre de sérosité sanguinolente âcre. Les bronches étaient saines, ainsi que la trachée et le larynx.

Le cœur, d'un volume ordinaire, un peu flasque, présentait un léger épaississement de la base et de la partie libre de la valvule mitrale, ainsi que des valvules aortiques. Pas de rétrécissement ou d'insuffisance des valvules. Au-dessous de la membrane interne de l'aorte, principalement au niveau des artères coronaires et de la naissance des vaisseaux des membres supérieurs, existaient plusieurs plaques jaunâtres, molles, sans destruction de la membrane interne.

Muqueuse de l'estomac grisâtre près du pylore, légèrement mamelonnée, d'un gris verdâtre dans le grand cul-de-sac où elle s'enlève par le raclage. Quelques arborisations, avec légère saillie des follicules isolés dans le cœcum. Intestin grêle sain.

La rate était petite, assez ferme, non congestionnée.

Le foie, un peu jaunâtre, ne graissant pas le scalpel, non congestionné, sain.

Les reins et la vessie étaient comme à l'état normal.

Le membre inférieur gauche était œdématié, la peau violacée, décollée au niveau du condyle interne du fémur et dans le creux poplité, un peu de sang demi-coagulé bouchait la plaie résultant de l'incision faite pendant la vie. En disséquant les couches superficielles, on trouve le creux poplité, la partie supérieure du fémur et le quart inférieur et interne des muscles de la cuisse noirâtres, comme macérés, exhalant une odeur de putréfaction marquée; toutes ces parties sont infiltrées d'une matière sanieuse mêlée à des caillots sanguins. Les muscles les plus ramollis sont le poplité, la partie supérieure du soléaire.

Les vaisseaux et nerfs placés dans le creux poplité sont isolés au milieu de la sanie sanguinolente et du sang demi-coagulé. Le nerf poplité n'est nullement ramolli, son névrilème ne présente aucune injection anormale; la veine poplitée est saine et ne contient qu'un peu de sang.

L'artère poplitée, à sa partie moyenne et à sa face antérieure, offre une perforation un peu allongée dans le sens de la direction du vaisseau, pouvant permettre l'introduction d'une grosse tête d'épingle. Cette ulcération, à bords assez réguliers, minces, est entourée d'une petite auréole un peu bleuâtre; elle est plus large que l'orifice interne. Au-dessus et au-dessous, on ne remarque aucune autre solution de continuité. L'artère n'est ni tendue ni relâchée. Elle est ouverte suivant son axe sur le bord opposé à l'ulcération. Celle-ci est cachée par deux petits caillots rougeâtres, mous, non adhérents, ayant leur grosse extrémité appliquée sur l'orifice anormal, et leur extrémité sous forme d'appendice graduellement décroissant tournée vers la cavité du vaisseau. Cette ouverture est légèrement infundibuliforme et régulière. La tunique externe s'enlève facilement; elle est parsemée d'un lacis de petits vaisseaux médiocrement abondants. De l'extérieur, on aperçoit plus bas que l'orifice anormal, mais nullement à son niveau, de petits points jaunâtres sous forme d'un semis régulier, ne soulevant pas à l'intérieur la membrane interne, qui s'enlève difficilement et se rompt immédiatement; au-dessous d'elle, la membrane moyenne est un peu fragile, ses fibres transversales très-apparentes et parsemées de petits points jaunes. A l'exception des deux petits caillots déjà indiqués, l'artère poplitée était vide de sang.

En remontant le trajet de l'artère, on trouve la moitié supérieure de l'artère poplitée plus saine, la membrane moyenne moins cassante, moins parsemée de petits points jaunâtres, mais à partir de l'anneau du troisième adducteur jusqu'à son extrémité supérieure, l'artère fémorale reprend de nouveau les mêmes caractères et même plus marqués que ceux que nous avons indiqués à propos de l'artère poplitée.

L'artère fémorale du côté droit sain, examinée comparativement, ainsi que l'artère d'un autre sujet de 50 ans environ, mort d'une autre maladie, offre le même aspect.

L'articulation du genou était largement ouverte en arrière et en dedans, les fibres ligamenteuses qui forment la partie postérieure de la capsule d'un blanc terne, détachées du condyle interne du fémur qui était à nu, le ligament latéral interne intact. Le condyle externe avait encore sa capsule, la partie antérieure de la capsule avait persisté.

Dans l'articulation, on ne trouvait aucune trace des fibro-cartilages semilunaires ou du cartilage d'encroûtement de la partie inférieure du fémur et de la supérieure du tibia, quelques petites lamelles minces de cartilages faciles à enlever et entraînant alors avec elles de petits fragments osseux se remarquaient encore à la partie postérieure et supérieure des deux condyles, de même qu'à la circonférence de la rotule.

L'extrémité inférieure du fémur et la supérieure du tibia, c'est-à-dire de toute leur partie intra-articulaire était noire, comme macérée; la couche mince de tissu compacte qui les recouvre avait disparu et n'offrait qu'un tissu spongieux inégal, raréfié, s'écrasant facilement sous la moindre pression. Les ligaments croisés ramollis n'étaient pas détachés de leurs insertions. En arrière, sur la partie supérieure des condyles du fémur, on observait de petites lames grisâtres, comme papyracées, s'enlevant facilement et se brisant par la moindre pression, pour montrer au-dessous d'elles de petites pertes de substance.

Sur la partie inférieure du fémur, sur la diaphyse comme à l'épiphyse, le périoste adhérait médiocrement. Le tissu compacte extérieur comme raréfié, parsemé d'une foule de petits orifices gros comme la pointe d'une épingle était rouge; ces petits points étaient, par places, isolés; ailleurs, surtout à la partie interne et inférieure de la diaphyse, réunis sous forme de petite plaque. Une saillie comparable à une exostose se remarquait sur le bord externe ou l'os près de l'épiphyse; il semblait formé par un soulèvement de la couche compacte raréfiée, au-dessus de laquelle existait comme une petite plaque de tissu osseux plus épais et plus blanc.

A l'intérieur, le corps du fémur était creusé d'une cavité plus grande que le canal médullaire ordinaire contenant une moelle molle, rougeâtre, facile à écraser. Dans l'épiphyse, le tissu spongieux, raréfié également, présentait plusieurs petites cavités purulentes; plus bas, près de l'articulation du genou, une infiltration jaunâtre purulente également. Le tissu compacte offre une épaisseur manifestement moindre que dans l'état normal.

La partie supérieure du tibia offrait moins l'infiltration purulente, les mêmes caractères pathologiques que le fémur.

Ces os étant fragiles se cassent sous l'influence de la moindre pression et se laissent couper facilement.

Les détails que nous venons de donner sur les symptômes observés pendant la vie, et les lésions des os et de l'artère poplitée, nous autorisent à voir ici une ulcération artérielle causée par l'abcès développé dans l'articulation et le creux poplité sous l'influence de la maladie des os.

Quoique les faits de ce genre soient rares, ils ne prouvent pas moins qu'on avait exagéré l'immunité des artères plongés au sein d'un foyer purulent.

Un fait absolument identique fut observé l'an dernier à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Velpeau. (Voir Bull. Société anatomique, 1850.)

Chez notre malade, les artères offraient les caractères qu'elles présentent souvent chez les vieillards, comme nous avons pu nous en convaincre en les comparant avec l'artère fémorale d'un sujet à peu près du même âge mort d'une maladie complétement différente, nouvelle raison pour admettre que l'affection des artères a pu agir tout au plus comme circonstance adjuvante, mais n'être pas la cause première de la perforation.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

QUELQUES CAS REMARQUABLES TIRÉS DE LA PRATIQUE; par le docteur SCHMID.

OCCLUSION COMPLÈTE DE L'ORIFICE UTÉRIN DEVENANT UN OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT.

OBS. — J. W., âgée de 27 ans, non mariée, est accouchée, d'après le dire de ses parents, il y a six ans, sans le secours de l'art. Pendant la première moitié de la seconde grossesse, elle eut plusieurs hémorrhagies par les parties génitales.

Le 2 février 1848, elle ressentit les premiers maux, qui, dans des intervalles de trois à sept jours, devinrent toujours plus forts, et étaient à la fin accompagnés de violentes convulsions. On lui administra de fortes quantités de seigle ergoté.

M. Schmid, appelé le 6 mars, trouva la femme dans l'état suivant : bassin bien constitué; ventre très-tendu; parties génitales externes sèches, chaudes et tuméfiées. Exploration interne douloureuse : au toucher avec un doigt, il parvient à peine à l'utérus; mais avec deux doigts, il sent en arrière et en haut un pli assez saillant, rond, dur, qu'il regarde comme étant l'orifice utérin. Tête de l'enfant mobile; agitation; inquiétude; peau sèche et chaude; langue nette, humide; pas de selles depuis plusieurs jours; pouls déprimé, tendu. (Saignée de 8 onces; à l'intérieur, eau de fleurs de sureau avec sirop d'opium; lavement).

Après avoir essayé inutilement d'introduire une éponge préparée dans cette fente, M. Schmid l'incisa, à dix heures du soir, avec un scalpel long et étroit. L'opération lui donna la sensation d'une section d'un tendon tendu. Immédiatement après, écoulement de beaucoup d'eau. Considérant l'épuisement de la femme et la position élevée de la tête, l'accoucheur entreprit aussitôt la version, et amena au dehors un garçon dont les cheveux et les ongles étaient très-longs.

L'accouchée perdit peu de sang et passa très-bien les couches.

Si l'on avait eu recours plus tôt au sage procédé de M. Schmid, au reste le seul praticable, on eût épargné beaucoup de douleurs à la malheureuse femme, tourmentée pendant un mois par quatre accoucheurs.

Doit-on attribuer, avec l'auteur, l'occlusion de l'utérus à une inflammation produite par une irritation souvent répétée du système génital chez une femme lubrique? Il n'y avait point d'affection syphilitique.

DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS UNE VEINE PENDANT UNE OPÉRATION PRATIQUÉE AU COU.

OBS. — V. J., âgé de 18 ans, charron, d'une constitution robuste, toujours bien portant, vint consulter M. Schmid pour une tumeur siégeant au côté droit du cou, entre la branche montante de la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde du temporal, poussant la tête du côté opposé, au point d'empêcher le malade de vaquer à ses occupations. Cette tumeur était élastique, molle au toucher, immobile, non douloureuse. La peau présentait sa couleur normale. Dyspnées fréquentes. Une ponction exploratrice produisit un liquide semblable, par la couleur et la consistance, au lait caillé.

Le 14 décembre 1848, M. Schmid entreprend l'extirpation de cette tumeur. Après avoir incisé la peau de haut en bas, il la détache des deux côtés; mais en arrière la tumeur s'avançait profondément contre le pharynx et les gros vaisseaux. En vain chercha-t-il à la détacher avec le doigt et le manche du scalpel; enfin il eut recours au bistouri. Malgré les plus grandes précautions, la tumeur lui tomba dans la main, et derrière elle un flot de sang noir. Au même moment, on entendit un bruit tout à fait semblable à celui qu'on perçoit en versant un liquide dans un tonneau à travers un entonnoir, et lorsque, avec le reste du liquide, il passe en même temps de l'air par le cylindre de l'entonnoir.

Le malade s'affaissa en jetant un cri perçant, qu'il répéta au moins trente fois. Un nouveau flot de sang veineux s'échappa en faisant entendre un bruit très-notable, mais distinct du premier; il ressemblait au bruit qu'on entend lorsque de l'air arrive à la superficie d'un liquide. Le sang épanché contenait des bulles d'air.

Dans ce moment l'opérateur comprima fortement avec le pouce la plaie dans la profondeur. A peu près au bout d'une heure, il remplit toute la cavité avec de la charpie trempée dans l'alcool, et appliqua un bandage compressif. Pendant vingt-quatre heures le malade resta sans connaissance; on était obligé de le contenir, à cause de violentes convulsions qui ébranlaient tout le corps. Plusieurs vomissements; pou s petit, plus de 110 pulsations dans la minute; peau d'un jaune pâle, couverte d'une sueur froide. La tumeur avait le volume d'un œuf d'oie, et contenait à peu près 4 onces d'un liquide caillebotté; sa surface interne ressemblait à une muqueuse.

Au troisième jour, le malade était revenu à lui. On changea l'appareil, qu'on trouva imbibé d'un pus de bonne nature; il n'y eut plus d'hémorrhagie.

Au bout de trois mois, la plaie était complétement cicatrisée; cependant il resta une paralysie assez notable au bras gauche, qui, sous l'influence de l'usage interne de la racine de pyrèthre, recommandée par Kopp et d'un régime tonique, disparut au bout de six semaines.

C'est un nouvel exemple du grand danger qu'offre l'introduction de l'air dans les veines de l'homme; si cet accident n'a pas été mortel dans notre cas, c'est peut-être dû à la circonstance qu'une très-petite quantité d'air est arrivée jusqu'au cœur, et que la plus forte partie trouvant un obstacle quelconque a été rejetée par un nouveau flot de sang.

OBLITÉRATION DE L'URÈTRE PAR SUITE DE LA SORTIE D'UN CALCUL VÉSICAL.

OBS. — J. L., âgé de 6 ans, bien nourri, souffrait depuis dix-huit mois de la gravelle. Un jour il se déclara derrière le scrotum, à droite du périnée, une tumeur douloureuse, fluctuante, dans laquelle on sentit distinctement un corps rond et dur. Le chirurgien de l'endroit l'incisa et retira facilement un petit calcul de la forme d'une fève. Le malade se trouva soulagé. Il s'écoula une forte quantité d'urine par la plaie et très-peu par l'urètre.

Le malade accusant un sentiment d'ardeur, le chirurgien pansa la plaie avec une pommade sans placer de cathéter dans la vessie. L'écoulement de l'urine par la voie ordinaire cessa complétement, et deux nouveaux trajets fistuleux se formèrent; quelquefois lorsque les fistules se fermaient, pour donner issue à l'urine on rouvrait la fistule principale avec une sonde pointue en acier. Comme plusieurs médecins appelés en consultation ne parvenaient pas à introduire un cathéter et que l'enfant souffrait horriblement, on eut recours le 28 janvier 1849 à M. Schmid qui trouva l'état de l'enfant très-satisfaisant, en ce que la vessie une fois vidée l'appétit et le sommeil étaient très-bons. Peau autour des fistules fortement excoriée, selles naturelles, pouls un peu fréquent. Comme la sonde introduite et poussée avec beaucoup de force n'avançait pas plus qu'à une profondeur d'un pouce et demi, l'auteur eut recours à un trocart avec une canule en argent de la forme d'une sonde de femme.

Après avoir chloroformisé le petit malade, il poussa avec beaucoup de force le trocart à travers la fausse membrane, le retira et pénétra très-facilement avec la canule dans la vessie qui était très-fortement distendue. Il s'écoula plus de deux chopines d'une urine claire. La canule laissée dans la vessie occasionna peu de douleur. Dans la nuit du troisième jour, elle s'échappa par un mouvement imprudent, et le lendemain elle fut remplacée par une sonde élastique qu'on changea tous les quatre à cinq jours. Les fistules se fermèrent, et au bout d'un mois le malade urina facilement et sans douleur par la voie ordinaire.

OBSERVATION DE MORT SUBITE DONT LA CAUSE EST RÉVÉLÉE PAR L'AUTOPSIE; par le docteur REIFFSTECK.

OBS. — Une femme âgée de 36 ans, avait eu déjà un enfant à 17 ans, et se trouvait enceinte de nouveau, de trois mois, après douze ans de rapport avec son mari. Elle avait été occupée pendant toute la journée du 28 novembre 1844 à des travaux de terrassement, lorsque dans la soirée elle fut prise tout à coup d'un violent frisson. Le lendemain elle se plaignait de maladie et de douleur dans le ventre qui ne faisait qu'augmenter pendant la journée. Elle succomba à minuit.

AUTOPSIE, quarante-huit heures après la mort.

Épanchement très-considérable de sang dans la cavité abdominale; utérus pâle, bosselé, de la dimension d'un fort poing d'homme; mesurant 5 pouces depuis le fond jusqu'à l'orifice et 4 pouces dans son plus grand diamètre; obliquité de l'utérus; orifice dirigé à gauche; trompe de Fallope gauche normale; ovaire gauche de grandeur normale, mais de couleur gris-verdâtre à la surface; en l'incisant on vit quelques corps jaunes et plusieurs points occupés par une matière gélatineuse. L'ovaire droit contenait plusieurs tumeurs hydatides pédiculées. Au fond de l'utérus, près de l'entrée de la trompe droite, il existait dans la substance de la matrice une dilatation anormale en forme de poche et de la grandeur d'un fort œuf de pigeon. Au milieu de cette poche, répondant juste à l'angle du corps de l'utérus, il existé une déchirure par laquelle on pénètre facilement avec le petit doigt, et par ce point il suinte beaucoup de sang noir qui s'épanche dans l'abdomen.

Une sonde, introduite depuis l'ovaire à travers la trompe de Fallope pour entrer dans cette cavité formée dans la substance de l'utérus, ne passa pas.

L'orifice externe du col utérin est assez ouvert pour permettre l'introduction du petit doigt, il est large et présente une petite cicatrice. Le col de longueur ordinaire. La paroi de la moitié droite de l'utérus a trois quarts de pouce d'épaisseur, et le tissu en est converti en une masse lardacée.

La cavité de ce côté droit est complétement remplie par un stéatôme de la dimension du poing adhérant complétement à la paroi interne et enchevêtrée avec elle. Ce stéatôme est constitué par une masse lardacée d'un blanc grisâtre et parcouru de beaucoup de brides. La paroi de la moitié gauche de l'utérus a un pouce d'épaisseur, la substance est aussi transformée en une masse lardacée, mais sa cavité est libre et elle a 2 pouces de longueur, 1 pouce et demi de largeur et un demi-pouce de profondeur; elle était tapissée d'une masse bleu rougeâtre en partie membraneuse, en partie gélatineuse, qui, comme une membrane caduque, se laisse facilement détacher de toute la superficie interne.

En incisant le stéatôme qui remplit la cavité droite de l'utérus, on y remarque une petite ouverture du diamètre d'une plume de corbeau qui conduit dans la poche, et qui évidemment n'était autre chose qu'un reste de la trompe droite et de son embouchure dans l'utérus. En ouvrant la poche, on voit la substance de la matrice se perdre à cet endroit et se confondre avec l'enveloppe dure et membraneuse de la poche; c'est à l'endroit le plus mince que se trouve la déchirure qui donna lieu à l'hémorrhagie. On ne voit aucun vestige de cordon

ombilical d'un fœtus, etc. La trompe elle-même s'étend jusqu'à la paroi externe de la poche et s'y perd; ce qui explique pourquoi la sonde introduite depuis l'ovaire n'est pas arrivée dans la cavité utérine.

Nous avons donné avec quelques détails cette observation qui nous paraît très-intéressante. Sans aucun doute, dit l'auteur, nous avons en affaire ici à une grossesse extra-utérine, et la mort a été due à une déchirure des enveloppes de l'œuf. Nous sommes loin de partager cette certitude, et, au contraire, nous croyons devoir plutôt admettre un kyste pur et simple; supposition qui s'appuie sur l'absence complète de *tout rudiment de cordon ombilical de fœtus*, etc. Quant à la dénomination de grossesse utéro-tubaire *in substantia uteri* due à l'impossibilité de la part de l'ovule de passer dans l'utérus à cause du stéatome occupant la partie droite de cet organe, cette dénomination n'est pas juste. En admettant même une grossesse extra-utérine, cette conception ne serait pas interstitielle; en effet, les grossesses tubaires ont lieu dans cette partie de la trompe qui passe à travers les parois de l'utérus et se trouvent ainsi dans un rapport si intime avec le parenchyme de cet organe que la poche qui enveloppe le fœtus et ses membranes paraisse s'être développée dans la substance même de l'utérus. C'est du moins l'opinion de Rokitansky (vol. 3, p. 611), dont l'autorité est si grande dans toutes les questions anatomo-pathologiques.

Du goitre cystique; par le docteur Seitz (de Tubingue).

Le but principal de cet article c'est de faire connaître la pratique de M. Bruns, professeur de clinique chirurgicale à Tubingue, pour détruire le goitre; affection très-commune dans ce pays. La méthode employée, dans ces dernières années, dans dix cas avec un succès complet consiste dans la simple incision du kyste. Avant de procéder à l'opération, M. Bruns fait une ponction exploratrice avec un trocart mince, qui donne issue à une demie jusqu'à deux chopines de liquide. Quelques jours après, lorsque les symptômes suites de la ponction ont complétement disparu, il entreprend l'opération radicale. La peau est incisée dans une étendue de 2 à 4 pouces, à l'endroit où la fluctuation est la plus manifeste; en évitant avec soin les vaisseaux, il divise les parties jusqu'au kyste qui, une fois ouvert, laisse écouler le liquide. Le bistouri conduit par le doigt dans le kyste agrandit l'ouverture avec beaucoup de précaution par en haut et surtout par en bas, dans une étendue de 1 pouce et demi à 2 pouces. Pour empêcher la rétraction des bords de la plaie, précaution très-importante, l'opérateur passe de chaque côté de la plaie, mais pas trop près du bord, un gros fil double; ces deux fils, légèrement attirés, sont fixés à la nuque sur une compresse. Après l'opération, on fait quelques injections d'eau pour laver le kyste, qui est ensuite recouvert par un linge fenêtré et un peu de charpie, sur lesquels on applique constamment des compresses froides. Les symptômes inflammatoires consécutifs sont combattus par des saignées, des laxatifs, du nitre, etc. Après trois à quatre jours, on fait journellement deux à quatre injections dans le kyste avec de l'eau tiède ou avec de l'eau chlorurée pour modifier la suppuration quelquefois très-fétide. Pour maintenir les bords de la plaie convenablement écartés, lorsque des granulations menacent de rétrécir ou de fermer la plaie, on a soin d'y introduire un morceau d'éponge préparée ou une canule de corne tenu par des fils fixés à la nuque. La guérison complète, sans aucune récidive, a eu lien entre trois et six mois.

Iode contre l'obésité; par le docteur Betz.

L'action excessivement rapide de l'iode, dans l'observation suivante, est à enregistrer.

Obs. — Une femme de 49 ans, régulièrement menstruée, mère de trois enfants, se plaignit, il y a trois ans, de douleurs dans les reins, qui en même temps augmentèrent tellement de volume qu'ils descendirent jusqu'aux hypocondres; il existait des paquets de graisse sous les aisselles et sur le dos; en même temps, le ventre prit un tel embonpoint que la femme ne pouvait ni se courber ni vaquer à ses occupations domestiques; quant aux membres, ils avaient subi peu de changement.

Sous l'influence de la teinture d'iode à la dose de 20 gouttes par jour, la graisse disparut si rapidement, qu'au bout de deux mois cette femme était revenue à l'embonpoint qu'elle avait trois ans auparavant.

Il est à remarquer que cette femme, ayant peu de goût pour la viande avant sa maladie, l'aimait beaucoup pendant son obésité, et reprit, après sa guérison, ses appétits antérieurs.

Les selles, rares pendant la maladie, devinrent de nouveau régulières. Santé parfaite.

De l'emploi du collodion; par le docteur Schwandner.

L'auteur se loue aussi beaucoup de ce moyen au début du décubitus, dans les brûlures, dans les plaies récentes, etc.; enfin, il a étendu son emploi à l'érysipèle, dont il rapporte trois observations.

Obs. I. — Chez un garçon de 11 ans, affecté d'un érysipèle occupant tout le pied et la jambe jusqu'au genou gauche, on couvrit toute la surface malade, et même un pouce au delà d'une couche de collodion. La maladie s'arrêta, la rougeur de la peau, et les douleurs disparurent.

Guérison le cinquième jour.

Obs. II. — Une fille de 15 ans, souffrant d'un érysipèle de la moitié droite de la face, du nez et de la lèvre, avec beaucoup de fièvre, fut soumise, le troisième jour de la maladie, à une application de collodion. Deux heures après, diminution de la douleur et de la tension de la peau.

Guérison rapide.

Obs. III. — Chez une fille de 24 ans, affectée depuis trois jours d'un érysipèle de toute la face, on couvrit, le 9 avril, le côté gauche, le plus enflé, d'une couche de collodion, et on continua à mettre sur le côté droit des sachets chauds de camomille.

Déjà le lendemain, le côté gauche était moins tendu, tandis qu'à droite, l'érysipèle s'est étendu aux tempes et à l'oreille.

Le 13 avril, l'érysipèle à gauche était arrivé à un point de diminution qui ne fut observé à droite que trois jours après.

Les deux dernières malades eurent des laxatifs salins à cause de constipation et de forte fièvre.

Maurice Ruefz.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 MAI 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

Hématologie.

MM. A. Becquerel et A. Rodier communiquent de nouvelles recherches d'hématologie, qu'ils résument dans les conclusions suivantes:

1° Dans la plupart des maladies chroniques, ou bien spontanément à la suite de modifications hygiéniques de diverses natures, *les trois principaux éléments du sang, c'est-à-dire les globules, la fibrine et l'albumine peuvent augmenter ou diminuer isolément, deux à deux ou tous trois simultanément.* Ces associations dépendent de la nature des maladies, ou de l'espèce de modificateurs auxquels les individus ont été soumis.

2° Les globules diminuent dans le cours de la plupart des maladies chroniques, dont la durée se prolonge, et en particulier les maladies organiques du cœur, la maladie de Bright chronique, la chlorose, la cachexie paludéenne, les hémorrhagies, les émissions sanguines considérables, les flux, la dernière période de la tuberculisation, la diathèse cancéreuse. Les globules diminuent également toutes les fois que des individus ont été soumis à une alimentation insuffisante, ou insuffisamment réparatrice, à une aération insuffisante, à l'humidité, à l'obscurité, etc.

3° L'albumine du sérum du sang diminue dans un certain nombre de circonstances qui sont la maladie de Bright, la cachexie paludéenne, les maladies du cœur au troisième degré, les anémies symptomatiques considérables, la diathèse cancéreuse. L'albumine diminue encore à la suite d'une alimentation insuffisante.

4° La fibrine est conservée à l'état normal et quelquefois augmentée dans le scorbut aigu. Elle diminue dans le scorbut chronique et dans l'état scorbutique symptomatique d'un certain nombre de maladies chroniques. C'est dans les maladies organiques du cœur que cet état scorbutique est le plus fréquent et le mieux caractérisé.

5° Dans tous les cas précédents, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente et devient beaucoup plus considérable que dans l'état normal.

6° La diminution de proportion des globules se traduit spécialement par les phénomènes suivants: décoloration de la peau, palpitations, dyspnée, bruit de souffle au premier temps du cœur et à la base de cet organe, bruit de souffle intermittent dans les artères carotides, bruit de souffle continu dans les veines jugulaires.

7° La diminution de proportion de l'albumine, alors même qu'elle n'est pas très-considérable lorsqu'elle a lieu d'une manière aiguë, détermine rapidement la production d'une hydropisie. Lorsque cette diminution a lieu d'une manière chronique, elle détermine également la production d'une hydropisie; mais il faut qu'elle soit bien plus considérable que quand elle est aiguë. Considérée d'une manière générale, l'hydropisie est le caractère symptomatique de la diminution de proportion de l'albumine du sang.

8° La diminution de proportion de fibrine se manifeste par la production d'hémorrhagies cutanées ou muqueuses.

9° Dans l'anémie symptomatique d'hémorrhagies considérables, de l'alimentation insuffisante, de flux abondants, l'altération du sang est caractérisée par la diminution de la densité, l'augmentation de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal, ou quelquefois une légère diminution de l'albumine, la conservation du chiffre normal de la fibrine.

10° Dans la chlorose, qui est une affection tout à fait distincte de l'anémie, et qui en diffère sous sept rapports divers, qui ont été mentionnés plus haut, les altérations du sang peuvent manquer complétement. Quand elles ont lieu, elles consistent dans l'augmentation de proportion de l'eau, la diminution des glo-

bules, la conservation du chiffre normal ou l'augmentation de l'albumine, la conservation ou l'augmentation de la fibrine.

11° Dans la maladie de Bright aiguë, les altérations du sang consistent dans la conservation du chiffre des globules, la conservation du chiffre de la fibrine et la diminution de l'albumine. Dans la maladie de Bright chronique, il y a diminution du chiffre des globules, diminution de l'albumine et conservation du chiffre de la fibrine ou même diminution.

12° La plupart des hydropisies regardées comme essentielles sont dues à la diminution de proportion de l'albumine du sang. Elles sont aiguës ou chroniques, et reconnaissent la plupart du temps pour origine une cause matérielle, qui consiste dans une déperdition quelconque des parties solides ou liquides de l'organisme.

13° Dans les maladies du cœur, le sang s'altère de plus en plus, à mesure que les individus atteints approchent de la terminaison fatale. Les altérations de ce liquide consistent dans la diminution simultanée des trois éléments du sang, globules, albumine, fibrine, et dans l'augmentation de l'eau.

14° Dans le scorbut aigu, le sang ne subit aucune modification appréciable de ses principes. Dans le scorbut chronique, la fibrine est notablement diminuée de quantité, et parfois les globules considérablement augmentés; dans l'une et l'autre forme, l'augmentation de proportion de soude du sang explique tous les faits, mais elle n'est point encore démontrée.

15° Toutes les modifications précédemment étudiées exercent une grande influence sur la thérapeutique de ces divers états morbides. Chaque élément du sang est modifié par une méthode thérapeutique spéciale : la diminution de proportion de l'albumine par le quinquina et l'alimentation tonique et fortifiante; la diminution de la fibrine, et l'augmentation de la soude du sang, par l'alimentation tonique, les acides végétaux et une hygiène convenable. La diminution de proportion des globules est combattue par les ferrugineux et un traitement hygiénique approprié.

MOYEN DE COMPOSER DES ANESTHÉSIQUES.

M. Ed. Robin communique une note ayant pour titre : Moyen de composer des anesthésiques.

Un principe que j'avais établi, dit l'auteur, en m'appuyant sur une quantité considérable d'expériences, m'avait permis de désigner, d'une manière générale, quelles sont, parmi les substances actuellement connues, celles qui doivent être anesthésiques par inspiration. Il suffirait de choisir, dans la série des substances insolubles et protégeant contre la combustion lente, malgré la présence de l'oxygène humide, celles qui, ne contractant pas de combinaison avec les tissus, ou n'ayant de saveur ni âcre ni caustique, présentent un point d'ébullition assez peu élevé pour répandre beaucoup de vapeurs aux températures ordinaires.

La chimie, ajoute l'auteur, indiquait un autre principe non moins fécond : elle indiquait le moyen de composer pour ainsi dire à volonté des anesthésiques, de modifier et d'améliorer ceux qui ont par eux-mêmes ce pouvoir.

Il fallait fixer les anesthésiques très-volatils par ceux qui le sont trop peu, communiquer au besoin à chacun quelque chose des propriétés qui recommandent l'un quelconque des autres.

M. Robin a fait l'application de ce principe à l'éther chlorhydrique, excellent anesthésique découvert par M. Flourens, mais dont la trop grande volatilité ne permettait pas l'emploi dans nos pays.

D'après son expérience, cet éther a produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation : c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil; le réveil facile n'est suivi d'aucun malaise apparent; M. Robin lui a communiqué une volatilité moindre en le dissolvant dans la liqueur des Hollandais, dans le chloroforme, dans la benzine, etc. Dissous dans un tiers environ de liqueur des Hollandais, il lui a paru constituer un très-bon anesthésique par inspiration. Les expériences sur les oiseaux ont donné les meilleurs résultats; l'action, comme celle de l'éther chlorhydrique, n'a été précédée d'aucune excitation.

Les praticiens pourraient donc, pense l'auteur, remplacer le chloroforme, agent sous plus d'un rapport défectueux, ou par l'éther bromhydrique, dont le point d'ébullition (40°,7), la saveur et les autres propriétés sont très-convenables, ou par l'éther chlorhydrique fixé par un autre anesthésique bien choisi, par la liqueur des Hollandais, par exemple.

IDENTITÉ DES SEXES DANS LES CAS DE MONSTRUOSITÉS DIPLOGÉNÈSES.

M. Lesauvage (de Caen), à l'occasion de la description d'un monstre pygomèle de l'espèce bovine, communiquée à l'Académie le 26 avril dernier, par MM. Joly et Filhol, et dans laquelle ces auteurs signalaient comme une des singularités les plus frappantes, la coexistence de deux individus appartenant à des sexes différents, rappelle que, dans son mémoire sur les monstruosités par inclusion, il avait établi que, dans tous les cas de diplogénèse monstrueuse, il y avait toujours identité de sexe.

Tous les faits publiés depuis n'auraient fait que vérifier la constance de cette loi. Le fait rapporté par MM. Joly et Filhol serait une exception qu'il y aurait lieu de vérifier. M. Lesauvage appelle sur ce point l'attention de ces deux naturalistes.

DESTRUCTION D'UN LIPÔME A L'AIDE DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE.

M. A. Legrand met sous les yeux de l'Académie un lipôme pesant 118 grammes, qu'il a enlevé de la région deltoïdienne du bras d'une femme de la campagne, à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique, remplaçant l'action du bistouri. Sept cautérisations ont suffi pour obtenir ce résultat.

— M. Barthélemy, médecin à Saint-Ouen, adresse une réclamation de priorité à l'égard de l'invention des appareils de chirurgie en caoutchouc, attribuée à M. Gariel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Cinq lettres du ministre de l'intérieur et du commerce transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Roussel, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Chaldette (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850 (Comm. des eaux minérales);

2° Un rapport de M. le docteur Bernard, médecin inspecteur des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850 (Même comm.);

3° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Allevard (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851, et un mémoire de ce médecin sur les propriétés curatives desdites eaux (Même comm.);

4° Plus deux lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. Farradesches-Chaurasse, d'Allanches (Cantal), adresse une note relative à une épidémie de variole qui décime depuis plusieurs mois une partie du canton. (Comm. de vaccine.)

— M. Liegey (de Rambervillers) communique une note intitulée : Un mot sur une influence qui peut rendre nuisible l'action du chloroforme.

— M. Potton, médecin de l'Antiquaille à Lyon, adresse un travail ayant pour titre : Recherches et observations sur le mal de vers ou mal de bassine, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons de vers a soie. (Comm. : MM. Robinet, Villermé et Pâtissier.)

— M. Gérard (de Gray) communique l'observation d'un accouchement compliqué d'hémorrhagie grave. (Comm. : MM. P. Dubois et Depaul.)

— M. Madier (de Verdun) adresse une observation sur un cas de mort par suite de combustion volontaire d'un aliéné dans un accès de délire. (Comm. : MM. Falret et Bricheteau.)

— M. Lacauchie se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

EAUX MINÉRALES.

M. Chevallier lit, pour M. O. Henry et au nom de la commission des eaux minérales, un rapport au sujet de l'eau minérale de Renaison (Loire) et sur une demande en autorisation d'exploitation de cette source.

Cette eau, d'après la commission, doit être placée au rang des eaux acidules carbonatées alcalino-terreuses, et diffère peu des eaux de Saint-Alban et de Saint-Galmier. En raison de cette analogie de composition, la commission se croit fondée à présumer qu'elle possède les mêmes propriétés médicales. La commission propose en conséquence de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

AFFECTION DITE MORVEUSE CHEZ L'HOMME.

M. Huzard lit sur ce sujet la note suivante :

Un homme est mort à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud. A l'autopsie, on a reconnu des lésions de l'affection morveuse.

Pendant sa maladie, cet homme a présenté tous les symptômes d'un érysipèle gangréneux de la face et jusqu'à sa mort et même jusqu'à l'autopsie, il a été regardé comme atteint et mort de cette affection. En effet, sur le cadavre, la face, du côté droit surtout, était tuméfiée, de couleur violette, marbrée, les plaques de l'épiderme étaient soulevées par un léger suintement, de grosses pustules donnant une matière sanieuse, entouraient la bouche, la narine et recouvraient la paupière.

Comme pouvant appartenir plus particulièrement à l'affection morveuse, on remarquait au-dessous de la narine un écoulement de sanie, un gonflement et une injection de la membrane muqueuse des narines, du larynx et du pharynx, et aussi des sinus osseux. On trouvait une fausse membrane assez consistante sur une grande étendue des membranes muqueuses de ces parties. Une petite altération se remarquait dans la narine droite, et une perforation à bord d'aspect livide gangréneux, de 3 à 4 millim. dans la cloison médiane. De petits points de suppuration se montraient dans les tissus gangréneux incisés de la face, et aussi dans les muqueuses non gangréneuses, mais seulement gonflées et injectées de la bouche, de l'arrière-bouche ; quelques points suppurés semblables se trouvaient dans la muqueuse du pharynx et du larynx.

Deux taches violettes éminemment gangréneuses se montraient sur la peau, au haut du bras droit sur l'articulation ; enfin ce qui se rapportait bien encore à l'affection morveuse, c'était la présence d'un petit abcès de mauvais caractère qui s'était fait jour au coude droit, et aussi la présence d'un grand abcès qui s'était formé dans les muscles de la face externe de ce bras, et qui, quand

il a été ouvert, a présenté tous les muscles environnants et le tissu cellulaire infiltrés, gonflés, blafards, d'une teinte rose jaunâtre. Enfin les ganglions lymphatiques de la région de l'arrière-bouche étaient gonflés, mollasses, pâles, et on y voyait quelques points suppurés.

Dans le reste du corps, on ne trouvait plus rien qui pût se rattacher à l'affection morveuse.

Quant à la vie de cet homme, des renseignements qu'a pris à cet égard M. Huzard, il résulte que, depuis un grand nombre d'années, il n'avait jamais été en contact avec des chevaux.

Il résulte de ces faits, suivant M. Huzard, que cet homme est mort d'un érysipèle gangréneux de la face ; que l'autopsie a fait voir des lésions pathologiques assez nombreuses, identiques à celles qui appartiennent à l'affection morveuse, et que cependant depuis plus de neuf ans au moins, il n'avait pas de contact avec les chevaux.

Ce fait, ajoute l'auteur, vient à l'appui de l'opinion que le groupe de symptômes et de lésions qu'on a désigné nouvellement sous le nom d'affection morveuse aiguë, au lieu de dénoter une affection spéciale, indique plutôt la terminaison funeste de certaines maladies, en particulier de celles gangréneuses et typhoïdes de l'homme et du cheval.

M. Velpeau : Si j'ai bien entendu, M. Huzard n'admettrait pas l'existence de la morve comme une maladie spéciale. L'existence de cette affection chez l'homme a été mise depuis longtemps hors de toute contestation et établie d'une manière irréfragable par les inoculations pratiquées de l'homme au cheval. Aussi n'ai-je pas cru devoir laisser passer sans observation la proposition que vient d'émettre M. Huzard.

M. Huzard : L'opinion que vient de m'attribuer M. Velpeau est bien la mienne en effet, et j'ajouterai que c'est la vraie. Non, je ne crois pas que chez l'homme, pas plus que chez le cheval, la morve soit une maladie spéciale, je crois que c'est la terminaison d'une autre maladie.

M. Renault : L'étrange et inattendue proposition de M. Huzard est tellement grave et va si loin dans ses conséquences, que je m'étonne que notre collègue n'ait pas cherché à la développer et à l'appuyer sur des preuves. Je déclare que quand M. Huzard voudra développer son opinion à cet égard, je me réserve de la combattre de tous points. Quant au fait spécial que M. Huzard vient de nous rapporter, on y trouve toutes les lésions caractéristiques de la morve; puis M. Huzard conclut que ce n'est pas la morve. Il y aurait eu un moyen de résoudre la question, c'eût été d'inoculer à un cheval du pus recueilli sur ce malade. Si l'animal inoculé avait présenté tous les caractères connus de la morve, je ne sais comment M. Huzard aurait motivé sa conclusion.

M. Bérard rappelle un fait dont il a été témoin à l'époque où il était chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, et qui ne lui a laissé aucun doute à cet égard : il s'agit d'un individu qui était affecté de farcin chronique, et qui fut pris des symptômes de la morve aiguë, à laquelle il succomba. La matière purulente, recueillie sur le corps de cet individu, inoculée à un cheval, détermina chez cet animal une morve également mortelle.

M. Velpeau a été très-surpris de la proposition de M. Huzard, mais il ne l'est pas moins de ce qu'il vient d'ajouter. M. Huzard dit que ce qu'on appelle morve aiguë chez le cheval n'est que la terminaison de maladies diverses. Je n'ai rien vu, ajoute M. Velpeau, de plus spécial, de mieux caractérisé que la morve aiguë. Cette maladie ne ressemble à aucune autre, et ses symptômes sont si caractéristiques qu'avant qu'on la connût, on était frappé de l'étrangeté de ses symptômes. Du reste, c'est une question qui a été résolue par des expériences maintes fois répétées. Il faudrait une masse de faits et de preuves pour soutenir une opinion contraire.

M. Roux croit que cette question peut être envisagée à un autre point de vue, sous lequel M. Huzard ne l'a peut-être pas aperçue, et qui viendrait à l'appui de sa proposition. Il est, en effet, des affections d'une nature douteuse, et à l'égard desquelles il est facile de se méprendre. M. Roux cite, à cette occasion, un fait qui lui est propre. A la suite d'une piqûre qu'il s'était faite au doigt en pratiquant une opération, il y a de cela vingt ans, il fut pris d'une série d'accidents : douleur vive dans le trajet du membre, phlébite, angine pseudo-membraneuse, et enfin abcès multiples, au nombre de dix ou douze, disposés symétriquement sur les quatre membres. Cette maladie se termina le quatorzième jour par la résolution des phlegmons et par des sueurs abondantes. Cette affection avait la plus grande ressemblance avec le farcin, et il ne doute pas que s'il eût succombé aux suites de cette affection, on n'eût dit : « Roux est mort du farcin » (rires); et cependant ce n'était pas le farcin. Il pense donc qu'il faut être circonspect sur les diagnostics de cette nature.

M. Gerdy considère le fait rapporté par M. Huzard comme un cas de fièvre grave : c'est, à ses yeux, une de ces affections générales qu'on est trop généralement disposé à méconnaître, et qui lui paraît propre à faire ressortir le lien de communauté qui lie un grand nombre d'affections générales, diverses en apparence, et que les anciens réunissaient avec raison sous le titre générique de fièvres graves.

M. Laugier pense, comme MM. Velpeau, Renault et Bérard, que le fait de M. Huzard n'est autre qu'un cas de morve, et il ne comprend pas la distinction que M. Huzard prétend établir. Pour bien établir la proposition en ce qui concerne ce cas particulier, il faudrait que M. Huzard fût en demeure de démontrer que ce malade n'a jamais eu de communication avec des chevaux morveux.

M. Huzard prétend être en mesure de prouver que depuis une période de neuf ans au moins, cet homme n'avait jamais eu de communication avec des chevaux.

La discussion est close.

— M. le Président informe l'Académie que, dans la séance prochaine, il y aura lieu à nommer un membre pour être adjoint à la section de médecine vétérinaire, constituée en commission d'élection.

— M. Bobo lit une note sur une application nouvelle des métaux à l'étude et au traitement de la chlorose. (Nous publierons textuellement ce travail.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Maladies de l'Algérie. — Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran; par M. Aug. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon. — 2 vol. in-8°. — Chez J. B. Baillière. — Tome II.

La Gazette Médicale (année 1851, page 183), a rendu compte du premier volume de l'ouvrage publié par M. Haspel, sur les *maladies de l'Algérie*. Il est opportun de rappeler ici ce que nous disions du rôle qu'est appelé à remplir le livre dont nous donnons l'analyse. « Il nous manquait un travail qui fît connaître l'ensemble du règne pathologique algérien, ses grands caractères, son étiologie commune, et qui, après avoir rattaché les faits épars à des lois, redescendît de ces régions élevées au lit du malade, à la pratique. L'œuvre de M. Haspel est destinée à combler cette lacune. » Le second volume est, comme le premier, à la hauteur de sa mission; tous deux remplissent les indications que nous avons formulées. Mais, pour que le lecteur soit dûment renseigné sur la nature de l'ouvrage, nous lui devons encore d'autres appréciations. Le livre de M. Haspel ne peut pas être considéré comme un traité complet, bien moins encore comme un traité méthodique et classique des maladies de l'Afrique française ; en un mot, on n'y trouvera pas la description des maladies régulièrement envisagées sous toutes leurs faces, depuis l'étiologie jusqu'à la nécroscopie, sans oublier le moindre détail, pas même ceux qui sont le plus vulgairement connus, et sur lesquels la discussion est close depuis longtemps. Ce n'est pas ici un reproche que nous adressons à M. Haspel, c'est un jugement que nous devons aux lecteurs de la Gazette Médicale. Nous sommes si loin de la critique, que nous louons au contraire l'auteur d'avoir consacré de longs développements et des discussions approfondies à des points litigieux de la pratique, et à des vues générales propres à guider au lit du malade, en laissant de côté les éléments, les rudiments qu'on trouve exposés partout, et qui, dans son livre, n'eussent trouvé place qu'aux dépens de chapitres d'une tout autre importance.

Nous avons dit que le premier volume, consacré aux maladies du foie, n'était pas composé avec une vieille matière plus ou moins rajeunie dans la forme et dans les aperçus, mais qu'il pouvait, à bon droit, être considéré comme une œuvre personnelle, originale, neuve en très-grande partie. Aujourd'hui nous pouvons formuler un jugement général sur tout l'ouvrage, et cette appréciation ne sera pas difficile, car des principes arrêtés se manifestent d'un bout à l'autre, et l'auteur suit sa pensée sans relâche des premières pages à la dernière.

Un des buts que l'auteur poursuit avec le plus de persévérance, c'est la recherche des causes générales, et la mise en évidence des liens de parenté des maladies qui, diverses par la forme, dépendent des mêmes influences : les affections du foie, la dysenterie et les fièvres à quinquina sont trois manifestations du miasme palustre, sous la dépendance duquel elles se trouvent, en tant que maladies épidémo-endémiques. Soit dit sans décrier leur rôle aux autres conditions topographiques, hygiéoïques et climatologiques. De ce groupement étiologique se tirent immédiatement d'importantes conséquences thérapeutiques : l'apparence, le masque de l'inflammation ne devront pas faire perdre de vue que le fond de la maladie consiste dans une atteinte portée par le poison miasmatique aux fluides de l'économie et aux forces radicales ; les antiphlogistiques ne pourront donc pas constituer la médication principale, puisqu'ils ne s'attaquent pas à l'essence même de la maladie. Dans les premiers temps de l'occupation algérienne, on a donné en plein dans ces travers; des insuccès signalés ont remis dans une meilleure voie. M. Haspel insiste avec un soin tout particulier sur l'importance qu'il y a à ne pas s'en laisser imposer par le symptôme; il montre comment, peu à peu, cette vérité s'est de plus en plus fait jour, et s'est introduite enfin dans la pratique générale, même depuis la révolution opérée par l'œuvre importante de M. Maillot, qui a posé les bases solides de la thérapeutique des fièvres, le progrès n'a pas cessé de marcher ; on s'attache encore moins à la forme, on compte davantage sur

le spécifique pour tuer les phénomènes avec la cause qui les commande, et à laquelle le médicament s'attaque directement. — La même réforme s'opère quant à la dyssenterie; la lésion locale n'est plus une cause, mais bien un produit, et les symptômes qu'elle suscite ne sont plus conséquemment que secondaires. Aussi voit-on le traitement évacuant gagner de plus en plus aux dépens des opiacés et des antiphlogistiques, desquels on est aujourd'hui fort avare. M. Haspel est plus radical dans la sobriété d'emploi de ces derniers moyens que MM. Cambay et Catteloup, auxquels on doit, sur la dyssenterie, des travaux qui ont été analysés par la GAZETTE MÉDICALE (1).

Notre expérience personnelle nous fait abonder dans le même sens que M. Haspel; M. Mayer, médecin principal des hôpitaux militaires de Rome, et moi, nous ne suivons pas une autre thérapeutique, et nos résultats nous engagent à persévérer.

Un grand principe que M. Haspel s'attache aussi à faire ressortir, ce sont les métamorphoses d'une même maladie, à mesure que l'année déroule ses différentes saisons. Les affections du foie, les fièvres palustres et la dyssenterie suivent cette marche; aussi, pour chacune d'elles, M. Haspel décrit-il des formes spéciales selon les saisons. Le mot *forme*, que nous employons ici, n'est peut-être pas rigoureusement juste dans tous les cas; au moins, toujours est-il qu'il pourrait être mal interprété. Sans doute une fièvre palustre est toujours une fièvre palustre, en automne comme au printemps; mais quelle différence immense entre cette pyrexie simple, bénigne, fugace qu'on observe en avril, et les terribles fièvres pernicieuses d'octobre, ou ces pyrexies d'automne accompagnées de cachexie profonde, de scorbut et de putridité poussée à ses dernières limites! Ce ne sont là, si l'on veut, que des formes, puisque la maladie est toujours la même au fond; mais ce mot peut être dangereux à employer, parce qu'il implique presque identité thérapeutique dans les deux cas, tandis que l'expérience apprend qu'il faut modifier profondément le traitement. La cause, l'essence de la maladie sont des sources capitales d'indications, mais celles-ci sont encore primées par celles qui découlent de l'examen de l'état général du sujet, des forces de son organisme, etc. M. Haspel est complétement dans ces idées; c'est sous leur pression que sa plume est conduite à accoler si souvent au nom de la maladie la qualification de putridité, de malignité, mots qui se rajeunissent aujourd'hui, et qui finiront peut-être par reprendre droit de domicile dans la science, parce qu'ils expriment un état que d'autres mots ne peuvent aussi bien représenter. C'est ainsi qu'on trouve décrite, dans le livre de M. Haspel, la dyssenterie aiguë, appelée aussi bilieuse, hépatique, et la dyssenterie *putride, maligne, adynamique*; les fièvres palustres, qu'on pourrait appeler légitimes, et la fièvre automnale *putride* scorbutique, etc.

Le deuxième volume, celui dont nous rendons compte, est divisé en deux parties, la première consacrée à la dyssenterie, la seconde aux fièvres palustres.

DYSSENTERIE. — M. Haspel commence par la caractériser en bloc avec les affections du foie et les fièvres palustres dans une seule et même définition. La triple famille palustre est ainsi crayonnée par lui : « Affection générale produite par un empoisonnement miasmatique, tantôt se traduisant matériellement au dehors par des accès de fièvre, par une fluxion hépatique, ou provoquant des réactions vitales particulières dans l'appareil digestif, une congestion, une inflammation du gros intestin. » Nous ne pouvons pas accepter cette phrase comme une définition, et M. Haspel ne semble pas avoir la prétention de nous la donner comme telle; mais nous l'enregistrons comme déclaration de principes, et pour appuyer le jugement général que nous avons porté sur le livre et sur les idées de son auteur.

La dyssenterie est divisée en printanière, en dyssenterie des mois d'août, septembre, octobre, novembre et décembre; enfin en dyssenterie d'hiver. Dans la dyssenterie printanière, M. Haspel admet deux formes : 1° la dyssenterie légère, semblable à celle qu'on observe souvent en France à l'état sporadique, affection dont l'issue est bien rarement funeste; « 2° une *variété de la dyssenterie chronique*, qui, bien qu'on la rencontre assez fréquemment aux mois de mai, juin, juillet, appartient *plus particulièrement aux autres saisons*, et se manifeste *surtout en automne* à la suite des longues expéditions, chez les hommes épuisés.... » Tout cela prouve que cette *véritable dyssenterie chronique*, ordinairement apyrétique, dont M. Haspel trace du reste un portrait très-exact, n'est pas une forme *printanière*, mais qu'elle règne une partie de l'année, surtout en *automne*; nous ajouterions presque qu'on l'observe *rarement au printemps*. Ici la classification a évidemment tort; heureusement que la description et la thérapeutique ont été traitées par l'auteur comme s'il n'avait pas commis cette erreur de classement.

(1) Cambay, DE LA DYSSENTERIE ET DES MALADIES DU FOIE QUI LA COMPLIQUENT (GAZ. MÉD., 1847, p. 700). — Catteloup, DE LA DYSSENTERIE DE L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE (GAZ. MÉD., 1851, p. 701).

Dans la dyssenterie automno-hivernale (août à décembre), M. Haspel reconnaît également deux formes, à savoir, la forme aiguë, bilieuse, et la forme grave, putride, maligne, adynamique. Notre tâche de critique se réduit ici à rien ; cette division évite tout reproche.

Enfin la dyssenterie d'hiver est une autre variété de cette dyssenterie chronique, dont M. Haspel a déjà trouvé une forme au printemps. L'hiver est en effet la saison de ces dyssenteries presque apyrétiques, accompagnées seulement d'un léger mouvement fébrile le soir, qui réduisent graduellement le malade au marasme, dessèchent et parcheminent sa peau et la collent sur les os, et conduisent presque toujours la victime au tombeau, si le départ d'Afrique et des soins tout particuliers ne viennent pas lui donner quelques chances de guérison. Je regrette qu'à l'article thérapeutique, M. Haspel n'ait pas indiqué la décoction d'ipéca prise à doses réfractées. Quand la maladie n'est pas trop ancienne, que les désordres intestinaux ne sont pas trop profonds, ce moyen rend quelquefois de réels services. M. Worms, qui manie si judicieusement une abondante matière médicale, se loue, dans ces conditions, de l'usage de la décoction d'ipécacuana. Quelques cas à nous particuliers, déposent également en sa faveur, et M. Mayer a également recours à cette médication.

Ce que nous avons déjà dit nous dispense d'insister longuement sur le traitement : le calomel uni à l'ipéca, telle est la base de la thérapeutique. M. Haspel, à l'exemple de M. Mayer, emploie hardiment cette médication; il formule ainsi : calomel, 1 à 2 grammes; ipéca, 6 décigrammes à 2 grammes. La potion est le plus souvent prise en une seule fois, quand la dyssenterie est aiguë; mais elle est ingérée à doses réfractées s'il y a tendance à la chronicité. Le laudanum intervient quelquefois dans cette potion. Les antiphlogistiques sortent locaux, trouvent leur application dans quelques rares circonstances. — M. Haspel dit, qu'à l'aide de sa médication active, au calomel et à l'ipéca, il a vraiment jugulé des dyssenteries avec une rapidité qui tient du prodige. Témoin de pareils succès, dont nous comptons bon nombre dans notre service, nous ne trouvons pas hyperbolique la forme dont se sert M. Haspel. — Dans bien des cas, on est obligé de revenir une ou deux fois à la même potion à courts intervalles. La hardiesse vaut mieux que la timidité dans ces premiers temps de la maladie; il s'agit, en effet, d'enrayer le plus promptement possible une affection qu'on n'est plus guère le maître d'arrêter plus tard; à mesure que la maladie vieillit, la médication vantée perd de son efficacité, et finit même par ne plus trouver son indication. Malheureusement à cette époque, nous ne possédons aucun remède qui puisse remplacer, avec autant de chances de succès, celui dont le règne est passé. — Nous signalons spécialement le chapitre *de l'alimentation considérée comme moyen thérapeutique*; on y trouvera des recommandations précieuses pour le traitement de ces dyssenteries anciennes qui font le désespoir du médecin et du malade.

Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, M. Haspel traite certains points sur lesquels il est bon d'insister. On sait que, dans ces derniers temps, on a voulu révoquer en doute l'expulsion par l'anus de cylindres de muqueuse détachés de l'intestin; nous avons dit ailleurs, que MM. Cambay et Catteloup en avaient pourtant observé des cas, et que les pièces anatomiques examinées à Paris ne permettaient pas d'élever un doute à cet égard. M. Haspel ajoute un fait à ceux qui sont déjà connus. Les fausses membranes niées par MM. Masselot et Foley, dans leur bon mémoire sur la dyssenterie de Versailles, ont été trouvées par M. Haspel comme elles l'avaient été par MM. Catteloup, Cambay et par plusieurs autres praticiens d'Algérie. On ne peut plus soutenir, comme l'ont fait les deux collaborateurs cités, que les fragments pris pour des fausses membranes soient de simples lambeaux détachés par la mortification.

La description minutieuse des lésions anatomiques, résultat, et non cause de la maladie, n'avait pas dans les idées et d'après le plan de l'auteur, une importance capitale. Ce sujet est pourtant heureusement traité. On fera bien, néanmoins, pour compléter les points sur lesquels M. Haspel a un peu glissé, afin d'insister sur d'autres, de relire ce qu'ont fait à ce sujet MM. Cambay, Masselot et Foley, et Catteloup qui a si bien étudié l'évolution des lésions, presque jour par jour.

FIÈVRES PALUDÉENNES. — Dans le premier volume, le médecin en chef de l'hôpital de Toulon, s'est prononcé nettement sur l'étiologie de ces affections; il en attribue la génération au miasme palustre, opinion dominante, du reste, en Algérie comme en Italie.

La division des fièvres en vernales, estivales, automnales et hivernales permet à l'auteur d'établir quatre groupes, qui ont chacun leur physionomie symptomatologique et leurs exigences thérapeutiques. Au printemps, fièvres légères, franches, intermittentes, cédant facilement; en été, surtout à partir de juillet, accès pernicieux, rémittence, complication d'embarras gastrique, forme ardente (causus), état typhoïde intervenant quelquefois; en automne, encore des pyrexies pernicieuses, le type ne revient pas encore à l'intermittence, tendance aux rechutes, détérioration profonde de l'économie, cachexie, souvent complications de scorbut, de putridité des

humeurs, d'adynamie; en hiver, l'intermittence reparaît, la perniciosité s'efface, mais les fièvres n'ont cependant pas ce caractère de mobilité, de fugacité, de régularité qu'elles affectaient au printemps, parce qu'une saison de fatigues et de maladie a passé sur le malade et a ruiné son organisme.

L'un des chapitres les plus neufs du livre de M. Haspel est, sans contredit, celui qui a pour titre: FIÈVRE PUTRIDE, SCORBUTIQUE, ÉPIDÉMIQUE. La GAZETTE MÉDICALE a eu les prémices des idées de l'auteur à ce sujet. Ce chapitre, à franchement parler, n'est qu'une ébauche largement et judicieusement crayonnée, mais il n'en est pas moins rempli d'intérêt; il donne à penser infiniment plus qu'il ne dit. L'individualité de la maladie ne ressort pas complétement de la description; bien plus, une ou plusieurs observations pourraient probablement être distraites du cadre où les range M. Haspel pour être rattachées à des groupes déjà connus. Cette affection est-elle réellement une individualité morbide bien distincte, on ne serait-elle qu'un être complexe dans lequel on pourrait reconnaître les éléments *fièvre palustre*, *scorbut*, *putridité* et *malignité* provenant de l'altération profonde des humeurs, de l'atteinte portée aux forces radicales, etc.? Ce sujet, devant lequel nous avons bien souvent médité à Rome, en 1849, près du lit des malades, nous paraît si difficile que nous jugeons sage d'en esquisser tout simplement la critique, de même que M. Haspel s'est borné à en esquisser la description. Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne pouvait pas faire plus, et la prudence nous dicte la même réserve.

Les formes de fièvres pernicieuses auxquelles M. Haspel consacre des chapitres spéciaux sont les fièvres comateuses, délirantes, cholériques, cardialgiques, et les fièvres pernicieuses indéterminées. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les développements qu'il donne.

On a pressenti que c'est surtout à propos de ces affections qu'il insiste sur la nécessité d'oublier jusqu'à un certain point la forme, pour envisager surtout le fond; de là découle l'indication d'administrer promptement et largement le sulfate de quinine, sans trop s'inquiéter des exigences particulières et très-secondaires en importance que semblerait dicter l'examen des phénomènes qui constituent la forme: telle est, en effet, la saine pratique. Les saignées, dont on était si prodigue en Algérie dans les premiers temps, sont reléguées, tout comme cette quasi-fabuleuse gastro-entérite, à un plan très-reculé, on même on les oublie quelquefois un peu trop.

Le dernier chapitre, consacré aux affections sporadiques, traite très-brièvement des maladies de l'appareil cérébro-spinal, des affections catarrhales et rhumatiques, des exanthèmes, de la fièvre typhoïde, de l'embarras gastrique et de la gastro-entérite, de l'intermittence, des affections des organes pulmonaires, entre autres de la phthisie et de la pneumonie. Le tæuia, si commun en Algérie qu'on le considère comme endémique, n'aurait-il pas pu occuper quelques instants M. Haspel? Enfin, cette maladie si fréquente dans les marches d'été, que nous avons indiquée sous le nom de *calenture de terre* (1), et qui est poussée souvent à un si haut degré d'intensité, que de malheureux soldats se font sauter la cervelle. Eh bien! cette maladie ne méritait-elle pas quelques lignes?

Nous terminerons en apprenant quelles sont les opinions de M. Haspel, qui a habité assez de temps l'Algérie pour que son avis ait du poids au sujet de la question, du reste vidée, de l'acclimatement ou du non-acclimatement. Provoqué à se prononcer sur ce sujet, dont il n'avait pas parlé dans son premier volume, M. Haspel s'exprime ainsi: « Nous ne discuterons pas ces théories plus ingénieuses que vraies qui parquent l'espèce humaine selon les lois des races et des climats; il y a une puissance dans l'homme qui sait corriger bien des influences fatales du monde extérieur. S'il est mis à l'abri de certaines conditions toxiques, l'homme vit partout, etc.: il a pour patrie l'univers. » Enfin, « que l'habileté déployée pour soutenir l'opinion opposée ne saurait racheter les vices de ce système. »

F. JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— L'hôpital israëlite, fondé par M. le baron James de Rothschild, a été inauguré le 26 mai. Ce vaste établissement, que nous avons visité dans tous ses détails, ne laisse rien à désirer: salles spacieuses, dégagements vastes et faciles, ventilation et chauffage, distribution des eaux, bains, promenoirs, oratoire et jardin, tout ce qui convient aux besoins d'un hôpital s'y trouve réuni et dispose avec une entente et un goût parfait qui font le plus grand honneur à M. Thierry, l'habile architecte qui a dirigé les travaux.

Indépendamment de l'heureuse exposition des bâtiments, la distribution intérieure est bien comprise; tout y est prevu et sagement combiné; dans le grand vestibule, d'un caractère simple et grandiose, se trouvent les deux principaux escaliers conduisant aux salles des malades des deux sexes. Entre les deux escaliers, on a placé le buste du fondateur; à la suite est l'oratoire, etc. Tout est disposé pour rendre le séjour de cet hôpital le plus commode possible pour les infortunés qui y recevront tous les secours que leur malheureuse position réclamera.

— La ville de Paris vient de sonmettre au gouvernement un projet d'échange d'après lequel elle ferait démolir à ses frais le principal bâtiment de l'Hôtel-Dieu, formant une des faces de la place du Parvis-Notre-Dame, et elle recevrait en retour de l'État l'église et l'enclos des Barnabites. Cette église est située dans l'enceinte que forment les maisons donnant sur les rues de la Barillerie, aux Fèves, de la Calandre de la Vieille-Draperie et place du Palais-de-Justice. On y pénètre par un large portail qui s'ouvre sur cette place.

La ville de Paris démolirait l'église des Barnabites, s'approprierait le terrain, y établirait le marché du quai du Marché-Neuf, et très-probablement la Morgue, qui, d'après les projets des travaux de la Seine, doit changer d'emplacement. L'église des Barnabites, aujourd'hui sans destination, a servi jusqu'à ces derniers temps de lieu de dépôt pour les archives de la cour des comptes.

— Par suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de la marine du port de Rochefort, ont été proposés:

MM. Jossic, à la chaire de matière médicale;

Japbet, chirurgien de première classe;

Bruuereau et Duplessy, pour la deuxième classe;

Chalex, Gaibard, de Nozeille, Savatier et Luzet, pour la troisième classe, ce dernier au service colonial.

Pharmaciens de deuxième classe:

MM. Peyromol et Girandias (ce dernier pour le service colonial);

Pernet et Ronx, pour la troisième classe.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 26 mai, M. le docteur Alliès, ancien inspecteur des eaux de Luxeuil, connu par diverses publications sur les eaux minérales, vient d'être nommé médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

— Par arrêté de M. le préfet de la Marne, M. le docteur Prin, médecin en chef des hôpitaux de Châlons, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Sermaize.

— M. Colmann, docteur en médecine, vient d'être nommé médecin cantonal pour le canton de Forbach, en remplacement de M. le docteur Zeller, démissionnaire.

— Le directeur du commerce et de l'agriculture vient d'envoyer, à plusieurs de nos Académies de province, des secours destinés à fonder des prix pour les personnes qui trouveront un spécifique contre la rage.

— Un fait étrange, inouï, se passe depuis quelques semaines au village de la Peollière, commune de Miniac-Morvan, arrondissement de Saint-Malo. Une jeune fille âgée de 16 ans, mademoiselle Brisoux, est plongée depuis six semaines dans une espèce de sommeil léthargique qui ne l'a pas un instant abandonnée. Elle n'a, durant tout ce temps, ni bu, ni mangé, ni rempli aucune fonction animale. Cependant le pouls continue de battre.

Dimanche dernier, la population de Dol se rendait en foule au chevet de la malade, et chacun demeurait surpris devant ce caprice bizarre de la nature qui a mis cette pauvre jeune fille dans un état qui n'est ni celui de la vie ni celui de la mort.

Ce cas offre à la science un corieux motif d'étude.

— Au nombre des établissements thermaux qui jouissent dans le nord de la France d'une réputation justement méritée se trouve celui de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). Les eaux minérales des Forges (ferro-crénatées) se rattachent à des souvenirs qui ne sont pas sans intérêt; on sait qu'elles ont été, tant sous l'ancien régime que sous l'empire, le rendez-vous de l'élite de la société qui venait y chercher la santé et des distractions.

La forme ferrugineuse (crénate de protoxyde de fer) qui les minéralise essentiellement a été découverte en 1834 par Berzélius, dans les eaux minérales de Porla (Suède), et reconnues ensuite dans celles des Forges-les-Eaux, ainsi que le constate l'analyse chimique qu'en a faite, en 1845, M. O. Henry, envoyé sur les lieux mêmes par l'Académie de médecine.

Cette forme ferrugineuse naturelle que nous venons de signaler doit nécessairement agir sur l'économie animale d'une manière différente de celle des autres compositions ferrugineuses. L'expérience a démontré, en effet, que la modification thérapeutique produite par son usage consiste dans la neutralisation des qualités souvent trop astringentes et quelquefois âcres du fer, par l'acide organique crénique, tandis que son action tonique est conservée et demeure intacte.

Il résulte de cette neutralisation naturelle de l'action irritante du fer sur les organes de l'économie, que la forme ferrugineuse qui nous occupe peut être appliquée utilement et sans aucun inconvénient aux personnes nerveuses, délicates, qui, bien qu'elles en aient besoin, ne pourraient supporter toute autre composition ferrugineuse.

— M. le docteur Duchesne-Dupare a repris jeudi dernier, 3 juin, ses conférences cliniques sur les *maladies de la peau*, à son dispensaire de la rue Larrey, 8 (ancienne rue du Paon-Saint-André), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants.

A onze heures précises du matin, consultation et examen des malades. — Tout est public.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) F. Jacquot, LETTRES D'AFRIQUE, nº VI, in GAZ. MÉD., et broch. in-8, p. 32.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE LA PRÉSENCE DANS LES EAUX DE PLUIE DE PROPORTIONS DOSABLES D'ACIDE AZOTIQUE ET D'AMMONIAQUE, ET DE SES CONSÉQUENCES POSSIBLES AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE. — DES ACCÈS DE SUFFOCATION DANS LA LARYNGITE CHRONIQUE.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Arago a lu un rapport sur un très-remarquable travail de M. Barral sur les eaux de pluie recueillies à l'Observatoire de Paris pendant tout le cours de l'année 1851. L'analyse de l'eau de pluie est en quelque sorte un moyen indirect d'analyse de l'atmosphère. L'eau de pluie entraînant avec elle, à mesure qu'elle traverse l'atmosphère, toutes les matières pulvérulentes ou aqueuses que les courants ascendants y ont pu apporter, son examen chimique permet, en effet, d'arriver à la connaissance des diverses substances étrangères à la composition normale de l'air, et qui, en se mêlant accidentellement à ses éléments constitutifs, en altèrent la pureté. Telle est, du moins, la portée que nous a paru avoir le travail dans lequel M. Barral s'est proposé d'étudier, jour par jour, les pluies recueillies tant sur la plate-forme que dans la cour de l'Observatoire de Paris. Le résultat capital et vraiment inattendu auquel est arrivé cet habile chimiste, est la constatation dans les eaux de pluie de tous les mois de l'année, de proportions d'acide nitrique et d'ammoniaque susceptibles d'être parfaitement dosées.

Le fait de la présence de l'acide azotique dans les eaux pluviales n'est pas nouveau en lui-même, il était déjà connu. Un célèbre chimiste suédois, Bergman, a eu le premier le mérite de constater des traces, mais seulement des traces d'acide azotique dans l'eau de pluie. Liebig, depuis, en analysant soixante-dix-sept échantillons d'eau, constata la présence, dans dix-sept de ces échantillons provenant de pluies d'orage, de quantités plus ou moins appréciables d'acide azotique. Mais, suivant cet éminent chimiste, le rôle à assigner à cet acide devait être entièrement secondaire et même insignifiant, « car, ajoutait-il, il est impossible de doser l'acide azotique contenu dans les eaux de pluie, même dans celles qui proviennent des orages. » Enfin, M. Henry Ben-Jones annonçait dans un mémoire récemment inséré dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES POUR 1851, que des pluies recueillies à Londres, à Kingston dans le Surrey, à Melburg dans le Dorsetshire, et près de Clonakelty dans le comté de Cork, loin de toute ville, renfermaient une quantité d'acide azotique dont l'existence pouvait être rendue évidente par le réactif à l'amidon, dans un litre d'eau ; mais aucune indication relative à la proportion en poids ou en volume de l'acide en question ne se trouve dans le mémoire.

On voit, par les citations que nous venons d'emprunter au rapport de M. Arago, à quel point en étaient les choses à cet égard à l'époque où M. Barral a entrepris ses recherches. L'acide azotique avait été reconnu dans les eaux pluviales, mais dans des proportions indéterminées et en quelque sorte négligeables aux yeux même des chimistes qui l'avaient constaté. Grâce aux procédés d'analyse que M. Barral a employés et au degré de précision et de certitude qu'il a su leur donner, et qui, aux termes du rapport, en mettent les résultats à l'abri de toute objection, ce fait a acquis une importance et une signification toutes nouvelles et qui n'avaient pu ressortir d'aucune des recherches précédentes.

Il résulte des nombres obtenus mois par mois, que l'eau est inégalement chargée de matières azotées dans les divers mois de l'année, et que ces matières amenées par la pluie sur une surface du sol donnée, ne sont pas exactement proportionnelles aux quantités d'eau tombée. D'après ces appréciations, l'auteur fixe à 31 kilogrammes (nombre très-considérable) le minimum d'azote que les eaux pluviales qui traversent l'atmosphère de Paris ont dû répandre en un an sur un hectare de terrain. De l'examen des proportions relatives de l'azote provenant de l'acide azotique et de l'ammoniaque, il est résulté que sur 31 kilogrammes fournis en un an à un hectare de terrain, 9 proviennent de l'ammoniaque et 22 de l'acide azotique ; d'où l'on voit que la proportion d'azote qui provient de l'acide azotique surpasse de beaucoup celle qui provient de l'ammoniaque.

Nous ne ferons que mentionner pour mémoire les autres substances, telles que les chlorures, les sels de chaux et de magnésie dont M. Barral a également constaté la présence, cette constatation ayant déjà été faite par plusieurs chimistes, notamment dans ces derniers temps, par MM. Chatin, Meyrac et Isidore Pierre (de Caen).

Les résultats signalés par M. Barral, d'un très-grand intérêt pour la physique du globe, ne sont pas moins dignes d'attention au point de vue de la météorologie médicale et de l'hygiène. Bien que notre science ne soit pas encore en mesure d'en tirer des déductions immédiatement utiles, il importe de les consigner dans nos annales comme un fait dont il devra désormais être tenu compte dans l'étude des rapports de la constitution atmosphérique avec les divers états de santé et de maladie de l'homme, et des influences que les modifications dont l'atmosphère paraît susceptible peuvent exercer sur la génération de certaines épidémies.

Nous signalerons surtout, sous ce dernier point de vue, à l'attention des médecins, un fait curieux consigné dans la communication que M. Regnault a faite à l'occasion du rapport de M. Arago, sur la composition chimique de l'air atmosphérique, et dont on trouvera l'exposé sommaire au compte rendu de la séance. Pendant le règne d'une épidémie meurtrière de choléra sur les bords du Gange, une modification profonde a été découverte dans la proportion des éléments chimiques constitutifs de l'atmosphère qui, au lieu de fournir à l'analyse la moyenne constatée par les savantes analyses de M. Regnault sur les divers échantillons d'air recueillis sur un grand nombre de points différents du globe, a donné une diminution notable dans la proportion de l'oxygène et une proportion presque double de l'acide carbonique.

On lira enfin avec le même intérêt la courte note de M. Isidore Pierre (de Caen), qui, dans des recherches faites à un autre point de vue, est arrivé, en ce qui concerne l'ammoniaque de l'atmosphère, à un résultat qu'il sera curieux de rapprocher des résultats obtenus par M. Barral.

— M. Grisolle a lu, dans la dernière séance de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, une observation de *laryngite chronique* où nous trouvons l'occasion de consigner une remarque d'un certain intérêt pratique, qui n'a pas trouvé place dans la courte discussion dont la lecture a été suivie. Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans qui entra à l'hôpital Beaujon pour une oppression datant de quinze à vingt jours et une aphonie presque complète. La respiration s'accompagnait d'un sifflement qui s'entendait à distance et parfois d'un bruit analogue au cornage. Deux jours après son admission, presque immédiatement après la visite, cette femme fut prise tout

---

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA THÉORIE DES ESPRITS ET DES AMES ORGANIQUES, EN PHYSIOLOGIE.

Lettres adressées à M. le docteur Gosselin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

PREMIÈRE LETTRE.

Les physiologistes de nos jours emploient les mots *principe vital, forces vitales, propriétés vitales, propriétés organiques*, pour désigner soit la cause présumée, soit les conditions de la vie. Toutes ces expressions sont nouvelles, et celle de propriétés organiques, qui est la plus ancienne, ne remonte pas plus haut que Haller. On n'ignore pas cependant avec quelle ardeur et quelle prédilection manifeste les anciens, et les diverses écoles de physiologie qui se sont succédé jusqu'à nous, ont porté leur attention sur les causes et l'essence de la vie. Il y a donc un intérêt historique assez grand à rechercher parmi tous les travaux qui ont précédé la fin du dernier siècle, quels mots et quelles théories correspondent aux mots et aux théories modernes. J'avoue même qu'on a lieu d'être surpris qu'une telle recherche n'ait pas été faite, car on ne saurait regarder comme étant une exposition suffisante les aperçus qui ont été donnés sur les phases successives de l'animisme et du vitalisme. En diverses branches de la médecine, les titres de nos richesses actuelles ont été avidement et pieusement recueillis, mais la physiologie a été peu explorée, sur la réputation qu'elle a eue sans doute d'être le refuge de l'illusion et de l'erreur. Rien n'est à dédaigner pourtant dans cette partie vive de la science médicale ; et lorsque de curieux esprits interrogent l'histoire pour connaître les moindres particularités de la chirurgie opérante, on me pardonnera, je l'espère, d'écarter la poussière qui recouvre dans leur linceul les *esprits animaux vitaux et naturels*, les *âmes vitale* et *sensitive* ; âmes et esprits, auxquels je donne la qualification *d'organiques*, afin de marquer dès le début la différence qui les sépare de l'âme et de l'esprit ordinaires.

— A vous, mon ami, j'adresse cet essai, comme un souvenir de nos anciennes études, et du temps précieux où nos travaux étaient communs. Ne souriez pas de me voir ressusciter de vieilles doctrines dont le nom même n'est plus prononcé par les hommes de notre âge. Outre qu'il est bon de rappeler à des héritiers oublieux et prodigues les pénibles labeurs qui ont fondé leur fortune, le respect est imposé ici par l'illustration des hommes qui se trouvent mêlés à cette histoire.

Si l'on veut interpréter fidèlement les anciens, et ne point s'égarer dans l'appréciation de leurs théories, il faut avant tout déterminer ce qu'ils enten-

à coup d'un accès de suffocation dont l'élève de garde ne fut pas averti; un second accès survint le soir, qui emporta la malade. On constata, à l'autopsie, l'existence d'une ulcération occupant le repli arythéno-épiglottique du côté droit et se prolongeant jusqu'à la corde vocale supérieure. Les tissus tuméfiés fermaient complétement l'ouverture supérieure du larynx. — C'est sur la forme paroxystique de la dyspnée que nous voulons appeler un instant l'attention.

L'obturation de l'ouverture supérieure du larynx par le gonflement des tissus, si elle a été complète, est suffisante sans doute pour expliquer la suffocation et la mort. Mais il n'est pas bien sûr que ce gonflement ait été pendant la vie tel qu'on l'a rencontré à l'ouverture du cadavre. Ce qu'il y a au moins de certain, c'est que la malade était dans un état satisfaisant quelques instants avant le premier accès de dyspnée; c'est que l'accès s'est déclaré subitement; c'est que entre celui-ci et le second, la respiration est redevenue ce qu'elle était habituellement; c'est enfin que le dernier accès a été aussi soudain que le premier et a enlevé la malade très-rapidement. On peut donc affirmer que la lésion matérielle notée à l'autopsie est, si on peut le dire, contemporaine de la mort, ou ne l'a précédée que de très-peu d'instants. Conséquemment le problème de la cause et du mécanisme des accès reste tout entier.

Or ce problème, qui engage directement la thérapeutique, se présente fréquemment dans les affections du larynx C'est un fait positif et généralement méconnu que les engorgements, les ulcérations chroniques, tuberculeuses ou non, de la muqueuse laryngée, amènent très-souvent des paroxysmes de suffocation qui mettent la vie en danger. Nous ne parlons pas de ces variations gradoelles, plus ou moins lentes, du degré d'étouffement, qui correspondent aux variations survenues dans le degré de phlegmasie ou d'engorgement des tissus, mais bien d'accès subits qui viennent rompre de la façon la plus brusque et la plus inattendue la marche habituelle des symptômes et qui choisissent quelquefois pour éclater les moments de calme et de bien-être. Nous ne parlons pas même des embarras passagers de la respiration qui peuvent résulter et qui résultent fréquemment, dans la laryngite chronique, de l'obstruction de la glotte par de gros crachats épais et visqueux: la toux qui s'éveille aussitôt, les grands mouvements respiratoires qui s'ensuivent ne tardent pas à déplacer l'obstacle, et ces sortes d'accidents n'ont de danger qu'aux limites extrêmes de l'épuisement et aux portes de l'agonie. Les accès dont il s'agit ici sont de ceux qui expriment manifestement une sorte d'explosion convulsive. Ils surviennent le plus souvent dans le décubitus horizontal, quelquefois pourtant dans la station debout ou assise. Le malade qui se sent tout à coup suffoqué étend les bras en avant, demande de l'air d'une voix éteinte et se croit près de sa fin. La figure se gonfle, les yeux deviennent saillants, la bouche reste largement béante. La respiration n'est pas profonde et sifflante comme dans l'asthme; elle se compose d'une série d'inspirations et d'expirations courtes, faibles et extrêmement précipitées. Il semble aux malades qu'un poids les empêche de soulever leur poitrine. L'accès a une durée variable, depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures Il se termine moins brusquement qu'il n'avait commencé, et l'expectoration qui le suit n'indique, ni par son abondance ni par son caractère, que la présence de mucosités ait joué dans la scène un rôle de quelque importance.

La disposition aux accès de ce genre se reconnaît parfois à un phénomène ignoré du malade lui-même, mais qui n'échappe pas aux personnes chargées de lui donner des soins. Pendant le sommeil, la respiration s'arrête de temps à autre ou se transforme en une sorte de palpitation insensible, pendant un temps relativement considérable, comme dix ou douze secondes. Cette suspension est suivie d'une forte inspiration qui amène souvent le réveil, et alors le malade se sent étouffer sans trop savoir à quoi s'en prendre. Nous avons aussi remarqué que les individus atteints de phthisie laryngée et sujets aux accès de suffocation éprouvent le plus souvent, outre une altération prononcée de la voix, une difficulté plus ou moins grande de la déglutition, et spécialement cette forme particulière de dysphagie, propre à la paralysie du pharynx, dans laquelle les aliments demi-solides passent plus aisément que les liquides.

Tous ces phénomènes, de nature évidemment nerveuse, s'expliquent sans peine, quand on se rappelle les dispositions des nerfs laryngés. Tout le monde connaît les rapports si remarquables du pneumogastrique et du spinal, qui forment, par leur réunion, l'analogue d'une paire spinale, la racine sensitive étant représentée par le premier nerf et la racine motrice par le second. Tout le monde sait que, très-distincts à leur naissance, ils se réunissent ensuite, pour se séparer de nouveau en filets dont la source est toujours reconnaissable à la spécialité de la fonction, les uns présidant à la sensibilité, les autres au mouvement. Les choses sont donc admirablement disposées pour la mise en jeu de l'action réflexe. A de certains intervalles et sans provocation appréciable, c'est-à-dire avec cette mobilité qui caractérise les dérangements des fonctions nerveuses, la lésion des extrémités sensitives du nerf mixte (rameau interne du laryngé supérieur) provoque l'action convulsive de ses filets moteurs (rameau externe du précédent, et nerf récurrent); de là des accidents de suffocation, avec quelques phénomènes accessoires qui varient suivant la sphère de l'action réflexe et les filets nerveux plus spécialement influencés. La convulsion pourra porter sur les muscles crico-thyroïdiens, et suivant l'ingénieuse théorie de M. Longet, faire basculer le cartilage cricoïde de manière à tendre outre mesure les cordes vocales, elle pourra porter sur les arythénoïdiens et rétrécir à l'excès cette partie inter-arythénoïdienne de la glotte que le même physiologiste appelle respiratoire. Si les filets moteurs du laryngé supérieur sont principalement affectés, la convulsion pourra n'être pas bornée au muscle crico-thyroïdien, et envahir le constricteur pharyngien inférieur auquel ils envoient un rameau. Nous avons vu un malade qui accusait, pendant l'accès, une forte tension de tout le cou se prolongeant vers les épaules, comme si l'action du nerf spinal sur les trapèzes et les sterno-cleido-mastoïdiens avait été enchaînée.

L'interprétation de ces phénomènes ne touche pas seulement la curiosité. Il est clair que le praticien ne saurait y trouver la même règle de conduite que devant un engorgement matériel de la muqueuse laryngée ou une obstruction du larynx par des mucosités. Par exemple, l'introduction d'un doigt dans la bouche pour provoquer des efforts de vomissement, extrêmement utile dans ce dernier cas, ne saurait avoir les mêmes avantages dans la dyspnée convulsive. Non pas que ce moyen doive être complétement rejeté; bien au contraire, si l'organisme présente quelque résistance, il sera toujours bon d'y recourir, parce que, d'une part, l'expulsion de quelques crachats soulagera toujours un peu, et, de l'autre, les secousses du diaphragme pourront en quelque sorte rompre le mouvement convulsif des muscles du larynx. Mais les antispasmodiques *intùs* et *extùs*, les dérivatifs cutanés, tels que les sinapismes autour du cou, les manuluves excitants, auront ici une application spéciale qui ne conviendrait pas ailleurs.

---

daient par les mots *âme* et *esprit*. Il y a deux moyens pour arriver à cela: remonter d'abord à la formation et à la racine étymologique de ces mots; rechercher ensuite le sens qu'on leur a réellement attribué.

Spiritus, d'où vient *esprit*, signifie proprement *souffle*, le souffle de l'air dans la respiration. En grec, il correspond à πνευμα, air. Par extension, on a donné à l'un et à l'autre le sens de *vie*, soit parce que l'air est une condition de la vie, soit parce que, à la mort, la vie semble s'exhaler sous la forme d'un souffle. C'est de cette manière métaphorique qu'il est dit dans l'Écriture: Dieu en créant l'homme *lui donna le souffle*; que l'on a dit encore: αφῆκεν το πνευμα *emittere spiritum*, εκπνεῖν *expirare*; et que nous disons nous-mêmes respirer pour vivre et expirer pour mourir.

Le mot *anima*, d'où nous avons fait *âme*, vient du grec ανεμος qui veut dire *vent*. Il signifie donc au sens propre la même chose que *spiritus*. Aussi Descartes, voulant fixer la valeur du mot âme, reproche à tous ses devanciers d'avoir compris sous ce nom une chose qui est *analogue à un air, à un vent*. Mais on voit que le mot esprit, qu'il adopte et veut faire adopter, pèche par le même défaut à l'origine.

Chez les Grecs, *anima* n'a pas son synonyme dans ανεμος, mais dans ψυχη, que l'on traduit par *anima, âme*. Le traité de l'âme, d'Aristote, a pour titre: περι ψυχης. Ψυχη vient de ψυχος *froid*, ou de ψυξις *réfrigération*. Cette racine montre que l'on a eu en vue encore la respiration et l'air qui *rafraîchit* le corps en pénétrant dans les poumons. En parlant au figuré, on a pu regarder cet effet de la respiration comme équivalent à la vie. Ψυχη fut donc employé pour désigner la vie, et son synonyme *anima* eut la même signification. Chez tous les anciens, en effet, ψυχη et *anima* veulent dire *la vie*. Le traité d'Aristote n'a pas pour objet seulement l'âme comme nous l'entendons, mais la vie avec tout ce qu'elle contient.

De ces étymologies, il ressort que les mots *esprit* et *âme* ont désigné, primitivement et au sens propre, une particularité de l'acte respiratoire: que, métaphoriquement et au figuré, ou les a appliqués à la vie, pour exprimer la nécessité où l'on est de respirer pour vivre.

L'âme et la vie sont donc une même chose pour les anciens. Dans la vie, ils ont aperçu plusieurs modes, plusieurs degrés, plusieurs parties, ce que l'on appellerait aujourd'hui des groupes distincts de fonctions ou de facultés. Si l'on n'oublie pas qu'ils commençaient la science, on conçoit qu'ils ont pu admettre des âmes en proportion de ces groupes. Platon, après Pythagore, en compte trois; Aristote cinq. Dans ces âmes est l'intelligence au rang supérieur, comme si elle était le couronnement propre à l'homme de toutes les vies que possèdent les autres êtres animés. On donna un nom particulier à cette âme de l'intelligence, peut-être à cause de sa nature spéciale (Platon admet qu'elle est incorporelle et immortelle), surtout à cause de son importance. Les Grecs l'appelèrent νους; les Latins *mens*, ou encore *animus*, qui, bien que dérivé d'*anima*, avait un autre sens. Toutefois, malgré cette dénomination particulière de l'âme raisonnable, souvent le mot ψυχη lui reste appliqué, surtout dans Aristote.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que c'est aux seuls mots νους, *mens*, *animus* que correspondent l'âme et l'esprit des modernes. L'acception restreinte qui a cours aujourd'hui s'établit lentement, successivement, et en majeure par-

L'observation de M. Grisolle, ainsi qu'on a pu le voir, n'a été que le prétexte de ces remarques; nous n'avons entendu, en aucune façon, la commenter et l'interpréter. Recueillie dans des vues d'un autre ordre, elle ne saurait fournir d'éléments précis à la question, toute spéciale, qui fait l'objet de cet article.

H. Brochin et A. Dechambre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nouvelles recherches d'hématologie (Ides à l'Académie des sciences, séance du lundi 31 mai 1852); par MM. A. Becquerel et A. Rodier.

Depuis une quinzaine d'années, l'hématologie a été véritablement constituée, et grâce aux travaux d'un certain nombre de médecins, elle a pu s'appuyer sur des données certaines et sur des notions physiques et chimiques précises.

Parmi les principes généraux relatifs aux altérations du sang dans les maladies, les plus importants sont sans contredit ceux que l'on doit aux travaux de MM. Andral et Gavarret. C'est ainsi que l'augmentation de la fibrine dans les phlegmasies, la conservation de son chiffre normal ou son abaissement dans les fièvres, la diminution de la proportion des globules dans les anémies idiopathiques et symptomatiques, la diminution de l'albumine dans la maladie de Bright, sont des faits généraux incontestables et que les travaux des deux éminents professeurs ont établis en lois.

D'autres observateurs ont ajouté à ces travaux des faits qui n'ont pu que les confirmer. Ils ont établi, en outre, quelques autres faits qui ont complété ou généralisé les précédents, ou bien qui ont indiqué aux hématologistes des voies nouvelles à suivre.

C'est ainsi, sous ce dernier rapport, que nous avons établi d'une manière générale : l'élévation du chiffre de la fibrine dans beaucoup de chloroses, dans un grand nombre de grossesses et dans les maladies puerpérales; l'augmentation du chiffre des matières grasses dans l'ictère idiopathique et symptomatique; la diminution de l'albumine dans un grand nombre de maladies chroniques, les cachexies, suites de fièvres intermittentes, un grand nombre d'hydropisies.

Plusieurs autres travaux ont été également publiés et sont relatifs à des faits particuliers que nous ne pouvons mentionner ici.

La science a-t-elle dit son dernier mot et tout est-il connu dans le sang? A-t-on apprécié toutes les modifications, toutes les altérations dont il est susceptible? Nous ne le pensons pas, et c'est pour remplir un certain nombre de lacunes et surtout pour bien déterminer les altérations que peut subir ce liquide dans un grand nombre de maladies chroniques, que nous avons entrepris le travail que nous venons soumettre au jugement de l'Académie.

Depuis trois années, l'un de nous a été chargé d'un important service de médecine à l'hôpital de la Pitié. Cette circonstance nous a permis de recueillir plus de quatre cents analyses du sang et d'établir un certain nombre de principes généraux que nous croyons susceptibles d'être féconds et qui peuvent être invoqués avec fruit pour le diagnostic et la thérapeutique de beaucoup d'affections chroniques.

Nous diviserons notre travail en deux parties.

Dans la première, nous étudierons les modifications du sang dans les maladies de l'appareil circulatoire et dans les affections qui paraissent avoir leur siége primitif ou exclusif dans le fluide sanguin.

Ainsi nous étudierons successivement :

1° L'anémie et la chlorose;

2° La maladie de Bright;

3° Les hydropisies qui semblent être sous l'influence d'une altération du sang.

4° Les maladies organiques du cœur;

5° Le scorbut.

Dans une seconde partie, nous examinerons les modifications des divers principes du sang et en particulier de l'albumine dans un certain nombre d'affections, et notamment : 1° les phlegmasies, 2° les maladies puerpérales, 3° les maladies du cerveau, 4° et quelques autres affections aiguës.

PREMIÈRE PARTIE.

MODIFICATIONS DU SANG DANS LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE, OU DU FLUIDE QU'IL RENFERME.

ANÉMIE ET CHLOROSE.

Nous examinerons d'abord séparément l'anémie et la chlorose, et puis nous comparerons ensemble ces deux états morbides, afin de signaler leurs analogies et leurs différences.

ANÉMIE.

Tout en considérant le mot *anémie* comme une expression mauvaise, nous continuerons cependant de l'employer comme synonyme de l'altération du sang caractérisée par une notable diminution de proportion des globules.

Ainsi entendue, l'anémie est un élément important de plusieurs maladies; telles sont : la chlorose, la maladie de Bright, les affections organiques du cœur. Nous mettrons pour un instant de côté toutes ces affections, attendu que nous avons consacré à chacune d'elles un chapitre à part.

Ces maladies ayant été étudiées chacune isolément, nous allons examiner les résultats des analyses du sang qu'il nous a été donné de faire dans 10 cas d'anémie symptomatique.

Résultat général de ces analyses : La densité du sang est fortement diminuée; les globules sont représentés par un chiffre très-bas : moyenne, 100,13; les parties solides du sérum ne changent pas; la fibrine est représentée par un chiffre élevé.

Voici, du reste, la moyenne de ces analyses :

Tableau de la composition moyenne du sang dans 10 cas d'anémie symptomatique.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité du sang.	1049,93	1057,91	1045,01
Eau.	822,41		
Globules.	100.12	109.06	81,89
Parties solides du sérum. .	73,75	88,11	69.27
Fibrine	3,72	5,82	1,62

---

tie sous l'influence du christianisme, qui s'efforçait de distinguer, en la caractérisant, l'âme raisonnable. Déjà en usage parmi les écrivains religieux, elle ne passa définitivement dans la métaphysique qu'avec Descartes. Avant lui, l'ancienne signification régnait dans la philosophie, et la scolastique l'avait consacrée en réduisant à trois les cinq âmes d'Aristote (la végétative, la sensitive et la raisonnable). Il n'est donc pas surprenant que les physiologistes de la renaissance et des temps postérieurs, aient continué à admettre les âmes de la vie. Nous verrons plus tard comment l'Église elle-même a pu les accepter et les tolerer.

Il ne suffit pas de déterminer le sens étymologique des mots, ni d'indiquer d'une manière générale à quoi ils s'appliquaient. Pour connaître la notion ancienne des âmes et des esprits, il faut rechercher quelle idee on se faisait des choses ainsi désignées. En ce qui concerne l'ame, on doit consulter Aristote. Il la définit : « l'entéléchie d'un corps naturel organisé qui a la vie en puis» sance. » (De anima, cap. i, lib. ii.) Le mot *entéléchie* a été fort commenté. Aristote lui-même en donne la signification dans sa Métaphysique, et dit qu'il entend par là « toute réalité qui a en soi le principe de son action et tend » d'elle-même vers sa fin. » Elle est donc une puissance ou une force. Afin de ne point laisser de doute sur sa propre pensée à cet égard, il prend le soin de la développer dans un second chapitre, qui contient une seconde définition de l'âme (lib. ii, cap. ii). Il y a, dit-il, trois choses : l'entéléchie, la matière, et le composé de l'une et de l'autre. La matière est l'objet, l'entéléchie le sujet, l'union des deux donne ce qui est animé. L'âme n'est donc pas le corps, mais une certaine chose qui agit dans le corps. Dans sa Métaphysique, il reproduit encore la même pensée. La matière, dit-il, est une substance sans réalité, sans actualité, pour devenir réelle, il faut qu'elle soit unie à une *forme*. L'âme est la *forme substantielle* des êtres vivants. (Métaph., lib. vii, cap. iv.) Le mot *forme* a été commenté autant que celui d'entéléchie, et devint célèbre parmi les scolastiques. Il est clair par conséquent que, pour Aristote, l'âme est un agent, un principe qui, en agissant dans le corps le complète et le fait vivant.

Un autre point mérite d'être examiné. L'âme est-elle une chose séparée du corps? La plupart des commentateurs ont pensé qu'Aristote admettait cette séparation, au moins pour l'âme intellectuelle. Je crois que le désir de concilier sa doctrine avec le sentiment chrétien a pu faire suivre cet avis, qui n'est pas nettement exprimé. La fin du chapitre 2e du 2e livre, indique même une pensée contraire. « *L'âme n'est donc pas séparable du corps*, l'âme ou ses parties, » s'il est vrai qu'elle est composée de plusieurs parties (1). Cependant rien » n'empêche que certaine partie ne soit séparable et distincte, parce que cette

(1) Ceci semble montrer qu'il n'est pas certain qu'Aristote regarde les âmes comme multiples. Le chap. ix du liv. i me paraît indiquer plus clairement encore qu'il tient l'âme pour *unique* et possédant cinq facultés qui correspondent aux cinq âmes qu'on lui attribue, se nourrir, croître, se mouvoir, sentir, raisonner. J'adopterai néanmoins, dans la suite de ce travail, l'opinion communément reçue, parce qu'elle cadre mieux avec les théories que j'ai à exposer, et que d'ailleurs elle est généralement admise.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité	1026.82		
Eau	908,83		
Albumine pure	78,86	89,28	66,06
Matières extr. et matières grasses	12,29	15,05	7,00

Sur ces 10 sujets, il y avait 6 hommes et 4 femmes.

AGES. Au-dessous de 20 ans, 1 cas; — de 20 à 40 ans, 5 cas; — de 40 à 50 ans, 3 cas.

Voyons, dans ces 10 cas, quelle avait été la cause de l'anémie.

3 fois l'anémie était la conséquence d'une mauvaise alimentation, de privations, de misère, etc..... 3 fois elle était due à un flux hémorrhoïdal trop abondant. Une fois elle avait été produite par une hémorrhagie considérable, développée à la suite d'un accouchement. Une fois à la suite d'un cancer du foie. Une fois à la suite d'un catarrhe du col utérin. Enfin, chez un malade, il n'y avait aucune cause appréciable.

Voici maintenant quels furent les chiffres des principaux éléments du sang.

GLOBULES. — Ils furent représentés par des nombres compris entre 100 et 110, 7 fois; et entre 30 et 90, 3 fois. Voici du reste les chiffres en nombres ronds: 2 fois 109, 1 fois 107, 2 fois 106, 103, 100, 89, 86 et 81.

FIBRINE. — Le chiffre s'est maintenu assez haut, sauf dans un cas, où il ne fut que de 1,62. Il s'agissait d'un homme en proie depuis longtemps à la misère et aux privations, et qui avait la surface de la peau couverte d'une éruption d'ecthyma. Chez les 9 autres, nous trouvons la fibrine 4 fois au-dessus du chiffre 4, 3 fois entre 3 et 4, et 2 fois entre 2 et 3.

ALBUMINE. — Elle se trouvait dans les proportions tout à fait normales. Nous ne croyons donc pas utile d'en reproduire ici les chiffres.

La densité du sérum s'est constamment maintenue dans les limites physiologiques ordinaires.

CHLOROSE.

La chlorose est pour nous, comme pour certains auteurs, une maladie ayant primitivement son siége et son point de départ dans le système nerveux, et déterminant consécutivement des troubles de la digestion, de la menstruation et de la circulation.

Si cette définition est exacte, l'altération du sang n'est pas, dans la chlorose, un fait constant et capital, mais un phénomène consécutif, secondaire, et qui n'est pas absolument indispensable pour la constitution de la maladie.

Dans un de nos précédents mémoires sur le sang, nous avons signalé deux cas de chloroses bien développés, dans lesquels il n'y avait pas de modifications du sang. En voici trois nouveaux qui viennent confirmer notre assertion et démontrer que, dans quelques cas de chlorose, il n'y a aucune altération appréciable du liquide sanguin.

	ANALYSE DE 1000 GR. DE SANG.					ANALYSE DE 1000 GR. DE SÉRUM.			
	Densité.	Eau.	Globules.	Parties solides.	Fibrine.	Densité.	Eau.	Albumine.	Mat. extrat.
(1)	1056,00	778,20	141,86	78,40	1,80	1026,10	908,90	75,85	15,25
(2)	1060,50	776,63	139 18	80,95	3,24	1027	905.60	75,24	19,16
(3)	1058,10	783,16	138,39	75,72	2,73	1025,51	911,70	73,26	15,04

Malgré ces faits, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, dans la plupart des chloroses, il y a une modification du sang, et en particulier une diminution de proportion des globules, dont le degré est fort variable et dépend de l'ancienneté et de l'intensité de la maladie.

Voici le tableau de la composition moyenne du sang chez 6 femmes chlorotiques, dont 2 étaient âgées de 19 ans, 3 de 21 ans, et une de 22 ans.

1000 PARTIES DE SANG.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité du sang	1046,37	1055,25	1035,21
Eau	828,55		
Globules	86,83	109,17	45,37
Parties solides du sérum	80,27	92,88	74,16
Fibrine	4,20	5,01	3,06

1000 PARTIES DE SÉRUM.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité du sérum	1026,16	1032,24	1025
Eau	911,80		
Albumine	76,15	91,10	74,08
Mat. extr. et mat. grasses.	12,05	18,52	7,61

GLOBULES. — Dans ces 6 cas, la diminution du chiffre des globules a été considérable. Ces chiffres, en nombres ronds, ont été : 109, 104, 102, 95, 64 et 45.

FIBRINE. — Constamment elle fut représentée par un chiffre élevé : 5,01, 4,50, 4,0, 3,34, 3,21 et 3,06.

ALBUMINE. — Elle s'est trouvée dans les proportions normales et souvent dans les chiffres des limites physiologiques supérieures.

(1) Jeune fille de 18 ans, assez bien constituée. Aménorrhée; souffle au premier temps; souffle continu dans les jugulaires; face colorée.

(2) Femme, 26 ans, bonne constitution. Aménorrhée; face colorée; souffle continu dans les vaisseaux du cou.

(3) Jeune fille, 19 ans, lymphatique; cheveux rouges. Aménorrhée depuis six mois; face colorée; souffle au premier temps du cœur; il est continu dans les vaisseaux du cou.

(La suite au prochain numéro.)

» partie n'est point l'acte ou la forme du corps » (On invoque cette dernière phrase, où serait désignée l'âme raisonnable, pour soutenir qu'il croit à la distinction de l'âme et du corps. Mais il ajoute aussitôt ce qui suit) : « Au reste, » il est incertain si l'âme est dans le corps comme le nocher dans son navire.... » Præterea incertum est ita sit actus corporis ut nauta navis. » Cette comparaison de l'âme avec le nocher, qui conduit sa barque sans en faire partie, avait été donnée par Platon. Si d'ailleurs on peut trouver de l'incertitude pour la partie intellectuelle de l'âme, il n'y en a plus pour l'âme de la vie comme l'entend Aristote. Il dit nettement qu'elle n'est pas plus séparable du corps que ne l'est la figure dans un objet figuré en cire. « Idcircoque non oportet quærere an anima et corpus sint unum : quemadmodum nec quærere oportet de cera et figura de cujusque rei materia et eo cujus est materia. »

Je me suis attaché de préférence et spécialement à Aristote pour indiquer la notion primitive de l'âme, parce qu'il est le premier physiologiste de l'antiquité. J'éviterai de relever les autres conceptions sur le même sujet. La VIE DES PHILOSOPHES, de Diogène (de Laërte), et mieux encore tout le premier livre du traité d'Aristote, exposant les aspects nombreux et divers sous lesquels la première philosophie a envisagé l'âme du monde, celle de la vie et celle de l'homme. Je n'ai pas voulu retenir toutes ces hypothèses qui appartiennent à l'*âge mythologique de la physiologie*. La science vraie ne commence qu'au naturaliste de Stagyre. Et la trace qu'il a laissée à travers les siècles a été si durable, qu'il faut nécessairement tenir compte de ses opinions. Dans la suite de cette histoire, elles se présenteront à chaque instant sous nos pas.

Le développement de la notion des *esprits* est plus difficile à découvrir, parce que l'antiquité ne nous a pas transmis de traité qui les concerne. Il est vraisemblable qu'on peut en faire remonter l'origine à l'erreur avancée par Érasistrate sur l'usage des artères. Cet anatomiste, qui fut assez habile pour distinguer les artères d'avec les veines, rencontrant les premières constamment vides sur le cadavre, crut qu'elles ne contenaient point de sang, mais de l'air, lequel, introduit par les poumons et gagnant le ventricule gauche du cœur était envoyé dans tous les organes, au moyen de l'aorte et des divisions artérielles. Il pensa que cet air, ainsi distribué, est la cause des mouvements volontaires, et que si le sang tend à faire irruption dans les artères pour prendre sa place, il en résulte la fièvre et la maladie. Une telle erreur, qui venait sitôt compromettre une découverte heureuse, exerça une grande influence sur les travaux de l'école d'Alexandrie, et fit naître la secte des *pneumatistes*, qui, acceptant l'hypothèse d'Érasistrate, fondèrent l'explication des phénomènes physiologiques et pathologiques sur l'action de l'air ou du *pneuma*.

On peut supposer que cette conception physiologique prit de l'extension et du développement, soit dans les idées d'Arétée de Cilicie, soit dans celles des autres pneumatistes; mais je ne saurais dire par quelles transformations elle passa pour arriver à la doctrine précise qui se montre dans les écrits de Galien. Ce représentant illustre de la seconde période médicale dans l'antiquité, expose une théorie complète des esprits. L'air y remplit le premier et principal rôle, mais non le rôle unique. Les esprits apparaissent ici comme des agents formés de *matière subtile*, et sont placés sous la dépendance des âmes, qui s'en servent pour agir sur les organes. De là une double tendance à en proportionner le nombre à celui des matières subtiles, et aux services que l'on

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LES MALADIES CHIRURGICALES; par M. le docteur GILLEBERT-DHERCOURT, directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon.

Les médecins usent de l'hydrothérapie dans des circonstances et dans des cas déterminés, mais nous connaissons peu de chirurgiens qui y aient eu recours.

L'usage des réfrigérants dans le traitement des lésions traumatiques n'est pas une chose nouvelle; non-seulement il a été recommandé par les auteurs les plus anciens, mais encore, joint aux charmes et aux paroles sympathiques, il a été souvent pratiqué par les guérisseurs empiriques. Tout le monde connaît, au reste, les succès qu'il a produits entre les mains de Percy, d'A. Bérard, de Josse d'Amiens, de Sanson et de Breschet; on sait encore avec quelle heureuse hardiesse M. Baudens a étendu et méthodisé cet usage. Mais si l'application locale du froid a, sous différents rapports, de grandes liaisons avec le traitement hydrothérapique, elle ne le constitue pas en entier. Dans les conditions d'applications qui en ont été faites, les réfrigérants ne pouvaient répondre qu'à une seule indication, à savoir : prévenir l'inflammation traumatique ou la contenir dans des bornes convenables. C'était, en effet, la seule que les chirurgiens, que nous venons de citer, se fussent proposée; et ils parvinrent à la remplir avec succès par l'emploi rationnel du moyen qu'ils ont préconisé. Malgré l'intérêt qui s'attache à cette question, malheureusement trop oubliée aujourd'hui, ce n'est pas d'elle que nous nous proposons d'entretenir le lecteur; il nous serait d'ailleurs impossible de présenter comme une nouveauté ce que nous aurions à en dire, tandis que le sujet que nous allons traiter est entièrement neuf.

Jusqu'ici aucun appel, que nous sachions, n'a été fait à l'attention des chirurgiens à propos des modifications que l'hydrothérapie, convenablement administrée, peut apporter dans l'exercice des fonctions organiques, et par suite dans la nature des solides et des liquides; personne n'a songé à leur signaler l'assistance précieuse que cette médication peut ainsi prêter à la chirurgie.

Dans son ouvrage sur l'hydrothérapie, pages 529 et 533, M. Schedel n'a fait qu'effleurer cette question; et encore ne semble-t-il pas qu'il ait été plus préoccupé de l'avenir des eaux minérales que du sujet qu'il traitait. Il rapporte cependant un cas de guérison de fistule urinaire due uniquement à l'hydrothérapie; nous citerons en entier ce passage digne du plus grand intérêt.

« Quoi qu'il soit difficile de croire à la possibilité de la guérison d'une maladie de ce genre par l'hydrothérapie, il faut bien accepter le fait quand il est démontré. Quelques jours après mon arrivée à Græfenberg, un jeune homme se disposait à partir tout à fait guéri, en trois mois et demi, de cette fâcheuse maladie qui avait résisté à plusieurs traitements dirigés à Vienne par des chirurgiens habiles. Toute l'urine sortait par la fistole lorsque le malade arriva à l'établissement de Priessnitz. Cette fistule était survenue à la suite de tentatives faites pour pénétrer dans la vessie pendant une rétention d'urine. Il y avait un rétrécissement de l'urètre succédant à d'anciennes blennorrhagies. La cicatrice qui indiquait le point où existait l'ouverture extérieure de la fistule, se trouvait au périnée, et par conséquent à peu de distance du col de la vessie. Je n'ai pu savoir à quel point de l'urètre avait eu lieu la déchirure de ce conduit; cependant comme les fausses routes se font en général vers la symphyse pubienne, on peut supposer que cette ouverture n'était pas très-éloignée de la cicatrice extérieure dont j'ai parlé.

» Le traitement avait été bien simple. Le malade portait toujours sur la fistule une compresse excitante; il buvait beaucoup d'eau froide et faisait assez d'exercice. L'alimentation était celle des autres malades. Les procédés hydriatiques consistaient en enveloppements dans le drap mouillé jusqu'à ce que la chaleur générale fût bien rétablie, puis le malade se plongeait dans le grand bain froid. A huit heures, douche sur toute la surface du corps et sur le périnée; dans l'après-midi, frictions générales avec un drap mouillé; puis, le soir, on procédait encore à l'enveloppement dans le drap mouillé, suivi de l'immersion dans le grand bain froid. Le malade n'a pas pris de bain de siége, et Priessnitz ne l'a pas fait transpirer une seule fois.

» Ici l'occlusion de la fistule urinaire s'est faite peu à peu, et c'est de la même manière que les urines ont repris leur cours normal. Il est à peine nécessaire d'*ajouter qu'aucune introduction de bougie n'a eu lieu.* » (Schedel, *loc. cit.*)

Nous signalerons dans cet exemple un fait important et, suivant nous, essentiel. A l'exception de l'application de la compresse sur la fistule et de la direction donnée à la douche sur le périnée, le traitement a consisté en moyens généraux. Or ceux-ci ayant incontestablement une action plus forte et plus étendue que les autres, c'est particulièrement à eux qu'il convient de rapporter la guérison de cette fistule; les applications locales n'ont joué ici que le rôle d'adjuvants, et sans aucun doute il eût été possible de s'en passer. Ainsi donc voilà une affection purement locale et habituellement considérée comme du ressort de la chirurgie, qui a cédé à la seule influence d'une médication générale. A la manière dont la fistule s'est fermée et les urines ont repris leur cours, il est évident que la guérison s'est opérée par le dégorgement préalable du canal de l'urètre, et que c'est à l'hydrothérapie qu'on doit attribuer ce résultat.

Dans les pages qui suivent, M. Schedel rapporte encore l'histoire d'un malade où sont démontrés les bons effets d'un traitement hydrothérapique général sur les rétrécissements de l'urètre; mais l'enseignement précieux qui ressort de l'observation de ces faits semble lui avoir échappé; il n'en eût pas été de même assurément si un plus grand nombre lui eût passé sous les yeux.

Nous nous sommes étendu ailleurs (1) sur la puissance et sur le mode d'action de l'hydrothérapie; nous avons dit qu'elle agit en régularisant le jeu des organes, en équilibrant toutes les fonctions, tant assimilatrices qu'éliminatrices; nous avons démontré que cette action se révèle par une amélioration de la santé générale, sous l'influence de laquelle le mal, dégagé de toute complication, disparaît bientôt quand il est curable, ou quand il ne l'est pas reste circonscrit à son point d'origine; nous avons même cité,

(1) OBSERVATIONS SUR L'HYDROTHÉRAPIE (broch. chez J.-B. Baillière), 1845, et TRAITEMENT HYDRIATRIQUE DES AFFECTIONS SCROFULEUSES (juin 1848, REVUE MÉDICALE).

voulait obtenir. On verra cette tendance produire tous ses effets dans la suite. Au reste, je l'ai déjà dit, il serait difficile de marquer nettement ce qui appartient à Galien dans la théorie qu'il expose, on à ses devanciers et à ses contemporains. Homme extrêmement érudit, disciple de l'école alexandrine qui fut, pour les temps anciens, une époque de transition assez semblable à notre époque de la renaissance, il dut puiser une grande partie de ses idées au sein du renouvellement qui s'accomplissait alors dans la science médicale. Quoi qu'il en soit, il fit pour les esprits ce qu'Aristote avait fait pour les âmes; il en formula une doctrine qui s'est maintenue à travers les siècles, et qui a régné en philosophie presque jusqu'à nos jours.

Ainsi donc, il faut se souvenir que pour les anciens, les *âmes* représentent la cause ou les conditions immédiates de la vie; que les *esprits* sont des agents secondaires, subordonnés aux âmes et composés d'air ou d'une autre matière subtile. Il était indispensable d'établir cette signification à l'égard de mots qui ont donné lieu à des malentendus non-seulement en métaphysique, mais en physiologie. Peut-être une partie de ces malentendus aurait elle été évitée, si, parmi les mots ψυχή, νοῦς, *anima, mens*, les modernes n'avaient retenu précisément que ceux qui s'appliquent à la fois à la vie et à la pensée, en négligeant ceux qui désignent spécialement l'intelligence. Mais de l'usage qui a prévalu, il est résulté une confusion regrettable et une solidarité trop souvent passionnée entre la question de la vie et celle du spiritualisme. Il en est résulté aussi que nous avons prêté aux anciens nos propres conceptions. Aujourd'hui, par exemple, on entend par un principe spirituel ce qui est indépendant et distinct de la matière, ce qui a une existence sans elle et en dehors d'elle. Or, s'il est vrai que l'antiquité a reconnu des principes dans les âmes de la vie, elle ne les a pas déclarés distincts et séparables du corps. Aristote, dans le passage que j'ai cité, écarte cette intention.

Maintenant, mon cher ami, je quitte et je me hâte de quitter ces préliminaires, pour entrer dans l'histoire proprement dite des âmes et des esprits. Je n'ai plus rien à emprunter à Aristote, qui n'a traité que des âmes. Galien va nous offrir un système complet sur les esprits.

Il en admet de trois sortes : les *animaux*, les *vitaux* et les *naturels*.

« Les esprits animaux sont contenus dans les ventricules du cerveau, et même » dans toute la substance du cerveau. » Il croit qu'il en existe davantage dans la partie postérieure de la masse cérébrale, parce que c'est là que doivent venir la plupart des nerfs qui se distribuent dans le corps. (DE USU PART., lib. VIII.)

L'esprit animal naît dans le cerveau, et découle de lui, comme d'une fontaine. Il provient en partie de l'air inspiré, en partie de la vapeur du sang qui est contenu dans le plexus choroïde (DE METH. MED., lib. XII). Galien fait arriver l'air dans les ventricules par les trous de la lame criblée de l'ethmoïde, qui le laissent passer pendant l'inspiration nasale. Il n'avait donc pas besoin de l'hypothèse d'Érasistrate, qui supposait les artères pleines d'air. Toutefois il admet aussi une autre sorte d'esprit animal, qui naîtrait de l'esprit vital mélangé avec la vapeur du sang qui flue vers le cerveau.

« *L'esprit vital*, dit-il, est contenu dans le cœur et les artères; il se nourrit et » s'entretient tant de l'air inspiré que de la vapeur du sang. Il concourt à former » l'esprit animal au moyen d'un travail d'élaboration accompli dans le plexus » choroïde. La nature a construit ce plexus pour être une sorte de labyrinthe à

entre autres preuves de ce fait, l'histoire d'un malade affecté de cancer du gros intestin, qui avait été ramené à la vie par un traitement hydrothérapique, et qui avait alors repris assez de forces pour faire chaque jour une assez longue course en voiture, durant laquelle il guidait lui-même ses chevaux. Cette résurrection durait depuis environ deux mois, lorsque l'ulcération cancéreuse continuant sourdement ses progrès, une perforation intestinale détermina la mort du malade à une époque où il se croyait guéri. On est autorisé à dire, en présence d'un tel fait, que le malade aurait pu être sauvé par l'opération, si le cancer eût été accessible aux moyens chirurgicaux. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet.

Nous dirons maintenant dans quelles circonstances les chirurgiens pourraient utiliser avec grand succès les effets modificateurs du traitement hydrothérapique.

Dans certains cas, on voit se reproduire, par le fait d'une cause interne et persistante, le mal extirpé par le chirurgien ; dans d'autres, ce sont les suites d'une opération qui sont troublées par une diathèse préexistante, soit inflammatoire, soit scrofuleuse ; quelquefois encore c'est un état cachectique qui impose au chirurgien une abstention au moins momentanée. Il est évident que pour chacun de ces cas un traitement général est indispensable. Eh bien ! nous espérons démontrer avec l'aide des faits qui suivent que le traitement hydrothérapique est celui qui convient le mieux, soit pour restaurer la santé générale, ou éteindre toute disposition inflammatoire ou autre, soit pour éliminer la cause interne contre laquelle on lutte.

Depuis que nous nous sommes livré exclusivement à la pratique de l'hydrothérapie, le hasard a voulu que nous rencontrions trois occasions de reprendre le bistouri ; ce fut chez trois malades atteintes de déchirures anciennes du périnée, et qui étaient entrées à l'établissement pour y combattre par le traitement hydrothérapique un engorgement du col de l'utérus.

Chez la première, la déchirure intéressait la cloison recto-vaginale dans une étendue de 3 centimètres. Sa constitution, naturellement mauvaise, était passée à l'état strumeux, sous l'influence du repos forcé et de l'isolement auxquels était condamnée depuis longtemps la malade, par la fâcheuse infirmité qui résultait de sa blessure. Très-soigneuse de sa personne et vivement appliquée à écarter le soupçon de l'existence d'un état qu'elle croyait d'ailleurs incurable, elle ne consentit qu'avec peine et fort tardivement à se soumettre à un examen. Le mal reconnu, l'opération fut décidée ; mais quinze jours à peine nous séparant du retour des règles, nous fixâmes l'époque de l'opération aussitôt après la prochaine menstruation. Jusque-là la malade continua son traitement hydrothérapique, qui consistait en sudations dans la couverture sèche, suivies de bain froid, en douches générales et en injections vaginales à courant continu. L'opération pratiquée le 2 octobre 1844 c'est-à-dire après plus de deux mois de traitement, eut le succès le plus complet La réunion se fit très-bien, et il ne survint aucun de ces accidents qu'on rencontre assez fréquemment à la suite de ces opérations, par exemple, l'hémorrhagie ou le flux puriforme du vagin. On aurait pu craindre aussi le développement d'un érysipèle dans le voisinage des sutures, d'autant que depuis longtemps les parties étaient fréquemment envahies par une éruption herpétique ; il n'y en eut aucune trace.

Les deux autres opérations eurent le même succès, quoi qu'elles eussent été pratiquées également chez des femmes dont la santé était depuis longtemps altérée par le repos forcé; d'ailleurs, l'une, d'une constitution légèrement rachitique, avait une déviation de la colonne vertébrale ; l'autre était d'un lymphatisme exagéré, ses tissus étaient mous, sa peau blafarde et dépourvue de vitalité. Il est vrai qu'il ne s'agissait ici que de déchirures incomplètes ; mais on sait que c'est précisément dans ce cas que se trouvaient deux des opérées de M. Velpeau, qui furent prises d'hémorrhagie. Une de nos malades subit deux opérations, la ligature d'un énorme polype inséré sur la lèvre antérieure du col de la matrice et la restauration du périnée. Avant la ligature, elle suivit pendant un mois un traitement hydrothérapique, et dans les cinq semaines qui s'écoulèrent entre cette opération et la seconde, deux semaines environ furent encore consacrées au même traitement. La ligature que nous fîmes par la méthode de Desault, en présence de notre confrère et ami le docteur Edm. Simonin (de Nancy), ne fut suivie d'aucun des accidents qu'on lui reproche, tels que la fièvre de résorption, la métrite, etc. Il est vrai que pendant tout le temps qu'exigèrent la mortification du polype et sa séparation (dix jours), nous eûmes le soin de faire pratiquer, toutes les deux heures et dans divers sens, des injections vaginales à grande eau, nous opposant ainsi à la rétention trop prolongée dans le vagin des détritus et des humeurs de la masse étranglée.

On pourrait nous demander dans quel but nous avons pratiqué la périnéoraphie chez ces deux malades, dont la mutilation n'intéressait pas la cloison recto-vaginale ? Nous répondrons, sans pénétrer au fond de la question, que nous croyons à l'influence de ces déchirures sur la production des engorgements et même des prolapsus de l'utérus. Tant qu'elles existent, il devient très-difficile de détruire ces affections, même dans leur état de plus grande simplicité ; la restauration du périnée, au contraire, est une préparation très-favorable à leur guérison, et ce qui en fournit une preuve irrécusable, c'est que, aussitôt après la réunion des parties divisées, les femmes cessent de ressentir le besoin de soutenir le périnée, et qu'elles rejettent alors tout ce qu'elles portaient auparavant à cette intention. Cela ne prouve-t-il pas également que le périnée concourt à faire équilibre à la pression des viscères abdominaux ? Or, d'une part cette absence d'équilibre, de l'autre l'irritation que la muqueuse doit sans cesse éprouver par la marche ou par la station assise, sont des conditions qui nous paraissent très-propres à la production des engorgements comme des prolapsus utérins.

Mais revenons à notre sujet. L'heureuse issue de ces opérations doit-elle être attribuée au traitement hydrothérapique ? Nous n'hésitons pas à l'affirmer, et ce que nous avons vu depuis n'a fait que nous confirmer dans cette opinion.

Nous rapporterons ailleurs plus complétement l'histoire d'un malade dont nous ne dirons ici que quelques mots, plus applicables au sujet que nous traitons. Il nous fut adressé par MM. Bonnet et Diday. Ce malade était atteint d'une affection rhumatismale générale qui, jointe à une malformation des pieds, entretenait un engorgement continuel des membres inférieurs. Outre cela, le rhumatisme affectait fréquemment d'autres parties du corps ; et c'est ainsi qu'à la suite de nombreux raptus inflammatoires vers la tête, M. C... avait fini par perdre l'œil droit. L'usage fréquemment repris des eaux de la Motte n'avait apporté qu'une amélioration insensible ; la marche était toujours presque impossible et les ophthalmies rhumatismales très-souvent répétées et ne durant pas moins d'un mois à chaque apparition. Dans cet état de choses, nos habiles confrères s'arrêtèrent à l'avis suivant : modifier la constitution et détruire la diathèse qui entretient la fluxion locale; puis faire la section sous-cutanée de péroniers latéraux, pour rendre aux mouvements des membres l'étendue qu'ils avaient perdue.

» cet effet, comme elle a fait des organes élaborateurs très-parfaits pour le lait et » la semence. » (DE PLACIT. HIPPOC ET PLATON, lib. VII.)

Quant à l'*esprit naturel*, de l'existence duquel il n'est pas bien assuré, il a son siége dans les veines et le foie..... *Quod si naturalis quoque aliquis spiritus sit, utique continebitur is in jecore et venis.* (DE METH. MED., lib. XII.)

Je remarque en passant, et nous le verrons plus loin, que cette division des esprits est calquée sur celle des âmes, admises au nombre de trois par Galien, et qui résident dans le cerveau, le cœur et le foie.

Cette doctrine est bien plus avancée que celle des pneumatistes, et surtout elle tâche de s'appuyer sur des notions anatomiques plus précises. Galien n'admet pas, avec Érasistrate, la vacuité des artères. Il savait que ces vaisseaux envoient du sang par tout le corps, et même il connut l'anastomose des extrémités des artères avec les veines; il savait de plus que le ventricule droit du cœur envoie le sang veineux dans les poumons par l'artère pulmonaire. C'était beaucoup, et il ne restait qu'un pas à faire pour ramener ce sang par les veines pulmonaires, et découvrir ainsi presque toute la circulation. Mais il ignora ce point capital, et supposa que les veines pulmonaires ne conduisaient au cœur que de l'air, lequel, mêlé avec le sang dans l'aorte et le reste des artères, allait se répandre partout. On voit maintenant comment il a pu dire que l'air ou la partie halitueuse du sang servait à former les esprits vitaux, et même se versait dans les ventricules du cerveau par les ramifications du plexus choroïde, pour contribuer à former les esprits animaux. Quoique formés en majeure partie par l'air venu au cerveau directement par les fosses nasales et les trous de l'os cribleux, ces esprits trouvent donc ce complément et cette addition.

Dans cette systématisation, il y a sans doute une combinaison et des erreurs étranges; mais Galien se relève par le rôle qu'il fait jouer aux nerfs pour transporter les esprits animaux. Ce sont eux, suivant lui, qui, prenant ces esprits dans le cerveau, les conduisent aux organes pour donner les mouvements volontaires et transmettre les sensations. Par leur moyen, les esprits sont l'intermédiaire entre le corps et l'âme, et le premier instrument de celle-ci... « Jam vero » vehementes dolores sopor sequi consuevit, concidente videlicet robore animalis » spiritus, quod primum animæ instrumentum existit in ventriculis cerebri : inde» que fluens per nervos defert motum et sensum in universas corporis partes. » (DE LOC. AFFECT., lib. IV, cap. 2.)

Après avoir fait connaître les esprits de Galien, je vais parler de ses âmes, et je ferai toujours ainsi désormais pour les physiologistes dont j'exposerai les doctrines.

J'ai déjà indiqué que pour Galien les esprits sont les agents ou les instruments des âmes. Il le dit expressément de l'esprit animal dans le passage cité plus haut, et il ajoute que *l'esprit animal n'est pas la substance même de l'âme.* Pour démontrer cette dernière proposition, il emploie un raisonnement qui ne laisse pas d'être assez remarquable. Si cet esprit était la substance même de l'âme — ce que l'on pourrait croire, dit-il, *quod aliquis posset estimare* — l'âme périrait lorsqu'il s'évanouit. Or le contraire arrive, car une fois cet esprit dissipé, l'homme est bien privé de sentiment et de mouvement, tant que l'esprit ne s'est pas reformé (*donec recolligatur*), mais il n'a pas péri. Galien fait ici allusion aux attaques d'apoplexie qui suppriment le mouvement et le sentiment en respectant la vie.

Du 4 juin au 30 juillet, ce malade fut soumis à un traitement hydrothérapique, consistant : en sudations, soit dans le drap humide, soit dans la couverture sèche; en bains froids, douches générales, bains de siége, applications stimulantes et douches sur les articulations tibio-tarsiennes. Dans le cours de ce traitement, le malade n'eut qu'une seule ophthalmie, qui ne dura que quelques jours et qui céda à la médication hydrothérapique. L'engorgement des articulations étant complétement détruit, et la constitution du malade paraissant convenablement modifiée, l'opération fut pratiquée le 30 juillet 1850 par M. Bonnet. Elle eut tout le succès désirable et ne fut accompagnée d'aucun accident. Ce malade, dont je reçois souvent des nouvelles, continue à jouir d'une parfaite santé et marche très-facilement.

Une jeune fille était fréquemment prise, depuis longtemps, d'inflammations phlegmoneuses qui envahissaient à la fois l'avant-bras et la main; plusieurs ouvertures fistuleuses en avaient été la conséquence. M. Bonnet, chez qui elle servait en qualité de bonne d'enfant, s'était souvent opposé en vain au retour des phlegmons, il n'avait pas mieux réussi à oblitérer les trajets fistuleux. Il pensa qu'il était nécessaire de modifier la constitution de la malade par le traitement hydrothérapique, et il nous la confia dans ce but. Nous la soumîmes aux enveloppements secs, suivis de frictions au drap mouillé, aux douches, aux bains de siége et aux applications sédatives sur les parties malades.

Le traitement fut continué du 19 août au 16 septembre 1851; l'engorgement du membre éprouva des phases diverses, tantôt plus, tantôt moins considérable, tantôt douloureux et tantôt indolent. Cependant, dans les derniers jours, le mieux, quoique faible, paraissait devoir être plus constant; l'ouverture fistuleuse de la main avait été plusieurs jours sans donner de matière; elle paraissait disposée à se fermer. Le traitement fut brusquement interrompu par un voyage, néanmoins l'amélioration devint progressive de jour en jour, si bien que les fistules s'oblitérèrent, que l'engorgement se dissipa complétement, que depuis, cette jeune fille n'a pas eu de nouvelles inflammations, et qu'elle jouit aujourd'hui (20 mars 1852) d'une bonne santé, sans qu'elle ait fait autre chose depuis qu'elle nous a quitté.

Ce fait offre une certaine analogie avec l'oblitération de fistule urinaire rapportée par M. Schedel. Ici également la guérison a eu lieu par une modification préalable des tissus. Nous devons ajouter que ces inflammations phlegmoneuses s'étaient développées à la suite de l'opération d'un kyste du poignet, faite il y a environ dix ans.

De toutes les maladies chirurgicales, le cancer est celle qui réclame le plus impérieusement un traitement général. Agir localement dans ce cas, c'est-à-dire se borner à extirper un cancer ou à le détruire par la cautérisation, c'est, pour beaucoup de chirurgiens, commettre une faute aussi grave que celle qui consisterait à cautériser purement et simplement des pustules syphilitiques sans administrer un traitement général. C'est sous l'empire de cette idée que, depuis plusieurs années, M. le professeur Bonnet (de Lyon) fait suivre à ses malades atteints de cancer un traitement hydrothérapique général, qu'il considère comme préparatoire à l'opération, et comme le plus sûr moyen d'éviter les récidives.

On sait que cet habile chirurgien a compris dès le principe toute l'importance de la méthode hydrothérapique; qu'il l'a étudiée et appliquée dès l'époque de son introduction en France (1); que, depuis, sa confiance en elle ne s'est pas démentie, et qu'il ne craint pas de la recommander aux nombreux élèves qui suivent ses leçons.

En l'entendant ainsi exposer les mérites d'une méthode curative où l'eau joue un des principaux rôles, un rapprochement nous est venu naturellement à l'esprit. C'était du haut de cette même chaire, déjà plusieurs fois illustrée, que Pontean vantait l'efficacité de la cure *par l'eau à la glace* pour détruire après l'opération ce qu'il appelait les *levains cancéreux*. « Le spécifique que j'ai à proposer pour détruire, après l'opération, les » restes épars des levains cancéreux, n'est aucun de ceux qu'on exalte de» puis quelques années, tels que la belladone, la cigüe, la jusquiame, les » baies de truffes rouges, quoique ces remèdes puissent servir comme » auxiliaires, le seul spécifique auquel je donne toute ma confiance, le » seul Hercule capable d'abattre les sept têtes du monstre de Lerne, pour » donner quelque chose à la pompe du style figuré, n'est autre que le » remède banal du docteur Sangrado. » (Pontean, Œuvres posthumes, 1er vol., p. 68.) Mais Pontean n'employait son spécifique qu'après l'opération; il se bornait d'ailleurs à soumettre ses malades à une diète sévère et à leur faire boire une grande quantité d'eau à la glace; la pratique de M. Bonnet est mieux raisonnée; nous la croyons aussi plus efficace, en raison du plus grand nombre d'émonctoires qu'elle met en activité.

On nous saura gré d'exposer ici les motifs et les résultats de cette pratique, tels que nous les avons entendu raconter par M. Bonnet à l'une de ses leçons.

La fréquence et la promptitude des récidives, après l'opération du cancer, avaient depuis longtemps préoccupé M. Bonnet, et l'avaient porté à chercher un moyen de les empêcher. Il avait d'abord pensé le rencontrer dans la cautérisation, qui, au reste, avait été vantée à cet effet; or il déclare aujourd'hui, après avoir fait au moins trente cautérisations de squirrhes de la mamelle, que les récidives ont été aussi fréquentes qu'après l'extirpation par le bistouri. Il s'est alors adressé à la cause interne des cancers, et dans le but de la détruire, il a employé successivement les médicaments qui ont été regardés plus ou moins comme spécifiques, savoir : la cigüe, l'arsenic, le mercure et l'iode; les uns et les autres ont été de la plus complète inefficacité; aussi considère-t-il maintenant comme une illusion l'espérance d'en obtenir des résultats avantageux.

L'usage des eaux de Selles (Drôme) avait été également vanté comme un bon moyen de prévenir les récidives. Voulant en juger par ses yeux, M. Bonnet est allé à Selles; il n'y a rencontré rien de satisfaisant.

Ce fut alors que, portant son attention sur la méthode hydrothérapique, par laquelle il avait vu produire des effets dépuratifs remarquables, il pensa qu'il conviendrait de soumettre à un traitement de ce genre tout malade qui devrait être délivré d'un cancer. L'excitation particulière que l'hydrothérapie donne à toutes les fonctions, spécialement à celles de la peau, et les sueurs abondantes qu'elle détermine lui paraissaient des moyens propres à la dépuration de l'économie par élimination, et par conséquent très-capables de détruire ou d'annihiler la diathèse cancéreuse.

M. Bonnet soumit donc, à des époques diverses, au traitement hydrothérapique, sept malades atteintes de cancer de la mamelle. Sur ce nombre,

(1) Les applications de la méthode hydrothérapique faites par M. Bonnet, dans son service de l'Hôtel Dieu de Lyon, étaient déjà connues en Allemagne en 1843. On en trouve la preuve dans le rapport sur l'hydrothérapie, fait par le docteur Schmitz, au congrès des hydrothérapeutes allemands, en octobre 1843. (Voy. Schmitz, Archiv. für Wasserheilkunde, janvier 1844.)

Quelle est la nature de la substance de l'âme, pour Galien? Il avoue maintes fois qu'on ne la connaît pas. Il pense que l'on peut supposer : ou qu'elle est une substance corporelle transparente, ou bien une substance incorporelle dont le premier véhicule serait la substance précédente. « Aut prorsus incorporeams » substantiam ejus primum vehiculum hoc ipsum corpus lucidum sit, per to» tum cerebrum means, et continuitate quadam spiritum vivificum etiam spleu» didum reddens. » Il ignore également si elle est immortelle. « Anima vero » ipsa an immortalis sit, me nequaquam hoc certo scire affirmaverim. » Ce qu'il peut affirmer, c'est que, sujette au *tempérament* du corps tant qu'elle est unie à celui-ci, elle est obligée de sortir lorsque survient une forte lésion, comme, par exemple, un arrêt dans la respiration. En outre, tant que le corps a sa constitution naturelle, on ne peut ni séparer ni distinguer l'âme de lui. Cela fait, ajoute-t-il, qu'il est indifférent de connaître la substance de l'âme pour la pratique de la médecine et pour la philosophie. « Et hac de causa, scire quænam » sit animæ substantia, non est ad morborum curationes necessarium, neque » etiam ad ipsam philosophiam. » Je ne voudrais pas me charger de défendre cette conclusion, pour ce qui concerne la philosophie, mais elle est d'une grande justesse en ce qui regarde la médecine.

Comme les âmes sont supérieures aux esprits et les tiennent sous leur dépendance, par cela même que Galien a reconnu trois sortes d'esprits, il admet trois âmes. Leur siége est distinct et correspond à celui des esprits. L'âme raisonnable (*ratiocinatrix*) habite dans le cerveau et assez spécialement dans les ventricules ou dans leur voisinage; l'irascible (*animosa*) a pour receptacle le cœur; la concupiscente (*appetitoria*) établit son domicile dans les organes les moins nobles du ventre et particulièrement le foie. (De anim. mor., etc., lib. unus). Cette division est celle des pythagoriciens et de Platon.

Chacune des trois âmes dirige au moral un certain nombre de nos actions. La *raisonnable* nous donne l'amour de la vérité, de la science, des devoirs (*disciplinarum*) et de tous les sentiments honnêtes. L'*irascible* s'enivre de la liberté, du pouvoir, de l'ambition, de la gloire et des honneurs. La *concupiscente* se repaît des jouissances matérielles que procure la table et l'amour. Ou autrement, car ici Galien ne fait que copier Platon, qu'il suit avec fidélité, il y a en nous deux principes inférieurs, le *désir* (ἐπιθυμία) et la *colère* (θυμός), qui nous emportent vers les passions basses, et un principe supérieur, la *raison*, qui commande à ces passions. Cette division des âmes semble établie plutôt au point de vue moral qu'au point de vue physiologique. Pourquoi Galien l'adopte-t-il de préférence? Aurait-il reconnu que les âmes d'Aristote qui sont la *nutritive*, la *motrice*, la *sensitive*, l'*appétitive* et la *raisonnable* comprennent de simples fonctions ou facultés? a-t-il espéré remplacer plusieurs d'entre elles par le secours des esprits, ou bien a-t-il voulu seulement faire acte d'adhésion à l'école de Platon? Dans tous les cas, j'y vois une atteinte portée à Aristote, et une entrée importante donnée en physiologie aux idées de son maître et son rival. Une suite de cette influence s'est conservée chez les écrivains religieux qui ont admis une opposition entre l'homme supérieur et l'homme inférieur, une sorte de lutte entre la chair et l'esprit. Et même, un jour et tout près de nous, elle était destinée à reparaître avec un éclat inattendu que je veux me donner le plaisir de relever ici.

Lorsque Bichat, dans quelques pages du sixième chapitre de ses Recherches physiologiques sur la vie, distribue d'une main séduisante les passions dans les

une seule ne fut pas opérée ; le mal était arrivé à un point qui ne permettait pas l'opération. La tumeur continua à faire des progrès rapides, et néanmoins la santé générale de cette malade s'améliora d'une manière sensible.

Les six autres ont été opérées avant qu'il y eût ulcération ou suintement par le mamelon. Les résultats furent très satisfaisants à tous égards ; aussi M. Bonnet se loue-t-il beaucoup de cette association qui, dit-il, attaque tout à la fois la cause et ses effets, et dans laquelle la part de l'hydrothérapie s'est constamment révélée, d'une part, par une amélioration générale de la santé, par la disparition des douleurs et par le retour de l'appétit ; d'autre part, par la marche simple et dégagée d'accidents que suit alors l'opération, et par la facilité qu'elle prête à la réunion immédiate, *qui alors réussit toujours*.

Quatre de ces malades portaient des tumeurs encéphaloïdes ; chez les deux autres, elles étaient squirrheuses. Pour les premières, les progrès des tumeurs furent rapides ; la vascularisation artérielle et veineuse y devint plus considérable sous l'influence de l'hydrothérapie ; les tumeurs elles-mêmes devinrent plus chaudes et plus grosses. Les tumeurs squirrheuses, au contraire, ne prirent pas plus de développement, ce que M. Bonnet attribue à leur dureté. Quoi qu'il en soit, ces faits n'ont pas empêché de constater les résultats qui précèdent.

La plus anciennement opérée de ces malades (octobre 1848) avait, outre son cancer du sein, une glande considérable sous l'aisselle : elle avait eu jusque-là une très-mauvaise santé ; elle avait été constamment tourmentée par de vives et nombreuses souffrances névralgiques et rhumatismales ; elle était arrivée à l'époque critique où ces maux prennent d'ordinaire une si fâcheuse activité. M. Bonnet, qui connaissait toute sa vie passée, étant son compatriote, avait d'abord refusé de l'opérer. Il l'envoya suivre un traitement hydrothérapique dans un établissement spécial, car c'est là seulement, dit-il, que ce genre de traitement peut être appliqué d'une manière convenable. Le résultat obtenu fut tel, que M Bonnet n'hésita plus à pratiquer l'opération, dont les suites furent très-heureusement terminées en moins d'un mois. Depuis, M. Bonnet a eu de fréquentes occasions de revoir cette malade, qui continue à bien aller et qui ne présente pas encore de traces de récidive.

Les cinq autres ont été opérées dans le cours de l'été de 1850 ; à en juger par les faits, il y a tout lieu d'espérer que la récidive n'arrivera pas. « Ces faits sont encore récents, il est vrai, dit M. Bonnet, mais s'il est quelquefois possible de concevoir d'heureuses espérances, c'est assurément dans ces cas. » Aussi déclare-t-il hautement que désormais il ne consentira à faire l'extirpation d'un cancer qu'à la condition que le malade aura préalablement suivi un traitement hydrothérapique, pendant un temps suffisant, et qu'il le reprendra également après sa guérison.

Nous sommes en mesure d'affirmer, au moment où nous écrivons ces lignes (20 mars 1852), que les résultats annoncés par M. Bonnet l'année dernière, continuent à être toujours aussi satisfaisants, et que jusqu'ici rien n'est survenu qui ait dû faire changer son opinion.

Toutefois, nous devons mentionner ici un fait moins heureux : une malade de notre connaissance, opérée devant nous avec beaucoup d'habileté par M. Vallette, n'eut pas le même bonheur : la récidive eut lieu quelques mois après l'opération, bien que cette malade eût suivi pendant longtemps un traitement hydrothérapique. Il est vrai que cette dame, naturellement très-crédule et fort intimidée par l'opération, a perdu un temps précieux à l'usage des pommades des commères, et qu'elle ne s'est déterminée à subir l'opération qu'alors que celle-ci présentait peu de chances de succès. Elle est d'ailleurs d'une mauvaise constitution ; elle a depuis longtemps perdu une grande partie de ses dents, quoique peu âgée, et elle a de nombreuses inquiétudes. La tumeur était dure et non ulcérée ; cependant il se faisait continuellement, par le mamelon, un suintement de matière habituellement séreuse et quelque fois sanguinolente. Peut-être eût-il mieux valu s'abstenir ?

Quoi qu'il en soit, les faits que nous venons de citer sont assez nombreux et assez significatifs pour que nous ne soyons pas obligé d'insister longuement sur le genre d'induction qu'on peut en tirer. Le rôle de l'hydrothérapie comme méthode soit restaurante, soit dépurative, y est clairement démontré. Nous ne saurions donc trop encourager nos confrères à avoir recours à elle toutes les fois que l'indication de modifier plus ou moins profondément l'économie existera en vue d'assurer le succès d'une opération chirurgicale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ÉCLAMPSIE ; EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES ; ACCOUCHEMENT SPONTANÉ ; GUÉRISON ; par le docteur S. MARCEL.

Les convulsions qui éclatent pendant la grossesse ont une influence doublement fâcheuse : elles déterminent, dans l'immense majorité des cas, la mort du fœtus, et sont fatales à la mère dans une proportion qui, pour n'être pas encore aujourd'hui déterminée d'une manière précise, n'en est pas moins considérable. Tous les praticiens reconnaissent la haute gravité de ces accidents ; mais ils diffèrent dans l'emploi des moyens propres à les combattre : c'est qu'ici, comme dans beaucoup de questions de thérapeutique, souvent on se décide pour tel ou tel mode de traitement, moins d'après l'observation des faits que d'après des vues théoriques plus ou moins spécieuses. A vrai dire, nous ne possédons pas encore un travail qui, fondé sur une analyse de faits bien observés, établisse la supériorité d'une méthode thérapeutique dans les cas d'éclampsie. Avant donc que la science s'enrichisse d'un si précieux travail, il me semble important d'en préparer les matériaux, en enregistrant dans ses annales les faits qui s'y rapportent. Aussi est-ce dans ce but que je livre aujourd'hui à la publicité l'histoire d'un cas dont je viens d'être témoin. Je l'ai recueilli avec tous les détails qu'il m'a été possible d'obtenir dans la position où je me trouvais placé. Tel qu'il est, il pourra encore, je pense, être de quelque valeur pour la solution de quelques-unes des nombreuses questions que soulève le traitement des convulsions puerpérales.

Obs. — Le 3 avril 1852, je fus appelé, vers neuf heures du matin, près de madame L..., âgée de trente ans, enceinte de huit mois et demi environ. Cette dame, qui habite la campagne, près Paris, avait eu, il y a cinq ans, une première grossesse exempte de tout accident et suivie d'un accouchement heureux. Sa santé est généralement bonne, sa constitution forte ; elle est de sa nature très-impressionnable, sensible à la moindre contrariété ; jamais elle n'a eu de convulsions. Quand j'arrivai près de madame L... je la trouvai en proie à de

---

différents organes de la tête, de la poitrine et du ventre, et oppose le cerveau aux viscères, fait-il autre chose que suivre, à son insu peut-être, les traces de Platon et de Galien ? Il est douteux qu'il ait puisé directement dans leurs écrits. Son imagination active et son génie avaient autre chose à faire que de lire les travaux de l'antiquité. Mais pour s'inspirer il n'avait qu'à prendre dans les idées communes et dans celles que la religion conserve avec respect. Il a dit, avec les philosophes anciens et du moyen âge, que la raison est dans la tête, la colère dans le cœur et le désir des jouissances grossières dans le ventre. Et cette vieille doctrine se trouva tellement rajeunie sous sa plume, que ce ne fut pas sans bien des efforts, où se le rappelle, que Gall essaya de nous apprendre que les instincts et les passions viennent du cerveau, aussi bien que la raison et la volonté.

— En ce lieu, j'ouvre une parenthèse pour annoncer une lacune dans le tableau historique que je veux tracer. Je passerai sous silence l'époque qui est comprise entre Galien et le seizième siècle. Durant cette longue période, dont la première partie fut barbare et dont la seconde unisit plus à la physiologie que la barbarie elle-même, je ne veux rien recueillir pour notre pauvre science. De même que j'ai négligé naguère, comme appartenant à un âge mythologique, les conceptions sur la vie qui avaient précédé Aristote, j'écarterai ici des fables et des fables ridicules où la lune, le soleil et chacun des astres prenaient en main la direction de nos organes. Les Arabes cependant s'étaient efforcés de garder les doctrines d'Aristote et de Galien, et malgré l'insulte de Paracelse, ces deux précepteurs des temps modernes sortirent du bûcher où il avait espéré les ensevelir. La tradition se renoua donc au quatorzième et surtout au quinzième siècle, tant par les commentaires des Arabes que par l'apparition des livres originaux venus avec les fugitifs de Constantinople. Que pouvait faire la physiologie moderne, dans son ignorance absolue, devant les systèmes savants des anciens ? Elle les accueillit avec ardeur et mit sa gloire à s'y soumettre. Heureux de trouver, faite et avancée, une science difficile dont ils cherchaient à épeler les premiers mots, les médecins furent reconnaissants et éblouis et acceptèrent toute l'antiquité presque au même titre que la foi. Dans un temps où l'Église elle-même consentait d'abriter ses croyances sous les paroles d'Aristote, est-il étrange que la médecine ait reconnu son autorité en des matières de philosophie ? Dans les trois siècles qui vont suivre, la physiologie a vécu de ces doctrines, et c'est précisément à marquer les nuances et les modifications qu'elles ont subies que j'ai voulu consacrer mes recherches.

Ici je dois vous avertir, mon ami, de la manière dont je me propose de continuer mon travail. A mesure que nous allons avancer, les livres vont devenir nombreux, et au premier abord on craint de se perdre dans des détails infinis. En réalité, notre tâche sera plus facile ; car si les ouvrages et les écrivains se multiplient, les idées restent les mêmes et s'enferment toujours dans les âmes et les esprits que nous connaissons. Il m'a paru alors qu'au lieu de passer en revue successivement toutes les variantes plus ou moins caractérisées qui ont été produites autant par ignorance que par un parti pris de vue originale, il était préférable d'adopter pour chaque période un auteur principal autour duquel se rattacheraient les détails secondaires.

— En procédant ainsi, je rencontre au seizième siècle un homme qui mérite d'être étudié, bien que l'on ne s'attende pas peut-être à trouver ici son nom, ni

violentes douleurs occupant l'épigastre et arrachant des plaintes continuelles. Ces douleurs étaient continues, avec exacerbation; elles consistaient en un sentiment de constriction pénible entourant la base de la poitrine. Elles avaient éclaté vers deux heures du matin, avec quelque violence, et avaient provoqué des vomissements de substances alimentaires, peu de bile. A mon arrivée, ces vomissements avaient déjà cessé depuis deux heures environ. Une garde-robe avait eu lieu pendant la nuit. Depuis deux jours, madame L... s'était plainte de malaise général, de douleurs vagues à l'estomac, de légères diminutions d'appétit, sans vomissements ni autres symptômes appréciables. En pressant l'épigastre, j'y déterminai peu de douleur; sur tout le reste de l'abdomen la pression n'en éveillait aucune. Tout absorbée par ses douleurs, madame L... ne put me dire si elle sentait encore les mouvements de son enfant: mon oreille, appliquée sur le ventre, en différents points, n'entendit que des bruits dus à des déplacements de gaz dans les intestins. Par le toucher vaginal je trouvai que le corps de l'utérus était encore élevé; le col était dirigé en arrière, assez difficile à atteindre: le doigt y pénétrait avec beaucoup de peine et les lèvres n'en étaient pas complétement effacées. L'introduction du doigt dans le col arracha un cri douloureux à madame L... Le pouls était fréquent et médiocrement développé, la soif peu vive, l'anxiété considérable; madame L... changeait souvent de position et revenait le plus souvent au décubitus dorsal. Je me contentai de prescrire la potion suivante: Eau de tilleul, 125 gram.; sirop diacode, 30 gram.; éther, 20 gouttes.

Les douleurs s'apaisèrent rapidement: madame L... s'endormit. Elle se réveilla à deux heures après midi en proie à de violentes convulsions. Agitation, renversement du tronc en arrière, strabisme, distorsion de la bouche, langue mordue, face violacée, puis pâle, etc., etc. Ces convulsions se succédèrent sans interruption jusqu'à quatre heures. Madame L... recouvra la connaissance pendant une minute à peine, puis l'état convulsif revint avec la même intensité. Je prescrivis une saignée; lavement avec pavot, compresses froides sur le front, sinapismes sur les membres inférieurs. La sage-femme qui gardait madame L... s'était chargée de faire la saignée; elle attendit en vain plus de calme pour la pratiquer. A neuf heures du soir, rien n'était changé. En présence d'un état si grave, je voulus m'éclairer des lumières et de l'autorité d'un confrère versé dans la science obstétricale; je m'adjoignis le docteur Depaul, membre de l'Académie de médecine. Nous trouvâmes madame L... en proie à des convulsions continuelles; le pouls fort et résistant, médiocrement fréquent; aucun signe de travail commencé du côté de l'utérus; même état du col qu'au moment du début des accidents; la pression sur l'abdomen et le toucher par le vagin semblent augmenter les convulsions générales. Il n'y a pas d'œdème aux jambes. Nous fûmes d'avis de recourir aux émissions sanguines largement pratiquées, tout en regrettant que la première saignée n'eût pas été faite, et de nous abstenir de toute pratique pour déterminer le travail et délivrer la malade. Je fis immédiatement une large saignée du bras, en même temps qu'on appliqua 16 sangsues derrière les oreilles. On continua à promener les révulsifs sur les membres inférieurs. A minuit, on rouvrit la saignée qui donna une quantité de sang égale à la première. Les convulsions continuèrent pendant tout ce temps. Vers trois heures du matin, elles parurent diminuer; elles cessèrent complétement et définitivement à quatre heures du matin, quatorze heures après leur invasion. L'extrême prostration qui leur succéda fit croire aux assistants à une mort imminente; je vins en hâte près de madame L... que je trouvai dans une résolution complète; les yeux à demi fermés; le pouls à peine perceptible, la respiration libre, mais haute et assez fréquente. L'utérus était dans le même état.

4 avril. La prostration est aussi profonde, le pouls difficile à sentir; la chaleur générale est médiocre. Madame L... est étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle et ne comprend aucune des questions qu'on lui adresse. (Lavement de musc et assa fœtida, eau sucrée avec fleur d'orange, sinapismes.) Vers midi, la physionomie prend un peu d'expression, les yeux s'ouvrent; madame L... peut boire, mais n'a nulle conscience de sa position. Même état du pouls et de l'utérus. Dans la soirée, le pouls s'est un peu relevé, et la chaleur générale est plus sensible. (Bouillon.)

5 avril. L'abaissement diminue de plus en plus; la parole est revenue, et le pouls, quoique mou, est assez développé. Madame L... présente un air d'hébétude marquée; elle reconnaît à peine les personnes qui l'entourent; elle se croit accouchée. Nul commencement de travail. Même état du col de l'utérus. Madame L... change facilement de position, et peut rester quelques minutes sur son séant. (Vin; bouillons.)

6 avril. Un peu de dévoiement dans la nuit. Le matin, quelques coliques et douleurs de reins. A huit heures, madame L... accouche spontanément d'un gros enfant mort, du sexe féminin, expulsé en présentation du sommet. La délivrance est opérée immédiatement. Les suites de couches n'ont rien présenté de remarquable. Madame L... est restée encore quelques jours sans pouvoir se rendre compte de sa position. Vers le 17 avril, elle a éprouvé des douleurs névralgiques qui l'ont fait beaucoup souffrir; elles avaient leur siége dans la tête et les parois de la poitrine. Elles n'ont été suivies d'aucun accident.

Le 20 avril, madame L... était complétement rétablie, gardant encore le lit pour les brûlures qu'y avaient déterminées aux membres inférieurs les sinapismes qu'on fort de sa maladie on lui avait appliqués avec trop peu de précaution. Quant aux facultés intellectuelles, madame L... en a recouvré aujourd'hui le libre et entier exercice; seulement elle ignore complétement tout ce qui s'est passé depuis le début de ses violentes douleurs épigastriques jusqu'au moment où elle a recouvré, avec la connaissance, assez de force pour s'asseoir sur son lit, ce qui fait une lacune d'environ quatre à cinq jours.

Je me garderai bien de tirer d'un seul fait isolé des conclusions générales; je me contenterai de signaler, dans celui que je viens de raconter, les points qui me paraissent dignes d'intérêt.

Dans le cas présent, les convulsions ont été remarquables par leur durée et leur intensité; elles se sont succédé sans interruption pendant quatorze heures. Durant toute cette période et pendant les cinquante heures qui l'ont suivie, aucun signe de travail ne s'est manifesté: nulle dilatation du col, nulle contraction utérine, nul engagement de la tête au détroit supérieur. Il est bon peut-être de se rappeler, d'ailleurs, que la malade n'était pas arrivée au terme complet de sa grossesse: elle avait encore, affirma-t-elle, quinze jours à compter. L'utérus ne s'est débarrassé du produit de la conception que quand les forces se sont relevées, deux jours et demi environ après le début des convulsions.

A ne considérer que l'issue définitive, l'influence des émissions sanguines paraît avoir été favorable; seulement, pour en apprécier le degré, il ne faut pas oublier qu'elles n'ont été pratiquées que sept heures après l'invasion des convulsions. Celles-ci ont disparu complétement sept heures après la première saignée, et n'avaient commencé à diminuer d'intensité qu'une heure environ avant leur cessation définitive. Je laisse ces faits à l'appréciation du lecteur.

Enfin j'appellerai l'attention sur le point obstétrical de l'observation. On s'est abstenu de toute manœuvre tendant à dilater le col de la matrice, à exciter des contractions utérines, en un mot à provoquer l'expulsion du fœtus. L'accouchement s'est fait spontanément, et les suites en ont été heureuses. Telle n'est pas la conduite qu'on a toujours tenue dans des cas analogues: on préconise encore l'accouchement provoqué. Il faut avouer que le succès n'a pas toujours couronné une semblable pratique; aussi un fait comme celui-ci, où les choses se sont passées heureusement, en l'absence de cette grave intervention de l'art, me paraît acquérir un véritable intérêt, et méritait d'être signalé.

---

la juste estime que je lui accorde en un tel sujet. C'est A. Paré, cette lumière éclatante de la chirurgie moderne, qui, comme on va le voir, savait en physiologie et même en métaphysique tout ce qu'on pouvait savoir de son temps.

Sur la question des esprits, Paré suit exactement la doctrine de Galien, à l'exemple de Fernel qui fut au seizième siècle un vulgarisateur élégant des idées galéniques. Il admet les trois esprits *animal*, *vital* et *naturel*. *L'animal* est logé dans le cerveau. Il est fait par les veines et artères du cerveau, pour être distribué par les nerfs et porter le sentiment et le mouvement dans toutes les parties du corps. Il est le principal instrument de l'âme, et voilà pourquoi on l'appelle *animal*.

L'esprit *vital*, second en dignité, est assis au cœur, au ventricule gauche de celui-ci, et est envoyé à toutes les parties (par les artères) pour les entretenir chaudes. Il vient de la partie la plus subtile du sang et de l'air inspiré.

L'esprit *naturel* — si d'aventure il existe — est assis au foie et aux veines. Beaucoup plus grossier que les deux autres, il aide à la nutrition de chaque partie. Remarquez cette parenthèse de Paré (*si d'aventure il existe*), et comparez avec ce que dit Galien..... *quod si naturalis quoque aliquis sit utique continebitur is in jecore et venis...* N'y a-t-il pas là la marque évidente d'une copie?

Outre ces trois esprits, Paré en admet d'autres qui sont *fixes* et « entretenus » dans notre corps par l'humeur radicale qui est de substance aérée et huileuse. » Il existe autant de ces esprits fixes que de parties similaires, et chacune a le sien. « L'esprit qui est en l'os n'est pas celui du nerf, ni celui du nerf des veines. »

A qui revient l'invention de ces derniers et nouveaux esprits que l'on cherche inutilement dans Galien. Il est déjà visible que des innovations se sont introduites et ont altéré la simplicité primitive de la théorie. La physique ignorante d'alors trouvant les esprits employés en médecine, les transporta chez elle et les fit servir à tout. Chaque chose regardée comme subtile devint esprit, et on en créa pour le besoin de toute explication. Une fois l'engouement pris de ce côté, on ne s'arrêta plus ni en médecine ni dans la physique grossière du temps (1).

Quel est le sentiment de Paré sur les âmes? Ostensiblement, il suit les Aristote. « Cette âme (il entend la plus noble) est l'entéléchie ou perfection intérieure » donnant mouvement et causant l'action naturelle et volontaire, qui est la » *vraie forme* de l'homme. »

Je vais citer encore, car ce moyen est le plus prompt et le plus sûr. « L'âme » est dite âme parce qu'elle vivifie et anime le corps; elle est dite esprit, pour ce » qu'elle aspire au corps; elle est dite raison, pour ce qu'elle juge et sépare le

(1) Pour donner une idée de l'abus étrange que l'on fit des esprits, je citerai les ouvrages du chancelier Bacon qui écrivait sur la fin du seizième siècle.

Dans tous les corps animés se trouvent deux sortes d'esprits: les *mortels* tels qu'ils existent dans les corps inanimés, et en outre les *vitaux*. Les esprits mortels sont d'une substance qui a de l'analogie avec celle de l'air; les vitaux se rapprochent plus de la substance de la flamme. — Les esprits vitaux des animaux et des végétaux sont des souffles composés de *pneumes aériformes et enflammés*, comme leurs sucs sont composés de fluides aqueux et oléagineux. — Tout ce qui est tangible en nous a un *pneume* ou un esprit vital qui lui est attaché, et qu'il tient renfermé. (Œuv. de Bacon, trad. Buchon.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JUIN 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

COMPOSITION CHIMIQUE DE L'AIR.

M. ARAGO lit un rapport sur un travail de M. Barral intitulé : PREMIER MÉMOIRE SUR LES EAUX PLUVIALES. (Voir ci-dessus.)

M. REGNAULT, à l'occasion de ce rapport, expose les résultats des analyses qu'il a faites sur la composition de l'air atmosphérique recueilli en différents points du globe, dans le but de savoir si l'air de notre atmosphère conserve une composition constante pendant toute l'année et si cette composition est identique sur tous les points du globe. M. Regnault a analysé l'air atmosphérique à Paris pendant toute l'année 1848. Un grand nombre d'analyses ont été faites sur l'air recueilli en différents points de la France, en Suisse, à Berlin, à Madrid, dans la Méditerranée. Il a analysé également un grand nombre d'échantillons d'air recueilli par des voyageurs dans les contrées les plus lointaines. Voici les résultats généraux qu'il a obtenus :

Pour Paris, la plus faible quantité d'oxygène trouvée s'est élevée à 20,913, la plus forte à 20,999; moyenne générale, 20,96 environ; différence extrême, 0,086.

Les analyses faites à Montpellier, à Lyon, en Normandie, à Berlin, à Madrid et en Suisse ont donné, à de très-légères différences près, les mêmes chiffres; les variations sont comprises entre les mêmes limites, et la moyenne annuelle est sensiblement la même. Les expérimentateurs n'ont reconnu aucune variation assignable aux diverses saisons.

Les analyses d'air recueilli par les voyageurs dans des contrées plus lointaines ont donné des variations plus grandes, dont quelques unes paraissent réelles, et se sont présentées souvent pour de l'air recueilli dans des contrées insalubres et pendant l'invasion de violentes épidémies. Voici quelques-unes de ces différences les plus remarquables :

De l'air recueilli le 5 juin 1851 dans le port d'Alger n'a présenté dans une première analyse que 20,420, et dans une seconde 20,395. Il conviendrait, fait remarquer M. Regnault, de rechercher, par des expériences spéciales, si sous l'influence de certains vents l'air atmosphérique n'est pas susceptible de changer sensiblement de composition sur les côtes septentrionales de l'Afrique.

Des analyses faites par un officier de marine dans le golfe de Bengale et sur les bords du Gange ont présenté une anomalie remarquable dans la composition de l'air : l'air recueilli le 1er février 1849 dans le golfe de Bengale a donné dans une première analyse 20.460 d'oxygène, et dans une seconde 20,453; il n'a donné que 0,057 d'acide carbonique. L'air recueilli le 8 mars 1849 sur le Gange a donné 20,390 et 20,387 d'oxygène, mais 0,133 d'acide carbonique (plus du double de la composition normale). L'auteur de ces analyses, M. Clerin, enseigne de vaisseau à bord de la corvette *l'Oise*, fait remarquer à l'occasion de cette seconde analyse qui révèle une anomalie si considérable dans la composition de l'air, que « le 8 mars, il y a eu à bord une invasion subite de choléra, et tous les jours de nouveaux cas jusqu'au 15 mars. Le temps était excessivement brumeux pendant la nuit et les brouillards ne se dissipaient que quelques instants pendant le jour. Les bords des fleuves exposés à l'ardeur du soleil dans le mouvement journalier des marées, sont couverts de boue et de toute espèce de débris soit d'animaux, soit de végétaux. Le fleuve charrie aussi une grande quantité de cadavres en putréfaction. »

Enfin il résulte de la comparaison des analyses faites par M. Regnault et celles qu'a faites le capitaine Ross en 1848 et 1849 dans les mers polaires septentrionales, que l'air de ces régions présente la même composition que celui de notre continent.

SUR L'AMMONIAQUE DE L'ATMOSPHÈRE.

M. ISIDORE PIERRE, professeur à la Faculté des sciences de Caen, adresse une note sur l'ammoniaque de l'atmosphère.

L'auteur a trouvé, par une expérience de quatre mois, que dans le voisinage de Caen, sous l'influence presque constante de vents qui tendaient à éloigner du lieu de l'observation les émanations qui auraient pu venir de la ville, l'air contient, comme moyenne de la saison d'hiver, plus de 4 milligrammes et demi d'ammoniaque par mètre cube, c'est-à-dire environ 3 millionièmes et demi du poids de l'air.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Sept lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. Bucquoy (de Péronne) sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné en 1851 dans la commune de Cartigny;

2° Un rapport de M. Mathieu, médecin des épidémies de l'arrondissement de Cosne sur l'épidémie d'angine gangréneuse qui a régné en 1851 et 1852 dans la commune d'Arbousse;

3° Un rapport du même médecin sur une épidémie de gale qui a régné en 1851 et 1852 dans la commune de Prémery;

Et diverses pièces relatives à des remèdes secrets.

— M. SOUBIER (de Bagnères-de-Bigorre) envoie une note rédigée par M. François, ingénieur en chef des mines, contenant la description d'un appareil conservateur de l'eau de Labassère, qu'il a établi, sur sa demande, aux thermes de Théas, à Bagnères-de Bigorre. (Comm. des eaux minérales.)

— L'Académie procède à un scrutin pour la désignation d'un membre qui devra être adjoint à la section de médecine vétérinaire, afin de la porter au nombre voulu pour être formée en commission d'élection.

EAUX MINÉRALES THERMALES DE VICHY.

M. CHEVALLIER lit un rapport sur un travail de M. Ernest Baudrimont sur les eaux minérales thermales de Vichy.

Envoyé à Vichy à la suite du concours pour l'établissement des cliniques thermales, créées en mai 1850. M. Baudrimont a fait un séjour de trois mois et demi dans cette ville, afin d'y étudier les eaux minérales. M. Baudrimont, après avoir satisfait au programme de recherches qui lui avait été tracé, s'est livré ensuite à une série d'expériences dans lesquelles il a examiné successivement : la température de l'eau des sources, les causes qui paraissent la modifier d'une façon passagère ou continue, leur rendement, leurs propriétés organoleptiques, etc. : la densité de ces eaux, l'action de la chaleur, l'action de l'air ; leur analyse comprenant : l'analyse des gaz qu'elles renferment et qu'elles laissent échapper, des recherches sur l'hydrogène sulfuré du gaz libre, l'analyse des produits fixes que les eaux de Vichy tiennent en dissolution, la nature des dépôts spontanés et incrustations qu'elles fournissent, les variations qu'elles paraissent subir dans leur composition, les influences qu'elles reçoivent de la part des phénomènes météorologiques, celles que leur font subir les agents artificiels (construction, pompe, etc.), les plantes thermales auxquelles ces eaux donnent naissance, etc.

Voici sur quelques-uns de ces points les résultats des recherches de M. Baudrimont.

Il a constaté que la température est invariable pour les sources qui jaillis-

---

» vrai d'avec le faux. » — « Il y a trois manières de corps qui ont âme pour laquelle ils vivent : le premier et le plus imparfait est celui des plantes; le second, des bêtes ; le tiers, des hommes. Les plantes vivent pour l'âme végétative qui est cause de trois choses, à savoir nourrir, croître et engendrer : les bêtes par l'âme sensitive, et les hommes, outre ces deux, par l'âme raisonnable et intellectuelle. Les bêtes qui ont l'âme sensitive ont pareillement les actions de l'âme végétative qui est ès plantes; mais l'âme humaine emporte toutes les perfections et vertus des autres..... Et il y a encore cette différence entre l'âme et l'esprit, car l'âme est commune à toute chose ayant vie, comme nous avons dit ci-dessus; mais l'esprit est immortel et susceptible de raison et de science, et est seul propre et particulier à l'homme. Et pour conclure l'âme humaine a toutes les trois puissances susdites, non séparément, mais unies en une seule. »

Tout cela est presque fidèlement calqué sur le TRAITÉ DE L'AME d'Aristote, que l'on retrouve ici sous le manteau de la philosophie scolastique. C'est la scolastique, en effet, qui, en gardant la conception générale d'Aristote, a réduit ses cinq âmes à trois : la végétative, la sensitive et la raisonnable. C'est elle, d'accord avec la religion, qui a spiritualisé l'âme intellectuelle et a proposé de l'appeler *esprit*. A. Paré est un écho docile de ces innovations. Ainsi, après la définition citée plus haut, où se voit le mot *entéléchie*, le chrétien et l'homme nouveau paraissant en lui, il ajoute : « .... Vraie forme de l'homme appelée » l'esprit céleste, d'essence supérieure, incorporée, invisible, intellectuelle et » immortelle, extraite de la Divinité, divinement communiquée, et transmise en » l'homme extérieur...., réceptacle d'illumination divine, attendu que par la » présence d'icelle le corps ne meurt point. » Ce supplément de définition que j'ai mis à part à dessein ne vient pas de la doctrine péripatéticienne. Paré ne dissimule pas l'influence du christianisme qui le conduit, et pour la mieux montrer, il indique en note la source où il a puisé. « Gabriel du Préau dit que telle » description est apprise par oracles célestes et non par disputes des philosophes. » (1)

Nous avons vu plus haut que Paré admet avec Galien que les esprits se forment et s'amassent dans les ventricules. Il en sait plus encore et connaît la relation qui existe entre la marche des esprits et l'action des facultés de l'âme raisonnable. Ainsi les esprits assemblés dans les premiers ventricules (les latéraux), pour donner lieu à la fantaisie ou imaginative, passent dans le ventricule moyen ou troisième « où la faculté raisonnable tient son tribunal et son consistoire ; » de là les esprits plus élaborés encore et condensés passent par le canal, placés sous les *nates* dans le quatrième ventricule ou postérieur. Et afin que le flux ne soit pas trop impétueux ici, l'apophyse du cerebelle (corps vermiforme) sert de portier, lequel laisse passer les esprits en temps et lieu, tant qu'il en est besoin.

Il y a enfin dans Paré une idée que l'on peut rendre ainsi : l'imaginative est

(1) Ce Gabriel du Préau (en latin *Prateolus*) était contemporain de Paré et professait la théologie au collège de Navarre en 1560. Il est assez surprenant que Paré, huguenot sincère, le cite et lui emprunte, quoiqu'il (du Préau) ait été un adversaire ardent de Luther et de Calvin.

sent d'elles-mêmes, sans que l'eau ait à se condenser dans un bassin ou dans un réservoir. Lorsqu'au contraire l'eau de la source est reçue dans des bassins, elle offre des variations quotidiennes qui dépendent de causes tout accidentelles.

L'analyse des gaz, qui n'avait point encore été traitée, a été l'objet d'une attention particulière de la part de M. Baudrimont. Il en résulte que les proportions d'air en dissolution dans l'eau, ou mêlées à l'acide carbonique dans leur gaz libre, sont essentiellement variables, ainsi que le rapport de l'oxygène à l'azotate dans cet air lui-même.

M. Baudrimont a constaté un fait nouveau, c'est la présence de l'hydrogène sulfuré à l'état de liberté dans le gaz libre du plus grand nombre des sources de Vichy; mais il y est en quantité si minime, que l'odorat en est à peine affecté.

L'analyse des substances fixes n'a pas été complétement terminée. Mais parmi les recherches que M. Baudrimont a entreprises sur les eaux de Vichy, il en est une, dit M. le rapporteur, qui, par son importance et sa nouveauté, mérite un sérieux examen. Il a cherché à résoudre cette question : Une eau minérale éprouve-t-elle dans sa composition des variations journalières? Les expériences auxquelles il s'est livré à cet égard l'ont conduit aux résultats suivants : *Il doit y avoir, il y a bien certainement une grande mobilité dans la composition des eaux minérales, non pas peut-être dans la nature de leurs principes minéralisateurs, mais bien dans la proportion de ces principes.*

Les influences météorologiques ayant paru inappréciables, il n'en a pas été de même de celle des agents mécaniques. Les expériences particulières que M. Baudrimont a entreprises sur la source Brosson, lui ont montré que cette source subit une modification importante sous l'influence prolongée de la pompe, et des résultats analytiques semblent prouver qu'il y a là mélange de l'eau minérale avec de l'eau douce arrivant des terrains supérieurs par infiltration.

Enfin, M. Baudrimont a porté son attention sur les productions organiques qu'engendrent les eaux de Vichy, telles que l'oscillaire thermal, la glairine, la sulfuraire, etc., et sur l'action du temps sur ces eaux; et il termine par l'énoncé des expériences qu'il y aurait à faire pour compléter les travaux commencés.

M. le rapporteur, après avoir signalé avec éloge les points nouveaux que renferme ce travail, conclut en proposant de remercier M. Baudrimont de la communication qu'il a faite à l'Académie de son mémoire sur les eaux de Vichy.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Bousquet lit la première partie de rapport annuel sur la vaccine. Nous reviendrons sur ce travail quand il sera terminé.

Après cette lecture, M. le président fait connaître le résultat du scrutin, qui a donné la majorité à M. Rayer.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. — tome XVI. — In-4°. — Paris, 1852. Chez J.-B. Baillière.

Le seizième volume des Mémoires de l'Académie de médecine contient, indépendamment des Documents pour servir à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie dus à la plume de M. Dubois (d'Amiens) et dont nous avons rendu compte dans le précédent article : l'Éloge de Richerand, par le même auteur; le Rapport général sur les prix de 1850, par M. Gibert; deux rapports de M. Gaultier de Claubry sur les épidémies de 1848 et de 1849; un Mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie, par M. Bouchardat; un Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, par M. Hénot; un mémoire de M. H. Larrey sur l'adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou; des Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet, par M. Gosselin; un mémoire de M. Huguin sur la nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles dans le traitement des plaies par armes à feu; et enfin l'Anatomie pathologique du cancer, par M. Broca.

Quelques-uns de ces travaux ayant été déjà exposés, soit en totalité, soit par extraits, nous n'aurons à nous occuper ici que de ceux d'entre eux dont il n'a été fait qu'une simple mention et qui, par leur originalité ou leur importance, méritent un examen spécial. En tête de ces travaux originaux, nous placerons d'après leur rang d'importance le mémoire de M. Bouchardat sur la glucosurie et l'histoire anatomo-pathologique du cancer par M. Broca.

Le mémoire de M. Bouchardat est divisé en deux parties, l'une que l'on peut appeler expérimentale et pratique, où sont exposés les faits principaux qui servent de base à l'histoire physiologique et pathologique de la glucosurie; la seconde plus particulièrement spéculative, et dans laquelle l'auteur discute, examine et critique les diverses théories étiologiques du diabète et réfute les objections opposées à sa propre théorie.

Dans autant de paragraphes différents composant la première partie, M. Bouchardat traite les questions suivantes : 1° Du rapport existant entre les aliments féculents et sucrés ingérés et le glucose contenu dans les urines des malades affectés de glucosurie; 2° du rôle du sucre de canne, du lait et de la lactine dans l'alimentation des glucosuriques; 3° de l'influence du travail au grand air sur l'utilisation des féculents et des sels à acides organiques chez les glucosuriques; 4° de la préparation et de l'emploi de la farine et du pain de gluten; 5° de la substitution des aliments gras et alcooliques aux aliments féculents et sucrés; 6° de l'emploi des purgatifs pour modifier la sécrétion du foie dans la glucosurie; 7° de l'utilité dans la glucosurie des modificateurs du système nerveux; 8° de l'influence de la fièvre et de la douleur sur la marche de la glucosurie; 9° de la fréquence de la glucosurie et de la nécessité d'essayer les urines des personnes qui maigrissent en conservant l'intégrité de leur appétit; 10° des moyens de constater la présence du sucre de fécule dans les urines et d'en mesurer la quantité; 11° des bonnes et des mauvaises conditions que peut présenter le traitement de la glucosurie; 12° des complications de la glucosurie.

L'énoncé seul de ces questions indique assez l'étendue du sujet et l'importance des recherches auxquelles M. Bouchardat a dû se livrer pour en élucider toutes les parties.

On connaît la théorie de M. Bouchardat sur le diabète; il ne sera pas inutile cependant d'en rappeler les principes fondamentaux pour l'intelligence des applications et des développements nouveaux qu'il lui a donnés dans ce travail.

L'existence du sucre de fécule dans les urines diabétiques provient de la transformation de la fécule en sucre de fécule, telle qu'on l'effectue dans les laboratoires.

Il existe dans l'économie des diabétiques un principe qui a sur l'amidon une action toute semblable à celle de la diastase.

---

devant, parce que c'est la première vue des choses; la raison vient après, qui juge et apprécie ce que l'imaginative a vu; et la mémoire placée derrière reçoit le tout en dépôt, « afin que toutes les fois que la personne se voudra aider des » conclusions prises auparavant, ou des choses notables qu'elle aura voulu » retenir, elle puisse tirer de là comme d'un trésor ce dont il sera besoin en » temps et lieu. » — Et le ventricule du cerebelle (le quatrième) est plus petit que les autres, « pour ce qu'il n'a à recevoir que l'esprit parfaitement élaboré, » et plus dur et plus solide pour le mieux et plus sûrement contenir. »

Toute cette localisation des facultés, Paré ne l'a point prise à Galien ni aux Grecs; elle vient des Arabes, ainsi qu'il en avertit lui-même (1).

Je ne veux pas clore cette lettre sans glisser une réflexion qui, bien qu'anticipée, aura l'avantage de marquer dès maintenant le but que je veux atteindre. Précédemment j'ai signalé l'échec porté aux âmes d'Aristote par la préférence donnée chez Galien aux trois âmes moitié morales et moitié vitales de Platon. J'ai indiqué aussi que les scolastiques n'ont gardé que deux âmes vitales, la végétative et la sensitive, et ont creusé un sillon entre elles et celle de l'intelligence. Les âmes de la vie diminuent donc? Elles diminuent non-seulement de nombre, mais d'importance. La perte qu'elles ont subie, et celle plus grande qu'elles subiront encore tiennent à deux causes d'abord à la scission complète que cherche à accomplir l'âme intellectuelle; une fois la scission faite, l'âme intellectuelle attirera sur elle les vrais priviléges de l'âme, et même essayera, soit d'anéantir les autres (Descartes), soit de les absorber (Stahl). Tout ce que pourra faire, dans la lutte, la doctrine d'Aristote sera de conserver une seule âme de la vie, la *sensitive* La seconde cause de l'amoindrissement est dans l'importance, qui va être toujours croissante, des esprits. Aristote, ne les ayant pas à son service, avait besoin de cinq âmes. A mesure que celles-ci se retirent, les esprits se multiplient; et même, pour dire toute la vérité, ce sont eux qui les chassent en empiétant sur leur domaine. Au dix-septième siècle, les âmes et les esprits régneront encore ensemble. Au dix-huitième, les esprits resteront presque seuls jusqu'au jour où un nouvel aspect viendra redonner la jeunesse à l'âme de la vie sous le nom de *principe vital*, et permettra aux esprits de se transformer en les propriétés vitales ou organiques.

Ceci, mon cher ami, deviendra en partie visible dans ma prochaine lettre, et se développera, je l'espère, dans une troisième et dernière.

Agréez, etc.

Debrou,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(1) Que ces extraits de Paré me servent d'excuse et éloignent le dédain de ceux qui ne voudraient voir dans toutes ces choses que des choses futiles. On trouvera dans la belle édition de M. Malgaigne beaucoup d'autres détails, et plusieurs variantes curieuses que l'éditeur a reproduites avec un soin dont je le remercierais volontiers si un si petit éloge pouvait le récompenser de son beau travail.

Chez les diabétiques, la quantité de sucre contenu dans les urines est toujours en raison directe de la quantité de pain ou d'aliments féculents ou sucrés qu'ils ont pris dans les vingt-quatre heures. Si l'on diminue la quantité de ces aliments sucrés ou féculents, la proportion d'urine rendue et de sucre contenu dans les urines diminue en proportion concordante. En supprimant presque complétement l'usage de ces aliments, les urines reviennent peu à peu à leur quantité et à leur composition normales. La soif des diabétiques est en raison directe des aliments sucrés ou féculents qu'ils prennent. Si l'on diminue ou supprime les aliments sucrés ou féculents, la soif suit immédiatement une marche rétrograde parfaitement comparable. Cette soif trouve son explication dans ce que l'on sait de l'action de la diastase sur l'amidon. Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau. Il faut donc pour que cette transformation qui est une nécessité chez les diabétiques puisse s'effectuer, qu'ils absorbent sept parties d'eau pour une partie d'amidon. Tant qu'ils n'ont pas ingéré cette proportion d'eau, ils sont tourmentés d'une soif irrésistible. Telle est la théorie.

Dans quelles limites l'expérience est-elle conforme à cette théorie? Il y avait un double intérêt à préciser ces limites : la connaissance de la vérité d'abord et en second lieu l'utilité qu'il y a à connaître les conditions qui peuvent impliquer des exceptions apparentes aux lois formulées par l'auteur. Les propositions qui précèdent se vérifient dans toute leur rigueur chez les malades fortement atteints et qui consomment une proportion élevée d'aliments féculents; mais chez les malades qui n'ingèrent dans les vingt-quatre heures qu'une proportion très-minime d'aliments féculents ou sucrés, eu égard à la masse totale des aliments, il se peut, dit M. Bouchardat, et cela se conçoit bien, que le sucre disparaisse dans les urines ou que la proportion en soit plus petite que celle indiquée par les féculents ingérés. Ces malades se rapprochent de l'état de santé, et ils commencent à *employer utilement* une proportion variable d'aliments féculents.

Voici encore une autre exception apparente, mais dont l'explication est aussi facile : les diabétiques qui ont été soumis pendant plusieurs jours à un régime dont les féculents sont exclus, et chez lesquels on a observé successivement la diminution de la soif, la diminution dans la quantité et la densité des urines, peuvent être remis brusquement à l'usage des féculents, sans que les accidents diabétiques apparaissent immédiatement aussi formidables. Il semble que l'économie ait perdu l'habitude de saccharifier, et la pain échappe en partie à la transformation saccharine pendant un temps plus ou moins long. Or le changement qui sépare le régime animal du régime féculent n'est pas saisi par les observateurs qui n'y portent pas la plus sévère attention ; mais si l'on analyse chaque jour avec soin les urines, on ne tarde pas à y voir reparaître le sucre mamelonné, et la proportion des féculents ingérés et du glucose rendu par les urines se rétablit bientôt.

Les principes immédiats qui composent la viande et les autres aliments non sucrés ni féculents peuvent-ils, sous l'influence de la diastase diabétique, fournir du glucose?

Cette question avait d'autant plus d'intérêt que de sa solution pouvait dépendre la confirmation ou l'infirmation de la théorie étiologique de la glucosurie. Elle empruntait, en outre, un intérêt particulier à la publication récente de deux faits nouveaux, savoir : l'existence dans la viande d'une matière découverte par M. Scherer, qu'il désigne sous le nom d'*inosite* et qu'il range dans le groupe des glucoses ou sucres mamelonnés; et l'existence, signalée par M. Cl. Bernard, d'un sucre particulier dans le foie des animaux carnivores ; deux circonstances qui pouvaient contribuer à altérer le phénomène et fournir le texte d'objections plus ou moins spécieuses. Mais en admettant la parfaite exactitude de ces deux observations, elles ne seraient de nature ni à infirmer la théorie, ni à induire en erreur sur l'origine du glucose constaté, la quantité de matière sucrée étant, dans ces deux cas, dans une proportion trop minime pour entraîner une confusion. Les expériences directes que M. Bouchardat a instituées pour répondre à cette question lui ont toutes donné d'ailleurs un résultat négatif, et les observations chez les malades ont été conformes aux expériences du laboratoire.

Nous passerons rapidement sur quelques questions accessoires, bien qu'ayant de l'intérêt au point de vue de l'histoire générale du diabète, pour nous arrêter sur quelques-uns des faits nouveaux ou les moins connus encore que renferme cet important mémoire. Tel est, par exemple, le fait de l'influence du travail au grand air sur l'utilisation des féculents et des sels à acides organiques chez les glucosuriques. L'alimentation féculente étant la plus économique de toutes, il en résulte que le pauvre qui est affecté de glucosurie finit presque toujours par revenir aux féculents, malgré leur désastreuse influence. Or M. Bouchardat a découvert que, sous l'influence d'un travail actif au grand air, tel que le labourage, une certaine proportion de féculents peut être utilisée par un glucosurique fortement atteint; ce qui n'arrive point quand il se livre à des travaux sédentaires peu fatigants. Il rapporte des faits qui ne laissent pas de doute sur cette heureuse influence qui ouvre une voie nouvelle pour le traitement des glucosoriques pauvres. M. Bouchardat a reconnu aussi que les sels alcalins à acides organiques, citrates et tartrates de soude et de potasse, qui habituellement passent indécomposés dans les urines des glucosuriques, peuvent être décomposés sous l'influence d'un travail énergique au grand air. C'est encore là une indication précieuse, susceptible de recevoir d'utiles développements, et dont l'expérience a déjà sanctionné les heureux résultats. M. Bouchardat dit s'être bien trouvé, en effet, de prescrire aux glucosuriques qui travaillent au grand air, et qui utilisent les féculents, de remplacer le pain par des pommes de terre contenant du citrate de soude, ou s'ils le préfèrent, de remplacer dans leur pain le sel marin par 10 grammes de citrate ou de tartrate de soude pour 500 grammes de pain. On trouvera, dans le mémoire de M. Bouchardat, des indications précises et minutieusement détaillées sur la préparation et sur l'emploi du tartrate et du citrate de soude pour remplacer le sel comme condiment, ainsi que sur la préparation du pain de gluten, et sur les avantages qu'il présente dans le traitement de la glucosurie et de quelques autres maladies.

M. Bouchardat passe ensuite à l'étude des conditions bonnes ou mauvaises que peut présenter le traitement de la glucosurie, des circonstances favorables à sa guérison et des complications qui peuvent la compromettre ou l'entraver.

Un mot seulement sur les complications.

Quelques auteurs avaient avancé que la coexistence de l'albuminurie avec le diabète était une circonstance favorable. Les faits observés par M. Bouchardat sont absolument contraires à cette opinion. Il regarde comme généralement très-fâcheuse l'apparition de l'albumine dans l'urine d'un glucosurique. Toutefois, quoique cette complication soit toujours défavorable, la vérité est que le pronostic de l'albuminurie compliquée de glucosurie est moins grave que celui de l'albuminurie chronique simple. C'est aussi l'opinion de M. Rayer.

Une sorte d'affinité ou de liaison, bien que très-obscure encore dans ses causes et son mécanisme, semble rattacher assez intimement l'une à l'autre la glucosurie et l'affection tuberculeuse. Ce fait, aperçu et constaté par plusieurs auteurs, est resté jusqu'ici dans la science comme un fait d'observation empirique. Était-ce une simple coïncidence, était-ce une complication entretenue par des rapports de causalité? C'est encore ce que l'on ignore. M. Bouchardat s'est efforcé de saisir le lien invisible qui unit ces deux affections.

Partant de ce fait d'observation que, lorsqu'un malade affecté de glucosurie succombe lentement, sans autre accident que les progrès incessants de sa maladie, toujours à l'autopsie on trouve des tubercules dans ses poumons, M. Bouchardat a été naturellement conduit à rechercher dans les principaux effets morbides de la glucosurie les conditions susceptibles de produire ou de favoriser le développement de la tuberculisation. Or quels sont les principaux phénomènes constitutifs de la cachexie glucosurique? Ce sont une perversion des fonctions de l'estomac, d'une part, et par suite altération dans la nutrition générale ; exagération, d'autre part, dans les fonctions sécrétoires des reins pour l'élimination du glucose, entraînant en pure perte pour l'économie une déperdition considérable de forces, et remplacement du glucose éliminé par la destruction lente des principes fondamentaux du sang, des muscles et des autres organes, le malade s'entretenant en quelque sorte aux dépens de sa propre substance ; c'est-à-dire deux ordres de phénomènes qui résument en eux presque toutes les causes de consomption. Si l'on fait abstraction un moment de la cause spéciale qui, dans le diabète, amène cette série de phénomènes, l'indigestibilité des féculents, d'après M. Bouchardat, et qu'à ce mode de perversion nutritive on substitue par la pensée toute autre perversion portant sur tels autres éléments nutritifs, qu'on pourrait parvenir à déterminer en établissant une sorte d'équation analogue à celle que l'auteur a faite pour la glucosurie, entre les aliments d'une part et les produits excrémentitiels et sécrétoires de l'autre, ne serait-on pas sur la voie de la découverte des causes immédiates de la tuberculisation? C'est la pensée de M. Bouchardat. Ce n'est évidemment là encore qu'un aperçu de l'esprit sur lequel on peut toutefois fonder des recherches utiles. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, qui demande ample vérification, voici en quels termes M. Bouchardat résume cette partie de son travail :

C'est un défaut de nutrition et d'assimilation qui, chez le glucosurique, est la cause du développement des tubercules dans ses poumons.

L'affection tuberculeuse a pour point de départ, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, un défaut de nutrition et d'assimilation qu'on ne peut connaître, et auquel on ne peut remédier qu'en établissant une balance exacte entre les *ingesta* et les *excreta*. Elle a pour point de départ aussi des déperditions exagérées, continues et non réparées, de liquides essentiels de l'économie.

Une conséquence pratique découle de la connaissance de ces rapports, c'est l'utilité, dans tous les cas où, sans cause appréciable, un malade

maigrit et dépérit, ainsi que dans toutes les circonstances où l'on peut avoir lieu de soupçonner un commencement de travail de tuberculisation, d'examiner les urines.

Nous ne ferons que mentionner pour mémoire quelques autres complications ou plutôt quelques effets habituels de la glucosurie, tels que l'affaiblissement ou l'altération de la vue, l'impuissance, etc., dont l'étude offre quelque intérêt au point de vue physiologique, mais d'où il n'y a que peu à déduire pour la thérapeutique.

M. Bouchardat a signalé, en outre, une autre coïncidence qui se rattache par des liens physiologiques à une question d'un grand intérêt: nous voulons parler de la coïncidence de la glucosurie avec la lactation. Bien que cette coïncidence ne se soit présentée que deux fois à son observation, et qu'on puisse au moins présumer par là, sinon en conclure absolument, qu'elle est rare, ce n'en est pas moins un fait digne de tenir en éveil l'attention des praticiens. Elle tire d'ailleurs, ainsi que nous venons de le dire, un certain intérêt de son rapprochement avec le résultat des recherches que l'auteur a faites, à un autre point de vue, sur la sécrétion laiteuse des animaux. M. Bouchardat a constaté que les vaches laitières qui, lorsqu'elles sont soumises à certaines conditions d'alimentation, sécrètent une quantité de lait presque triple de celle qu'elles produisent dans les conditions ordinaires, ne tardent pas, sous l'influence de cette lactation exagérée, à devenir tuberculeuses. Qu'une vache placée dans ces conditions vienne à être prise de pleuropneumonie, la maladie se terminera sûrement et rapidement par la mort. Or si l'on rapproche ces faits de la glucosurie ou une exagération de la sécrétion urinaire, nécessitée par le besoin d'éliminer le glucose en excès dans l'économie, entraîne une dépense de forces et une déperdition organique considérable qui conduisent ces malades à la phthisie tuberculeuse, il y a entre ces deux ordres de faits une analogie frappante dont il pourrait être utile de poursuivre l'étude pour l'étiologie de la tuberculisation, ainsi que sous d'autres rapports physiologiques.

Parmi les questions qui se rattachent à l'étiologie de la glucosurie, M. Bouchardat a apporté une attention toute spéciale à celles qui sont relatives à l'existence de la diastase dans l'estomac des sujets glucosuriques et à la composition du sang de ces malades.

Dans un précédent mémoire, M. Bouchardat avait annoncé qu'il existait de la diastase dans l'estomac des personnes affectées de diabète. Les recherches nombreuses qu'il a entreprises depuis sur ce sujet, l'ont conduit à reconnaître que l'existence de la diastase dans l'estomac est un fait exceptionnel, *pathologique*, et non point un fait normal, comme quelques physiologistes allemands l'avaient avancé, et que c'est à la présence accidentelle dans l'estomac de cette substance, à laquelle il a reconnu une complète analogie de composition et de réaction chimiques avec la diastase de l'orge germée découverte par M. Payen, et à la propriété qu'elle a de transformer l'amidon en glucose, qu'est due la glucosurie. La théorie de la glucosurie, d'après M. Bouchardat, reposerait en effet tout entière sur ce fait, à savoir que la digestion des aliments féculents se fait chez les sujets diabétiques tout autrement que chez les personnes en santé. Tandis que dans l'état de santé la dissolution des féculents se fait principalement dans les intestins, qu'elle ne s'y opère qu'avec lenteur et que les produits n'en sont versés dans la grande circulation qu'après avoir traversé le foie et subi l'influence modératrice de cet appareil; chez le diabétique, au contraire, la dissolution des féculents a lieu dans l'estomac sous l'influence de la diastase anormale, et le glucose qui en résulte est transmis immédiatement et en grande quantité dans le sang. Quant aux causes de cette perturbation digestive, quelles sont-elles? Quant à cette diastase anormale qui semble être le principe et le point de départ de tous les phénomènes de la glucosurie, quelle en est l'origine? M. Bouchardat ne s'exprime à cet égard qu'avec une extrême réserve, et les hypothèses qu'il émet soit sur le rôle de la diastase anormale, soit sur celui de la diastase pancréatique des divers ferments à base albuminoïde sécrétés par l'estomac, ne sont là que comme les pierres d'attente d'une théorie encore à peine ébauchée.

Nous venons de parler de l'absorption rapide du glucose formé dans l'estomac des diabétiques et de son transport immédiat et de toutes pièces dans le sang. Ce fait soulevait une question trop controversée pour que l'auteur ne dût pas lui consacrer un chapitre spécial.

Existe-t-il ou non du sucre de fécule dans le sang des diabétiques? On comprendrait à peine qu'il pût subsister encore quelque doute sur la constatation d'un fait tout chimique, si l'on ne considérait qu'il s'agit ici du sang, c'est-à-dire d'un fluide soumis à un renouvellement incessant par suite de sa rapide circulation et dont la composition, en ce qui concerne ses éléments hétérogènes accidentels, varie d'un instant à l'autre et dans le court intervalle qui sépare le travail d'absorption du travail d'élimination qui le suit. Pour résoudre cette question, il fallait examiner le sang aux différents moments de la journée, avant, pendant ou après le travail digestif. C'est par ce qu'on n'avait pas fait cette distinction importante, parce qu'on avait indifféremment analysé le sang des diabétiques, tantôt après le travail digestif, tantôt et plus souvent le matin à jeun, c'est-à-dire dans le moment le plus éloigné de toute ingestion d'aliments, que les uns avaient constaté la présence du glucose dans le sang où d'autres n'en avaient trouvé aucune trace. A l'aide d'analyses comparatives faites dans ces différents moments, M. Bouchardat est parvenu à résoudre cette question, et il a pu constater, ce que la théorie indiquait, que le sang des diabétiques contient du sucre durant les quelques heures qui suivent le repas, et alors que les urines en contiennent abondamment, tandis que ni le sang ni les urines elles-mêmes n'en contiennent lorsque le malade s'est abstenu depuis longtemps de toute nourriture.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur l'important mémoire de M. Bouchardat. Ses précédents travaux sur le même sujet ayant été, les uns textuellement publiés, les autres analysés dans la GAZETTE MÉDICALE, il nous aura suffi de signaler seulement, dans cette revue rapide, quelques-uns des faits nouveaux ou quelques-uns des points de vue spéciaux que ce dernier travail a eu plus particulièrement pour objet de mettre en relief, pour compléter les notions qu'il importe à chacun d'acquérir sur l'ensemble des recherches de M. Bouchardat. Il ne nous resterait qu'à en résumer les points fondamentaux et à en apprécier la valeur. Cette tâche nous sera rendue facile par ce qui en a été déjà dit, dans plusieurs circonstances, dans ces colonnes.

Deux faits principaux dominent et résument en quelque sorte toute l'histoire de la glucosurie: l'existence du sucre en excès dans l'économie, révélée par l'application des procédés chimiques au diagnostic, son origine reconnue à l'aide d'expériences physiologiques sur les phénomènes chimiques de la digestion et sur l'action des ferments organiques sur les divers éléments des substances alimentaires; et comme conséquence de ces deux faits, le traitement du diabète, d'empirique qu'il était, rendu rationnel, et sa guérison, d'exceptionnelle devenue presque commune, par l'application d'une hygiène conforme à la notion physiologique de la maladie: — à d'autres revient l'honneur d'avoir fait reposer sur la détermination chimique du glucose le diagnostic d'une affection plus commune depuis qu'elle est mieux reconnue; à M. Bouchardat l'honneur, en principale part du moins, d'avoir jeté les fondements de la doctrine étiologique de cette grave et intéressante affection, et d'en avoir assis les indications thérapeutiques sur la double et solide base de la physiologie et de l'expérience.

H. BROCHIN.

(La suite au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— GRANULES DE DIGITALINE SANS DIGITALINE. — Certains granules de digitaline du commerce ayant, par des raisons qu'il est inutile de rapporter ici, attiré notre attention, nous voulûmes en apprécier la qualité. Nous ne fûmes pas peu surpris de constater, dès le premier abord, qu'ils étaient complétement dénués d'amertume, et que par conséquent ils ne devaient point renfermer de digitaline.

En effet, celle-ci est tellement amère que par le seul fait d'avoir goûté ces granules et d'y avoir constaté l'absence d'amertume, le doute ne nous était pas possible.

Mais une question dut se présenter tout naturellement à notre esprit. Avait-on confectionné ces granules en supprimant par avance la digitaline, ou bien, tout en faisant entrer celle-ci dans leur composition, ne l'aurait-on pas détruite par des manipulations intempestives pendant leur préparation? La digitaline, comme nous l'avons dit ailleurs, est si facile à détruire ou à altérer lorsqu'on la place dans de certaines conditions, que nous pouvions très-bien, que nous devions même nous poser la question dont il s'agit.

Sans doute le malade qui a mis son espoir dans la vertu d'un médicament et qui se voit déçu dans son attente s'inquiétera peu que l'inefficacité de ce médicament tienne à l'absence du principe actif ou à son altération, à sa destruction ultérieures; mais, à un autre point de vue, on comprend toute l'importance de reconnaître si c'est volontairement ou sans le savoir que le préparateur livre au public un médicament inerte, un remède sans vertu.

Il nous était facile, dans la circonstance dont il s'agit, de distinguer auquel des deux cas nous avions affaire, attendu que la digitaline, lorsqu'elle s'est altérée et a perdu la saveur amère qui constitue un de ses caractères, conserve encore la propriété de verdir par l'acide chlorhydrique.

En conséquence, nous avons pris vingt des granules suspects; nous les avons réduits en poudre et mis en contact pendant vingt-quatre heures, dans un petit ballon, avec 15 grammes d'alcool à 96° centigr.; puis le liquide a été filtré et évaporé.

Pour point de comparaison, une pareille expérience a été faite avec vingt granules de digitaline, dont la bonne préparation et la qualité nous étaient assurées.

Voici les résultats comparatifs obtenus avec les deux produits enlevés par l'alcool:

N° 1. GRANULES SUSPECTS.	N° 2. GRANULES DE QUALITÉ CONNUE.
Couche mince, transparente, d'un blond paille, légèrement déliquescente; pèse 0,06.	Couche mince, transparente, plus pâle que la première, n'attirant que faiblement l'humidité de l'air, pesant 0,07 (1).
Un fragment, traité par deux gouttes d'alcool à 65° centigr., s'y dissout facilement, et la solution n'offre point de saveur marquée, à part celle de l'alcool.	Un fragment, traité de même par deux gouttes d'alcool à 65°, s'y dissout promptement, et la solution est d'une *amertume intense.*

Un autre fragment de chaque résidu est mis dans un très-petit tube avec suffisante quantité, pour le baigner, d'acide chlorhydrique concentré et incolore. On bouche, et l'on agite de temps à autre.

Trois heures après, les deux liquides offrent l'aspect suivant :

N° 1.	N° 2.
Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant, jaunâtre caramel, limpide.	Matière imparfaitement dissoute; liquide surnageant, trouble, *vert ciguë intense.*

Le reste de la journée et le lendemain, chacun de ces deux liquides a conservé respectivement le même aspect.

Ainsi :

Le défaut de saveur amère dans les granules n° 1, et l'absence de couleur verte par l'acide chlorhydrique dans le produit retiré de ces granules par l'alcool, nous font conclure *qu'ils ne contenaient pas tracé de digitaline.*

En outre, la deuxième circonstance (absence de couleur verte) nous autorise à dire que le défaut de saveur amère, dans les granules en question, ne provenait pas d'une altération accidentelle de la digitaline, mais bien de l'absence complète de celle-ci.

Assurément, si le préparateur de ces granules est un homme consciencieux, il aura fait le raisonnement suivant :

Le premier devoir du pharmacien, comme du médecin, est de ne pas nuire au malade.

La digitaline est un médicament très-actif, et pouvant en conséquence devenir dangereux dans des mains inhabiles ou inexpérimentées : donc le plus sûr moyen de ne courir les chances d'aucun accident est de supprimer la digitaline dans les granules de ce nom.

Peut-être se sera-t-il affermi dans sa manière de voir par cette considération que, dans l'action de tout médicament, il faut faire une certaine part à l'influence morale, à tel point qu'on a pu voir des malades purgés avec des pilules de mie de pain, uniquement sur la foi d'avoir avalé un purgatif.

Or le mot *granules de digitaline* étant imprimé en grandes capitales sur les étiquettes du produit dont nous parlons, et de manière à frapper vivement l'esprit, l'auteur aura cru que cela suffirait pour agir sur la circulation du malade.

Parlons plus sérieusement.

Quels que soient les motifs qui aient dirigé le préparateur de ces granules, par le fait, c'est un nom de plus à inscrire sur la liste des fraudes qui ont envahi jusqu'au domaine des substances médicinales : liste qui commence au sirop de gomme sans gomme, et s'élève audacieusement jusqu'au quinquina sans quinine, à l'opium sans morphine.

Docteurs HOMOLLE, T.-F. QUEVENNE.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire dans laquelle il leur recommande de faire une enquête suivie et minutieuse sur tous les cas d'hydrophobie qui se présenteront. Le résultat devra faire connaître :

1° Le sexe de la personne exposée à la contagion ou atteinte;

2° Son âge;

3° Sa résidence;

4° L'espèce de l'animal qui a fait la morsure;

5° Le mode d'inoculation, ou la nature et le siége des blessures virulentes;

6° Les signes propres à établir l'existence de la maladie chez l'animal supposé enragé, les causes probables à lui assigner, la marche qu'elle a suivie en se transmettant d'un premier individu aux autres, et les différences d'énergie que peut présenter le principe contagieux après plusieurs transmissions;

7° La date du jour où a eu lieu la transmission du mal;

8° Le nombre des individus simultanément mordus, et la proportion de ceux qui ont été atteints de la rage;

9° La date du jour où se sont manifestés les premiers symptômes et la durée de l'incubation;

10° La durée de la maladie;

11° Le mode de terminaison;

12° Les moyens préventifs qui auront été employés pour combattre la contagion;

13° L'époque exacte où auront été appliqués ces moyens et le temps qui s'est écoulé entre leur emploi et l'inoculation;

14° Les moyens de traitement et les remèdes divers mis en usage;

15° Les observations particulières que chaque cas d'hydrophobie pourrait suggérer.

— Le CONSTITUTIONNEL annonce qu'un projet de loi sur les médecins cantonaux pourrait être prochainement présenté au corps législatif. Ce projet se rattacherait à un projet général d'organisation de l'assistance publique.

—Un concours pour l'admission au grade de médecin aide-major de deuxième classe vient de se terminer au Val-de-Grâce sous la présidence de M. l'inspecteur Alquié. Le jury était composé de MM. Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides; Faure, médecin principal id.; Lacarterie, pharmacien en chef du Val-de-Grâce; Champouillon, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Monnier, id.; Lustreman, médecin-major, professeur id.; Goffrel, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou; Perrier, médecin major au Val-de-Grâce.

Cinquante-cinq candidats ont été reconnus aptes au grade d'aide-major; ce sont les sous-aides chirurgiens dont les noms suivent :

MM. Levié, Paillon, Raoult, Thierry de Maugras, Guipon, Allaire, Barbier, Honneau, Bezins, Douillot, Perrin, Mouillac, Desjardins, Balansal, Wintrebert, Lécart, Noguès, Muller, Miche, Bougel, Campardon, Gillin, Hamel, Lapeyre, Tassard, Robelin, Glaize, Didelot, Viscaro, Bally, Beurdy, Desotteux, Dubosq, Linquette, Obier, Pucelle, Nuzillat, Bagnol, Millot, Girard, Marlier, Herbecq, Gronnier, Marquès, Fleury, Vallois, Baraban, Roustans, Ely, Gaillard, Courbet, Lefebvre, Lèques, Lambert, Hanse.

— On termine le grand hôpital de la République, élevé sur les terrains de l'ancien clos Saint-Lazare. Depuis deux années, les travaux avaient été conduits avec assez peu d'activité, et dans la campagne dernière, on s'est borné à l'achèvement de la chapelle de cet établissement hospitalier. Un crédit supplémentaire avait été alloué pour exhausser la tour de cette chapelle, beaucoup trop basse, et qui, de loin, produisait un mauvais effet. Ces travaux sont terminés, et il ne reste plus qu'à exécuter les aménagements et les distributions intérieures. Tout fait présumer que l'année prochaine les malades pourront être admis dans cet hôpital, que l'augmentation toujours croissante de la population, dans les quartiers situés sur la rive droite de la Seine, a rendu indispensable aujourd'hui.

— La ville de Saint-Denis possède un hôpital civil fort ancien et assez bien renté qui contient trente-six lits pour les malades de l'un et de l'autre sexe, et vingt lits pour des vieillards, hommes et femmes, qui y sont admis au même âge que dans les autres établissements hospitaliers. Cette maison, connue sous le nom d'Hôtel-Dieu, a une assez belle apparence; elle [illegible] vaste et bien aérée. Néanmoins, l'administration municipale de Saint-Denis veut pourvoir à son agrandissement. Ce projet concourt avec celui de la suppression de la rue de l'Abreuvoir et de son remplacement par une nouvelle voie publique de 8 mètres de largeur. Une enquête est ouverte dans la commune de Saint-Denis, en vertu de l'ordonnance du 23 août 1835, sur ces différents projets.

— Des améliorations très-importantes viennent d'être introduites à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon dans le service des femmes aliénées. L'administration a fait établir deux nouveaux préaux et deux nouveaux dortoirs, qui permettent d'éviter l'encombrement et de diviser d'une manière plus convenable les diverses catégories d'aliénées.

— Le docteur A. Moreno, premier médecin de la chambre de la reine d'Espagne, et professeur de pharmacie, vient de mourir.

Le docteur Amella, de l'Université de Grenade, vient de mourir également à Cadix.

— L'association des pharmaciens du département de la Haute-Garonne s'est engagée, de son propre mouvement, à faire sur le prix des médicaments une réduction considérable en faveur des indigents.

— Une circulaire récente à tous les préfets, et qui émane de la direction de l'agriculture et du commerce au ministère de l'intérieur, leur annonce que le tannate de quinine ayant été jugé favorablement par l'Académie nationale de médecine, il est donné une approbation pleine et entière à ce fébrifuge, et qu'en conséquence les préparations de tannate de quinine pourront être vendues librement par les pharmaciens, sur la prescription des médecins, en attendant qu'elles soient insérées dans la prochaine édition du Codex pharmaceutique.

— On vient de placer au musée de Nancy le buste de M. le docteur François Leuret, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre, et l'une des célébrités médicales de notre époque.

— Dans sa séance du 14 avril 1852, la Société de médecine de Poitiers a décidé que trois médailles, l'une de 200 fr. et les deux autres de 100 fr. chacune, seraient décernées, le 1er janvier 1854, aux médecins auteurs des meilleurs mémoires sur les maladies régnant dans leurs circonscriptions, ou plus généralement sur tous les sujets d'intérêt local, au choix des concurrents.

Tous les médecins des départements de la Vienne, des Deux-Sèvres, de Maine-et-Loire, d'Indre-et-Loire, d'Indre, de la Haute-Vienne et de la Charente, sont admis à concourir. Les membres titulaires de la Société sont seuls exceptés.

Les manuscrits doivent être adressés *franco*, et dans les formes académiques, au président de la Société ou au secrétaire, rue Saint-Paul, 18, avant le 1er novembre 1853.

Le secrétaire,
Dr DE LA MARDIÈRE.

(1) La faible déliquescence ici constatée doit être attribuée à une petite quantité de sucre métamorphosé qui se trouve toujours dans le sucre ordinaire.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — APPLICATION DU DÉCRET DU 3 MAI 1850.

Si l'Académie de médecine, dans la dernière séance, avait seulement refusé aux pilules dites *de Blaud* l'honneur de les inscrire au Bulletin sous ce nom patronymique, nous n'oserions l'en blâmer, n'étant pas bien sûr, après les explications données par les chimistes du lieu, que M. Blaud soit l'inventeur réel de la formule. Il y faut distinguer, en effet, deux choses. La première, qui est l'essentielle, est l'emploi de deux substances susceptibles de se décomposer mutuellement, de manière à donner un sel de fer très-soluble dans les acides de l'estomac; la seconde est l'addition du miel destiné à empêcher la transformation du protocarbonate de fer, soluble comme nous venons de dire, en carbonate de peroxyde que la liqueur gastrique attaque difficilement. Or il paraît certain que le procédé chimique était connu et pratiqué avant la formule de M. Blaud et que le moyen de conservation a été imaginé postérieurement. Mais la discussion, à la suite de laquelle la formule elle-même a été submergée, ne peut plus laisser aucun doute sur le mauvais vouloir systématique de la majorité de l'Académie, plus spécialement de la section de pharmacie, à l'endroit du décret du 3 mai 1850. On ne peut avoir une autre pensée quand on voit des hommes de sens droit se jeter dans des arguties comme celles qui ont rempli presque toute la séance, et des natures rassises et placides entrer dans de violentes colères à propos de miel et de sucre en poudre. Oui, on ne peut s'empêcher de reconnaître une opposition tracassière et concertée, et l'on s'en étonne en songeant à toutes les inventions pharmaceutiques, assez pauvres parfois, auxquelles les puritains d'aujourd'hui ont prêté leur concours ou se sont associés plus directement. « Vous allez mettre 50,000 fr. dans la poche de M. Blaud, » s'est-on écrié! Voilà le grand mot! C'est l'argument le plus net et le plus sincère de toute la discussion; à tout prendre il eût pu dispenser de tous les autres qui n'étaient là évidemment que pour le masquer et l'envelopper. La nature et les termes de cet argument nous engagent à ne pas insister; le terrain est glissant, et nous ne savons où notre franchise pourrait nous conduire. Entrons vite dans la paisible demeure de la science.

M. Jolly a lu un rapport très-sage et très-correct sur un sujet d'hydrologie médicale d'une grande importance. Il est assez curieux que, dans un pays aussi riche en salines que la France, l'emploi thérapeutique des eaux mères ait été aussi négligé. Plusieurs salines d'Allemagne sont en même temps des établissements thermaux, comme Kreusnach et Nauheim; l'eau mère, ou *mutter-laüge*, qui reste après l'extraction du sel cristallisable et contient surtout des bromures, y est mêlée à l'eau naturelle des sources pour donner au bain plus d'énergie. Ce n'est pas tout : cette eau est transportée dans beaucoup d'autres établissements thermaux, où elle sert à opérer des mélanges en diverses proportions, qui accroissent et modifient sensiblement les propriétés des sources locales. Il y a quatre ans, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, MM. Mialhe et Figuier s'attachaient à montrer combien il serait facile d'imiter en France cette pratique, et de diminuer ce tribut de voyageurs que nous versons chaque année sur les bords du Rhin. Ils avaient même établi, dans cette vue, un premier terme de comparaison entre les eaux de Kreusnach et de Nauheim et celles des salines de Béarn, et avaient trouvé que celles-ci étaient moins riches de moitié en bromures que les précédentes. Cette espérance de MM. Mialhe et Figuier est aujourd'hui en voie de réalisation, et on le devra précisément, du moins en grande partie, aux deux mémoires qui ont été l'objet du rapport de M. Jolly. L'un est de M. le docteur Germain, praticien à Salins; l'autre de M. le docteur Ed. Carrière, qui avait été envoyé dans le même pays par l'administration des mines de l'Est, pour y apprécier la valeur hygiénique et thérapeutique des eaux mères et proposer un plan d'établissement thermal. On jugera, par la lecture du rapport, du mérite respectif de ces deux publications. M. Germain a surtout apporté des faits pratiques qui permettent de faire fonds sur l'emploi des eaux iodo-bromurées de Salins contre les affections scrofuleuses, les maladies chroniques de la peau, les anciens écoulements, etc. M. Carrière, avec un esprit plus compréhensif, dont les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont pu juger fréquemment, a donné à la question une plus large base. Il a insisté, avec un soin particulier, sur la comparaison des eaux salées et eaux mères de Salins avec celles d'Allemagne, celles des autres parties de la France, et l'eau de mer, tant sous le rapport de la composition que sous celui de l'action physiologique et de l'action curative. Les deux auteurs s'accordent sur les points essentiels. Tous deux placent les eaux de Salins au premier rang des eaux toniques et excitantes; tous deux les préfèrent à l'eau de mer. L'un et l'autre enfin, non-seulement essayent de réhabiliter l'emploi médical des eaux mères en France, mais ils visent à étendre l'usage qu'on en fait en Allemagne. C'est ainsi que M. Carrière recommande avec instance de boire l'eau salée en même temps qu'on prend l'eau de résidu en bains ou en douches; et que M. Germain, agrandissant et retournant pour ainsi dire la pratique allemande, ne veut pas seulement qu'on transporte l'eau mère à d'autres sources salines, mais encore qu'on ajoute à l'eau-mère de Salins des principes sulfureux, alcalins, ferrugineux, de manière à en trop généraliser l'emploi. Nous ne savons si l'on ne trouvera pas la prétention un peu ambitieuse.

Quoi qu'il en soit, Salins peut devenir chez nous, grâce à ces intelligents efforts, la première porte ouverte à un nouveau genre d'établissements thermaux. On ne saurait donc trop encourager la tentative de MM. Carrière et Germain. C'est ce qu'a compris l'Académie qui, conformément à la conclusion du rapport, a renvoyé leurs mémoires au comité de publication.

A. DECHAMBRE.

HÉMATOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES D'HÉMATOLOGIE (lues à l'Académie des sciences, séance du lundi 31 mai 1852); par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

COMPARAISON ENTRE LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Pour beaucoup de pathologistes, il n'existe aucune différence entre la

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA THÉORIE DES ESPRITS ET DES AMES ORGANIQUES, EN PHYSIOLOGIE.

Lettres adressées à M. le docteur Gosselin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME LETTRE.

Mon cher ami,

A l'égard du dix-septième siècle, j'adopterai la marche que j'ai suivie pour le siècle précédent. Je m'attacherai de préférence à un écrivain, entre tous ceux qui ont traité des esprits et des âmes, et il me suffira de rallier autour de ses travaux les variantes qui ont été proposées vers la même époque.

Thomas Willis (1) est l'écrivain dont j'ai fait choix pour cette exposition. Sa connaissance très-étendue de l'anatomie du cerveau et des nerfs, ses travaux remarquables sur les affections nerveuses et convulsives le désignaient naturel-

(1) Je veux relever ici une erreur qui existe sur ce médecin dans plusieurs biographies. Le DICTIONNAIRE HISTORIQUE de Dezeimeris, Ollivier et M. Raige-Delorme, le fait mourir à l'âge de 54 ans, en 1675. Portal fixe également sa mort en 1675, et dit qu'il avait 54 ans d'après Moreri, et 57 d'après Manget. C'est ce dernier chiffre qui est vrai; car Gérard Blasius le donne dans un abrégé de la vie de Willis, placé en tête d'une édition complète des œuvres de l'anatomiste anglais, publiée par ses soins à Amsterdam à la date de 1682. De plus, on ne peut admettre que la mort eut lieu en 1675, parce que Blasius rapporte que Willis quitta Oxford pour se fixer à Londres en 1677. Cette dernière date reculerait donc la mort de deux ans au moins. Malheureusement l'éditeur et biographe ne donne ni l'année de la mort ni celle de la naissance. Si l'on admet (Portal, Dezeimeris) qu'il naquit en 1622, 57 ans de sa vie le mèneraient jusqu'en 1679. On peut accepter cet avis. Ce qui est certain, c'est que Blasius, qui était son contemporain, annonce sa mort en tête de son édition publiée en 1682, comme un événement tout récent, et allègue même ce motif, avec le violent chagrin qu'il en éprouve, pour ne donner qu'un abrégé de sa vie.

chlorose et l'anémie, et c'est à peine, suivant eux, si l'on peut trouver, entre ces deux états morbides, quelques points de dissemblance légers et tout à fait secondaires. Pour le plus petit nombre, ce sont deux affections différentes, et cette différence consiste en ce que la chlorose se développe la plupart du temps spontanément, tandis que l'anémie est toujours un phénomène consécutif à la cause duquel on peut toujours remonter. A notre avis, on doit aller beaucoup plus loin, et les différences qui séparent ces deux états morbides sont tellement profondes et si bien tranchées, qu'il faut chercher les points de comparaison, au lieu d'essayer de signaler des différences.

Nous établirons cette comparaison sous sept points de vue différents : 1° les causes; 2° le mode de développement; 3° les symptômes; 4° les signes physiques; 5° la composition du sang; 6° la marche et la durée; 7° la thérapeutique.

Nous insisterons surtout sur la composition du sang et sur la thérapeutique.

1° CAUSES. — Au point de vue des causes, il n'existe aucun rapport entre la chlorose et l'anémie.

Dans la chlorose, la cause est la plupart du temps inconnue. C'est une perturbation du système nerveux, une névrose dont on ignore le point de départ. On ne connaît qu'un certain nombre de circonstances qui constituent des prédispositions et qui favorisent son développement. Telles sont : *a.* l'âge : c'est de 15 à 25 ans que la chlorose se développe à peu près exclusivement; *b.* le sexe : la chlorose ne peut se développer que chez la femme; *c.* les *émotions morales*, les *chagrins* favorisent le développement de la chlorose et la produisent quelquefois assez rapidement; *d.* le *séjour des villes*, la *vie sédentaire* exercent également une influence sur la manifestation de cette maladie.

Dans l'anémie, il en est tout autrement. La cause est manifeste, positive, et une foule de circonstances essentiellement différentes peuvent développer cet état morbide, qui n'est pas une maladie proprement dite, mais un état morbide symptomatique ou consécutif. Parmi ces circonstances nous citerons : *a.* l'âge : à tout âge l'anémie peut se développer; *b.* le sexe : les deux sexes y sont également sujets; *c.* l'atmosphère : l'aération insuffisante, la viciation prolongée de l'air, l'humidité, le défaut d'insolation sont autant de circonstances qui produisent l'anémie; *d.* l'alimentation : l'alimentation insuffisante ou insuffisamment réparatrice; *e.* les pertes de liquides : les hémorrhagies de diverses natures, les émissions sanguines, les purgatifs trop fréquemment répétés, la diarrhée, les flux urinaires, les suppurations abondantes, les excès de coït, la masturbation, les flux leucorrhéiques abondants chez les femmes, les hydropisies; *f.* certains empoisonnements, tels que l'infection par des miasmes paludéens, l'intoxication saturnine et l'intoxication mercurielle; *g.* certaines cachexies, et en particulier les cachexies syphilitiques, cancéreuses et tuberculeuses; *h.* enfin toute maladie aiguë ou chronique un peu prolongée, dans laquelle la diète a été observée rigoureusement, ou bien dans laquelle des pertes de liquides ont eu lieu en quantité un peu notable, est à peu près nécessairement suivie d'un état anémique plus ou moins caractérisé.

2° LE MODE DE DÉVELOPPEMENT. — Dans la chlorose, la maladie se développe en général lentement, insensiblement et sans que les phénomènes paraissent en rapport avec aucune cause appréciable. La plupart du temps ce sont des troubles de menstruation. Dans le plus grand nombre des cas, les familles et les malades ne comprennent pas le développement de pareils accidents qui viennent ainsi troubler la santé la plus florissante.

Dans l'anémie, les phénomènes apparaissent toujours à la suite d'une cause évidente, appréciable. Leur intensité est en rapport avec l'intensité de cette cause, et leur manifestation suit immédiatement l'accident qui y a donné naissance.

3° LES SYMPTÔMES. — Dans la chlorose, la maladie semble constituée primitivement par une perturbation du système nerveux. Aussi les phénomènes nerveux sont-ils prédominants. Le caractère change, le moral est altéré, les jeunes filles deviennent souvent tristes, moroses, bizarres. La sensibilité est souvent profondément modifiée; la céphalalgie, les vertiges, les tintements d'oreille, les névralgies de toute espèce, les névroses de divers organes, et en particulier la gastralgie, l'entéralgie simple ou avec sécrétion gazeuse, les palpitations nerveuses, sont des accidents fréquents. La motilité également est souvent altérée. Ainsi les forces sont diminuées, les malades éprouvent des courbatures, des douleurs musculaires. Dans certains cas, ce sont des mouvements nerveux qui parfois constituent soit la chorée, soit l'hystérie. D'autres fois, des troubles digestifs, l'appétit modifié, la soif augmentée et accompagnée du désir de boissons acides. Des digestions difficiles, une sécrétion abondante de gaz, une constipation opiniâtre, sont des accidents fréquents et qui jouent un grand rôle dans la chlorose.

La décoloration avec teinte jaune verdâtre de la peau, la pâleur des membranes muqueuses existent souvent dès le commencement de la maladie. Les troubles de la menstruation, la dysménorrhée ou l'aménorrhée sont un des phénomènes fréquents et à peu près constants de la chlorose. Il en est fréquemment ainsi de la leucorrhée.

Dans l'anémie, la physionomie de la maladie est la plupart du temps tout autre; les phénomènes nerveux ne jouent qu'un rôle secondaire et manquent quelquefois complétement. La diminution des forces, les courbatures, la débilité des malades; quelquefois, lorsque la maladie est portée à un haut degré, la céphalalgie, des vertiges, parfois même un délire nerveux, tels sont les seuls phénomènes caractéristiques. Quant aux névralgies, aux névroses diverses, elles manquent souvent, et quand elles surviennent elles n'ont pas la même intensité et n'ont rien de caractéristique. Le tube digestif n'éprouve la plupart du temps aucune modification dans l'anémie de médiocre intensité. On n'observe pas ces appétits bizarres, ces gastralgies, ces entéralgies flatulentes, cette constipation si constante dans la chlorose. La soif exagérée est toutefois un des caractères assez importants de l'anémie; elle est même presque toujours plus vive que dans la chlorose. Les troubles menstruels peuvent manquer complétement dans l'anémie; lorsqu'elle est considérable, on peut bien observer quelquefois l'aménorrhée et la dysménorrhée, mais ces accidents sont et moins constants et moins caractérisés. Il en est de même de la leucorrhée. Il est bien entendu que nous mettons de côté ici l'anémie symptomatique des diverses affections de l'utérus. Les palpitations et la dyspnée sont un caractère plus saillant encore de l'anémie que de la chlorose; elles sont, du reste, tout à fait subordonnées au degré de modification du sang, c'est-à-dire au degré de diminution des globules. Nous en dirons de même de la décoloration de la peau, qui ne s'accompagne pas la plupart du temps de la teinte jaune verdâtre de la chlorose, et dont l'intensité est tout à fait en rapport avec le chiffre de la diminution des globules.

---

lement à une préférence que j'ai caressée bientôt avec une sorte de faiblesse, à mesure que j'ai pénétré plus avant dans les hypothèses de cet homme ingénieux. Ce n'a pas été une tâche sans fatigue et sans quelque ennui d'extraire de ses nombreux écrits, souvent confus et obscurs, un système à peu près coordonné, dont les fragments sont épars et disséminés partout, dans les traités du *cerveau*, de l'*âme des bêtes*, de la *fermentation*, de l'*incalescence* et de l'*embrasement du sang*, de la *pathologie du cerveau*. Mais, comme cela arrive ordinairement aussi, j'ai trouvé une recompense, devenue plus douce par la difficulté même du travail, en rencontrant des grains d'or au milieu de toutes ces scories. Je n'ai pas été le premier, au reste, à consacrer une attention patiente aux aperçus ingénieux et bien souvent étranges de ce physiologiste. Un grave esprit dont nul ne voudra contester la compétence et la sévère raison, M. Calmeil, a dit de lui : « qu'il y a continuellement et beaucoup à apprendre avec un écrivain qui possède sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux les connaissances les plus étendues, et dont bien souvent il n'est redevable qu'à lui-même.....; » « que lorsqu'il disserte sur l'état des esprits animaux et leur nature, on est tenté d'admirer sa fécondité....; que l'on ne saurait dire combien de vues fines se mêlent partout à ses théories; qu'enfin ses réflexions n'ont pu être émises, pour la plupart, que par un observateur très-exercé et habitué à procéder en tout avec méthode. » (Calmeil, DE LA FOLIE CONSIDÉRÉE DEPUIS LA RENAISSANCE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.)

Je vous montre, mon ami, cette estime particulière d'un juge si éclairé, afin de vous engager à me suivre à la découverte de tant de richesses.

Willis apporte plusieurs redressements à la doctrine de Galien. En premier lieu, il n'accepte pas les trois sortes d'esprits : l'animal, le vital et le naturel. Bien qu'il ne se livre pas à une discussion sur l'existence des deux derniers, ils ont disparu dans ses écrits, et l'animal reste seul (1). Il se garde bien d'ailleurs

(1) Pour faire voir que Willis, en réduisant les trois sortes d'esprits aux seuls *animaux*, accomplissait un progrès pour son temps, je vais citer un autre anatomiste du dix-septième siècle qui continue à admettre les *vitaux*. Je donne l'extrait suivant, quoiqu'un peu long, parce qu'il est un échantillon assez marquant des idées de l'époque, et parce qu'il pourra compenser en partie les omissions assez nombreuses que j'ai été obligé de faire pour abréger mon récit. Il s'agit de Glisson qui veut indiquer la formation des esprits vitaux. Il s'exprime ainsi (en 1653) : « Les aliments solides une fois avalés renferment en eux-mêmes leurs » esprits (l'*esprit gras* ou soufré, l'*esprit maigre* ou salin, qui constituent deux » genres de *mercure*); descendus dans l'estomac, ils atteignent un second état » qui est la *fusion*. Alors la partie la plus riche des aliments, réduite en liqueur » et jointe aux boissons, se mêle au chyle, lequel est riche en esprits *doux* et » *délicats*. Puis ces esprits légers et doux vont au cœur et se mélangent avec » le sang vital. Bientôt ils arrivent au troisième état qui est la *volatilisation*, » et en traversant les ventricules du cœur s'allument et se changent en *esprits* » *vitaux*.... La chaleur vitale consiste en une tendance des esprits à la raréfaction, avec rejet des parties grossières du sang; elle ne pourrait se conser» ver sans le renouvellement de ses esprits. » (Glisson, HEPAT. ANAT., cap. 39.)

On voit d'après ce tableau comparatif que, même d'après les symptômes, on peut séparer nettement l'anémie de la chlorose.

4° LES SIGNES PHYSIQUES. — Les bruits cardiaques et vasculaires sont souvent les mêmes dans la chlorose d'intensité médiocre et l'anémie considérable. Quelquefois cependant ces bruits présentent des caractères particuliers qui permettent de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Dans la chlorose, voici ce qu'il est permis la plupart du temps de constater : *a*. au cœur, un bruit de souffle doux, siégeant à la base de cet organe, coïncidant avec le premier temps et se propageant dans l'aorte ; *b*. dans les vaisseaux du cou, un souffle intermittent coïncidant avec le premier bruit du cœur et siégeant dans les carotides ; *c*. un bruit de souffle continu pouvant présenter des caractères fort différents et siégeant dans les veines jugulaires ; *d*. un souffle continu avec redoublement, et qui n'est autre qu'une combinaison du souffle continu veineux et du souffle intermittent carotidien.

Dans la chlorose, il n'est pas rare d'observer l'absence du souffle au premier temps du cœur et l'existence du souffle continu simple ou avec redoublement sans qu'il existe une diminution considérable des globules du sang.

Dans l'anémie, les bruits vasculaires et cardiaques ne sont pas tout à fait semblables. Voici les principales différences :

a. Le bruit de souffle au premier temps du cœur et à la base de cet organe est un phénomène *constant*. Il peut exister seul, sans souffle vasculaire ; c'est le premier phénomène physique de l'anémie que l'on constate dans l'appareil circulatoire.

b. Le bruit de souffle intermittent carotidien est un des phénomènes les plus constants de l'anémie ; il ne se développe jamais sans être précédé du bruit de souffle cardiaque ; il est, ainsi que ce dernier, tout à fait proportionnel au degré d'abaissement du chiffre des globules.

c. Les bruits de souffle continu veineux sont plus rares ; ils ne surviennent jamais que quand l'anémie est portée à un degré très avancé, et que le chiffre des globules est très-abaissé ; en un mot, il est proportionnel à l'altération du sang, ce qui n'existe pas toujours pour la chlorose. Enfin, on rencontre beaucoup moins souvent que dans la chlorose les bruits musicaux, les bruits de diable, de mouche, etc.

5° COMPOSITION DU SANG. — On a cru longtemps, et beaucoup de médecins pensent encore que les altérations du sang sont absolument identiques dans la chlorose et dans l'anémie. Les résultats que nous avons déjà donnés dans l'exposé de nos précédents travaux, et ceux que nous ont fournis les analyses que nous venons de relater dans la première partie de ce chapitre nous permettent de modifier cette opinion et de démontrer les principales différences que l'on peut admettre.

a. Dans la chlorose, l'altération du sang peut manquer complètement dans quelques cas ; dans d'autres, elle existe, mais n'est pas en rapport avec l'intensité des troubles fonctionnels et des signes physiques fournis par l'appareil circulatoire. Enfin, dans un certain nombre de cas, ce rapport d'intensité existe.

Dans l'anémie, l'altération du sang est constante, et l'intensité des troubles fonctionnels, ainsi que les modifications survenues dans l'appareil circulatoire, sont constamment en rapport avec le degré d'altération du sang.

b. Dans la chlorose, la seule altération du sang est la diminution des globules. Cette diminution manque dans certains cas exceptionnels ; dans d'autres, elle semble indépendante du degré de la maladie ; et dans des cas en apparence semblables, on peut la trouver à des degrés très variables, tantôt faible, tantôt considérable. Notons toutefois que souvent aussi il y a un rapport direct entre le degré d'intensité de la chlorose et le chiffre d'abaissement des globules.

Dans l'anémie, le chiffre des globules est très-variable, mais toujours en rapport avec la cause qui l'a produite, cause constamment connue, ainsi que nous l'avons dit.

Ce chiffre est également toujours en rapport avec l'intensité des troubles fonctionnels, qui, en définitive, traduisent au dehors cette diminution des globules, qui est le caractère essentiel de l'anémie, et sans laquelle elle n'existerait pas.

c. Dans la chlorose, le chiffre de la fibrine est en général un peu élevé au-dessus de la moyenne physiologique. Quelquefois même cette élévation est assez considérable et peut aller jusqu'à *quatre* et même *cinq*, sans qu'il y ait absolument aucune trace de phlegmasie.

Dans l'anémie, le chiffre de la fibrine est au contraire, ou conservé à l'état normal, ou diminué. Quelquefois même, dans les anémies intenses, cette diminution va jusqu'à 1,5.

d. Dans la chlorose, le chiffre de l'albumine est toujours maintenu dans les limites physiologiques habituelles.

Dans l'anémie, la quantité d'albumine est souvent à l'état normal, mais souvent aussi elle diminue un peu, et quelquefois, dans les anémies considérables, son chiffre est notablement abaissé.

6° MARCHE, DURÉE. — Dans la chlorose abandonnée à elle-même, et qui n'est pas traitée par les ferrugineux, la durée est quelquefois très-longue. Elle n'a rien de fixe et on ignore absolument les influences qui régissent cette marche et cette durée. Quelquefois elle guérit, soit sous l'influence de modifications morales, soit même spontanément.

Dans l'anémie, la marche et la durée sont complètement subordonnées à la cause qui l'a produite, à la déperdition de liquides, au défaut d'alimentation, etc., etc. Une fois la cause enlevée, il est évident que, à l'inverse de la chlorose, elle finirait par guérir avec plus ou moins de rapidité.

7° THÉRAPEUTIQUE. — Les distinctions que nous avons établies entre la chlorose et l'anémie sont surtout importantes sous le point de vue de la thérapeutique. Et d'après les détails dans lesquels nous allons entrer, il sera facile de voir que ce n'est point en vain que nous avons insisté sur ces distinctions. Voici les conséquences auxquelles elles conduisent.

Dans la chlorose, le traitement consiste principalement dans la méthode suivante, que nous nous bornons à résumer.

1° *Les ferrugineux*. C'est le moyen principal, essentiel, c'est là, pour le thérapeutiste qui sait varier le mode d'administration, le subordonner au degré de tolérance de l'estomac, que réside toute la cure ou les trois quarts au moins de la cure de la chlorose. Chez des jeunes filles placées dans les conditions les plus heureuses de la fortune, habitant la campagne, respirant un air pur, soumises à un régime alimentaire excellent sous tous les rapports, n'étant en proie à aucune influence morale fâcheuse, il n'y a pas de guérison possible en dehors du fer. Sans doute il pourra échouer quelquefois ; dans d'autres cas, la maladie sera longue, rebelle, récidivera fréquemment ; ce sont des faits qu'on ne peut nier, mais il n'en est pas moins positif que le fer constitue le seul, l'unique moyen thérapeutique qui puisse réussir contre la chlorose. Nous ne saurions trop insister sur ce fait, acquis du reste depuis longtemps à la science.

---

de mentionner les esprits *fluents* et les *fixes* que l'imagination fertile du siècle précédent avait ajoutés à ceux de Galien.

En second lieu, il regarde les esprits animaux comme uniquement formés par la substance cérébrale, et même, d'une manière nette et précise, il les identifie à cette substance, conduisant ainsi la physiologie, par un progrès notable, à l'idée moderne qui leur a substitué le fluide nerveux.

En troisième lieu, il nie que les esprits se forment dans les ventricules. Loin d'être l'*officine des esprits*, dit-il, ces cavités ne sont que le réservoir des excréments du cerveau et du cervelet ; et leur appliquant une expression pittoresque, il les compare à un *vil cloaque*. — Mais, pour être juste, on doit reconnaître que déjà auparavant (en 1616), Gaspard Hoffmann avait combattu un si étrange office attribué aux ventricules. C'est lui, le premier, qui osa avancer que ces réceptacles ne servaient qu'à contenir les excréments du cerveau : et même une telle hardiesse lui attira les remontrances de Riolan. Jean Riolan se levait toujours quand il s'agissait de défendre les idées anciennes. Ainsi que quelques hommes très-érudits de ce temps, parmi lesquels il faut bien mettre Guy-Patin, il supportait mal les nouveautés qui dérangeaient une science apprise par beaucoup de lecture ; et de plus il mêlait volontiers au prétexte honorable d'une défense conservatrice de l'antiquité le soin d'attaquer et d'injurier ses rivaux. Ce double motif le fit ne pas épargner Hoffmann. D'abord il soutient que les esprits vitaux deviennent *animaux* en passant des ventricules antérieurs du cerveau dans le troisième, et de celui-ci dans le quatrième, qui est la citerne d'où ils s'écoulent dans les nerfs. « Qui voudra croire, dit-il, qu'ils ne deviennent pas » animaux durant ce passage, comme le sang veineux est devenu vital en un » instant en traversant les ventricules du cœur? » Puis il reproche à Hoffmann de bouleverser toute la pathologie avec ses idées nouvelles, et demande si l'on peut admettre avec lui, entre autres choses, que *l'apoplexie résulte d'un obstacle à la marche du sang et d'une rupture avec effusion de celui-ci*. N'est-il pas prouvé, au contraire, par de nombreuses expériences (il parle ainsi), que l'apoplexie est causée par une obstruction des ventricules qui ne peuvent se débarrasser des esprits? Et après cette belle réfutation, il ajoute : « Riez donc de ce » qu'Hoffmann a manqué d'esprit dans toute cette question des esprits? » (ENCHIR. ANAT., p. 256, édit. de Leyde, 1649.)

Willis adopta l'avis d'Hoffmann, et il eut le mérite de clore la discussion en donnant des arguments solides contre l'opinion de Galien. Employant ici ses qualités d'habile observateur, il fit voir qu'on trouve après la mort de la sérosité dans les ventricules dans plusieurs affections de la tête, et notamment chez les gens qui succombent aux maladies soporeuses. (ANAT. CEREB., cap. XI.)

Suivant Galien, les éléments des esprits proviennent de deux sources, de l'air qui pénètre au cerveau par les narines, et d'une certaine vapeur que fournit le sang des vaisseaux du plexus choroïde. Willis ne reconnaît plus la première de ces deux sources, et en cela probablement il fut guidé par le beau travail qu'avait publié, en 1645, Conrad Schneider, sur l'*os cribleux*. Cependant dans le chap. XII de l'ANATOMIE DU CERVEAU, chapitre obscur et confus, bien que remarquable à plusieurs égards, il a le tort d'admettre que certaines humidités du cerveau peuvent descendre dans les narines, à travers des pertuis invisibles, *dilatés par l'esprit et la chaleur chez l'homme vivant*, en suivant les divisions des nerfs olfactifs ; reste de l'erreur qui avait été victorieusement réfutée par

2° Un régime alimentaire convenable, tel que l'usage de viandes rôties, d'aliments toniques, de vins généreux, une habitation saine, aérée, où l'air se renouvelle facilement, à la campagne, par exemple, l'éloignement d'influences morales fâcheuses que l'on peut considérer comme ayant aidé à produire la maladie, pourront contribuer à la guérison, la favoriser, l'accélérer; mais seuls, ces moyens hygiéniques ne suffiront pas, et si on n'y ajoute le fer, ils resteront, sauf quelques cas exceptionnels, sans efficacité.

Le quinquina a été et est encore bien souvent employé contre la chlorose; c'est un des moyens sur lesquels on insiste le plus; et cependant, à notre avis, c'est un des plus inutiles contre cette affection.

Pour nous résumer, le traitement de la chlorose consiste : 1° dans l'emploi des ferrugineux. Ensuite et sur un plan plus secondaire : 2° les modifications qu'on peut imprimer au moral des jeunes malades. 3° Les influences hygiéniques relatives à l'habitation, l'aération et l'alimentation.

Dans l'anémie, en est-il ainsi? Non certes, et la thérapeutique de cet état morbide repose sur de tout autres bases que celles de la chlorose. Ainsi, dans l'anémie, la première indication à remplir, c'est la soustraction ou la destruction de la cause qui l'a produite. Or le caractère de l'anémie, c'est que cette cause est toujours connue. De deux choses l'une, ou cette cause ne peut être soustraite ou détruite, c'est une maladie incurable par exemple; en pareil cas, l'anémie est incurable elle-même, et on ne peut que la diminuer plus ou moins. Ou bien cette cause peut être plus ou moins facile à détruire, c'est une hémorrhagie, un flux, une diarrhée, un catarrhe de l'utérus; en pareil cas, la première chose à faire, nous allions presque dire tout le traitement consiste dans la soustraction de cette cause. Concluons donc que la base du traitement de l'anémie, c'est la destruction, ou tout au moins l'atténuation, la diminution de la cause qui l'a produite.

Il est quelques-uns de ces états morbides dans lesquels la soustraction de la cause suffit seule pour la guérison. Ainsi l'alimentation insuffisante, les catarrhes utérins. Dans ce dernier cas, il existe pendant presque toute la durée de la maladie un bruit de souffle au cœur, symptomatique de l'altération du sang qui constitue l'anémie. Bien souvent on s'acharne en quelque sorte à combattre ce bruit de souffle, cette anémie, par les ferrugineux, et on s'étonne de n'arriver à aucun résultat. Tandis, au contraire, qu'une fois le catarrhe guéri, on voit, au bout de quelques jours, le bruit de souffle disparaître spontanément.

Une fois cette base du traitement de l'anémie adoptée, et elle n'est pas, ainsi que nous l'avons dit, toujours praticable; il n'en faut pas moins arriver aux autres agents thérapeutiques. Eh bien! c'est là une différence principale de l'anémie et de la chlorose. Ainsi le fer, par exemple, qui joue un rôle si capital dans le traitement de cette dernière affection, n'en remplit qu'un tout à fait secondaire dans celui de l'anémie. Nous ne prétendons pas nier que, dans quelques cas d'anémies symptomatiques, d'hémorrhagies considérables, les ferrugineux n'aient absolument aucune utilité, mais cette utilité est secondaire, et elle cède le pas aux agents hygiéniques.

Dans l'anémie symptomatique, en effet, c'est l'hygiène qui joue un grand rôle, le rôle principal, après la destruction de la cause, ou lorsque cette cause ne peut être détruite. L'habitation dans un air pur, salubre, située à une élévation suffisante, le séjour à la campagne, une alimentation tonique, l'usage de viandes rôties, de bouillons, de consommés, de vins généreux, un exercice convenable, un sommeil suffisamment prolongé, un état moral satisfaisant, voilà surtout les conditions hygiéniques qui aideront puissamment au traitement de l'anémie.

Le quinquina, que nous avons vu si inutile dans la chlorose, réussit au contraire beaucoup mieux dans l'anémie. Cela tient à ce que cet agent thérapeutique agit surtout sur l'albumine du sang plutôt que sur les globules, et que l'albumine du sang nullement diminuée dans la chlorose, l'est au contraire toujours un peu dans l'anémie.

Résumons le traitement de l'anémie, et ce résumé, comparé à celui que nous avons présenté pour la chlorose, montrera les principales différences.

1° Soustraction, destruction ou atténuation de la cause toujours connue de l'anémie, lorsque toutefois cela est possible. Et sur un plan secondaire : 2° l'hygiène, 3° le quinquina, 4° le fer, seulement, dans quelques cas exceptionnels, et en particulier dans les anémies qui se développent à la suite des grandes hémorrhagies.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'ENTORSE DU PIED ET DE SON TRAITEMENT CURATIF (mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 24 mai 1852); par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES. — Si nous pouvons avancer, avec certitude de ne pas nous tromper, que les amputations de la jambe proviennent trois fois sur quatre d'entorses dégénérées; si d'une autre part nous parvenons à démontrer que ces terribles mutilations peuvent être conjurées par un traitement simple, facile, infaillible à notre sens, mais non encore généralisé, on comprendra pourquoi nous nous sommes décidé à porter devant l'Académie des sciences une question qui aurait pour résultat de réduire de quatre à une les amputations de jambe.

Que chaque praticien publie le relevé des amputations par lui faites à la suite d'entorses, et force sera de reconnaître l'imperfection des traitements ayant pour base les sangsues et les cataplasmes. Sur un chiffre de 78 amputations de jambe ou du pied en totalité, composant notre propre statistique, non compris celles que nous avons pratiquées dans les ambulances pour blessures de guerre, 60 avaient pour origine une entorse, 18 seulement étaient étrangères à cette cause. Et tandis que des faits si intéressants passaient pour ainsi dire inaperçus dans la science, ils attiraient vivement l'attention du conseil d'État, auquel incombe l'examen des pensions de retraite des militaires amputés.

En effet, dès 1848, le conseil d'État adressait au ministre de la guerre une lettre contenant les réflexions suivantes : « En de nombreuses circonstances, les entorses éprouvées dans des événements de guerre, ou dans » un service commandé, entorses qui, dans les premiers moments, avaient » paru n'avoir que peu de gravité, ont plus tard nécessité un long séjour » dans les hôpitaux, et enfin rendu nécessaire de recourir à l'amputation » d'un membre pour conserver la vie des militaires qui les avaient éprou- » vées, et les documents produits ont fait connaître que dans la plupart des

---

Schneider. Mais on lui pardonnera cette faute, si l'on songe que beaucoup d'anatomistes de la même époque sont encore plus arriérés que lui, et continuent à croire que l'air entre dans le cerveau par le nez. Je donne en témoignage cette phrase de Thomas Bartholin qui est cependant un très-bon anatomiste de ce temps.... *Nasus est ut per eum aër intret usque ad cerebrum pro spirituum animalium necessitate.*

Quelle est donc la vraie source des esprits? Voici la réponse de Willis : Du sang qui est envoyé au cerveau, la partie la plus grossière et la plus épaisse est reprise par les veines; la plus subtile éprouve dans les filières de la substance cérébrale une sorte de fermentation et de distillation *comme dans un alambic et se change en esprits.* Ceux-ci sont comme des atomes ou des particules subtiles, liées entre elles, enchaînées dans un certain ordre... *Velut atomi seu particulæ subtiles sibi mutuo adhærentes et concatenatæ sub certà specie configurantur.* (ANAT. CEREB., cap. XIX). L'essence de l'âme sensitive consiste dans leur arrangement et leur *diastase* (*sic*); et les facultés de cette âme résultent de leur *mathématique* variée et de leur *gesticulation.... Istius animæ facultates ob eorumdem varia spirituum mathematesi et gesticulatione dependent.* (Id. cap. XIX.)

Alors on peut demander d'où vient au sang le principe des esprits. La réponse à cette autre question est dans le traité placé sous le titre bizarre DE SANGUINIS INCALESCENTIA, SIVE ACCESSIONE, *de l'incalescence ou de l'embrasement du sang.* Dans cette dissertation curieuse et fort remarquable, l'auteur établit que l'âme corporelle (*l'âme sensitive ou des bêtes* ou de la vie) est inhérente au sang.... *At vero licet animam corpoream sanguini inhærere, haud tamen huic adæquatam et limitatam esse....* La cause qui donne au sang la vie, la chaleur et la flamme (*ignem sive flammam vitalem*) vient de l'air, des particules nitrées et sulfureuses de l'air, particules nitrées que le sang puise aux poumons, dans les divisions bronchiques, et qui le transforment de noir en rouge; car, dit-il, le sang envoyé noir aux poumons par le cœur droit *devient rouge aussitôt* qu'il a reçu les particules nitrées et soufrées de l'air; et après avoir été distribué aux organes, il revient par les veines avec moins de chaleur et de qualité nutritive, ralenti et presque éteint, pour puiser une seconde fois dans les poumons une nouvelle source de chaleur et de vie. Or c'est de ce sang parvenu au cerveau, où il circule dans des vaisseaux très-déliés, afin de ne pas y développer une trop grande chaleur, que sont extraites les particules, qui, élaborées et distillées par la substance cérébrale, deviennent les esprits animaux.

L'élément essentiel qui sert à former les esprits est donc pris à l'air, et je pense que l'on aura remarqué ci-dessus la théorie anticipée et assez satisfaisante de la respiration. Mettez l'oxygène à la place de l'air nitré, et vous aurez presque fidèlement les idées modernes sur la respiration. Probablement Willis a emprunté un peu à Mayow qui avait écrit sa dissertation sur le *sel nitro-aérien*, en 1669 (Oxford); mais il faut au moins lui laisser la pensée heureuse de rattacher la chaleur du sang à la partie chimique de l'acte respiratoire. Pourquoi faut-il qu'il ait mêlé à ces conceptions hardies et pleines d'intérêt, d'autres conceptions bizarres sur l'embrasement et l'effervescence du sang, sur les particules des esprits qui sont toujours dilatées, tendent à se vaporiser et tiennent dans une fermentation continue les autres parties plus épaisses du sang? De façon que si une partie hétérogène à ce liquide vient à être mêlée à lui, les esprits troublés

» cas, ces militaires n'avaient point été aussitôt après l'accident transportés dans les infirmeries, ou qu'ils avaient trop promptement repris leur service.

» Ces fâcheux résultats ont le double et regrettable effet d'affaiblir l'armée et de grever le trésor de l'État de pensions auxquelles l'impossibilité où sont les militaires de pourvoir à leur subsistance, leur ouvre des droits. »

Saisi à son tour par le ministre de la guerre de l'examen de cette importante question, le conseil de santé des armées s'empressa de rappeler aux chirurgiens militaires les moyens de traitement consacrés par l'expérience, et, disons-le, sans que les sages conseils donnés aient produit tous les bons effets qu'on pouvaient en attendre.

Appelé, en effet, chaque jour à examiner les dossiers des militaires proposés pour des retraites, nous avons acquis la certitude que les amputations de jambe continuent à provenir, presque toutes, d'entorses du pied. Il en sera malheureusement ainsi tant que les sangsues et les cataplasmes, qui devraient être à tout jamais proscrits du traitement de l'entorse, n'auront pas fait place à la médication basée sur le froid prolongé pendant plusieurs jours jusqu'à l'anéantissement total de l'inflammation, et sur l'immobilité absolue des surfaces articulaires.

Lors de notre inspection médicale, toute récente, du nord et de l'est de la France, nous avons acquis la conviction que nos doctrines sont loin d'être suivies par tous les praticiens des hôpitaux civils et militaires. Que si certains chirurgiens essayent d'employer l'eau froide, ils manquent le plus souvent de méthode, et leurs tâtonnements sont alors plus nuisibles qu'utiles.

C'est sur nous-même, à la suite d'une entorse à Alger, en 1830, que nous avons expérimenté pour la première fois l'eau froide continuée pendant plusieurs jours. Jusque-là les auteurs les plus hardis n'en conseillaient la durée que pendant une ou deux heures, encore avec beaucoup de restrictions. Nous en avons éprouvé un bien extrême, et depuis lors nous l'avons employée par centaines de fois avec tant de succès que pas une seule des entorses ainsi traitées n'a abouti à l'amputation.

La méthode curative de l'entorse, nous n'avons cessé de la propager par nos écrits, par notre enseignement clinique; en la livrant de nouveau à la publicité, nous cédons à la conviction de faire une chose bonne et utile.

Du traitement de l'entorse. — Avant d'aborder le traitement de l'entorse, en vue duquel ce travail a été entrepris, il nous a paru opportun de préluder par une exposition rapide des causes, de la marche, des altérations pathologiques de cette lésion.

Et d'abord qu'est-ce qu'une entorse?

Définition. — On appelle entorse un déplacement partiel, brusque, momentané, des surfaces articulaires, constituant, comme l'a dit Ambroise Paré, le premier degré de la luxation; les entorses sont rangées, selon leur fréquence, dans l'ordre suivant : entorses tibio-tarsienne, radio-carpienne, tarso-métatarsienne, tibio-fémorale, huméro-cubitale, coxo-fémorale, etc.

Causes. — L'entorse tibio-tarsienne, qui seule doit nous occuper, reconnaît pour cause de sa fréquence plus grande, les efforts supportés par l'articulation de ce nom pendant la marche et la station; la conformation du pied dont le bord interne éloigné du sol tend sans cesse à s'en rapprocher et à faire tourner le pied en dedans; les chutes sur les pieds et surtout les faux pas sur un sol inégal, par l'exagération d'un mouvement naturel, *adduction*, *abduction*, et plus rarement *extension* ou *flexion*. Certains vices de conformation : pieds plats, volume exagéré des extrémités articulaires entraînant un relâchement des ligaments, constitution scrofuleuse, sont autant de causes prédisposantes. Chez quelques hommes, une disposition cambrée des membres inférieurs en dirigeant le poids du corps presque entièrement sur le bord externe du pied lui imprime une tendance à se renverser en dedans. Une conformation inverse chez la femme explique la tendance du pied à se renverser en dehors.

Anatomie pathologique. — La gravité des lésions anatomiques est en rapport avec le degré d'intensité de l'entorse. Ainsi les ligaments sont allongés, tiraillés, déchirés partiellement ou en totalité ; les surfaces articulaires peuvent être contusionnées avec rupture de la capsule synoviale ; les muscles, les tendons, les vaisseaux péri-articulaires distendus ou rompus ; le rebord de la malléole interne peut déchirer les parties molles et faire saillie au dehors, en même temps que le péroné dont la tête arc-boute contre la face externe ou calcanéenne se fracture à quatre travers de doigt au-dessus d'elle, comme nous l'avons observé tout récemment ; la voûte formée par la surface articulaire du tibia peut offrir des fentes plus ou moins prolongées et quelquefois assez loin pour détacher complétement l'une des malléoles.

Marche. — *Douleur*, *tuméfaction*, *chaleur*, *rougeur*, tel est dans son évolution l'ordre des phénomènes qui préludent à l'inflammation traumatique de l'entorse. Très-variable, *la douleur* peut aller jusqu'à la syncope. Elle appelle l'afflux du sang, *ubi dolor*, *ibi fluxus*. Le fluxus se développe graduellement; il suffit souvent de vingt-quatre heures pour que l'articulation acquière un volume énorme à la faveur duquel les saillies malléolaires cessent d'être apparentes. La *tuméfaction* trouve un élément de plus dans la rupture des vaisseaux voisins de l'articulation. Le tissu cellulaire devient le siége d'ecchymoses plus ou moins étendues, accusées par des teintes colorées en bleu, et régnant des deux côtés du pied parce que l'hémorrhagie est produite par deux causes différentes : d'une part, par la distension jusqu'à rupture des petits vaisseaux du côté opposé au renversement du pied ; d'une autre part, du côté de ce renversement, par une violente contusion des vaisseaux due à la rencontre brusque de l'une des malléoles contre la face externe ou interne du calcanéum. Le sang peut en outre s'épancher dans les gaînes tendineuses et dans la cavité synoviale. Du pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, l'ecchymose descend sur la face dorsale du pied et remonte plus ou moins haut vers le mollet. Au moment où une entorse se produit, les mouvements articulaires peuvent acquérir plus de liberté que dans l'état normal, à cause de la déchirure des ligaments, mais quelques instants plus tard l'engorgement survenant, les mouvements deviennent plus limités. La douleur, un instant engourdie, se réveille plus vive, la marche, si l'on a eu l'imprudence de la continuer, devient impossible. A la tuméfaction succède une *chaleur* d'autant plus forte que l'entorse a été plus violente, puis apparaît à la peau une *rougeur* d'une teinte variable, quand surtout il y a une forte ecchymose. La rougeur et la chaleur s'accompagnent souvent d'une dilatation très-apparente des veines de la région dorsale du pied. Ces phénomènes annoncent toujours une vive réaction inflammatoire qui bientôt se convertit en une arthrite traumatique aiguë.

Pronostic. — Quand l'entorse est légère, le pronostic ne devrait pas être grave ; la douleur s'apaise, le gonflement tombe, la rougeur disparaît, l'inflammation cesse et les mouvements articulaires redeviennent faciles ; mais il n'en est pas toujours ainsi, lors même que l'entorse est exempte de complications sérieuses. Si le traitement a été mal dirigé, si les malades ont été

élèvent une tempête, *impetum faciunt*, agitent le sang et le mettent en effervescence jusqu'à ce que la partie hétérogène et non miscible soit domptée et expulsée. « Donec quod extraneum est et non miscebile aut subigitur aut reducitur » aut foras eliminatur. » (Tract. de fermentatione.)

Les esprits, ainsi formés dans le cerveau et le cervelet, sont envoyés par les nerfs dans toutes les parties du corps. Pour cheminer de la sorte, ils ont un véhicule qui est une humeur ou une liqueur nerveuse, produite elle-même par une distillation du sang dans l'encéphale. Cette idée est probablement nouvelle encore, car je n'ai pas rencontré la mention de ce suc nerveux distinct des esprits dans les anatomistes antérieurs à Willis. Le suc nerveux, au reste, suivant notre auteur, a un autre usage que d'être le véhicule des esprits. Il sert en outre à la nutrition des parties, ainsi que le prouvent le dépérissement et l'atrophie consécutives aux paralysies. Il sert à la nutrition, mais ne la fait pas à lui seul, le sang y étant indispensable. On peut admettre que le sang contient la matière nutritive de tout le corps; mais pour que cette matière nutritive se change en nourriture, il faut l'intervention du suc nerveux, lequel agit à la manière d'un ferment spiritueux.... *tanquam fermenti spirituosi*. Ainsi il y a dans le sang de quoi faire les fibres charnues ; mais c'est du suc nerveux que dépend la configuration, la disposition et l'énergie de cette fibre charnue. Il y a par conséquent deux offices dans la nutrition. Le sang fournit la matière générale, puis une certaine action choisit entre les particules épaisses, ténues, salines, sulfureuses, sorte d'action directrice ou plastique, *sive plastica*. Or le sang privé d'esprit animal n'a point ce second office; c'est le suc nerveux doué d'esprit animal qui le remplit... *Succum spiritu animali dotatum*. Le sang donne la matière de la nutrition; le suc nerveux donne la *forme*. Ce dernier mot est employé dans le sens d'Aristote.

En résumé, la vie peut être considérée comme faite de deux parties : l'une qui est dans le sang et est une sorte de *flamme* et de *feu*, « non pas une flamme » qui brille ou qui brûle comme une flamme ordinaire, mais qui donne une » chaleur bienfaisante comme la chaleur d'un bain-marie ; » l'autre, fournie par l'intervention du cerveau et des nerfs et qui consiste dans les esprits animaux et le suc nerveux ; ce second *membre de la vie* (les esprits et le suc nerveux) représente les rayons lumineux de la flamme du sang. Distillés par le cerveau, puis recueillis et rassemblés dans sa substance, comme par des verres grossissants, ils vont par les nerfs, mille fois réfléchis et réfractés, produire toutes les actions animales. Dans leur parcours, ils se pressent « à la manière d'une » cohorte de soldats rangés en un ordre parfait, » et tantôt marchent de l'extérieur au dedans pour le service des sensations, tantôt du dedans au dehors pour faire naître les mouvements. Pour le sentiment, les esprits se rétractent et refluent vers le cerveau qui est leur source ; pour le mouvement, ils s'échappent de lui par émanation, d'où il résulte que l'âme se relâche ou se contracte, selon qu'elle veut produire le mouvement ou qu'elle reçoit la sensation. (De anim. brut., cap. iv, et De anat. cereb., cap. xi.)

Peut-être, mon ami, j'abuse de votre patience, et j'oublie que toutes ces vieilles choses n'ont de prix que pour celui qui les a trouvées à grand'peine enfouies et mêlées à des divagations confuses. J'abrége donc sur ce point, et après cette exposition des esprits je passe à un autre sujet, la question des âmes, qui, vous vous le rappelez, suit toujours celle des esprits.

indociles, s'ils ont marché trop tôt, la lésion peut aboutir, et elle aboutit en effet quelquefois à une altération assez profonde pour entraîner l'amputation.

Une entorse est-elle violente? est-elle compliquée? le malade est-il lymphatique, scrofuleux? Le pronostic devient plus grave. Voici comment procèdent, dans leur évolution, les phénomènes qui, de proche en proche, conduisent finalement à l'amputation. Le malade se croit guéri, il ne conserve, dit-il, qu'un peu de faiblesse dans le pied. Le soir, surtout, quand il a marché plus que d'habitude, il remarque bien autour des malléoles une tuméfaction notable, quelquefois molle, avec œdème, quelquefois plus ferme, quelquefois avec excès de chaleur. Il ne s'en préoccupe pas, parce qu'elle disparaît avec le repos de la nuit. Les premiers mouvements qu'il exécute au saut du lit, réveillent encore quelques douleurs; mais elles ne sont que passagères, elles se dissipent par l'exercice; d'où il conclut que l'exercice, loin d'être nuisible, est avantageux. Plus tard, la subinflammation dont l'articulation tibio-tarsienne est le siége développe peu à peu une hypertrophie des os, avec dépôt dans les parties molles de sécrétions plastiques; la tuméfaction, de passagère devient permanente, entretenue qu'elle est par la formation d'une tumeur blanche. Viennent ensuite : ramollissement des cartilages; carie; suppuration extra et même intra-articulaire; collections purulentes avec exaspération des phénomènes locaux, avec fièvre, perte d'appétit, privation de sommeil.

Les incisions faites pour donner issue au pus des foyers purulents se convertissent en plaies fistuleuses, et tant que les fistu'es restent ouvertes, les accidents précités se calment pour renaître avec le retour périodique de collections purulentes nouvelles quand elles se ferment. Ces abcès à éclipses, entretenus par la carie, finissent par épuiser le malade, si bien que l'amputation ne tarde pas à apparaître comme la dernière ressource.

La marche des accidents est d'ailleurs très-variable; elle peut être lente, insidieuse, n'aboutir à l'amputation qu'après plusieurs années. Malheur à qui s'endort dans une sécurité trompeuse et traite avec une légèreté dont il sera la victime toute entorse qui n'aura pas cédé complétement dans le délai d'un mois à six semaines.

On ne saurait, en effet, trop insister sur le danger d'une entorse négligée. Elle prédispose à des entorses nouvelles, en laissant fréquemment dans les articulations, comme le dit notre savant collègue M. Bégin, le germe d'inflammations désorganisatrices incurables.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'entorse repose sur deux indications fondamentales : 1° *prévenir* ou combattre l'inflammation; 2° *obtenir* l'immobilité des surfaces articulaires.

PREMIÈRE PÉRIODE : *Prévenir ou combattre l'inflammation.* — Rappelons d'abord l'ordre dans lequel se développent les phénomènes consécutifs à une entorse.

Le premier phénomène observé, avons-nous dit, c'est la douleur, cette épine métaphysique qui attire le fluxus d'où découlent les autres phénomènes précurseurs de l'inflammation traumatique. Donc c'est la souffrance qu'il faut commencer par apaiser, anéantir même. Par quels moyens? A l'aide de sangsues? Non. Leur piqûre stimule la douleur au lieu de la calmer; elle active le fluxus, la congestion, avec d'autant plus de force qu'il faut recourir au chaud (fomentations, cataplasmes) pour favoriser l'écoulement sanguin. A l'aide d'opiacés? l'acuité du mal se montrerait rebelle à ces agents thérapeutiques. A l'aide des émollients? des cataplasmes? C'est ici que nous ne saurions trop déplorer avec quelle facilité une foule de chirurgiens abusent de cette médication aussi fatale qu'elle est banale. Un accident survient-il? un cataplasme, toujours un cataplasme; et la mère de famille le sait si bien qu'elle l'applique elle-même avant l'arrivée du médecin. Depuis plus de vingt années, nous avons banni de notre pratique le cataplasme. Toutes les lésions provenant de cause traumatique, nous les traitons par les réfrigérants, et le succès a dépassé notre attente à ce point, que nous avons l'intime conviction que cette médication finira par triompher, parce que la vérité doit, de son essence, détruire les préjugés, même les plus enracinés. Voyons. Une lésion par cause traumatique étant donnée, une entorse, et un cataplasme chaud étant appliqué, est-ce que la douleur et le fluxus, loin de se calmer, n'augmentent pas constamment? Et si l'on continue l'emploi du cataplasme, est-il au moins, plus tard, de quelque utilité? Voyons encore. Loin de là, quand l'inflammation aiguë est tombée, le pied qui a macéré dans le cataplasme devient œdémateux, privé de ton, prédisposé à la tumeur blanche. Faudra-t-il recourir au froid? Oui, car le froid c'est le sédatif de la douleur par excellence, en même temps qu'il exerce sur les vaisseaux capillaires une salutaire astriction.

A l'article *Entorse*, du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES, publié en 1840, on lit ce qui suit : « Pour prévenir les douleurs, M. Baudens fait » plonger le pied dans un baquet d'eau froide, en recommandant aux ma» lades de ne le retirer que lorsqu'ils ne sentiront plus la nécessité de le » conserver dans l'eau froide. En effet, quand, retiré de l'eau, le pied ne » s'échauffe plus et ne tend plus à se tuméfier, quand enfin il ne devient » plus le siége de douleurs, le moment est venu de le laisser à l'air. Il est » à noter, ajoute M. Baudens, que les malades ne discontinuent jamais ce » moyen, dont ils se trouvent souverainement bien, qu'après cinq à six » jours; quelquefois, dans les cas d'entorses graves, ils y ont recours » pendant douze jours, avec une persévérance instinctive bien remar» quable. »

L'application de l'eau froide au traitement de l'entorse n'est assurément pas chose nouvelle; mais ce qui fait l'originalité de notre méthode, ce qui nous l'approprie essentiellement, c'est que l'eau froide à elle seule constitue le fond du traitement; c'est la durée pendant laquelle nous nous servons de ce puissant agent; c'est la manière dont nous l'employons; c'est d'avoir écarté les dangers dont les auteurs la prétendent entourée, répercussions, gangrène, etc., etc. Que si, en effet, nous interrogeons les auteurs sur l'emploi du froid, Larrey, notre illustre maître, répond qu'il expose le membre à être frappé de gangrène ou de sphacèle, surtout si l'accident date de quelques heures, si la chaleur et l'engorgement se sont développés dans l'articulation, et si l'on se trouve dans une saison froide. (CLINIQUE CHIRURGICALE, t. III, p. 289.)

D'après Boyer, l'eau froide, pendant plusieurs heures, convient quand l'entorse est légère et vient d'avoir lieu. Mais si on n'a pu l'employer sur-le-champ, et si l'entorse est grave, il faut saigner le malade et appliquer sur la partie affectée des topiques émollients, anodins, il faut ajouter à l'eau froide de l'acétate de plomb. Il est dangereux, ajoute-t-il, de l'employer chez les femmes réglées ou sur le point de l'être, et chez les personnes délicates ou sujettes à l'hémoptysie. (MALADIES CHIRURGICALES, t. IV, p. 12.)

A la page 517 du tome VI du DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DES SCIENCES MÉDICALES, il est dit : « L'immersion du pied, dans un grand vase rempli d'eau froide, doit être prolongée pendant *deux ou trois heures*. Il faut re-

---

Willis admet deux âmes seulement : l'âme raisonnable et celle des bêtes, laquelle, dit-il, est commune à l'homme et aux animaux supérieurs. A cette dernière il consacre un savant traité DE ANIMA BRUTORUM, dont la première partie expose toutes les fonctions et la seconde toutes les maladies du cerveau. Par conséquent cette âme est à proprement parler l'action cérébrale elle-même, et représente, en la circonscrivant dans ses caractères anatomiques et physiologiques, l'ancienne âme *sensitive*. Aucune autre âme de la vie n'existe pour Willis. La *végétative* a disparu et n'est pas même rappelée, ce qui prouve, suivant ce que j'ai fait pressentir à la fin de ma dernière lettre, que plus les esprits prennent de l'extension plus ils empiètent sur les âmes. Jamais les esprits n'ont eu autant de pouvoir et d'habileté que chez Willis, et voilà pourquoi, dans sa doctrine, ils ont détrôné et absorbé l'âme végétative; celle *des brutes* reste donc seule pour représenter la vie, et afin de ne pas laisser de doute sur le sens de sa pensée notre auteur la nomme *vitale* dans le second titre de son traité : DE ANIMA BRUTORUM, QUÆ HOMINIS VITALIS AC SENSITIVA EST.

Cette nouvelle situation faite aux âmes est digne d'être remarquée. Des quatre qu'Aristote avait accordées à la vie, une seule persiste et persistera désormais en physiologie jusqu'à l'époque où, pour la sauver du naufrage qui a englouti les autres, il sera nécessaire ou prudent de la déguiser sous un nom nouveau. Mais avant de continuer la suite de son histoire, avant d'indiquer en termes plus précis ce qu'en pense Willis, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur une question plus générale qui domine la question particulière. Je prie que l'on ne m'accuse pas ici de sortir des limites de mon sujet. Nous sommes au dix-septième siècle. Ce qui concerne la vie et les âmes n'appartient pas seulement aux physiologistes, tous les savants s'en préoccupent, et surtout cette classe d'hommes élevés qui, comme au temps de la philosophie antique, embrassaient la totalité des sciences. Alors les philosophes comprenaient dans leur étude la nature entière, et les physiologistes loin d'avoir mauvaise grâce, comme aujourd'hui, à parler de métaphysique, se faisaient un devoir et une émulation d'entrer dans le courant général.

Pendant le règne de la scolastique, la religion seule avait élevé la voix, à côté de la médecine, dans la question des âmes. Soumise ordinairement aux opinions d'Aristote, elle ne rejeta point les âmes de la vie, mais demanda une place à part pour celle de l'homme et de la raison. Nous avons vu comment A. Paré avait satisfait à cette demande avec la physiologie de son temps.

Lorsque la philosophie commença à sortir de ses langes, elle voulut intervenir aussi, et se rangea du côté de la religion. Le chancelier Bacon, qui avait bien le droit de la représenter, se chargea de formuler pour la physiologie ce qu'elle devait admettre. « Il y a, dit-il, en l'homme, deux âmes, l'une de la vie » ou du corps, âme sensible, l'autre rationnelle. La première est commune à » l'homme et aux bêtes, la seconde est propre à l'homme. La première est un » produit du limon de la terre, la seconde vient directement du souffle de Dieu.» (DIGNITÉ ET ACCR. DES SCIENC., liv. 4, chap. 3, p. 120. édit. Buchon.) « L'âme sen» sible ou des bêtes doit être regardée comme une substance tout à fait cor» porelle, substance atténuée par la chaleur et rendue invisible par cette at» ténuation : un fluide tenant de la nature de l'air et de celle de la flamme, » doué de la souplesse de l'air pour recevoir des impressions, et de l'activité » du feu pour darder son action, nourri en partie de substances huileuses, en

nouveler l'eau à mesure qu'elle s'échauffe, ou y ajouter incessamment de nouvelles quantités de glace. »

MM. Roche et Sanson (PATHOLOGIE CHIRURGICALE, t. IV) conseillent l'immersion du pied, pendant plusieurs heures, dans de l'eau froide, au moment même où une entorse est produite ; plus tard ce moyen, disent-ils, ne convient plus, il vaut mieux recourir aux saignées générales et locales, qu'on peut aussi employer dès le début.

Lisfranc pensait que l'eau froide peut avoir des inconvénients chez les personnes disposées à la phthisie, et chez les individus très-nerveux; il prescrivait de ne l'employer que dans l'entorse récente, et pendant cinq à six heures seulement. (GAZ. DES HÔP., 1844, n° 120.)

En 1842, l'un des chirurgiens militaires les plus instruits, M. Poullain, après avoir pris connaissance de nos travaux, ainsi qu'il le dit lui-même, publia, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON, un remarquable mémoire sur le traitement de l'entorse par le bain de pied froid. Ce moyen doit, dit-il, être employé immédiatement après l'accident. Trois, quatre, six et même douze heures plus tard, on peut encore y recourir, mais avec moins de chances de succès. Le malade doit garder son pied dans l'eau une demi-journée ou même une journée entière. Il affirme, ce qui est tout à fait contraire à notre observation, que l'immersion du pied dans l'eau froide est suivie pendant les premières heures d'une augmentation de douleur, souvent difficile à supporter par les malades.

Des citations empruntées aux sources ci-dessus relatées, il faudrait conclure :

1° Que le froid donne lieu à de fâcheuses répercussions chez les personnes nerveuses ou à poitrine délicate, ou disposées à la phthisie, et chez les femmes menstruées ou sur le point de l'être;

2° Que, jugé opportun pour combattre l'entorse à son début, le froid pourrait plus tard être dangereux, quand l'inflammation a eu le temps de se développer;

3° Qu'avant nous, l'immersion du pied dans l'eau froide n'a été conseillée que pour une durée n'excédant pas quelques heures, et que depuis nos travaux, ce nombre d'heures n'a été élevé, au maximum, qu'à vingt-quatre heures;

4° Qu'on a accusé l'eau froide de pouvoir déterminer la gangrène ;

5° D'occasionner une douleur très-vive pendant la première heure qui soit son application.

Quelques-unes de ces conclusions étant en désaccord avec les faits puisés dans notre pratique, il convient de les discuter les unes après les autres.

A. *Répercussions.* Comme la glace, que depuis tant d'années nous employons avec succès pour combattre toutes les lésions par cause traumatique, l'eau froide a été mal comprise dans ses effets thérapeutiques. Malgré tout ce que nous avons écrit, on semble ignorer encore que le froid agit en soutirant de la partie lésée un excès de chaleur que nous appelons calorique morbide, par opposition au calorique normal; que l'intensité du froid, eau froide à degrés variables, glace avec ou sans sel marin, doit être en rapport d'équilibre avec la somme du calorique morbide produit; que le froid n'expose à aucun danger, tant qu'il ne soustrait que du calorique morbide à l'exclusion du calorique normal.

Or si le calorique normal ne perd rien, si, comme cela a lieu en effet, le calorique morbide lui-même n'est pas enlevé en totalité par le froid au fur et à mesure qu'il se dégage, il faut bien admettre que la partie lésée conserve encore malgré les réfrigérants un excès de chaleur. S'il y a excès de chaleur, que devient la crainte concernant les répercussions chez les personnes nerveuses où à poitrine délicate ou disposées à la phthisie et chez les femmes menstruées ou sur le point de l'être? Il y a excès de chaleur, car les malades atteints d'entorse et dont le pied plonge dans un bain d'eau froide, tout aussi bien que ceux dont les membres atteints de lésion traumatique sont frappés à la glace, déclarent éprouver une vive sensation de chaleur tempérée par le froid, il est vrai, mais néamoins plus forte encore dans le membre soomis à son action que dans celui qui lui est soustrait.

Il y a quelques mois, j'ai été appelé auprès d'une femme atteinte d'une entorse depuis vingt-quatre heures. La frayeur et la douleur avaient supprimé les menstrues. Le pied fut mis à demeure dans un baquet d'eau froide, et après trente-six heures de repos et de calme obtenus par ce moyen, les règles reparurent naturellement. Il y a quelques années, on m'apporta au Val-de-Grâce un garde municipal sujet aux hémoptysies et qui venait d'éprouver une fracture des os de la jambe droite avec issue des fragments du tibia. J'eus recours à la glace pendant douze jours de suite. Quoique le malade crachât du sang en abondance, il guérit sans que la glace ait apporté la moindre perturbation dans les accidents du côté de la poitrine. Je possède un grand nombre de faits analogues et de nature à démontrer le peu de fondement des craintes relativement à la répercussion. La glace se réchauffe, me disait il y a quelques jours M. de Sancy, dont les deux mains étaient entourées de morceaux de glace par suite d'un coup de feu, faisant allusion à la persistance de la chaleur, malgré la médication par le froid.

B. *Époque de l'application du froid.* C'est une grande erreur de croire que le froid ne convient qu'au début d'une entorse. Je compte par centaines les cas où je l'ai appliqué après plusieurs jours d'invasion, et même dans l'entorse chronique. Toutes les fois qu'il y avait du calorique morbide à soustraire, j'y ai eu recours, et toujours le succès a répondu à mon attente; ce qui n'empêche pas de dire que le moment le plus rapproché de l'accident doit toujours être préféré, attendu que le temps perdu porte préjudice et que s'opposer, dès l'origine, au développement des accidents traumatiques, c'est abréger d'autant la durée du traitement.

C. *Durée de l'application.* Ici, rien d'arrêté à l'avance, rien d'absolu; la durée est subordonnée à l'intensité du foyer traumatique. L'eau froide doit être continuée tant qu'il y a du feu à éteindre, tant que le calorique morbide se renouvelle et jusqu'à ce qu'il n'y ait plus que du calorique normal. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide à la sensation agréable, bienfaisante, que lui procure le froid. Il juge, à ne pas s'y méprendre, que le froid agit sur du calorique normal, quand au sentiment de bien-être, de soulagement, succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord, douloureux ensuite. Dès ce moment, le pied cesse de conserver un excès de chaleur, sa température a baissé. Comparée à celle du pied opposé, elle est moins élevée.

Le moment est venu de supprimer le froid, dont la prolongation varie, d'ailleurs, on le conçoit, en raison du degré de gravité de l'entorse. Est-elle légère? une durée de quarante-huit heures, rarement moins, suffira. Est-elle grave? une durée de huit jours et même plus pourra être exigée. Est-elle compliquée de fracture? l'eau froide devenue insuffisante devra être remplacée par la glace, avec ou sans sel marin, selon le degré de la lésion. Nous disons aux malades : *Tant que vous éprouvez de l'eau froide du*

» partie de substances aqueuses, caché sous l'enveloppe du corps, ayant chez » les animaux parfaits son principal siége dans la tête, parcourant les nerfs et » réparant ses pertes à l'aide d'un sang spiritueux que fournissent les artères. »

Plus loin, Bacon ajoute « que l'âme commune à l'homme et aux bêtes est » l'âme principale pour elles, et que leur corps est son organe : au lieu que, » dans l'homme, elle n'est plus qu'un organe de l'âme rationnelle. Quant à » cette dernière, on devrait plutôt la designer par le nom d'*esprit* que par celui » d'*âme*. » On voit dans ces passages l'empreinte de la physiologie du temps, et de fait, sur un tel sujet, Bacon n'en savait pas moins que les médecins eux-mêmes. La distinction et la définition précédentes devinrent une loi, précisément parce qu'on y retrouvait ce que exigeait la philosophie, c'est-à-dire l'immatérialité de l'âme humaine, d'une autre part les théories que possédait la médecine.

Ce système mixte qui, tout en réduisant à une seule les âmes vitales d'Aristote, conservait nettement la pensée d'une âme pour la vie, fut adopté par Gassendi (voyez : QUID SIT ANIMA BRUTORUM? Opera t. II, cap. III. p. 250); et ainsi soutenu par ces deux grandes autorités, il passa dans la physiologie. Les idées de Willis sont entièrement calquées sur ce modèle. Willis avait lu Gassendi, dont il donne plusieurs extraits par où il montre sa filiation en philosophie. Il n'ignorait pas non plus l'accord qui était consenti avec l'Église; car dans la préface de son traité de l'âme des bêtes, il va au-devant des objections, et met sa foi à couvert en disant que s'il va parler d'une âme matérielle, il entend celle des brutes et non celle qui est immortelle en l'homme. Il fut donc cu médecine l'expression franche de l'accord conclu sur la question des âmes, entre la physiologie, la religion et la philosophie.

— L'origine des idées de Willis ainsi expliquée, je vais épuiser mon analyse sur lui, avant de poursuivre ma digression. Son âme des bêtes est donc corporelle et matérielle. Elle comprend les sensations, l'imagination ou faculté de recevoir des images, la mémoire et en un mot les actions cérébrales. Les facultés élevées de l'esprit doivent seules en être exclues. Après avoir examiné tout ce que l'auteur y renferme, il est aisé de voir qu'il serait embarrassé pour établir une démarcation dans le domaine respectif de ses deux âmes; mais, son point de vue accepté, il expose habilement les fonctions du cerveau, et n'oublie pas surtout de faire cadrer sa théorie de l'âme corporelle avec ses théories sur le sang et la fermentation.

Cette âme, dit-il, existe avant les organes du corps. Elle est alors sous forme d'un rassemblement d'esprits ou d'atomes subtils, on d'une ombre d'âme non allumée encore dans l'humeur séminale. Et lorsqu'un foyer lui est donné par la génération, dans le sein maternel, elle emprunte la flamme du sang, et façonne tous les organes. (Cap. V.) Elle forme le corps qui sera son domicile, et ensuite elle rend ce corps propre à tous les usages généraux et particuliers qu'il doit remplir. (Cap. II.) — Elle est composée de deux parties ou *membres*, l'une qui est dans le sang et qui est *un feu* ou *une flamme*; l'autre qui est dans le suc nerveux et les esprits animaux, et qui est une *lumière radieuse*. (Cap. IV.) A la mort, les particules qui la composent se désagrègent, se dissipent, sans laisser aucune trace, tandis que le corps abandonné par elle tend vers la cor-

bien-être, persistez. Seuls ils sont juges de la durée de l'immersion. Leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne les trompent jamais. Quand on présume que l'eau froide a fait son temps, on la supprime graduellement. On place sur le lit une toile cirée, sur laquelle le malade met son pied retiré de l'eau, tout prêt à l'y plonger de nouveau, et par intervalles, à la moindre apparence de réaction inflammatoire.

Dans un relevé statistique, dressé par notre aide de clinique au Val-de-Grâce, par M. le docteur Molard, comprenant les entorses soumises à notre traitement pendant le premier semestre de 1850, nous trouvons les documents suivants :

Sur 39 cas d'entorses,

6 malades ont conservé le pied dans l'eau 5 jours de suite et sans discontinuer ;

4 malades l'ont conservé 7 jours ;
7 malades l'ont conservé 8 jours ;
5 malades l'ont conservé 9 jours ;
8 malades l'ont conservé 10 jours ;
3 malades l'ont conservé 11 jours ;
4 malades l'ont conservé 12 jours ;
1 malade l'a conservé 14 jours ;
1 malade l'a conservé 15 jours.

Nous devons faire observer que les entorses légères étant traitées dans les infirmeries régimentaires, nous ne recevons dans les hôpitaux que des malades atteints d'entorses offrant un certain degré de gravité, et nécessitant pendant un temps assez prolongé la continuation du bain froid.

D. *Gangrène.* Nul doute que si, après avoir épuisé la source du calorique morbide, on continuait l'action du froid, des effets de congélation, susceptibles d'aller jusqu'au sphacèle, ne tarderaient pas à se manifester. Est-il nécessaire d'ajouter, d'après ce qui vient d'être exposé plus haut, que du moment où le foyer traumatique est éteint, le membre qui en était le siége cesse d'être dans des conditions exceptionnelle de résistance, et qu'il peut être atteint par la congélation aussi bien que toute autre partie du corps. La gangrène par suite de congélation est un fait acquis, incontestable, connu de tout le monde ; mais ce que tout le monde ne sait pas, c'est qu'elle ne survient jamais tant qu'il existe du calorique morbide. Le calorique morbide, nous ne l'avons pas inventé : il existe bien réellement ; notre mérite, c'est d'avoir établi une distinction entre lui et le calorique normal, c'est, après l'avoir pour ainsi dire isolé, d'avoir conseillé et trouvé le moyen de le soutirer au fur et à mesure qu'il se produit de façon à neutraliser son action comme élément essentiel de l'inflammation traumatique. Cette distinction capitale est la pierre de touche de tout traitement par les réfrigérents ; elle nous a permis de traiter depuis vingt-deux ans, nous l'avons dit, des centaines d'entorses, sans jamais avoir eu à déplorer un seul cas de gangrène, même partielle, et avec des succès si constants que ce remède nous paraît infaillible dans ce cas comme pour toutes les lésions qui ont pour origine une lésion traumatique.

Nous devons toutefois prémunir les praticiens contre un écueil possible. Il arrive que des malades pris parmi ceux surtout qui se soumettent au traitement par le froid non sans une certaine appréhension, prolongent outre mesure la durée de l'immersion, uniquement parce qu'ils en ont obtenu des effets salutaires sur lesquels ils ne comptaient pas. On reconnaît aux indices suivants que la limite thérapeutique du froid a été franchie : au bien-être jusque-là éprouvé, à la disparition graduelle de la douleur, du gonflement, de la rougeur, de la chaleur du pied actuellement décoloré, couvert de rides profondes dues à la macération, et conservant encore une chaleur à peu près normale, succède le retour de la douleur et de la tuméfaction, avec la disparition des rides ; la peau tendue se couvre d'une teinte rouge brun marbré, vergeté ; le pied privé de sa chaleur naturelle devient froid, glacé, sans ressort, lourd comme du plomb. Dès la première apparition de ces symptômes, le praticien se préoccupera fortement du danger possible de la congélation. Ces phénomènes précurseurs de la gangrène, bon nombre de soldats dont les pieds avaient séjourné plusieurs jours dans des boues glaciales, nous les ont offerts au siége de Constantine. Le retour de la douleur et de la tuméfaction pourrait faire croire à une réaction inflammatoire. On pourrait inférer de là que l'eau froide n'étant pas assez active, il convient d'y ajouter de la glace. Cet écueil, le praticien l'évitera sûrement en se rappelant que l'un des principaux signes de l'inflammation, la chaleur, fait ici complétement défaut, et quelle est remplacée par un froid local de glace. Loin d'augmenter la puissance du froid, il renoncera immédiatement à cette médication. Le pied devra être retiré sur-le-champ de l'eau. Exposé à l'air, il se réchauffera graduellement ; on l'enveloppera de compresses trempées dans une décoction de têtes de pavot et de fleurs de sureau tiède, et au bout de quelques heures tout danger sera dissipé, tout sera rentré dans l'état normal.

E. *Douleurs.* Que l'entorse soit grave ou légère, ancienne ou récente, il suffit que l'état phlegmasique existe pour que nous fassions usage du froid. Et toujours alors les réfrigérents se sont montrés très-efficaces dans notre pratique.

D'après M. Poullain, une vive douleur se produit et se prolonge pendant les premières heures de l'immersion du pied dans le bain froid ; cette assertion, opposée à notre propre observation, ne saurait être prise, à notre sens, en sérieuse considération. Que si, d'ailleurs, on redoutait l'impression brusque des réfrigérents, il serait facile d'abaisser la température graduellement et de ménager ainsi une douce transition.

Un mot sur le mode d'administration et sur les effets du pédiluve froid.

A. *Mode d'administration.* Dès que le malade atteint d'entorse est au lit, on place sur l'un des côtés une grande terrine remplie d'eau froide, élevée sur une chaise à la hauteur voulue. La hauteur doit être calculée de façon que la jambe étant pendante hors du lit, et le talon portant sur le fond du vase, la direction du membre pelvien soit aussi horizontale que possible. Pour cela, il faut que le malade se couche un peu en diagonale, et que la jambe soit maintenue à l'aide d'une cale, légèrement inclinée. On évite ainsi la compression du mollet par le rebord de ce récipient. Deux autres détails ne doivent pas être perdus de vue. L'un consiste à placer sous le talon, entre lui et le fond du vase, une grosse éponge pour prévenir à la fois une pression douloureuse, et maintenir la plante du pied en lui prêtant un point d'appui ; l'autre à soutenir, à l'aide d'un coussin, le côté externe de la cuisse pour l'empêcher de glisser hors du lit.

L'eau de fontaine ou de puits, à la température ordinaire, suffit pour les cas simples. On pourrait, s'il y avait indication, obtenir une température plus basse, par l'addition de quelques morceaux de glace. Quand l'eau se réchauffe, on la renouvelle pour la maintenir au degré où le malade en éprouve du soulagement.

Pour peu que l'entorse offre un certain degré de gravité, nous n'hésitons pas à seconder les bons effets du bain froid par une ou plusieurs sai-

ruption. — Le feu qui la constitue s'entretient par les particules nitrées et soufrées. (Cap. II.)

Peut-être voudra-t-on savoir comment Willis entend distinguer l'une de l'autre les deux âmes de l'homme, et surtout comment il parvient à séparer leurs effets et à déterminer leur influence réciproque. Mais il serait sans intérêt de le suivre sur ce terrain, dans le chap. VII de son traité, où il annonce, avec une confiance naïve, qu'il va se livrer à cette étude. Le physiologiste étrange disparaît ici pour découvrir un métaphysicien encore plus inexpérimenté. D'ailleurs cette question des rapports du physique et du moral a épuisé les efforts inutiles de bien d'autres esprits plus élevés.

Les entreprises de la philosophie ne pouvaient s'arrêter à ce que nous avons vu. Elle venait de se constituer vers 1637 (DISCOURS DE LA MÉTHODE). Elle trouvait deux âmes ayant chacune leur domaine séparé, où elles régnaient paisiblement. Il était facile de prévoir qu'une lutte allait s'élever entre elles, le jour où l'on voudrait les comparer à l'aide d'une métaphysique rigoureuse. L'âme intellectuelle avait traversé les siècles, en acquérant toujours des forces nouvelles. Celle de la vie, au contraire, avait perdu à chaque époque quelqu'un de ses anciens droits. C'était par conséquent pour cette dernière que l'on devait craindre. La lutte s'éleva et remplit presque tout le dix septième siècle, occupant les plus grands esprits de cette glorieuse époque. Je ne la retracerai pas ici tout entière, mais je dois en marquer les points principaux.

Le premier homme qui ébranla la doctrine d'Aristote, à savoir, qu'il y a dans la matière en général, et dans les corps vivants en particulier, un *principe d'action*, fut Descartes. Sa méthode le conduisait à nier ce principe. Parti du moi intérieur, comme de la seule chose qui soit active et dont l'existence soit certaine, il nie toute autre activité, et ses disciples allant jusqu'au bout dans la conséquence, doutèrent même de l'existence réelle du monde extérieur. Malebranche et Berkeley développèrent la conséquence avec tout ce qu'elle a d'extrême. L'âme étant seule active, et étant seulement ce qui pense, tout ce qui ne pense pas est matière et dépourvu d'action ou d'*efficace*. Il y a donc dans le monde deux sortes de choses : l'âme, qui est spirituelle et inétendue, et les corps, qui sont matériels et étendus. Tous les phénomènes des corps sont dus au mouvement, lequel, à l'aide de quelques lois mécaniques, accomplit tout ce qui se voit dans l'univers visible. Les plantes et les animaux sont des corps privés d'une âme spirituelle, et ne diffèrent des autres corps que par le mode d'origine qui se fait par génération. Ce qui se passe en eux est donc soumis à la loi du mouvement. Ils sont donc des machines, et Malebranche, cartésien toujours soumis, dit que « la matière subtile, qui fait dans un chien » la fermentation du sang et des esprits animaux, et qui est le principe de sa » vie, n'est pas plus parfaite que celle qui donne le mouvement au ressort des » montres, ou qui cause la pesanteur dans le poids des horloges. » (ÉCLAIRC. SUR LES RECH. DE LA VÉR.)

Les actions qui semblent faites avec réflexion chez les bêtes sont causées simplement par le jeu des esprits animaux. De même chez l'homme, tout ce qui dépend du corps, des organes, ce qui est du ressort des passions, est produit par les esprits animaux. Or, chez nous, ces esprits sont mis en mouvement par l'âme dans la glande pinéale. Chez les bêtes, ils suivent les simples lois mécaniques. — Toutes ces pensées sont trop connues pour que j'y insiste. Je me

gnées du bras et par un purgatif salin. Ces moyens généraux disposent toujours admirablement bien le malade à la médication locale.

Nous avons également pour habitude d'appliquer sur le pied avant de l'immerger, un bandage légèrement contentif, étendu de la racine des orteils à deux travers de doigt au-dessus des malléoles. Ce bandage a pour effet de favoriser la résolution et de conserver la partie dans un état de fraîcheur permanente, quand le malade vient à retirer le pied de l'eau, soit pour la renouveler, soit, plus tard, pour essayer d'en suspendre l'effet par des tâtonnements indispensables.

Mais le bandage, même légèrement contentif, présente un écueil qu'il faut signaler. Si la tuméfaction continue après son application, s'il exerce une certaine compression, surtout si celle-ci est inégalement répartie, des accidents d'étranglement peuvent survenir que tout d'abord on pourrait attribuer aux réfrigérants. On enlève la bande, on replonge le pied dans le bain froid, et bientôt tout rentre dans le calme. Malgré nos recommandations, ce bandage était souvent si défectueusement appliqué, au Val-de-Grâce, par le chirurgien de garde chargé de recevoir les entrants, que j'avais fini, quand j'étais chirurgien en chef de cet hôpital, par lui prescrire de laisser le pied libre, me réservant de poser le bandage moi-même au moment de ma visite.

Une recommandation qu'il ne faut pas manquer de faire aux malades, c'est de retirer la bande du pied dès qu'ils s'aperçoivent qu'elle comprime assez pour provoquer une douleur même légère, si elle est en même temps permanente. Je suis loin, on le voit, de partager l'opinion des chirurgiens qui conseillent de combattre les inflammations externes et celles des entorses en particulier, par la compression dès le début. Cette pratique a pu réussir, surtout si l'entorse est légère, entre les mains de chirurgiens habiles comme MM. Bégin et Velpeau ; mais tout le monde sait qu'elle est remplie de dangers, dont le moindre est d'être contraint par la violence des douleurs à retirer le bandage. J'ai la conviction que, dans ce cas, comme dans bien d'autres, une foule de graves accidents, principalement ceux de l'étranglement, peuvent surgir et surgissent en effet, d'une simple bande comprimant trop ou avec inégalité.

B. *Effets du bain froid.* La cessation de la douleur est un des premiers effets de l'immersion du pied dans l'eau froide. Ordinairement instantanée, cette sensation se fait néanmoins quelquefois attendre une ou deux heures. Un fait incontestable pour nous, c'est que jamais la douleur n'augmente sous l'empire des réfrigérents, tant que ceux-ci ne soutirent que du calorique morbide. Il est même à remarquer que, dès la première nuit, les malades goûtent un sommeil paisible. Arrêté dans son évolution sous l'influence du froid, le gonflement, stationnaire d'abord, rétrograde bientôt ainsi que la chaleur et la rougeur, qui disparaissent graduellement.

Vers le quatrième jour, le pied immergé est blanc, plissé comme la main d'une blanchisseuse. Cette blancheur contraste avec une teinte noire prononcée péri-articulaire, formée par du sang épanché. Ce sang, délayé avec l'eau absorbée par voie d'endosmose, s'infiltre des parties profondes vers le tissu cellulaire sous-cutané, remonte plus ou moins haut à la partie postérieure de la jambe, en se décolorant de plus en plus, jusqu'à ce que l'absorption l'ait fait rentrer en totalité, dans le torrent circulaire. Comme effet général, la réfrigération localise l'inflammation traumatique là où elle s'est produite, elle l'enchaîne sur place, l'isole de l'ensemble de l'économie, si bien que la plupart de nos malades atteints d'entorses arrivent à guérison, sans avoir éprouvé le moindre mouvement fébrile et sans trouble fonctionnel.

Aussi, depuis plus de vingt années, nos efforts, si bien secondés par la glace, le frein le plus puissant que je connaisse pour enrayer l'inflammation traumatique, qui dans certains cas marche avec la puissance d'une machine à haute pression, tendent-ils à localiser le foyer traumatique, à empêcher les réactions qui, de ce foyer, irradient sur les grands centres de la vie, à prévenir ainsi la fièvre, avec céphalalgie, perte d'appétit, privation de sommeil. Je voudrais, en un mot, isoler du reste de l'économie, pour qu'elle n'en ressentît aucune impression, toute lésion traumatique. Sans doute ce serait là résoudre un magnifique problème, et je ne crois pas à sa solution absolue ; mais on peut approcher plus ou moins du but ; dans tous les cas, c'est là où il faut tendre, c'est dans cette voie nouvelle que le progrès nous conduit, et je revendique comme un honneur d'y être entré le premier.

(La fin au numéro prochain.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'août et novembre 1851 et février 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur les hydropisies avec urine albumineuse* ; par M. Osborne. 2° *Des vomissements chroniques comme symptomatiques d'une maladie des reins* ; par M. Lees. 3° *Des difficultés du diagnostic, avec observation à l'appui* ; par M. Malcolm. 4° *Quelques remarques sur les effets du traitement des rétrécissements de l'urètre* ; par M. Wilmot. 5° *Cas cliniques* ; par M. Banks. 6° *De l'irritation de l'ovaire* ; par M. Churchill. 7° *Considérations sur les hémorrhagies* ; par M. Marsh. 8° *Considérations sur la période latente de la scarlatine* ; par M. Moore. 9° *Traitement du varicocèle* ; par M. Morton. 10° *Remarques sur les causes, la nature et le traitement de la fièvre de Hong-Kong* ; par M. Barton. 11° *Sur le diagnostic des maladies de l'estomac* ; par M. Kennedy. 12° *Sur le traitement des fractures du fémur* ; par M. Bevan. 13° *De l'emploi du galvanisme dans la pratique obstétricale* ; par M. Houghton. (Collection de faits et de témoignages qui prouvent la réalité de l'action que le galvanisme possède pour stimuler la contractilité utérine, et par suite pour arrêter les hémorrhagies et faire cesser l'inertie de ce viscère.) 14° *Sur les spasmes traumatiques* ; par M. William Colles. (L'auteur mentionne une forme de spasmes généraux qui suivent parfois les blessures, qui ressemblent beaucoup au tétanos et peuvent être confondus avec lui, mais qui sont curables.) 15° *Absence congénitale de la cloison du cœur, comme cause de bruits cardiaques* ; par M. Ledwich. 16° *Notes sur des cas de méningite syphilitique* ; par M. Read. 17° *Sur le traitement des fractures voisines du cou-de-pied* ; par M. Butcher. 18° *Sur une épidémie de péricardite qui a régné à Kilkemy dans l'hiver de 1848-49* ; par M. Laloo. 19° *Sur une variété de cristaux d'acide urique* ; par M. R. Lyons.

---

réserve seulement, à la fin de ma lettre, de revenir un instant sur ce rôle des esprits, ne serait-ce que pour montrer jusqu'où a été l'erreur étrange de ces hommes illustres. — Par conséquent enfin, *les bêtes sont des machines*, et il n'y a point d'*âme des bêtes*. Cette doctrine fut acceptée par Bossuet et accueillie avec empressement par l'Église, qui, après s'être plusieurs fois mise sous la protection d'Aristote, rompait avec lui définitivement, et se débarrassait ainsi de répondre sur l'avenir des bêtes après leur mort. On aperçoit maintenant quelle était la signification du traité de Willis, DE ANIMA BRUTORUM, publié en 1672, et comment son auteur aima mieux rester physiologiste avec Aristote.

Gassendi se sépara de Descartes, en ce point comme en plusieurs autres. Afin de tranquilliser sa conscience et de sauver sa foi de prêtre catholique, il avait consenti à distinguer l'âme raisonnable de l'homme de celle des bêtes, mais il ne put voir avec indifférence l'effacement complet de cette dernière. Un peu enclin vers un sensualisme tempéré, et nourri d'Épicure qu'il avait commenté avec un amour presque païen, il essaya de la défendre dans des objections célèbres adressées à Descartes, où, accusant celui-ci de spiritualiser trop, il l'appelle, avec un mélange d'ironie et de raison : O esprit! Le maître répondit avec hauteur : O chair ! et ne fit guère que répéter ses *méditations*.

L'opposition de Gassendi, qui était le plus érudit des philosophes, mais qui n'avait point la force éclatante de son rival, fit moins de tort au sentiment de Descartes, que ne lui servit la défense de Malebranche. D'autres, moins célèbres, s'engagèrent dans le débat. Des esprits curieux découvrirent l'*automatisme des bêtes* dans le livre oublié d'un médecin espagnol, nommé Gomezius Pereira, qui vivait en 1554, et on pourra voir au nom de ce médecin, dans le dictionnaire historique de Bayle, la discussion animée qui s'engagea à ce sujet parmi les cartésiens.

Vers la fin du dix-septième siècles, les idées de Descartes sur l'âme et les corps restaient donc victorienses et n'avaient pas été ébranlées, même par Locke, cartésien dissident sur plusieurs points fondamentaux. Hobes, en niant l'âme en général, et n'admettant que des corps, n'élevait pas une opposition durable. Mais Spinoza montra, par une monstrueuse exagération, le danger où pouvaient conduire les principes du cartésianisme, si l'on admettait l'inactivité complète des corps, et la nécessité de la coopération instante de Dieu pour les faire agir, d'après la théorie de Malebranche sur les causes occasionnelles, théorie qui se résume par ce mot devenu à la fois vulgaire et célèbre : *Nous voyons tout en Dieu.*

Ce fut alors, en 1691, que Leibnitz puisa, dans la métaphysique elle-même, une réfutation du théorème de Descartes. Revenant à l'opinion primitive d'Aristote, il créa la notion d'une *force interne* qui agit dans les corps, en s'associant au substratum matériel qui les compose. A cette force, il donna le nom de *monade*, ou encore d'*entéléchie*, afin d'en faire remonter l'origine jusqu'au philosophe de Stagyre, et pour expliquer la diversité des attributs des différents corps, admit différents degrés dans cette force. La monade a seulement des perceptions indistinctes, des appétits confus, dans les corps en général et les plantes. Lorsqu'à ces perceptions et à ces appétits s'ajoute la mémoire, qui est le signe et la preuve du sentiment, la monade prend le nom d'*âme*, et constitue un *animal*. Lorsqu'elle est douée de perceptions, de mémoire, et en outre peut comprendre les vérités logiques, elle est *esprit* ou une âme raisonnable, et con-

SUR LE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE; par M. J. MORTON.

Il semble d'abord opposé à toutes les saines notions chirurgicales de prétendre guérir la stase du sang dans les veines testiculaires au moyen d'un agent de compression sur leur trajet à l'aine; néanmoins c'est cette proposition que M. Morton vient ici soutenir par des faits pratiques. L'idée de traiter le varicocèle par l'application d'un bandage herniaire, émise d'abord par Asthon Key, a été surtout formulée, en 1848, dans un travail intéressant de M. L. Thompson (de Dalkeith).

Théoriquement, cette méthode est fondée sur le principe que la pression doit être exercée à un degré suffisant pour neutraliser le poids de la colonne sanguine, qui se fait sentir lorsque le malade est debout, sans cependant compromettre le testicule par la compression de l'artère spermatique et sans blesser l'aine.

Expérimentalement, la médication s'appuie sur un fait d'observation assez singulier, mais que M. Curling dit avoir vérifié un grand nombre de fois : c'est que, parmi les gens affectés de hernies et portant un bandage, il n'a jamais vu un seul varicocèle. Peut-être cette immunité dépend-elle autant de la pression de la hernie que de celle du bandage; mais, dans tous les cas, elle méritait d'être signalée à l'avantage de la méthode, et comme confirmative de ses prétentions.

L'efficacité de ce traitement a paru évidente chez un malade dont M. Morton rapporte l'histoire. Affecté depuis longtemps d'un varicocèle, l'incommodité qui en résultait avait assombri ses idées et le poussait invinciblement au suicide. Déjà le testicule s'atrophiait. Des médecins consultés, l'un avait recommandé les lotions froides et le suspensoir; un autre, une bandelette liant le scrotum sous le testicule pour maintenir celui-ci élevé; un troisième, se bornant à lui indiquer la marche ordinaire du mal, avait prononcé qu'*il pourrait aller pis, mais jamais mieux*. Tous s'accordaient à le dissuader d'une opération. Dans cet état, M. Morton lui fit porter un bandage herniaire bien construit; mais le malade, impatient de guérir, l'appliqua tellement serré qu'il irrita et excoria la peau sous-jacente.

Il en résulta cependant une amélioration instantanée; car le médecin put voir par lui-même que, lorsqu'on plaçait le bandage durant le décubitus dorsal, le malade pouvait ensuite se tenir debout sans que les veines tortueuses du cordon s'emplissent de nouveau de sang, comme cela avait lieu auparavant. On apprit au patient à donner à la striction un degré plus modéré, suffisant néanmoins pour continuer cet effet. Alors les douleurs et le gonflement disparurent, et les veines diminuèrent graduellement de volume et de flexuosité. Au bout de deux mois, il portait toujours le bandage et s'en trouvait également bien. On ajouta à cette époque au traitement des bains froids par immersion.

M. Morton donne quelques conseils pratiques sur la manière de rendre ce traitement efficace et supportable. D'après M. Thomson, il faut porter le bandage douze mois environ pour obtenir une cure permanente; quelquefois même un temps plus long devient nécessaire, quand les parties sont naturellement relâchées, que l'affection est ancienne, que l'individu se livre à des travaux fatigants. Mais cet assujettissement n'importe que peu, puisque le malade peut, durant la cure, se livrer à toutes ses occupations sans éprouver les douleurs qui le tourmentaient auparavant.

Quant au degré de pression à employer, il variera aussi selon les circonstances qui viennent d'être indiquées. On peut d'abord user d'un ressort plus doux, puis en prendre un plus fort après qu'on s'est accoutumé à l'effet du premier.

Les varices, portant sur la partie des veines spermatiques qui traverse le canal inguinal, sont plus particulièrement soulagées par le bandage. C'est là que son action bienfaisante se fait sentir le plus promptement.

Ce traitement, facile, sans danger, applicable à tous les cas de varicocèle, se recommande encore, selon M. Morton, par un avantage dont la mention, un peu trop expresse, révélerait plutôt, à nos yeux, le côté faible de la méthode. En effet, l'auteur loue spécialement de permettre l'emploi simultané de tous les moyens adjuvants. Quoi qu'il en soit de cette manière de plaider la cause d'un remède spécifique, le meilleur auxiliaire, d'après M. Morton, est le bain local froid *par immersion*; il lui attribue beaucoup plus de valeur qu'à la simple lotion froide. L'effet de celle-ci sur la contractilité du scrotum ne dure que quelques minutes, tandis que le bain par immersion prolonge cette contractilité pendant près de trois ou quatre heures. Il est fâcheux que l'auteur n'entre dans aucun autre détail sur la manière d'user de ce moyen.

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR; par M. BEVAN.

Dans le mode d'extension continue, telle qu'elle se pratique depuis Desault, il y a un défaut capital : la contre-extension est faite par un lien portant *obliquement* sur le bassin. De là résulte une perte dans la force employée; de sorte que, pour en obtenir un degré suffisant, on est forcé d'en déployer une somme dont l'excès comprime dangereusement l'aine ainsi que le périnée, et peut y déterminer des excoriations. De plus, comme le lien dont on se sert est d'un tissu extensible, il arrive qu'il se relâche ou que les malades le relâchent eux-mêmes dès les premiers jours.

Ces inconvénients sont réels. Ils sont certainement neutralisés—mais le sont-ils sans aucun autre danger?—par l'appareil assez simple que propose M. Bevan.

Cet appareil se compose d'une seule attelle, large, concave, forte et bien matelassée; elle se termine en haut par une échancrure, également matelassée, où la fesse s'engage. Une barre de fer rembourrée s'élève perpendiculairement, de manière à arc-bouter contre la branche du pubis, lorsqu'on a placé l'attelle sous le membre inférieur. Une autre barre de fer plus longue, aussi verticale, s'élève du côté externe de l'attelle pour répondre au-dessous de la crête iliaque. Ce sont là les agents de la contre-extension; car le membre tiré en bas trouvera à céder à ce mouvement un triple obstacle dans l'une et l'autre barre de fer, qui le retiendront par ses parties osseuses, saillantes; puis dans la résistance que les bords de l'échancrure de l'attelle apporteront à la locomotion de la fesse.

Quant à la traction ou extension, elle s'opère d'une façon très-facile à comprendre. Au bas de l'attelle est fixée une tige verticale, perforée pour laisser passer une vis sans fin, horizontale et dans la direction du membre. Celle-ci tenant à la semelle d'une chaussette solidement lacée au pied malade, on conçoit que chaque tour imprimé à la vis abaisse le pied, et par conséquent tend à allonger le membre.

L'auteur cite plusieurs cas de succès obtenus par l'emploi de cet appareil, qui a l'avantage de déterminer la traction dans l'axe même du membre, de permettre en outre d'en varier très-commodément le degré, et

---

stitue l'*homme*. Chaque monade douée de mémoire, c'est-à-dire chaque âme, est unie à un composé organique, et forme avec lui un *vivant*, lequel vivant est une machine, si l'on veut, mais une *machine naturelle* bien différente de celles qui sont le produit de l'art. — On voit en ceci comment Leibnitz se sépare de Descartes. — A l'exception de Dieu qui est l'être créateur, toutes les monades sont créées, et en s'unissant soit à la matière première, soit à des composés organiques, constituent les corps et les vivants. Sauf Dieu, il n'y a point d'âme qui soit détachée d'un corps, dans l'existence actuelle du monde. (MONADOL., n° 72.) Les corps ont été créés à l'origine comme les monades, et les monades ont été faites pour les corps, et réciproquement, de manière telle que, *en vertu d'une harmonie préétablie*, ils se rencontrent à agir ensemble et à influer les uns sur les autres. La preuve que les âmes sont toutes créées dès l'origine et ne se forment pas pour chaque être vivant, au moment de la naissance de cet être, se puise en ce fait que toutes les monades des plantes et des animaux existent *préformées dès l'origine* dans les semences et les animalcules spermatiques. — On reconnaît ici la théorie de l'épigénèse, qui était en grande faveur à l'époque de Leibnitz. — De sorte que, il n'y a point de naissance proprement dite; la génération n'est qu'un développement ou un déroulement. En appliquant cela à l'homme, on peut dire qu'il est contenu dans l'animalcule spermatique; que tant qu'il est cet animalcule, il est à l'état d'âme simple ou sensitive; et que par le fait d'une conception actuelle, cette âme sensitive s'élève à la nature humaine et devient esprit. (MONADOL., n° 82.) La mort des animaux n'est pas plus réelle que leur naissance. Leur fin apparente n'est qu'un changement de forme; leur âme ou monade, au lieu de périr, passe dans un autre composé organique. D'où il résulte que les vivants sont ingénérables et impérissables. (MONADOL., n° 76.)

Je ne veux point défendre ce système, dont les parties hypothétiques sont aujourd'hui saillantes à tous les yeux. Je marque seulement le bienfait, qui est resté durable, d'un retour à l'idée d'une force active dans la matière, et en particulier dans les êtres vivants. La métaphysique se combattit ainsi elle-même, et après s'être élevée contre le sentiment commun qui accorde une activité propre à la vie, elle réédifia cette propre activité au delà même des bornes de ce qui est observable; attestant par cet exemple que si elle est capable de discuter certaines notions qui sont du domaine de la physiologie, elle se tient trop haut pour tout voir, et donne à ses aperçus une rigueur trompeuse parce qu'elle est inflexible comme le raisonnement.

Je terminerai cette lettre par un dernier témoignage des erreurs où peut tomber la métaphysique quand elle s'applique à la physiologie. Et je demande humblement que l'on me pardonne cette hardiesse envers une science qui d'ordinaire traite la nôtre avec assez de dédain. Je ne saurais et je ne voudrais pas l'amoindrir. Je ne veux pas même céder au puéril plaisir de la trouver en faute. Ceci est encore de l'histoire qui appartient à mon sujet, à l'occasion de Willis, car ce sont ses idées surtout que l'on retrouve chez les philosophes du dix-septième siècle, en échange sans doute de ce qu'il avait emprunté lui-même à la philosophie.

Lors donc que Descartes eut déclaré que toutes les actions des animaux et les actes passionnés de l'homme résultent d'un pur mécanisme, il s'empressa d'employer les esprits animaux pour rendre compte de ce mécanisme. Il admet

enfin de la suspendre ou de la diminuer presque instantanément, au gré du chirurgien.

NOTE SUR LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE; par M. READ.

Nous citons avec empressement l'exemple suivant, choisi parmi les observations de M. Read, pour signaler l'un des états les plus susceptibles d'être méconnus que la syphilis constitutionnelle puisse présenter. Ici le diagnostic conduit si directement au traitement, et le traitement à la guérison, qu'on ne saurait trop soigneusement se mettre en garde contre toutes les chances d'erreur ou même d'hésitation. C'est à ce titre que la méditation du fait suivant se recommande d'une manière particulière.

OBS. — M. F. fut accompagné chez moi, dit l'auteur, en juillet 1847, par un chirurgien de Belfast, qui s'était alarmé des progrès rapides que la paralysie, ainsi que d'autres désordres cérébraux, faisaient chez ce malade. Il ne pouvait se soutenir sur ses pieds pendant qu'on lui ôtait ses pantalons. L'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées tout à fait défectueux, ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée.

Ce malade avait été traité, il y a quelques années, pour une syphilis secondaire, consistant en ulcères rebelles des membres et de la face. Peu après se déclara l'amaurose, puis des symptômes de paralysie, lesquels allèrent en augmentant rapidement jusqu'à produire cet état de paralysie générale qu'il offrait lorsque je le vis.

L'examen du sujet et l'histoire de ses antécédents me portèrent à penser que ces symptômes pouvaient dépendre de la compression du cerveau par le développement de tumeurs syphilitiques de la dure-mère; mais pour mieux m'en convaincre, je crus opportun d'employer le mercure d'une manière promptement agissante. En conséquence j'ordonnai de raser la totalité du cuir chevelu, de le couvrir d'un vésicatoire, et d'y étendre deux fois par jour une drachme de fort onguent mercuriel. J'étais cependant effrayé par une apparence de coma, et comme conséquence, par l'éventualité d'un résultat fatal.

Huit jours après, je rencontrai le chirurgien; il m'apprit que notre malade avait rapidement guéri, et était maintenant en état de monter et de descendre les marches d'un escalier très-roide. A ma plus grande surprise, je rencontrai un jour dans la rue un homme en bonne santé, y voyant bien, et qui eut besoin de se faire reconnaître pour que je pusse me rappeler, en le voyant, le client qui m'avait consulté trois semaines auparavant. Il avait complétement recouvré le mouvement, la vue, la prononciation, et jouissait de toutes ses facultés.

L'auteur exprime l'avis que, dans le cas précédent, la mort aurait sûrement eu lieu dans un terme peu éloigné sans l'administration du mercure. Il place en ce remède une telle confiance qu'il le donne toujours avec plein espoir en pareille occurrence, malgré l'état d'épuisement le plus prononcé.

Pour nous, sans nier les succès dus au mercure, nous croyons que, dans la plupart des cas de cette espèce, les préparations iodurées auraient une action encore plus prompte et surtout plus généralement sûre. Nous sommes heureux de pouvoir appuyer ce jugement sur un cas que M. Read cite lui-même, en l'empruntant à la pratique de M. Todd. Dans ce cas, un malade atteint de symptômes semblables, après avoir été infructueusement traité dans plusieurs hôpitaux, ne put être guéri que par l'iodure de potassium.

P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JUIN 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

STRUCTURE DES GLANDES LYMPHATIQUES.

M. OSCAR HEYFELDER, d'Erlangen (Bavière), adresse sur ce sujet un travail écrit en allemand.

L'auteur expose en ces termes ce qu'il s'est proposé de prouver dans ce travail :

« J'ai prouvé dans ce traité que les glandes lymphatiques sont formées par un amas de vaisseaux lymphatiques entrelacées et pelotonnées, présentant çà et là des dilatations remplies de corpuscules chylifères et n'ayant plus dans ces endroits dilatés qu'une seule membrane amorphe. Le tout est soutenu par des cloisons fibreuses contractiles et entouré d'une enveloppe commune de même nature.

» Les glandes lymphatiques servent à perfectionner et à former définitivement les globules de la lymphe et du chyle; leur structure favorise cette fonction en ralentissant la marche du liquide.

» Quant aux fibres musculaires lisses, que j'ai découvertes dans l'enveloppe de la glande et dans les cloisons qu'elle fournit, les fibres favorisent la sortie de la lymphe des réservoirs qui la renfermaient. D'ailleurs, je me suis assuré, par des expériences faites à l'aide du galvanisme, que l'enveloppe des glandes est réellement contractile.

» Aussi j'ai montré l'analogie qui existe entre la rate et les glandes lymphatiques, et je crois même que les vésicules de Malpighi ne sont autre chose que des réservoirs lymphatiques qui communiquent avec les vaisseaux. »

INFLUENCE DES EAUX THERMALES D'AIX SUR L'INCUBATION DES ŒUFS DE POULET.

M. CONSTANT DESPINE, médecin-inspecteur des eaux d'Aix, annonce qu'il vient de soumettre à l'influence des eaux thermales d'Aix un certain nombre d'œufs de poulet dans le but de savoir si la chaleur naturelle de ces eaux était suffisante pour provoquer le développement de l'embryon. Des expériences qu'il a entreprise sur ce sujet, l'auteur conclut :

1° Que la chaleur des eaux sulfureuses d'Aix est plus que suffisante pour provoquer le développement du poulet dans l'œuf;

2° Que la présence de l'acide sulfhydrique dans ces mêmes eaux est la cause directe de la mort de l'embryon par la transformation qu'il opère dans la coquille de l'œuf. Cette coquille se trouvait en effet beaucoup plus dure qu'à la suite de l'incubation naturelle, ce dont M. Despine a eu le soin de s'assurer. L'auteur se propose de reprendre une série d'expériences, et d'en varier les conditions dans le but de renouveler celle que fit Haller dans le dernier siècle sur le développement de l'œuf, et de voir ce qu'il serait possible d'ajouter dans le champ de cette question, en s'aidant des travaux des embryogénistes contemporains.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Huit lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. Dufresse-Chassaigne, sur une angine épidémique qui a

---

que les nerfs « sont de petits tuyaux qui viennent tous du cerveau et contiennent ainsi que lui un certain air ou vent très-subtil qu'on nomme les esprits animaux. » (TRAITÉ DES PASS. DE L'ÂME, art. 1.) Ces esprits, qui sont la partie la plus subtile du sang, « ne sont que des corps, et ils n'ont point d'autres propriétés, sinon que ce sont des corps très-petits qui se meuvent très-vite, ainsi que les parties de la flamme d'un flambeau, en sorte qu'ils ne s'arrêtent en aucun lieu, et qu'à mesure qu'il en entre quelques-uns dans les cavités du cerveau, il en sort aussi quelques-uns par les pores qui sont en sa substance, lesquels pores les conduisent dans les nerfs.... » Après avoir dit que « bien que l'âme soit jointe à tout le corps, il y a néanmoins en lui quelque partie en laquelle elle exerce ses fonctions plus particulièrement qu'en toutes les autres, » et avoir exposé les raisons qui lui font regarder la glande pinéale comme étant cette partie, il admet que « la dernière et plus prochaine cause des passions de l'âme n'est autre chose que l'agitation dont les esprits meuvent la petite glande. » (Art. 51.) « L'âme ayant son siége principal dans la glande rayonne de ce point en tout le reste du corps par l'entremise des esprits animaux.... La machine du corps est tellement composée, que de cela seul que la petite glande est diversement mue par l'âme ou par telle autre cause que ce puisse être, elle pousse les esprits qui l'environnent vers les parties du cerveau qui les conduisent dans les muscles, au moyen de quoi elle leur fait mouvoir les membres. » (Art. 34.)

Malebranche, qui suit les traces de Willis, après Descartes, n'est pas moins explicite que ce dernier sur le même sujet, et peut-être montre-t-il la prétention d'une connaissance plus précise de ces choses obscures. Il se loue de n'être pas du nombre des aveugles qui refusent d'accueillir les vérités nouvelles, et acceptant la découverte de Pecquet, il remarque que le mélange du chyle au sang imprime des différences aux esprits animaux chez les personnes qui sont à jeun ou qui viennent de manger. Le vin surtout a le privilége de faire agir les esprits, parce qu'il est « si spiritueux que ce sont des esprits tout formés, des esprits libertins (à la vérité) qui ne se soumettent pas volontiers aux ordres de la volonté, à cause de leur solidité et de leur agitation excessive. » Il serait facile, dit-il encore, « de rendre compte des principaux effets que le mélange du sang produit dans les esprits animaux, et ensuite dans le cerveau et *dans l'âme même :* comme pourquoi le vin réjouit; pourquoi il donne une certaine vivacité à l'esprit quand on en prend avec modération, pourquoi il abrutit avec le temps quand on en fait excès; pourquoi on est assoupi après le repas, et de plusieurs autres choses desquelles on donne ordinairement des raisons fort ridicules. » Mais il ajoute, avec une confiance qui confond l'esprit, qu'il n'a pas l'intention de faire une physique, ni des suppositions sur le cerveau, comme Descartes, auquel il renvoie, parce que ce philosophe, dit-il, a donné de toutes ces choses assez de connaissances pour qu'il soit facile de les découvrir soi-même par la méditation.

N'est-il pas étrange que tout cela se trouve écrit par un homme si supérieur dans un livre qui a pour titre : DE LA RECHERCHE DE LA VÉRITÉ.

Le P. Malebranche en sait bien plus encore que ce que nous venons de montrer. Il sait que l'air introduit par les poumons, en se mélangeant avec le sang, et en fermentant avec lui dans le cœur, « produit de grands changements dans les esprits et par suite *dans la faculté d'imaginer.* » Il avoue bien que « quel-

régné, depuis le mois de septembre 1851 jusqu'au mois de mars dernier, dans les communes de Chadurie et de Charmant (Charente);

2° Un rapport de M. Rousset, médecin cantonal à Sarreguemines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Witring (Moselle), pendant le mois de décembre 1851;

3° Un rapport de M. Gruisard, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Baume (Jura);

4° Un rapport de M. Amiot, médecin adjoint des épidémies de l'arrondissement de Baume, sur l'épidémie d'affection typhoïde qui a régné au village de Lanans (Doubs);

5° Un rapport de M. Foucault, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Epernay, sur une épidémie de variole qui a régné à Étoges (Marne), pendant le premier trimestre de l'année courante;

6° Un rapport de M. Debée, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bryos, Sautry et Fontaine-les-Hermans (Pas-de-Calais);

7° Un rapport de M. Tellier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

8° Un travail de M. Lambon, de Levroux (Indre), où sont exposés les résultats de ses observations sur les eaux minérales des Pyrénées.

Quatre autres lettres relatives à des remèdes secrets.

Enfin une lettre du même ministre, demandant si la commission chargée d'apprécier les résultats de la méthode de M. le docteur Blanchet pour le traitement de la surdi-mutité continue toujours à s'occuper de cette méthode, et si l'on peut espérer qu'elle fera un rapport.

Et des états de vaccinations pour les départements du Haut-Rhin, de la Corrèze, de la Haute Garonne et d'Ille-et-Vilaine.

— M. Cabaret, médecin à Saint Malo, communique une observation de métro-péritonite avec phlegmon des ligaments larges. (Comm. : MM. P. Dubois, Grisolle et Depaul.)

FONGUS DU TESTICULE.

M. Thomas Blizard-Curling, chirurgien et professeur à l'hôpital de Londres, membre de la Société royale de cette ville, adresse une notice sur le fongus bénin du testicule et le traitement de cette affection sans opération.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans le fongus bénin du testicule, la masse qui fait saillie se compose principalement de substance glandulaire mêlée à plus ou moins d'exsudation fibrineuse, cette dernière se trouvant soit entre les tubuli, ou à leur surface, sous forme granuleuse.

2° Les indications du traitement sont d'obtenir l'absorption de l'exsudation fibrineuse, de refouler le testicule en dedans du scrotum, et de favoriser la cicatrisation en avant de la substance glanduleuse herniée.

3° L'ablation de la masse saillante, soit au moyen de l'instrument tranchant ou de la ligature, est fatale à l'organe et n'est pas nécessaire à la guérison de la maladie.

4° La matière tuberculeuse proprement dite se forme à l'intérieur des tubules; elle détruit la structure glandulaire, et ne donne naissance à aucune masse fongueuse. L'affection locale ne peut être déracinée que par la castration; car les tubercules affectent à la fois les appareils excréteur et sécréteur, celui-là étant même plus souvent attaqué que ce dernier. (Comm. : MM. Velpeau, Ricord et Malgaigne.)

AUTOPSIES DANS LES HÔPITAUX; ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS.

M. Brachet (de Lyon) soumet à l'Académie deux questions : la première est relative aux autopsies cadavériques dans les hôpitaux.

L'auteur fait remarquer que, depuis quelque temps, les associations ont tellement diminué le nombre des autopsies, qu'à peine sur 20 décès 2 nécropsies ont pu être faites pendant deux mois et demi dans le service de la clinique dont il est chargé. Il propose un moyen de concilier les intérêts de la science avec ceux de la piété, en exigeant que les malheureux qui succombent dans les hôpitaux soient réservés aux autopsies, avec la recommandation expresse de les mutiler le moins possible.

La seconde question est relative aux accidents qui arrivent journellement à cause de la facilité avec laquelle on peut confondre, par distraction, les vases renfermant les médicaments des malades.

M. Brachet propose d'affecter à chacun des deux ordres de médicaments internes et externes une forme particulière de vases, et la même dans toutes les pharmacies. (Commiss. : MM. P. Dubois, Guibourt, Boullay, Orfila et Guénean de Mussy.)

— M. Mazade, pharmacien de Valence, annonce qu'il vient de découvrir, dans les eaux minérales de Neyrac (Ardèche), la présence du titane et de la zircone. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Remy (de Châtillon-sur Marne) communique quelques observations sur la vaccine et la variole. (Comm. de vaccine.)

— M. Herpin (de Genève) sollicite le titre de membre correspondant.

PILULES DE BLAUD.

M. G. de Claubry lit un supplément de rapport sur les pilules de Blaud.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de déclarer que l'application des dispositions favorables du décret du 3 mai 1850 doit être faite aux pilules ferrugineuses du docteur Blaud.

Après une très-vive et très-longue discussion, dans laquelle MM. Soubeiran, Guibourt, Chevallier et Bussy ont persisté plus énergiquement que jamais dans leur opposition, et malgré les motifs péremptoires invoqués par MM. Bouchardat, Orfila et Bégin, en faveur des conclusions du rapport, ces conclusions, mises aux voix au milieu d'une grande agitation, ont été repoussées par une faible majorité.

La parole est à M. Jolly pour un rapport.

EMPLOI DES EAUX MÈRES EN THÉRAPEUTIQUE.

M. Jolly fait, au nom d'une commission, un *rapport sur deux mémoires relatifs aux eaux minérales de Salins*, ayant pour titre :

1° Recherches sur les propriétés thérapeutiques des sources minérales salines, et principalement des eaux mères de la saline de Salins; par M. le docteur Germain (de Salins);

2° Études sur les propriétés médicales des eaux salées et des eaux mères de Salins, suivies d'un aperçu sur le sol et le climat de la contrée; par M. le docteur Carrière.

M. le rapporteur, après avoir examiné à un point de vue général la question de l'application des eaux mères à la thérapeutique, rend compte à peu près en ces termes des deux mémoires qui font l'objet de ce rapport :

Il y a dans le mémoire de M. Germain deux parties distinctes : l'une qui a pour objet l'histoire géologique du territoire de Salins; l'autre l'étude théorique et pratique des eaux minérales de cette ville, ainsi que leur application à l'hygiène et à la thérapeutique.

M. Germain, après avoir reproduit l'analyse des eaux salées et des eaux mères, ou résidus d'évaporations, discute la valeur pharmacologique de leurs principaux éléments de minéralisation, et surtout celle du bromure de potassium, dont il oppose l'action thérapeutique à celle de l'iodure de potassium, et bien persuadé, d'après sa propre expérience comme d'après tous les témoignages de la science et de la pratique qu'il a pu réunir, que les avantages hygiéniques et thérapeutiques que l'on a obtenus de l'usage des bains de mer sont dus au bromure plutôt qu'à l'iodure de potassium, il n'hésite pas de donner aux bains

» gnes personnes ne croient pas que l'air se mêle avec le sang dans les poumons et dans le cœur, parce qu'ils ne peuvent découvrir avec leurs yeux les passages par où cet air se communique. » Mais lui n'est pas retenu par cette raison. Il croit que l'esprit ne doit pas se borner où se bornent les sens, et qu'il peut « pénétrer ce qui leur est impénétrable. » Pourquoi, dit-il, les parties subtiles de l'air ne pourraient-elles pas passer dans les branches de la trachée, dans l'artère veineuse.... « Il ne s'agit que des plus petites parties (de l'air), » roides, piquantes, et qui n'ont que fort peu de branches qui puissent les arrêter. » Enfin il conclut, à la fin de son paragraphe, qu'on reconnaît la vérité de ce qu'il avance par la différence d'esprit et de caractère des habitants des divers pays. Les Grecs ont l'imagination plus vive que les Normands; ceux de Rouen et de Dieppe et les Picards diffèrent tous entre eux.... (De la rech. de la vérité, liv. II, chap. 2, 3, 4.)

Je m'arrête, mon ami, car je crains d'aller trop loin dans ces révélations. Il est bon de faire retomber le voile que ma main indiscrète a un instant soulevé, de fermer les yeux, et d'oublier ces erreurs d'hommes illustres qui n'étaient pas plus coupables que les représentants de la physiologie eux-mêmes. Si, pour compléter le tableau des théories de cette époque, j'ai cédé au désir de montrer leur faute, il me faudra les venger bientôt, en exposant l'erreur non moins éclatante d'un de nos médecins les plus célèbres.

Agréez, etc.

Debrou,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

— Le conseil municipal de Paris a autorisé l'administration de l'assistance publique à faire l'acquisition de voitures destinées à conduire en promenade ceux des jeunes enfants de l'hôpital des Enfants malades à qui leur état de convalescence permet de donner cette salutaire distraction.

— La ville d'Argentan (Orne) vient de perdre un de ses confrères les plus distingués, M. Guillaumet, qui, malgré les exigences d'une pratique très-répandue, trouvait le temps de cultiver avec succès la mécanique, et qui a envoyé plusieurs mémoires que l'Académie des sciences a jugés très-favorablement.

— M. le marquis de Talarn, qui vient de succomber à une longue maladie, a fait, entre autres legs de bienfaisance, celui de 10,000 fr. à M. le directeur de l'assistance publique à Paris.

— M. le docteur Alex. Mayer vient d'être nommé médecin adjoint à l'hôpital de Belfort.

— Errata. — Quelques erreurs typographiques se sont glissées dans notre numéro du 15 mai dernier :

Page 303, 2e col., lig. 26 : au lieu de *Je commence*, lisez : *Il commence*.

Page 304, 1re col., lig. 20 : au lieu de *Lacombe*, lisez : *Sacombe*.

Page 305, 2e col., lig. 26 : au lieu de *J'ai ensuite répondu*, lisez : *J'ai voulu répondre*.

de Salins une préférence marquée sur les bains de mer. Et cette préférence, il la donnerait volontiers aux bains de Salins sur toutes les eaux minérales de France. C'est ainsi qu'il propose de généraliser l'application des bains d'eaux mères de Salins, en modifiant toutefois leurs composés minéralisateurs par l'addition des principes sulfureux, ferrugineux, alcalins, etc., suivant les intentions voulues et de manière que les bains de Salins tiennent lieu des bains sulfureux, ferrugineux ou autres.... »

M. Germain a été à même de faire un large et fréquent usage de la médication iodo-bromurée, qu'il préconise avec tant de conviction. Il l'a administré sous toutes les formes : en topique, en boisson, en douches, suivant les indications particulières qui pouvaient en faire varier le mode d'administration. Les effets sont nécessairement variables aussi, suivant le genre d'accident qu'elle est appelée à combattre, suivant la nature des fonctions auxquelles elle s'adresse, ce qui fait qu'elle peut être, suivant M. Germain, fondante, résolutive, stimulante, diurétique, sudorifique, laxative.

Pour faire comprendre cette variété de médication dans l'application variée d'un seul et même agent thérapeutique, l'auteur s'est livré à des raisonnements théoriques qui se résument dans cette proposition générale, à savoir que le mode d'action physiologique de l'eau iodo-bromurée de Salins la rapproche de la médication alcaline, c'est-à-dire qu'elle agit en restituant au sang les éléments alcalins dont il peut être dépouillé, et en neutralisant les éléments acides qui dominent dans ce liquide.

Ce qui donne la principale mesure de son action physiologique ou altérante, c'est la puissante influence qu'elle exerce sur la diathèse lymphatique : c'est là surtout qu'elle a trouvé, dans la pratique de M. Germain, les plus nombreux succes, son véritable triomphe. Ainsi, appliquée en topique au moyen de flanelles, sur les tumeurs glandulaires, sur les engorgements froids, les engelures, même les tumeurs blanches, l'eau mère de Salins en a souvent amené la résolution avec une promptitude remarquable.

Administrée en bain, elle a aussi fait justice, dans beaucoup de cas, de l'opiniâtreté désespérante de ces ganglions indurés ou suppurés qui peuvent atteindre les diverses régions du corps, des engorgements mésentériques, des goîtres plus ou moins volumineux qui se lient à l'état scrofuleux, et surtout des ramollissements osseux avec déviation dont la gymnastique la plus rationnelle, dont l'orthopédie la mieux combinée tenteraient en vain par elles seules la guérison.

M. Germain n'a pas été moins heureux dans l'emploi des eaux mères de Salins contre certaines affections chroniques de la peau, telles que les dartres papuleuses, le prurigo, le lichen. Il cite également les beaux effets des bains, joints aux injections d'eaux mères, contre les flux muqueux devenus chroniques et habituels, par suite d'une cause scrofuleuse ou syphilitique dégénérée, tels que les otorrhées, les ulcérations avec suppuration de la pituitaire, certaines blennorrhées ou leucorrhées.

M. Germain cite plusieurs exemples de rhumatismes chroniques, de névroses asthéniques, même de myélites chroniques, avec paralysie et incontinence d'urine, qui ont été guéries par suite de l'usage des bains et des douches de Salins. Jusqu'à présent, dit M. le rapporteur, nous n'avons rien à opposer à des faits que justifient également l'expérience et le raisonnement ; mais nous ne proposerions pas avec la même confiance le même traitement que M. Germain conseille également contre certaines affections mentales, l'hypocondrie, la démonomanie, par exemple, non plus que contre des cas de toux opiniâtre, de néphrite, de cystite, d'hépatite et autres affections de ce genre, ou du moins nous aurions besoin d'un plus grand nombre d'épreuves pour éclairer et asseoir notre opinion sur de tels faits.

Ce que nous avons mieux compris, et ce que nous admettons avec confiance, ajoute M. Jolly, est l'application des eaux mères à la prophylaxie, au traitement des affections scrofuleuses et tuberculeuses chez les sujets qui apportent par voie d'hérédité cette disposition de l'organisme dite lymphatique, qui semble recéler en elle-même tous les rudiments diathésiques de la tuberculisation. Il est certain que, dans ce cas, l'usage convenablement appliqué des eaux iodo-bromurées de Salins pourrait être rationnelle et salutaire, si d'ailleurs il était permis de la rapprocher de celles des eaux de mer, et si l'expérience en avait suffisamment établi l'efficacité relativement à ces dernières. Mais hâtons-nous de dire qu'il en est de la médication dont il s'agit comme de toutes celles que leur activité seule peut rendre aussi funestes, dans certaines conditions physiologiques, qu'elles peuvent être salutaires dans la juste mesure et l'opportunité de leur application ; et ici, il faut bien encore le reconnaître, les lois d'indication ou de contre-indication sont loin de pouvoir être toujours bien déterminées à l'avance. Il est des analogies de constitution physiologique ou pathologique qui ne sont qu'apparentes, des susceptibilités organiques qui échappent à toutes les prévoyances de l'art, à toute la sagacité du praticien, et qui peuvent par cela seul changer le sort de la médication saline, en développant tous les phénomènes d'une réaction aussi imprévu que funeste.

Il importe, pour les bains de Salins comme pour les bains de mer, d'être averti de tous les dangers des deux médications. Aussi M. Germain, tout en préconisant la médication iodo-bromurée dans des termes que d'autres trouveront peut-être quelque peu exagérés, a néanmoins compris qu'elle devait avoir sa mesure et sa durée d'application, même dans les cas les mieux indiqués...

Le mémoire de M. Carrière, quoique moins étendu, moins riche en faits de détails que le précédent, ne méritait pas moins d'attention de la part de la commission, par l'importance du sujet et par la nouveauté des faits qu'il contient, et peut-être devons-nous lui reconnaître d'abord un premier mérite, celui de pouvoir offrir, dans un assez petit nombre de pages, le résumé fidèle et complet de tous les faits qui peuvent intéresser la science et la pratique dans la question qui en est le sujet.

Appelé spécialement et pour ainsi dire officiellement par l'administration des mines de l'Est à lui faire connaître la valeur hygiénique et thérapeutique des eaux bromurées de Salins, à proposer et à préparer le plan de travaux à exécuter pour l'établissement de bains projeté, M. Carrière a compris tout ce que lui imposait son importante mission, et s'est résolument installé sur les lieux pendant plusieurs mois pour l'accomplir.

Non-seulement il a pu explorer les lieux jusque dans leurs moindres détails et s'enquérir de tous les documents dont il lui a été permis de s'éclairer ; non-seulement il a su mettre à profit tous les travaux de ceux qui l'avaient précédé dans la même voie de recherches, les juger, les apprécier, les soumettre à l'épreuve du contrôle et de l'expérience ; mais il a pu y ajouter de nouveaux faits, y répandre de nouvelles lumières, et donner ainsi un nouvel intérêt à toutes les questions qui se rattachaient à l'objet de sa mission.

Toutes les matières de son travail se rangent sur les deux principaux chefs : études médicales des eaux de Salins, aperçu du sol et du climat de la contrée ; toutes se renferment dans autant de chapitres distincts, qui ont pour objet :

La nature et la composition des eaux salées et des eaux mères de Salins ;

Les eaux salées et les eaux mères de Salins comparées à l'eau de la mer ;

Les eaux-mères de Salins comparées aux eaux mères de la France et de l'Allemagne ;

Le mode d'action physiologique des eaux salées et des eaux mères ;

Leurs effets thérapeutiques et le mode d'administration des eaux et des résidus de Salins.

Ce qui distingue plus particulièrement le travail de M. Carrière à côté de celui de M. Germain, c'est la rigoureuse précision qu'il a su apporter dans l'étude comparative des eaux salées et des eaux mères de Salins comparées à l'eau de la mer, ainsi qu'aux eaux mères de la France et de l'Allemagne ; ce sont les déductions pratiques qu'il fait sortir de cette appréciation comparative ; c'est la juste part de succes qui revient à chacune d'elles dans le traitement des nombreuses assertions auxquelles elles ont été opposées. Ce que M. Germain avait fait pour l'étude comparative des eaux de sources de Salins, M. Carrière l'a fait, en outre, pour ces dernières comparées aux eaux de la mer, aux eaux de Balaruc, de Béarn, de Kreusnak, de Fassendurf, et toujours pour en tirer des résultats et des avantages d'application au profit de la médication iodo-bromurée de Salins.

M. Carrière a attaché une importance toute particulière à l'usage simultané des eaux salées prises à l'intérieur, et des eaux mères administrées en bain ou autrement. Il pense que ce nouveau mode d'administration est nécessaire pour compléter la médication et pour en assurer le succès. Il conseille pourtant, dans certains cas, de faire alterner les deux modes d'administration au lieu de les employer simultanément.

Quant aux cas pathologiques contre lesquels M. Carrière conseille plus spécialement la médication iodo-bromurée, il place en première ligne le lymphatisme comme source commune de toutes les formes d'affections scrofuleuses qui en dérivent, et contre lesquelles on chercherait en vain, dit-il, une médication aussi puissante et aussi efficace. En cela il y a, comme on le voit, parfaite concordance d'opinion entre les deux auteurs, et nous n'avons pas besoin d'ajouter que les faits thérapeutiques ne pouvaient manquer de venir à l'appui de leur commune opinion dans un pays où l'expérience ne s'acquiert que trop facilement sur de telles affections. C'est là un effet, dans cette région, où les terrains magnésiens abondent, où l'iode disparaît pour ainsi dire des localités, ou du moins ne se trouve plus combiné aux éléments matériels de la vie que dans de faibles proportions ; c'est là, dis-je, que la médication iodo-bromurée, comme succédanée de l'iode et de ses composés, pouvait être à la fois nécessaire et salutaire ; et c'est ainsi, en effet, d'après M. Carrière, que le succès des eaux de Salins est devenu presque populaire dans cette contrée, comme si, là aussi, la Providence eût placé à dessein le remède à côté du mal. Le goître, le crétinisme, le rachitisme, les engorgements ganglionnaires, les affections tuberculeuses, toutes les formes de diathèse scrofuleuse figurent nécessairement au premier chef dans l'heureuse application du traitement. La chloro-anémie, les asthénies nerveuses qui n'en sont que la cause la plus fréquente, les rhumatismes chroniques, les syphilides, telles sont encore les affections contre lesquelles M. Carrière préconise plus spécialement la médication iodo-bromurée de Salins, à laquelle il donne aussi toutes ses préférences sur les bains de mer. Que si nous lui opposions en faveur de celle-ci la puissante influence de l'air maritime, de l'habitation de la plage, de l'action vive et bienfaisante de l'insolation locale, de l'exercice de la natation ou de l'action non moins salutaire de la douche de la lame, toutes circonstances qui peuvent coopérer si puissamment aux effets pharmacologiques et hygiéniques de la médication saline, M. Carrière, sans en nier tous les bienfaits, nous répond que toutes ces diverses influences sont victorieusement balancées, non-seulement par le fait de la médication iodo-bromurée, mais aussi par l'avantage de varier à volonté sa puissance d'action, suivant les indications pathologiques ou les conditions individuelles, de la graduer, de l'abréger ou de la prolonger à son gré, de l'adapter pour ainsi dire aux individualités morbides plus facilement et plus sûrement que par l'usage des bains de mer qui sont nécessairement identiques, invariables.

C'est encore sous ce point de vue que nous avons dû trouver d'accord MM. Germain et Carrière ; mais il s'en faut bien que les deux auteurs partagent la même opinion relativement aux cas d'applications des bains de Salins. Non-seulement M. Carrière en a déterminé l'usage dans des limites plus restreintes que ne l'avait fait son prédécesseur ; mais il en a signalé quelques inconvénients, et en a combattu quelques abus ; et en cela nous croyons qu'il a mieux compris les intérêts de la science, mieux servi la cause de l'administration. M. Carrière a surtout élevé des doutes sur l'efficacité des bains de Salins contre les affections papuleuses de la peau, contre le prurigo en particulier, qu'il a vu se transformer en eczéma aigu, sous l'influence de ce traitement ; contre

l'ecthyma, qu'il a vu prendre la forme suraiguë après quelques jours du même traitement. Bien qu'il conseille l'usage intérieur de l'eau salée dans le cas de tuberculisations pulmonaires, il repousse de la manière la plus absolue l'usage des bains de Salins dans la même affection.

Du reste, malgré tout le temps qu'il a dû consacrer à étudier la question thérapeutique des bains de Salins, M. Carrière n'a pu réunir un aussi grand nombre de faits cliniques que M. Germain; mais on voit pourtant qu'il ne s'est pas borné à l'examen et à l'appréciation de ceux que pouvait lui offrir la pratique des médecins de la ville et des hôpitaux de Salins, qu'il y ajoute un certain nombre de faits qui lui sont propres; et s'il faut regretter qu'ils ne soient pas plus nombreux, ils n'en confirment pas moins l'efficacité de la médication iodo-bromurée appliquée dans toutes les conditions voulues d'opportunité, comme ils témoignent surtout du caractère indépendant et de l'esprit judicieux de l'auteur.

Dirons-nous, toutefois, avant de terminer, que tous les faits réunis en faveur de la médication alcaline de Salins, quelle que soit leur importance dans la question d'application pratique, sont loin de résoudre la question de propriétés thérapeutiques de la médication bromurée opposée comme succédanée à la médication iodurée. Sous ce rapport, votre commission n'a pu admettre comme suffisamment démontrée cette proposition au moins contestable de MM. Germain et Carrière, que l'action médicatrice des bromures est deux fois supérieure à celle des iodures alcalins; elle a pensé que si des expériences comparatives entre les deux médications ont pu attribuer à la première une action physiologique ou toxicologique plus énergique qu'à la seconde, elles ne peuvent justifier des préférences d'application clinique qui ne lui paraissent pas encore suffisamment fondées. Mais si elle n'a pu partager l'opinion des auteurs sur ce point, elle n'en conclura pas moins que leurs travaux ont une valeur réelle dans la solution de la question, qu'ils contiennent des faits nouveaux de chimie appliquée, de pharmacologie et d'hydrologie médicale, dont la publicité peut intéresser à la fois l'hygiène et la thérapeutique. En conséquence, elle a l'honneur de vous proposer de les renvoyer au comité de publication, et d'adresser en même temps à leurs auteurs des remercîments et des encouragements.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

HUITIÈME, NEUVIÈME, DIXIÈME ET ONZIÈME LETTRES SUR LA PHYSIOLOGIE; par RUDOLPHE WAGNER. — GAZETTE D'AUGSBOURG, n[os] 35, 42, 50, 54, année 1852 (1).

Une *découverte* fait le sujet des quatres lettres en question. Si elle est confirmée — et on ne saurait guère douter de l'exactitude des recherches — tout un chapitre de la physiologie lui devra d'être soudainement éclairé. L'auteur s'empresse de nous la communiquer. C'est comme si nous l'entendions s'écrier : εὕρηκα ! c'est comme si nous le voyions abandonner en toute hâte ses microscopes et courir à la Société royale des sciences de Gœttingue, pour lui annoncer sa nouvelle des *corpuscules du tact*. Qu'il est ravissant pour le naturaliste de rencontrer un fait nouveau dans lequel une foule de faits antérieurs trouvent leur explication !

La notice que nous avons pu donner il y a quelques mois des éléments anatomiques de cette découverte était trop incomplète pour que nous ayons pu nous dispenser d'y revenir aujourd'hui avec plus de détails, si l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Flourens, n'eu avait pas communiqué le résumé dans la séance du 24 mai. Il ne nous reste donc qu'à parler, dans cette analyse, de quelques autres points non moins intéressants.

M. E.-H. Weber avait déjà, en théorie, présumé l'existence d'appareils particuliers pour le sens du toucher. Selon lui, il était tout à fait invraisemblable que de simples distributions nerveuses dans la peau pussent effectuer les sensations si délicates et si multiples du toucher. Il rappelait que le froid, agissant immédiatement sur les nerfs, ne produisait pas la sensation du froid. Pour sentir le chaud ou le froid, il serait indispensable, disait-il, que l'expansion ou la contraction produites par eux agissent d'abord sur les organes microscopiques du tact situés dans le derme, et qui ne sont pas encore trouvés, et à l'aide de ces organes, sur les terminaisons des nerfs du tact.

M. Wagner se mit à l'œuvre, en profitant des belles ressources de l'institut physiologique de la Faculté où il allait donner des leçons sur la structure intime de la peau, se servant surtout d'un excellent microscope de M. Oberhauser (de Paris). Disons aussi qu'il a fait ces recherches, de concert avec un de ses jeunes amis et élèves, M. Meissner (de Hanovre). Après avoir préparé par la soude caustique, l'acide acétique, etc., et avoir placé sous le microscope des coupes minces de peau, ils ont trouvé les deux ordres de papilles distincts, savoir : les papilles vasculaires et les papilles nerveuses; et ces dernières, par rapport aux premières, diminuant en nombre à mesure qu'on descend des bouts des doigts au poignet.

En réfléchissant aux données nouvelles de MM. Wagner et Meissner, on arrive à constater trois faits anatomiques de la plus haute valeur, d'abord que le plus grand nombre de papilles ne contient qu'*une anse vasculaire* et pas de nerfs. Avec ce fait, on sort de suite de la confusion dans laquelle on se trouve quand les uns voient des vaisseaux où les autres voient des nerfs, et *vice versâ*. tous admettant que chaque papille est composée d'une anse vasculaire et d'une anse nerveuse. Le second fait, c'est que l'idée des *anses nerveuses* qui joua pendant longtemps un si grand rôle perd son terrain là même où elle s'est maintenue le plus fermement — aux papilles du toucher. Les derniers efforts faits par les auteurs à l'aide de grossissements plus considérables et par l'examen de quelques coupes transversales de papilles les ont convaincus que les fibrilles nerveuses se répandent dans l'intérieur des corpuscules. Il leur a semblé même à plusieurs reprises qu'elles s'y dirigent sous forme de *pinceau*. Le troisième fait — le fait capital — c'est l'existence des corpuscules comme appareils particuliers du tact.

Il y a encore quelques autres remarques à faire. Les corpuscules du tact présentent, comme M. Wagner le rappelle lui-même, beaucoup d'analogie avec les corpuscules de Pacini. On n'a qu'à comparer, par exemple, pour s'en apercevoir, la bonne description des derniers, faite par M. Philipeaux avec les données de MM. Wagner et Meissner. Cependant à une assimilation des deux genres de corpuscules s'oppose déjà une différence bien déterminée de structure. Les couches lamelleuses des corpuscules du tact sont superposées, les couches de ceux de Pacini concentriques. — Quant à l'enveloppe qui, selon la nature de la papille, revêt le corpuscule ou l'anse vasculaire, on devra probablement admettre qu'elle est formée par la seconde lame de l'épiderme, cette lame si bien démontrée par M. Flourens sous le nom de second épiderme.

Quoi qu'il en soit de ces questions, la découverte des physiologistes de Gœttingue, une fois confirmée, aura une importance immense pour la théorie des fonctions des organes des sens. Pour le sens du toucher en particulier, on verra que l'appareil physique y est aussi essentiel qu'aux organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat. Les corpuscules doués d'élasticité, de la faculté de se détendre par la chaleur, de se contracter par le froid, etc., se présenteront comme éminemment aptes à transmettre aux fibrilles nerveuses terminales toutes les impressions d'étendue, de forme, de pesanteur, de chaleur spécifique, de poli, de dureté, d'élasticité, etc. Et poursuivant cette nouvelle voie, on cherchera à trouver sur les autres parties de la peau, sur la langue, jusque sur la muqueuse de l'organe olfactif et ailleurs, ces terminaisons nerveuses armées de véritables appareils physiques.

Les expériences physiologiques avec les organes du tact sont des plus aisées à faire. On sait qu'à l'aide d'un compas dont les branches ne sont pas trop pointues, on peut très-bien mesurer la distance nécessaire pour produire deux impressions correspondantes aux deux pointes du compas. Une ligne de distance suffit à cela quand on pose les deux pointes obtuses sur la face antérieure de la dernière phalange des doigts, tandis que pour la peau de l'humérus en suivant l'axe longitudinal, il faut 30 lignes de distance pour produire ces deux impressions, et en suivant l'axe transversal, 15 lignes. Au bout de la langue, cette distance n'est que d'une demi-ligne, aux parties rouges des lèvres de 2 lignes, etc. Il peut y avoir des variations absolues selon les individus, mais les rapports relatifs des parties principales sur chaque individu restent assez constants. C'est ainsi que, par exemple, le toucher de la pointe de la langue est en général 50 à 60 fois plus fin, le toucher des bouts des doigts 30 fois plus que celui du milieu du dos.

Le sens du tact étant donc très-inégalement réparti sur la peau, on a admis les *cercles sensitifs*, dont les démarcations doivent dépendre de la distribution finale des fibres nerveuses primitives. On en vient de cette manière à ce qui a déjà été cité comme *province d'un filet primitif*. Quand on se figure, par exemple, que chaque fibre nerveuse primitive se divise en vingt branches, et qu'on a touché une de ces vingt branches terminales ou plusieurs ou toutes à la fois, la sensation n'en sera qu'une. On pourrait se représenter la fibre nerveuse primitive comme le pédoncule simple d'une ombelle avec vingt fleurs terminales pédiculées. Or il est très-probable, non pas que chaque ombelle (nerveuse) occupe un espace séparé de la peau, mais bien que les ombelles de deux pédoncules s'entremêlent, s'entre-croisent sur le même espace. Il y aurait donc un certain nombre de points sur cet espace qui produiraient toujours, par paires, deux impressions différentes, en rapport avec les branches terminales de chaque paire de fibres primitives.

Les corpuscules du tact considérés comme les points dans lesquels les branches nerveuses se terminent sont donc comparables aux fleurs de l'ombelle, et une fibre nerveuse primitive possède autant de points terminaux qu'il y a des corpuscules du tact pour ses branches.

S. FELDMANN, D. M.

(1) Voir les numéros des 28 avril et 15 mai.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE PNEUMOGASTRIQUE EXERCE-T-IL UNE INFLUENCE SUR L'ABSORPTION STOMACALE? — DE L'HYDROTOMIE.

Experientia fallax. On pourrait modifier l'aphorisme à l'usage particulier de la physiologie, et dire : *Experimentum fallax.* Les rhéteurs ont beaucoup disserté sur la *preuve confirmative;* Dieu sait où ils vont parfois la chercher. Nous ne conseillerions pas à un physiologiste un peu scrupuleux de s'en tenir à leurs procédés. Rien, en effet, de plus insidieux que la preuve, même dans la partie la plus positive, ce semble, de nos connaissances, dans les sciences naturelles. Rien de plus difficile que d'établir péremptoirement, démonstrativement, un simple fait, dans sa signification positive et spécifique. Une source fréquente d'illusion est de se croire parvenu à la *cause* même d'un fait quand on a seulement déterminé telle ou telle *condition* dans laquelle le fait se réalise. La méthode expérimentale, qui n'aime pas à douter, se prélasse dans plus d'une erreur de ce genre. Nous ne disons rien là de blessant pour elle, et nous ne lui en portons pas moins le plus grand respect. Mais les méthodes ne sont pas même le chien de l'aveugle; elles en sont tout au plus le bâton. Si celui qui en est muni ne sait pas s'en servir, il fera de faux pas, et il faut convenir que le maniement n'en est pas facile. Rien ne remplace des yeux bien ouverts et bien clairvoyants; aucune méthode ne supplée l'esprit scientifique.

Ces réflexions nous sont suggérées par le travail de M. Bouley fils, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, et plus encore par le rapport si élégant et si instructif à la fois de M. Bérard. Les pneumogastriques exercent-ils quelque influence sur l'absorption stomacale? Quoi de plus simple à vérifier expérimentalement? Par une ouverture pratiquée à l'œsophage, on introduit dans l'estomac d'un cheval, dont les pneumogastriques sont intacts, 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique délayés dans 2 décilitres et demi d'eau; l'animal succombe rapidement. La même dose de poison est ensuite donnée à un autre cheval dont les nerfs pneumogastriques ont été coupés et reséqués; celui-là ne ressent aucun effet toxique. Il n'y a plus qu'à tirer la conséquence : l'absorption stomacale est sous la dépendance du pneumogastrique. C'est, en effet, ce qu'avait soutenu autrefois Dupuy contre ceux qui, expliquant les effets du poison par une action portée d'abord directement sur les extrémités nerveuses et propagée de proche en proche jusqu'au centre céphalo-rachidien, ne voyaient dans le résultat de l'expérience qu'un témoignage de l'insensibilité de la muqueuse gastrique. Eh bien ! non; l'explication de Dupuy ne valait pas beaucoup mieux que celle des anciens. Déjà, en 1847, M. Bérard avait fait intervenir la paralysie musculaire de l'estomac pour expliquer la formation d'acide cyanhydrique, et par suite l'empoisonnement, chez un chien auquel on avait fait avaler de l'émulsine d'abord, puis, à une demi-heure d'intervalle, de l'amygdaline, après lui avoir coupé le nerf vague des deux côtés. On pensait que l'absence d'influx nerveux empêchant la digestion de l'émulsine, lui permettait de se trouver tout entière en présence de l'amygdaline ingérée plus tard, et de provoquer, comme de coutume, la formation d'acide cyanhydrique. Mais M. Bérard demandait si la paralysie des fibres musculaires de l'estomac, devant mettre obstacle au passage de l'émulsine dans les intestins, ne suffisait pas à l'explication du phénomène. Or cet effet inévitable de la section des nerfs vagues, la paralysie musculaire, qui, dans la précédente expérience, favorisait l'empoisonnement, est précisément celui qui, par un contraste assez curieux, empêche l'action du poison dans les expériences de M. Bouley. Le cheval privé de l'influence des pneumogastriques n'est pas empoisonné, uniquement parce que l'estomac ne se contracte plus et n'envoie pas la liqueur toxique dans les intestins. La preuve qu'en donne le jeune et habile physiologiste est décisive : il administre la même liqueur, à la même dose, à un cheval dont il a lié le pylore, sans toucher aux pneumogastriques; au bout de dix-huit heures, il n'y avait pas le moindre symptôme d'empoisonnement. Le pylore est délié, et quinze minutes après, l'animal expire au milieu de convulsions tétaniques.

Ce fait en contient un autre auquel on ne s'attendait pas, et dont la découverte sera un des titres de M. Bouley : c'est que, chez le cheval, les liquides ne sont pas sensiblement absorbés par l'estomac, mais passent rapidement dans les intestins, où l'absorption est très-active. Telle est du moins la conclusion posée dans le mémoire, et non contestée dans le rapport : conclusion d'autant plus digne d'attention, si elle comporte ce caractère de généralité sans cesser d'être exacte, qu'elle est en opposition formelle avec ce qu'on sait du pouvoir absorbant de la muqueuse gastrique chez le chien et d'autres mammifères. Ajoutons bien vite que certaines dispositions anatomiques, très-bien indiquées dans le rapport, s'accordent parfaitement avec l'exception physiologique dont il s'agit.

Voilà donc encore un point sur lequel triomphent les physiologistes qui, comme l'éminent rapporteur, dénient au système nerveux toute influence directe sur le phénomène de l'absorption. A dire vrai, et pour rendre l'état réel de la science sur ce point, toutes les expériences positives sont aujourd'hui favorables à une telle opinion, et l'opinion opposée est plus en mesure d'objecter à la précédente certaines difficultés d'interprétation, que de se soutenir elle-même à l'aide de faits et d'expériences qui lui soient propres. Néanmoins, nous croyons devoir faire cette méticuleuse réserve, pour achever la défaite du système nerveux comme principe ou comme stimulant du travail d'absorption, il manque encore l'explication de plus d'un phénomène où l'esprit se défend difficilement de voir une action élective des surfaces absorbantes sur les substances en contact, c'est-à-dire quelque chose de fort analogue à une action nerveuse. Il faudrait savoir pourquoi une substance donnée est absorbée par telle membrane, non par telle autre, chez le même individu, sans que rien dans la texture anatomique rende raison de la différence; pourquoi, par exemple, le curare traverse comme un corps inerte le tube digestif, tandis que la muqueuse pulmonaire ou le tissu cellulaire le laissent pénétrer aisément dans la circulation et porter dans l'économie des désordres mortels. Il serait bon de ne plus ignorer pourquoi la même membrane absorbe telle substance solide qu'elle dissout tout exprès, et se ferme à telle autre qu'on lui présente toute dissoute et qui ne pourrait en rien altérer sa texture; le curare est encore un exemple de cette dernière singularité. On voudra bien remarquer que nous ne dressons pas ici des objections contre la doctrine de M. Bérard, et que bien moins encore nous amassons des arguments au bénéfice de la doctrine contraire. Loin de dogmatiser, nous nous bornons à soumettre nos scrupules à de

---

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA THÉORIE DES ESPRITS ET DES AMES ORGANIQUES, EN PHYSIOLOGIE.

Lettres adressées à M. le docteur Gosselin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 25.)

TROISIÈME LETTRE.

Mon cher ami,

Dans cette époque savante et agitée du dix-septième siècle, les âmes n'avaient pas achevé de subir leurs épreuves. Lorsque Stahl se mêla de la question, il semblait posséder tout ce qui est nécessaire pour la mener à fin. Naturaliste, physicien et chimiste habile, par un heureux privilége, il alliait à ses connaissances les qualités abstraites de l'esprit qui sont indispensables en un tel sujet. Il était, suivant l'expression de Haller, *homo acris et metaphysicus.* Cependant il arriva à une conclusion extrême, que rien dans les choses précédentes n'avait pu faire prévoir. Ballotté sans doute entre l'ancienne croyance et le spiritualisme moderne qui se fondait autour de lui, moins sage que Willis, qui avait su se soumettre sans engager l'avenir, il se laissa glisser sur la pente trompeuse d'une logique inexorable, et acceptant une âme, il n'en accepta qu'une, la déclarant la même pour la vie et la pensée. Puis, après cet effort d'une spéculation abusée, il employa les ressources infinies de son esprit à montrer sur toutes les parties du corps l'action de cet être étrange qui n'était ni l'âme d'Aristote ni celle des modernes. Il déclare donc que l'âme spirituelle fait tout dans les organes. Une telle conception fit une fortune singulière, devint le centre d'une école puissante, et se répandit bientôt en Allemagne, en Angleterre et en France. Fr. Hoffmann, ami, autrefois protecteur de Stahl et son collègue à l'Université de Halle, parvint à peine à en ralentir le progrès, et chez nous Boissier de Sauvages la développa à Montpellier, sur cette terre amie des systèmes. Pour quiconque est familier avec les événements de l'histoire de l'esprit humain, ce succès apporte plus d'affliction que de surprise. Vus à de grandes distances, dépouillés de l'art qui les a construits et séparés du milieu qui contribua à leur faveur, les systèmes spéculatifs nous semblent mesquins lorsque leur base fondamentale est devenue visible; et on se demande comment la doctrine a pu rester debout en choquant et en froissant le sens commun. Mais souvent, dans les sciences, la simple et commune raison a été vaincue. En cette circonstance le succès obtenu par Stahl témoigne de deux choses : de l'incertitude qui existait de son temps en physiologie sur le sens et la notion de l'âme; de l'art extrême avec lequel il sut présenter sa doctrine,

plus savants. On ne peut rien de plus modeste, et, partant, de plus naturel chez nous.

— Nous appelons l'attention sur une importante lecture d'un autre candidat, M. le docteur Lacanchie, relative à l'étude *hydrotomique* du système lymphatique. Nous avons été à même de voir fonctionner les appareils hydrotomiques du Val-de-Grâce et d'en apprécier toute la valeur. Ce nous est une raison de regretter que l'auteur n'ait pas su mieux se concilier les esprits par un peu plus de simplicité dans le style et un débit un peu moins pompeux. *Je chante le vainqueur des vainqueurs de la terre* n'est pas un bon début de poëme épique, et il eût mieux valu donner bonnement les résultats précieux, excellents, de l'hydrotomie, que de se livrer à des méditations poétiques sur l'*avénement de l'eau*.

A. DECHAMBRE.

HÉMATOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES D'HÉMATOLOGIE (lues à l'Académie des sciences, séance du lundi 31 mai 1852); par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 25.)

MALADIE DE BRIGHT.

Ce n'est pas la première fois que l'on étudie les modifications que le sang peut subir dans l'affection caractérisée par une lésion spéciale des reins, accompagnée d'hydropisie, et à laquelle Bright a donné son nom. Les recherches de Grégory Bostock. Christison, quelques analyses plus récentes de MM. Andral et Gavarret, ont permis d'apprécier la nature de cette modification du sang.

La diminution de proportion de l'albumine du sérum, et par conséquent l'abaissement du chiffre de la densité de ce liquide (1), est le fait le plus positif qui ressort des analyses faites par ces auteurs, et on en déduit fort justement la pathogénie des hydropisies qui se développent en pareille circonstance. C'est le passage de l'albumine dans les urines qui appauvrit le sérum du sang, et c'est le sérum du sang appauvri et diminué de densité qui filtre plus facilement à travers les capillaires et va constituer les hydropisies.

Les diverses questions qui se rattachent aux modifications qui se produisent dans le sang en pareille circonstance sont loin d'être toutes résolues. En effet, les analyses de ce liquide dans cette affection ont été jusqu'à présent si peu nombreuses qu'on est en droit de se poser les questions suivantes :

La diminution de l'albumine du sérum est-elle un fait constant? a-t-elle lieu aussi bien dans la maladie de Bright aiguë que dans la même affection à l'état chronique? Cette diminution se produit-elle toujours au même degré? Quelles sont les circonstances qui influent sur elle et la modifient?

Vingt-huit analyses du sang faites par nous dans cette maladie, nous permettent de résoudre ces diverses questions.

Maladie de Bright aiguë.

Nous rangeons sous cette dénomination un certain nombre de cas dont voici les caractères principaux :

Chez un sujet, la plupart du temps fort et bien constitué, on voit survenir en général assez rapidement, et cela soit spontanément, soit plutôt à la suite d'un refroidissement, les accidents suivants : douleurs lombaires, accélération du pouls; hydropisie générale de la nature de celle que l'on appelait autrefois aiguë ou active. Fréquemment il y a en même temps chaleur de la peau, bronchite aiguë. Enfin, comme phénomène constant : urines foncées en couleur, très-acides, chargées souvent de globules sanguins altérés, et surtout d'albumine en quantité assez considérable. Un pareil état ne dure qu'un certain temps, et soit spontanément soit sous l'influence d'agents thérapeutiques convenables, il se termine par la guérison ou par le passage à l'état chronique. Est-il utile d'ajouter que l'ensemble de ces symptômes correspond à la modification anatomique des reins à laquelle on a donné le nom de congestion ou d'hypérémie? Telle est la maladie de Bright à l'état aigu.

Nous avons recueilli 15 observations de ce genre. Et dans ces 15 cas, l'analyse du sang faite avec le plus grand soin nous révèle les modifications suivantes :

La quantité d'albumine contenue dans les 1.000 parties de sérum est notablement diminuée, mais à des degrés différents; cette diminution est en général d'autant plus considérable que la maladie est plus éloignée du début. Le premier, le deuxième, le troisième jour, elle est à peine sensible. Comme conséquence de cette diminution, nous devons signaler l'abaissement du chiffre de la densité qui est en rapport direct avec la diminution de l'albumine du sérum. Le chiffre des matières extractives est plutôt un peu élevé, ainsi que celui des matières grasses. C'est surtout dans la maladie de Bright aiguë que nous avons trouvé cet état particulier du sérum que l'on a appelé sérum laiteux (2 fois sur 15). L'analyse nous a démontré que cette lactescence était due non pas à des matières grasses en suspension, mais à un état particulier de l'albumine qui est, si l'on peut se servir de cette expression, sous une forme globulaire.

Un fait qu'il est important de noter, c'est que, une fois la maladie guérie, le sérum reste quelque temps encore appauvri, et souvent lorsque depuis huit, douze et quinze jours on ne retrouve plus de traces d'albumine dans les urines, ce principe n'a pas encore repris dans le sérum sa proportion normale, et se présente dans les même rapports que pendant la maladie.

Tableau de la composition moyenne du sang dans 15 cas de maladie de Bright aiguë.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sang.	1048.27	1058,80	1027,42
Eau	814,42		
Globules.	117,28	146,52	85,50
Parties solides du sérum.	65,31	76, 3	55,15
Fibrine.	2,99	3,76	1,65

(1) La concentration de l'urée dans le sang est encore un fait très-contestable.

Cet art apparaît surtout dans la critique qu'il dirigea contre les idées régnantes, et ici, comme la plupart des réformateurs, il fut plus habile à découvrir les côtés faibles de ce qu'il voulait renverser qu'à asseoir solidement son propre système. Je vais, d'une manière concise, l'examiner sous ces deux aspects.

La théorie des esprits et des âmes laissait beaucoup à reprendre, même après Willis. Stahl en met à nu toutes les imperfections. Il lui suffit de quelques mots pour indiquer que les âmes *végétative* et *sensitive* ne sont point des âmes, mais des *facultés*. Quant aux esprits, il ignore leur histoire exacte; il a tort de croire qu'ils ont été inventés par une sorte de compromis entre la médecine et la religion, pour garantir l'immatérialité de l'âme; il semble ne pas savoir que c'est Galien qui les a transmis aux âges modernes; mais il remarque avec justesse que la théorie des esprits n'est qu'un commentaire de celle des âmes, et ajoute qu'ils furent imaginés pour être un intermédiaire entre les âmes et le corps, en vertu de cet axiome faux que ce qui est incorporel ne saurait avoir de commerce avec la matière.... « Ineptissimi illius canonis de materialis et immaterialis nullo com» mercio. » La distribution des esprits en *fluents* et en *fixes* fut un ornement et un embellissement de la théorie. Van Helmont lui-même, malgré ses archées, ne sut point se passer des esprits vitaux, animaux, fluents et fixes. Que de puérilités dans le soin de les former! On les fit corporels et néanmoins très-subtils. On les compara aux rayons lumineux; on fut même jusqu'à les croire de vrais rayons de lumière. « Extremis ineptiis actus lucidos esse hinc credendum putaverunt. »

Or, continue Stahl, pourquoi avoir créé toutes ces chimères? afin de débarrasser l'âme raisonnable d'une action sur le corps, par la raison qu'elle est immatérielle. Ne faut-il pas que l'âme agisse sur les esprits qui, eux-mêmes, sont matériels? (*in* THEOR. MED. VER.—*De Scoposeu fine corporis*, § X.) N'est-il pas incroyable de faire une distinction entre la matière épaisse et la subtile, et de prétendre que l'âme peut avoir un commerce plus aisé avec ce qui est moins épais? Et chose non moins étonnante, ces théoriciens dotent leurs agents intermédiaires d'un certain degré d'intelligence pour conduire les actions organiques. Les esprits savent ce qu'il faut faire, où, quand et comment, comprennent même les intentions les plus délicates de l'âme et accomplissent précisément ce que celle-ci pense et veut! Et en échange, l'âme raisonnable, elle, quoique intelligente et directrice, ignore toutes les actions que sont censées faire ses agents! Or, dans la réalité, c'est tout le contraire qui existe (*id.*, § XI).

Ce dernier trait—c'est tout le contraire qui existe—exprime la doctrine de Stahl, et contient ce qu'il veut mettre à la place de ce qu'il a combattu. Nous arrivons ainsi au second aspect par lequel il demande à être étudié. Il n'est plus critique, mais dogmatique.

Pour lui donc, il n'y a ni des esprits ni plusieurs âmes. Une seule âme existe (*anima rationalis, mens, intellectus*), et fait tout dans le corps aussi bien que dans la pensée. Il est curieux de voir par quelles transitions la théoricien arrive à cette conclusion excessive.

Il admet en premier lieu que le *mouvement* dans les corps est donné par un principe animé, et il développe ce point dans son TRAITÉ DE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES MIXTES ET LES CORPS VIVANTS, où il trace un remarquable parallèle entre les corps inorganiques et organisés. En second lieu, ce qui conserve la vie dans les corps qui en sont doués, ce qui en est *ratio formalis*, c'est le mouvement, non le mouvement d'un lieu à un autre, mais le *mouvement tonique*. C'est lui

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sérum	1023,55	1030	1016,50
Eau	925,66		
Albomine	60,58	71	49,32
Matières extractives, sels et matières grasses . .	13,76	21,95	9,58

Sur ces 15 sujets, il y avait 7 hommes et 8 femmes. Leurs âges étaient ainsi répartis : 2 avaient moins de 30 ans, 4 de 30 à 40, 5 de 40 à 50, et 4 avaient dépassé 50 ans.

Les causes qui avaient déterminé la maladie n'ont pas toujours pu être saisies. Ainsi 8 fois l'affection s'était développée à la suite d'un refroidissement plus ou moins brusque ; une fois pendant la convalescence d'une scarlatine ; une fois à la suite d'une suppression brusque des règles causée par une émotion morale; enfin 5 fois on n'avait pu remonter à une cause évidente.

L'ancienneté de la maladie à l'époque de la saignée était fort variable : 2 fois elle datait de moins de cinq jours, 2 fois moins de huit jours, 7 fois de huit à quinze jours, enfin 4 fois de quinze jours à un mois.

6 fois la maladie s'accompagnait de fièvre; les 9 autres malades n'en présentaient pas lors de leur entrée à l'hôpital.

9 sortirent guéris, 2 passèrent à l'état chronique, 2 sortirent au bout de quelques jours sans être complétement guéris, un mourut du choléra, un dernier enfin d'une pneumonie double.

Examinons maintenant les modifications des principaux éléments du sang.

GLOBULES. — Une fois les globules furent au-dessus du chiffre 140, 3 fois de 130 à 140, 6 fois de 120 à 130, 2 fois de 110 à 120, une fois de 100 à 110, et 2 fois au-dessous de 100. Ces chiffres sont assez variés pour qu'il soit permis de conclure qu'il n'y a rien de constant à cet égard, et que dans quelques cas seulement, et ce sont ceux qui remontaient à l'époque la plus reculée, les globules tendent à diminuer.

ALBUMINE. — Elle s'est élevée au-dessus du chiffre 70, 2 fois; de 65 à 70, 2 fois; de 60 à 65, 4 fois; de 55 à 60, 2 fois; de 50 à 55, 4 fois : enfin au-dessous de 50, une fois. — 13 fois sur 15, l'albumine contenue dans 1,000 parties de serum était donc diminuée; et la diminution était d'autant plus notable que la maladie remontait à une date plus éloignée. Elle était également en rapport avec le degré d'intensité de l'hydropisie. La conséquence de cette diminution à peu près constante de l'albumine est un abaissement notable du chiffre de la densité du sérum.

FIBRINE. — Elle conserve ses proportions normales; dans quelques cas même elle est augmentée : 6 fois elle avait dépassé le chiffre 3 (une fois 6,8), 8 fois entre 2 et 3, et une fois 1,65.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Les résultats auxquels nous ont conduits les analyses précédentes fournissent quelques données pratiques sur lesquelles nous croyons devoir insister ici.

Il ressort en effet de ces analyses que les globules et la fibrine, au commencement surtout, ne sont nullement modifiés, et que l'albumine du sérum elle-même l'est à peine dans cette première période. D'un autre côté, si l'on réfléchit que les émissions sanguines n'agissent que sur les globules, et qu'il faut qu'elles soient extrêmement abondantes pour déterminer un abaissement notable de ces globules et de la fibrine, on sera conduit à une conséquence thérapeutique toute simple et qui est parfaitement applicable ici. La lésion anatomique propre à la maladie de Bright aiguë est une congestion plus ou moins considérable des reins. Les émissions sanguines générales et locales sont sans contredit le moyen qui réussit le mieux dans ces congestions aiguës. On pourra donc employer cette thérapeutique sans crainte, et sans avoir nullement à redouter une altération plus considérable du sang. Telle est, du reste, le résultat auquel nous sommes arrivés chez 13 de nos 15 malades (2 ont succombé à des complications). Nous avons toujours employé une saignée générale dès leur entrée à l'hôpital, et ensuite une ou deux applications de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région lombaire. Cette manière de faire nous a constamment réussi, et a été bien souvent suivie soit d'une diminution notable, soit même de la disparition complète de l'albumine contenue dans les urines.

Nous devons ajouter ici que nous ne nous sommes jamais bien trouvés de l'emploi des diurétiques. Ils augmentent en général la congestion, stimulent l'action des reins et favorisent le passage de l'albumine dans les urines au lieu de le diminuer. L'emploi des bains de vapeur nous semble le moyen le plus convenable pour hâter la disparition de l'hydropisie, le sérum, comme nous l'avons dit plus haut, restant appauvri longtemps encore après la disparition de l'albumine des urines. L'expérience nous a démontré que c'est par l'emploi simultané du quinquina et d'un régime azoté bien entendu qu'on arrive à la reconstituer. Les ferrugineux, en pareille circonstance sont complétement inutiles.

Maladie de Bright chronique.

L'altération des reins caractéristique de la maladie de Bright peut se développer lentement, et sous ce rapport deux cas bien différents peuvent se présenter : tantôt en effet la forme chronique succède à la forme aiguë, tandis que dans d'autres cas elle se développe d'emblée et d'une manière sourde et insensible, tantôt simplement, tantôt comme complication d'une maladie organique du cœur, d'une cirrhose du foie, etc., etc. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins important de rechercher quelle est la nature de l'altération du sang qui existe dans la forme chronique et de savoir si cette altération est semblable à celles que nous venons d'étudier dans la forme aiguë. Nous avons pu faire cette étude chez 13 sujets, et voici les résultats généraux auxquels elle nous a conduits :

Le sang est profondément modifié dans la forme chronique de la maladie de Bright; sa densité moyenne tombe de 1060 à 1045,6. Le chiffre des globules s'abaisse d'une manière notable; 108 08 représente la moyenne des 13 cas. La fibrine, au contraire, semble s'accroître sensiblement et sans qu'il y ait eu dans un seul cas de complications phlegmasiques; elle est représentée par une moyenne de 4,37.

Le sérum est également profondément modifié. Sa densité est devenue très-faible ; 1021.83 représente la moyenne. L'albumine est fortement diminuée, et est représentée par une moyenne de 55,93. Enfin le chiffre de la somme des matières extractives et des matières grasses est légerement augmenté : la moyenne est de 14,50.

Ces diverses altérations sont en général d'autant plus caractérisées que la maladie est plus ancienne; — que l'hydropisie est plus considérable; — que l'albumine se trouve dans les urines en plus forte proportion ; — enfin que les individus ont été soumis à un traitement débilitant plus énergique.

---

qui empêche la corruption et la décomposition : par exemple, le sang est par lui-même très-corruptible. S'il ne se corrompt pas ainsi que toute autre matière du corps, cela est dû au mouvement tonique (BREV. REPET. PHYSIOL., § II). Le mouvement, dans le corps vivant, a deux qualités : d'abord il est incorporel comme l'âme; ensuite il est uni au corps, actif et efficace dans le corps, comme l'âme elle-même..... « Motus est res nempe in se incorporea, ut etiam ipsa » anima; in corpore vero, imo in corpore efficax et activa, ut iterum ipsa quo- » que anima. » (DE SCOP. SEU FIN. CORP., § VII.) Or l'âme incorporelle se sert du mouvement pour agir dans le corps et sur le corps. Le mouvement est l'instrument de l'âme, l'intermédiaire entre elle et les organes (*Id.*, § VIII); et avec ce seul instrument, elle forme le corps pour son usage et accomplit toutes les actions qui s'y passent..... « Unde mox tanto justior etiam apparet altera illa » collatio, quod ipsa etiam anima et struere sibi corpus, ita ut istius usibus » quibus solis servit, aptum est; et regere illud ipsum actuare, movere so- » leat directe atque immediate sine alterius moventis interventu et concursu. » (*Id.*, § IX.)

Ce premier point est important dans le système de Stahl; il est en quelque sorte le côté anatomique de sa doctrine, bien qu'il soit difficile de concilier la pensée d'un mouvement de nature incorporelle avec ce que l'anatomie exige de rigoureux et de précis. Mais, à l'exemple de Stahl lui-même, on doit voir dans les théories des autres ce qui s'y trouve plutôt que ce qu'on a voulu y mettre. Or je n'hésite pas à croire que ce mouvement tonique, cette force de conservation du corps, *ratio formalis*, placés par le grand réformateur sur la ruine des esprits vitaux et animaux, n'est pas autre chose qu'une propriété organique mal définie, ou un ensemble de propriétés organiques. A mes yeux, il est l'équivalent des esprits vitaux et animaux et du suc nerveux de Willis.

Un second point de la théorie encore plus important, est ce qui concerne la source même de la vie, et c'est bien ici que Stahl se montre l'*homo metaphysicus* que dit Haller. Pour lui la vie, l'homme vivant et l'âme sont une même chose. L'homme est proprement une âme; le corps n'est que son officine. « ... Cum homo proprie sit anima, corpus autem universum nihil nisi officina ejus. » (DE DIVERS. MIXTI ET VIV. CORP., § L.) Or l'âme n'est point unie seulement à la matérialité du corps, mais aux qualités et aux affections du corps. Et la vie de l'homme (c'est-à-dire l'âme humaine) ne consiste pas en une action indéterminée, mais en une action spéciale dans le corps, par le corps, et dans le corps qui est fait pour l'âme. (*Id.*, § LI.) On ne doit pas confondre la vie de l'âme ou de l'homme avec la vie du corps. Car on ne peut assimiler la cause qui fait la vie à la simple mise en activité d'un instrument. (*Id.*, § LII et LIII.) Il y a cette différence entre la vie du corps et celle de l'âme, que c'est l'âme qui vivifie le corps, et cet acte de vivification ne résulte pas, comme on le dit, de l'union de l'âme avec le corps, mais de l'action de l'âme sur le corps. (BREV. REPET. PHYSIOL., § VII.)

Cette dernière pensée conduit à demander d'où vient l'âme ou la vie de l'homme. La réponse de Stahl est dans le passage suivant : « Lorsqu'il est dit, dans l'Écri- » ture sacrée, que l'homme est fait une âme vivante... *Homo factus sit anima* » *vivens*, cela signifie que l'âme humaine a été infusée au corps... *Infusio ani-* » *mæ humanæ in corpus facta fuisse*. Et lorsque les commentateurs ont voulu » traduire cette parole, ils l'ont rendue ainsi : l'homme a été fait en une âme vi-

Tableau de la composition moyenne du sang dans 13 cas de maladie de Bright chronique.

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SANG.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sang.	1045,61	1056,25	1030,24
Eau	823 60		
Globules	108,08	136,67	52,32
Parties solides du sérum	63,95	79,89	55,58
Fibrine.	4,37	6,50	2,59

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SÉRUM.

Densité du sérum	1021,83	1026,10	1018,00
Eau	929,57.		
Albumine.	55,93	66,60	45,25
Mat. extract. et mat. grasses.	14,50	24	8,05

Sur ces treize sujets, il y avait neuf hommes et quatre femmes. Quatre étaient âgés de 20 à 40 ans, cinq de 50 à 60, et quatre avaient passé la soixantaine.

La maladie, dans chacun de ces cas, avait au moins deux mois d'existence, et pouvait à juste titre être considérée comme chronique. Chez trois malades, elle avait déjà disparu et récidivé; chez les autres, elle avait suivi une marche continue.

Dans 12 cas, elle était accompagnée d'une hydropisie variable en intensité. Dans un seul, cet accident manquait complétement.

Chez ces treize malades, les urines étaient notablement diminuées de quantité; limpides, verdâtres, peu acides, d'une faible densité. Toutes contenaient une quantité assez considérable, quoique variable, d'albumine.

Parmi les complications principales que nous avons notées, nous trouvons chez cinq sujets une anémie prédominante, et caractérisée par des bruits cardiaques et vasculaires. Chez trois sujets, il existait simultanément une maladie organique du cœur; chez un autre, une bronchite avec emphysème. Enfin, une fois, la maladie s'était développée à la suite d'un accouchement.

Voici maintenant quelles sont les principales modifications du sang :

Globules : 3 fois leur chiffre avait dépassé 130; 1 fois de 120 à 130; 5 fois de 110 à 120; 2 fois de 100 à 110 et 2 fois au-dessous de 100 (52,32 et 52,27).

Fibrine : 7 fois entre 4 et 5; 3 fois entre 3 et 4 et 3 fois entre 2,5 et 3. Cette élévation du chiffre de la fibrine est un fait important à noter, et qu'il nous semble difficile d'expliquer.

Albumine : l'albumine contenue dans 1,000 parties de sérum a toujours été diminuée : 3 fois entre 60 et 65; 5 fois entre 55 et 60; 3 fois entre 50 et 55; 2 fois au-dessous de 50.

La diminution du chiffre de la densité est en rapport avec l'abaissement de l'albumine.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

S'il est une maladie dont la guérison soit difficile et peut-être même impossible, c'est certainement la forme chronique de la maladie de Bright. La connaissance des modifications du sang est cependant fort importante, et peut guider le praticien dans une thérapeutique aussi difficile.

Il y a, en effet, à considérer ici et l'altération des reins et la modification du sang, qui, en dernière analyse, est la cause de l'hydropisie et de la détérioration de l'organisme.

La lésion des reins ne devrait pas nous occuper; cependant nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que, dans le traitement de cette affection, elle est généralement négligée. Nous insisterons beaucoup sur l'emploi d'exutoires sur les deux régions rénales, et en particulier de cautères ou de moxas. La considération de la lésion rénale nous engage, dans la forme chronique comme dans la forme aiguë, à renoncer à l'emploi des diurétiques.

L'usage des purgatifs nous a paru peu favorable, et souvent nous avons vu se développer des diarrhées rebelles et intarissables, qui ont certainement hâté la fin des malades.

Voyons maintenant les indications auxquelles nous conduit la connaissance des altérations du sang.

La diminution de proportion des globules, et celle plus considérable encore de l'albumine, doit ici faire proscrire les émissions sanguines; elle indique, au contraire, l'emploi des ferrugineux et des préparations de quinquina, sur lequel il faut insister. Elle indique encore l'emploi d'aliments succulents et fortement réparateurs et de vins généreux. Ces agents thérapeutiques et ces moyens hygiéniques doivent, à notre avis, être considérés comme une des bases du traitement de la forme chronique de la maladie de Bright.

L'hydropisie est un des éléments de la maladie qu'il est le plus important de faire disparaître; cependant l'emploi des diurétiques et des purgatifs doit être rejeté, ainsi que nous l'avons dit. Nous ne saurions trop conseiller les bains de vapeurs sèches, tout en les employant avec une grande modération pour ne pas débiliter les malades et augmenter l'appauvrissement du sang.

Pour nous résumer, les bains de vapeurs sèches, les frictions stimulantes, le quinquina, le fer et une alimentation tonique, voilà, dans l'état actuel de la science, les moyens thérapeutiques que l'on peut opposer, nous ne dirons pas avec le plus de succès, mais avec le moins d'insuccès, à la forme chronique de la maladie de Bright.

DES HYDROPISIES.

Les progrès récents de l'anatomie pathologique et les recherches modernes sur la composition du sang ont modifié, depuis une vingtaine d'années, les idées que l'on se faisait généralement des hydropisies. Le cadre des hydropisies considérées jusqu'alors comme essentielles s'est peu à peu restreint, et elles ont fini par disparaître à peu près complétement du cadre nosologique.

La science, toutefois, n'est pas encore définitivement fixée à cet égard, et il reste aujourd'hui beaucoup de questions à décider. Quelques observations le démontreront facilement.

Dans l'état actuel de la science, on doit, d'après nos dernières recherches surtout, n'admettre que deux espèces d'hydropisies :

1° Les hydropisies dites mécaniques, et qui sont le résultat d'un obstacle apporté au cours du sang, soit dans l'organe central de la circulation, soit dans un tronc veineux d'un certain calibre. Cette classe est peut-être la plus nombreuse, et nous allons y revenir dans un instant.

2° Les hydropisies symptomatiques d'une altération du sang, consistant exclusivement dans la diminution de proportion de l'albumine du sérum. C'est dans l'admission des groupes que l'on doit ranger dans cette deuxième classe qu'existe encore la divergence d'opinion de quelques pathologistes.

» vante, c'est-à-dire pour que l'âme soit vivante... *Ut viva sit;* ou encore l'homme » a été fait une âme *vivifiante... Homo factus sit anima vivifica,* c'est-à-dire » une âme qui remplit dans le corps le rôle de conservateur de la vie, et agit dans » le corps qui lui est uni, à la manière dont Dieu agit sur les corps en général. » (DE DIVERS. MIXTI ET CORP. VIV., § XLIX). « Car c'est de Dieu que viennent la du- » rée et la permanence de toutes les créatures, ce que saint Paul a très-bien com- » pris par ces paroles : c'est par Dieu que nous vivons, nous nous mouvons et sommes... *In ipso deo vivamus, moveamur atque simus.* » (*Id.*, § LIII.)

En résumé, autant que l'on peut saisir la pensée de Stahl en un sujet déjà très-obscur en lui-même et obscurément exposé : L'âme donne la vie au corps de l'homme; elle vient de Dieu; le mouvement est son instrument; le corps est son officine.

Si on lui oppose, comme une difficulté, que l'âme raisonnable devrait avoir conscience de tout ce qu'il lui fait faire, il répond que la mémoire ne garde le souvenir que des choses *figurables;* et que l'intellect, lui, a le privilége de connaître et de diriger des choses figurables... « In ratiocinationem et memoriam » res tantum figurabiles cadunt, intellectus vero sine his res agnoscit, dignoscit » et definit. » (DE SCOP. FIN. CORP., § XXII.) Et puis, ajoute-t-il, dans les actes mêmes qui relèvent directement de la réflexion et de la conscience, l'âme n'agit-elle pas sans le savoir et sans se souvenir. Celui qui pense, par exemple, réfléchit-il à la manière dont il pense? Quel homme se rappelle comment il a fait pour penser? « Quoties cogitat quod cogitat? quis hominem ratione adsequitur » quomodo cogitat? nedum ut hujus meminerit quomodo factum sit? » (*Id.*, § XXIII). A-t-on le souvenir d'un raisonnement, lorsqu'on calcule la distance pour lancer un objet, ou le degré de mouvement pour lever le pied dans la marche? (*Id.*, § XXIV).

C'est avec l'aide de ces dernières raisons, et en y ajoutant l'habitude qui émousse les sensations, que Stahl rend compte du défaut de conscience de l'âme, lorsqu'elle dirige les mouvements du cœur, des intestins et toutes les actions organiques.

Enfin, il y a parmi les écrits de Stahl un chapitre curieux où il avance un paradoxe plein d'étrangeté, qui, bien qu'inattendu à cause de son étrangeté même, est au fond un corollaire de sa doctrine. Ce chapitre a pour titre : *Il n'y a pas une bonne raison qui explique la fin naturelle de l'homme.* « Quod ratio reddi non possit cur homo naturaliter morietur. » Et en effet, puisque la vie de l'homme n'est pas autre chose que l'âme, celle-ci étant immortelle, pourquoi meurt-il? J'imagine que Stahl est le seul d'entre les hommes qui ait voulu se livrer à l'examen d'une semblable question.

Il n'entre pas dans mes vues de discuter la doctrine dont je viens de donner un aperçu; son aboutissant faux et extrême a été cent fois refuté, et on pourra voir au tome IV de la PHYSIOLOGIE de Haller, tout ce que la raison peut rassembler de forces contre un tel système. Une seule remarque suffirait pour le détruire. Les plantes et les animaux, quoique vivants, sont dépourvus d'âme raisonnable; cette âme n'est donc pas la vie. J'aime mieux relever les choses qui tiennent à la question historique. Avant Stahl, une opinion semblable à la sienne avait été produite, non dans un système complet et où brillent de fortes parties, mais d'une manière nette pourtant et qui ne manquait pas de hardiesse.

Quelques détails sur l'état actuel de la science à ce sujet montreront le point où en est la question.

Les premiers auteurs qui ont appelé l'attention sur la diminution de proportions de l'albumine du sang comme cause d'hydropisie, sont Gregory, Bostoch, Christison, etc., qui ont fait connaître cette modification du sang dans la maladie de Bright, et lui ont attribué la production de l'hydropisie.

En France, M. Rayer insista beaucoup sur la diminution de densité du sérum dans cette maladie. MM. Andral et Gavarret confirmèrent encore, par leurs analyses, la diminution de proportion de l'albumine dans la maladie de Bright.

Jusqu'alors tout se bornait aux hydropisies symptomatiques d'une altération du sang. M. Andral, le premier, dans son HÉMATOLOGIE, émit l'idée que beaucoup d'hydropisies essentielles pourraient bien être dues à une modification du sang analogue à celle qui a lieu dans la maladie de Bright. L'un de nous, M. Becquerel, dans sa thèse de concours pour l'agrégation, adopta pleinement l'idée de M. Andral, et affirma d'une manière plus positive peut-être, que, dans la plupart des hydropisies regardées comme essentielles, il devait toujours exister une altération du sang. Enfin, deux ans plus tard, M. Requin, dans ses ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE, n'admit que deux classes d'hydropisies, et affirma également qu'il devait en être ainsi. Mais ni M. Andral, ni M. Becquerel, ni M. Requin ne possédaient de faits capables de résoudre la question.

Il y a un an, MM. Becquerel et Rodier produisirent pour la première fois ces faits, dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, et démontrèrent qu'un certain nombre d'hydropisies jusqu'alors comme essentielles devaient être rattachées à une diminution de proportion de l'albumine du sang. C'est cette dernière idée que nous voulons, dans ce travail, corroborer par de nouveaux faits, et généraliser.

Nous examinerons successivement : 1° les hydropisies mécaniques; 2° les hydropisies dues à la diminution de l'albumine du sang.

1° Hydropisies par obstacles à la circulation du sang. — Hydropisies mécaniques.

L'obstacle à la circulation du sang peut exister dans le cœur, ou dans un tronc veineux d'un certain calibre.

Les hydropisies symptomatiques des affections organiques du cœur sont soumises à des lois particulières. Aussi les avons-nous placées et étudiées dans un chapitre à part. Quant aux hydropisies symptomatiques d'un obstacle placé sur un tronc veineux, les genres et les espèces sont nombreux; nous ne prétendons nullement les étudier ici. Nous voulons seulement démontrer que, dans ces hydropisies, il n'existe aucune modification dans la composition du sérum du sang.

En voici quatre exemples qui justifieront suffisamment notre proposition.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Femme de 68 ans. Anasarque dû à un cancer de l'estomac et du pancréas.	Femme de 36 ans. Anasarque des membres inférieurs dû à une tumeur abdominale.	Femme de 24 ans. Ascite, anasarque, dus à des tumeurs abdominales.	Femme de 61 ans. Cancer de l'estomac, cachexie, infiltration des extrémités.
Densité	1057,01	1053,45	1060,75	1043,56
Eau	802,79	810,20	828,30	842,40
Globules	106,23	90,30	90,02	71,37
Parties solides du sérum	80,20	85,50	86,03	81,85
Fibrine	1,78	4,00	5,55	5,38

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

Densité	1032,51	1033 00	1028,73	1026,69
Eau	900,00	894,53	905.83	913,68
Albumine	73,26	82,62	76,74	70,80
Matières extractives et sels	26,74	22,85	17,33	15,68

L'examen de ces quatre analyses montre une diminution de proportion des globules qu'il faut sans doute attribuer à l'appauvrissement que la sortie du liquide hydropique a fait éprouver au sang. Nous ne nous expliquons pas la forte augmentation de la fibrine dans trois de ces cas dans lesquels il n'existait pas de phlegmasie.

2° Hydropisies symptomatiques d'une diminution de proportion de l'albumine du sang.

Les hydropisies que nous rangeons dans cette classe peuvent être divisées en deux groupes bien tranchés, et qui contiennent un nombre de cas bien différents l'un de l'autre.

PREMIER GROUPE. — HYDROPISIES CACHECTIQUES.

Ce premier groupe contient les hydropisies symptomatiques d'une diminution de proportion de l'albumine du sang, diminution que l'on peut expliquer par une cause quelconque appréciable, et qui rend parfaitement compte de la modification du sérum. Il renferme beaucoup de cas essentiellement divers que nous allons successivement passer en revue.

1° Maladie de Bright. Dans cette affection, le passage de l'albumine dans les urines explique suffisamment la diminution de ce principe dans le sang. Nous l'avons étudiée dans un chapitre à part. . . . .

2° Les hydropisies qui se développent à la suite d'une alimentation insuffisante, de la misère, des privations. En voici deux exemples.

Un médecin français, Claude Perrault, avait eu cet honneur équivoque (1). On a cherché à noter quelles influences avaient agi sur le grand réformateur de Halle, et on a répété, après Sprengel, qu'il avait puisé les bases de sa doctrine dans les idées de Descartes. Je n'admets pas qu'il en soit ainsi. Stahl a plutôt emprunté à Leibnitz, et par exemple en niant la possibilité de trouver une cause à la mort, il répète sous une autre forme cette pensée que *les animaux sont impérissables*. En admettant des sensations à des perceptions *où manque la conscience*, n'est-il pas guidé encore par l'opinion de Leibnitz sur les sensations et les perceptions indistinctes des monades. Mais quoique lois dans sa voie peut être par l'auteur du système des monades, il se fit une place à part en physiologie. Je n'oserais pas dire qu'il y importa le spiritualisme. L'âme intellectuelle perd plutôt de sa spiritualité qu'elle ne la communique aux organes dans cette promiscuité étrange à laquelle elle est soumise. Mieux valait encore établir des degrés entre les âmes comme Aristote que de les ramener toutes à celle qui a des qualités particulières. Je me figure que Stahl est une sorte de panthéiste qui, pour éviter de tomber dans la matière, s'égare dans le domaine de l'esprit.

Avec Stahl qui mourut en 1734, nous avons mis le pied dans le dix-huitième siècle. Avec lui aussi nous quittons les grands débats sur les esprits et les âmes. La nouvelle époque, paisible et tolérante, n'imagina rien d'extrême et négligea même de se passionner pour les théories anciennes. Une fois la secousse violente imprimée par le médecin de Halle amortie, la physiologie renoua la tradition un moment interrompue, non avec un zèle fervent, mais par le défaut de choses meilleures. On reprit donc les idées du siècle précédent, mais une nuance s'établit dans le culte qui devait se perpétuer encore durant de longues années. Les esprits gardèrent une grande influence, se glissèrent dans tous les livres, et défrayèrent, à vrai dire, tout le besoin d explication dont ne peut se passer la médecine. Les âmes au contraire, l'âme sensitive ou celle de la vie, la seule qui avait survécu, tomba peu à peu dans l'estime publique et fut moins souvent invoquée. Toujours debout dans le temple, elle demeurait comme une vieille divinité que l'on invoque dans les grandes occasions, mais il était visible que l'empressement des fidèles se portait de préférence vers les esprits, dont l'image plus saisissable s'éloignait moins d'un vague désir d'arriver à une physiologie positive.

La confiance aux esprits fut donc générale, et chacun les adopta avec une uniformité telle, qu'il n'est pas nécessaire désormais de choisir entre les écrits des anatomistes. Et cela va m'être un motif de changer ma marche habituelle.

Les esprits animaux se retrouvent partout, dans Dionis, Vieussens, Senac, Winslow, Werrheyen, Garengeot, Heister, Boerhaave, Palsin, Quesnay, Ber-

(1) Ce Claude Perrault est le même qui est désigné dans un vers satirique de Boileau, et qui donna le plan de la colonnade du Louvre. Ses idées datent de 1680, et Stahl ne commença à écrire sur sa théorie qu'en 1685. Parmi ses œuvres, qui ne manquent pas d'originalité, se trouve une opinion en tout conforme à celle du médecin de Halle. (Voir ŒUVR. de Cl. et P. Perrault, t. II, p. 557.)

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Homme de 60 ans, misérable, affaibli et atteint d'une hydropisie sans causes organiques appréciables.	Homme de 64 ans, misérable, vivant de privations, défaut d'alimentation, atteint d'hydropisie cachectique.
Densité	1051,10	1033,05
Eau	825,94	876,82
Globules	101,96	64,96
Parties solides du sérum	68,50	55,04
Fibrine	3,00	3,18

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

Densité	1025,10	1020,51
Eau	923,50	937,86
Albumine	65,43	51,30
Matières extractives et sels.	11,07	10,84

Dans ces deux observations, deux des principes essentiels du sang sont diminués. Dans un cas, les globules sont tombés à 101; dans l'autre, à 64. L'albumine du sérum est descendue à 65,43 chez l'un, et à 51,30 chez l'autre. La densité du sang et celle du sérum suivent cette diminution proportionnelle.

3° Les hémorrhagies se produisant pendant longtemps et en petite quantités, tels que les écoulements hémorroïdaux, déterminent quelquefois non-seulement une diminution des globules, mais encore une diminution de l'albumine, et alors les hydropisies viennent se joindre aux bruits de souffles cardiaques et vasculaires. En voici un exemple.

Chez un homme âgé de 48 ans, en proie depuis trois mois à un flux hémorroïdal incessant, pâle, anémique et infiltré, l'analyse de 1,000 grammes de sang a donné : densité, 1041,04 ; eau, 888,24 ; globules, 47,00 ; parties solides du sérum, 62,50 ; fibrine, 2 26. Et l'analyse de 1,000 grammes de sérum : densité, 1023,03 ; eau, 923,00 ; albumine, 61,40 ; matières extractives et sels, 15,60. Dans ce cas, la diminution des globules a été considérable.

4° La diarrhée chronique, liée à un trouble fonctionnel ou à une entérite chronique, détermine quelquefois une anémie et une hydropisie. Cette hydropisie s'explique par la diminution de proportion de l'albumine du sérum. Nous en avons recueilli trois observations.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Femme de 26 ans. Hydropisie cachectique, suite de diarrhée chronique.	Homme de 58 ans. Anémie hydropisie cachectique, suite de diarrhée chronique.	Femme de 25 ans. Diarrhée chronique; anémie; hydropisie cachectique.
Densité	1043,55	1043,82	1045,01
Eau	864,45	847,28	824 55
Globules	83,63	90,84	104,52
Parties solides du sérum	49,88	59,87	68,20
Fibrine	2,04	2,01	3,73

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

Densité	1027,75	1023,89	1025.35
Eau	946,55	935,13	923,63
Albumine	45,61	53 38	64,05
Matières extractives et sels.	7,84	11,49	12,35

D'après ces trois analyses, on peut voir que les globules et l'albumine ont simultanément diminué. La densité du sang et celle du sérum ont diminué proportionnellement au chiffre de l'abaissement de ces deux principes.

4° CACHEXIE CANCÉREUSE. — La cachexie cancéreuse détermine presque toujours une modification du sang qui consiste principalement dans la diminution de proportion des globules. Quelquefois elle va plus loin et elle détermine la diminution de l'albumine, et conséquemment une des variétés des hydropisies cachectiques. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des hydropisies que produisent quelquefois les tumeurs cancéreuses, en comprimant un gros tronc veineux, et apportant ainsi un obstacle à la circulation.

Chez un homme affecté de cancer de l'estomac, et atteint d'une hydropisie générale développée sous l'influence de la cachexie cancéreuse, l'analyse de 1,000 grammes de sang a donné : densité, 1034,13 ; eau, 879,54 ; globules, 54,20 ; parties solides du sérum, 63,83 ; fibrine, 2,42. L'analyse de 1,000 grammes de sérum : densité, 1023,32 ; eau, 938,09 ; albumine, 60,81 ; matières extractives et sels, 11,10.

5° CACHEXIE PALUDÉENNE. — Sous l'influence de l'intoxication paludéenne, on voit souvent se manifester l'état général auquel on donne ce nom, état qui s'accompagne d'une décoloration notable de la peau, et bien souvent d'une hydropisie plus ou moins considérable. On a bien prétendu expliquer la plupart de ces hydropisies par un obstacle mécanique à la circulation déterminé par la tuméfaction de la rate. Sans contredit, il peut en être ainsi, et nous sommes loin de récuser de pareils faits ; mais dans le plus grand nombre des cas, on ne trouve pas de tuméfaction de cet organe suffisante pour expliquer une hydropisie considérable et qui tend à se généraliser. Il nous a été donné d'observer cinq cas de cachexie paludéenne, et dans un seul de ces cinq cas, il existait une hypertrophie splénique un peu notable, mais certainement insuffisante pour donner raison de l'infiltration de sérosité.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Homme de 50 ans, atteint de cachexie paludéenne et d'hydropisie.	Homme de 48 ans. Cachexie paludéenne; hydrop. gén.	Homme de 48 ans. Cachexie paludéenne; hydrop. gén.	Homme de 23 ans. Cachexie paludéenne; hydrop. gén.	Homme de 18 ans. Cachexie paludéenne; hydrop. gén.
Densité	1035,40	1040,00	1034.06	1033,85	1010,51
Eau	869,34	853,75	869,71	875,67	846.31
Globules	67,10	101,87	67,28	56,22	87,22
Parties solides du sérum	61,10	41,84	59,88	03.83	62,32
Fibrine	2,36	2,54	3,13	4,27	4,15

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

Densité	1020,37	1016,40	1021,61	1024,15	1023,56
Eau	936,40	953,29	930,08	926,75	922,98
Albumine	55,68	37,26	50,20	60,20	63,25
Matières extr. et sels	7,92	9,45	13,72	13,05	13,77

Les modifications du sang, dans ces cinq cas, ont une grande analogie entre elles ; aussi les moyennes suivantes représentent bien les qualités et la composition du sang dans la cachexie paludéenne. Sur 1,000 grammes

---

nouilly, Lieutaud, Hales, etc. On leur ajouta seulement deux commentaires, avec l'espérance de donner à leur théorie un peu de la précision anatomique qui lui avait manqué jusqu'alors. Ainsi, Malpighi ayant cru découvrir une disposition glanduleuse dans la couche corticale du cerveau (DE CEREB. CORTICE, *in* MALPIGH. OPER., tom. I, Londres 1686), on imagina de voir dans ces glandes le moyen de sécréter les esprits. D'une autre part, Pacchioni fit remarquer que ces agents étant très-subtils de leur nature, et le cerveau trop mou pour les maintenir en ordre et sans confusion, il était besoin d'une certaine force comprimante pour empêcher leur dissémination. Il plaça cette force dans la dure-mère qui, à l'aide de ses fibres charnues et de ses muscles (il en décrivit plusieurs dans cette membrane), régularise la sortie et l'entrée des esprits dans les nerfs. (ANT. PACCHIONI OPERA, pag. 22, Româ 1740.)

A part ces deux nouveautés assez vite abandonnées, la dernière au moins, la théorie fut la même qu'auparavant. Mais le temps, qui ne devait pas tarder à l'user, la soumit à un travail d'épuration qui s'accomplit d'une manière graduelle et insensible. Malgré la persistance de quelques auteurs arriérés, on débarrassa les esprits de l'alliage de chimie impure que leur avaient imposé Sylvius de Leboë, Glisson, Willis et beaucoup d'autres. Peu à peu on s'habitua à les regarder comme une dépendance directe du système nerveux. On abandonna définitivement les naturels ainsi que les vitaux, et les animaux eux-mêmes ne furent plus guère qu'un moyen d'expliquer le sentiment et le mouvement. On commença à les confondre avec le *suc nerveux*, suc nerveux déjà entrevu par Willis, on se le rappelle, mais avec une autre destination. Enfin, par l'effet d'une clairvoyance plus grande dans l'étude de l'organisation, on marcha évidemment vers une conception plus simple, qui devait être suivie bientôt de la ruine même de la théorie.

Celui qui a le plus préparé cette ruine fut Haller, cet homme incomparable que l'on rencontre toujours quand il s'agit de juger le passé ou de préparer les voies de l'avenir. Haller ne suivit pas la marche agressive employée par Stahl. Il n'avait pas les qualités violentes qui font les réformateurs officiels. Doué d'une érudition qui était égale à son extrême pénétration des choses, il opéra d'une manière indirecte, comme le fait souvent la raison elle-même, qui venue trop tôt pour être comprise, se contente d'envelopper d'un reste d'erreur les germes de la vérité. Il n'annonce donc pas, à l'exemple de Stahl, qu'il va renverser les esprits ; il leur donne, au contraire, une adhésion nominale qui semble en confirmer l'existence. Ainsi, il les regarde comme nécessaires..... « Ut eo facilius » invisibilem potentiam lector recipiat, si ostendi potuerit, nihil valde firmum contra spiritus objici » (ELEM. PHYSIOL., tom. IV, pag. 366). Mais, si l'on pénètre plus avant dans sa pensée, on aperçoit qu'au fond, loin de les soutenir d'une alliance sincère, il leur prépare en partie, à son insu peut-être, une chute complète, et que ses coups seront les derniers.

Après avoir réfuté l'hypothèse *de la tension des nerfs*, admise par les stahliens, comme moyen de produire le sentiment et le mouvement, il établit que les nerfs agissent par *un fluide*. Il prouve aisément que ce fluide n'est pas aérien, nitro-aérien, ni un mélange de l'air et du soufre du sang, ni un sel volatil, ni un esprit-recteur émané de l'esprit universel. Il indique les conditions que doit avoir ce fluide : mobilité, fluidité et ténuité extrêmes, privation de saveur, goût, odeur, et de toute autre qualité pouvant affecter les sens ; car, dit-il, si le

de sang : densité : 1036,76 ; eau, 962,38 ; globules, 75,91 ; parties solides du sérum, 57,79 ; fibrine, 3,39.

Sur 1,000 gr de serum : densité, 1021,22 ; eau, 935 10 ; albumine, 53,32 ; matières extractives et sels, 11,58.

Cette maladie est donc une de celles dans lesquelles le chiffre des globules et celui de l'albumine s'abaissent de la manière la plus notable. On peut la prendre pour type de l'hydropisie cachectique.

Comment se rendre compte d'une modification aussi profonde survenue dans le sang ? Il faut évidemment admettre une intoxication spéciale de ce fluide, intoxication déterminée soit par l'absorption des effluves marécageuses, soit par la répétition plus ou moins fréquente et la récidive des fièvres intermittentes.

Telles sont les principales hydropisies cachectiques qu'il nous a été donné d'observer en dehors de la maladie de Bright. La moyenne de l'altération du sang dans tous ces cas divers est le moyen le plus simple de résumer la question et d'apprécier la valeur approximative de l'altération du sang considérée d'une manière générale.

Analyse de 1,000 grammes de sang : densité, 1039,66 ; eau, 959,85 ; globules, 76,67 ; parties solides du sérum, 60,48 ; fibrine, 3,00.

Analyse de 1,000 grammes de sérum : densité, 1022,67 ; eau, 932,65 ; albumine, 55,95 ; matières extractives et sels, 11,40.

Ces moyennes suggèrent plusieurs réflexions. On doit d'abord remarquer que, dans toutes ces hydropisies cachectiques, l'albumine du sérum ne diminue jamais seule ; il y a simultanément, et cela constamment, abaissement du chiffre des globules.

A quel degré faut-il que l'albumine du sang descende dans les maladies chroniques, pour qu'une hydropisie se produise sous l'influence de la diminution de densité du sérum ? L'examen des faits particuliers et la moyenne que nous venons d'obtenir permettent de fixer ce chiffre à 60 et d'admettre que plus ce chiffre s'abaissera, plus l'hydropisie tendra à se produire et à augmenter.

DEUXIÈME GROUPE. — HYDROPISIES AIGUES.

Malgré les progrès de l'anatomie pathologique et les découvertes chimiques les plus modernes, on peut encore assez souvent observer, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, un certain nombre d'hydropisies auxquelles on est absolument obligé de donner le nom d'essentielles. Ces hydropisies sont aiguës : il n'existe aucune trace d'albumine dans les urines, et ce n'est que par une induction plus ou moins éloignée qu'on a pu jusqu'à présent les faire dépendre d'une altération du sang. Il nous a été donné d'observer 11 cas de ce genre, et de pouvoir analyser le sang dans chacun d'eux.

Nous allons présenter le résumé de l'histoire de ces 11 cas, et l'on pourra ainsi juger la nature des hydropisies auxquelles nous avons eu affaire. Neuf hommes et deux femmes ont été les sujets de nos observations. Chez tous, la maladie a débuté d'une manière aiguë, rapide, à la suite des influences suivantes :

1 fois après une suppression brusque de la menstruation par suite d'une émotion vive ; une fois pendant une grossesse de cinq mois, sans causes appréciables ; 1 fois vraisemblablement à la suite d'une scarlatine, à laquelle nous n'avons pas assisté ; 4 fois à la suite d'un refroidissement plus ou moins prolongé ; 1 fois après une nuit couché sur la terre pendant les journées de juin ; 3 fois enfin sans causes appréciables. Chez deux de ces derniers, il s'agissait de récidives d'une affection semblable.

Aucun de nos onze malades n'est entré à l'hôpital avant le quatrième jour, et aucun plus tard que le treizième.

Le mode de début n'a pas toujours été semblable. Chez six, l'hydropisie fut le seul symptôme ; chez deux, son développement s'accompagna de fièvre ; chez deux, il s'accompagna d'un peu de fièvre, de vomissements, de diarrhée ; chez un enfin, de vomissements et d'un léger ictère.

A l'époque de l'entrée des malades, le seul symptôme constaté fut une hydropisie générale, dont l'intensité, du reste, était extrêmement variable, depuis une simple bouffissure générale jusqu'à une infiltration assez considérable du tissu cellulaire sous-cutané. La peau était généralement un peu décolorée. Tous les autres organes, même ceux qui avaient été affectés à l'instant du début, étaient revenus à l'état normal. La fièvre avait disparu chez tous. Chez neuf de ces onze malades, les urines ne contenaient, à l'époque de leur entrée et pendant leur séjour à l'hôpital, aucune trace d'albumine, et étaient normales sous le rapport de la quantité et de la composition chimique. Chez deux hommes, on observa ce qui suit : chez l'un, entré le quatrième jour, il y avait beaucoup d'albumine dans les urines le quatrième et le cinquième jour ; le sixième, beaucoup moins ; le septième, moins encore ; le huitième, des traces ; le neuvième, rien. L'hydropisie ne fut cependant complétement guérie que le dix-septième jour ; chez l'autre, entré le cinquième jour, on a trouvé un peu d'albumine le sixième et le septième. Le huitième, il n'y avait plus aucune trace.

De ces onze malades, neuf guérirent ; deux sortirent de l'hôpital sans être complétement guéris. La durée la plus longue fut d'un mois.

L'analyse du sang fut faite dans ces 11 cas.

Voici un tableau qui représente la composition moyenne, les maxima et les minima.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité	1045,84	1053,30	1037,55
Eau	830 78		
Globules.	104,58	134,38	70,10
Parties solides du sérum. .	61,87	65,62	57,24
Fibrine	2,77	4,10	1,25

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Densité	1022,61	1024,28	1020,03
Eau	928,47		
Albumine	58,52	63,18	51,12
Matières extractives et sels.	13,01	17,14	7,74

GLOBULES. — Ils sont généralement beaucoup moins diminués que dans les hydropisies cachectiques ; cependant nous les voyons tomber, dans un cas, à 70 et dans un autre à 72. L'examen des faits particuliers donne les résultats suivants : globules au-dessus du chiffre 120, 3 cas ; entre 100 et 120, 3 cas ; entre 110 et 100, 5 cas.

FIBRINE. — Elle ne s'est trouvée diminuée que 2 fois d'une manière notable. Voici, du reste, les chiffres : entre 1 et 2, 2 cas ; entre 2 et 3, 6 cas ; au-dessus de 3, 3 cas.

ALBUMINE CONTENUE DANS 1,000 GRAMMES DE SÉRUM. — Elle a été diminuée d'une manière constante, et souvent l'abaissement de son chiffre a été considérable : entre 60 et 66, 4 cas ; entre 55 et 60, 6 cas ; au-dessous de 55, 1 cas : ce fut 51,02.

---

fluide nerveux avait ces qualités, le *sensorium* les percevrait au lieu de celles qui sont propres aux objets. Puis il ajoute, que s'il était obligé de préciser sa nature, il en ferait un *élément* doué d'une grande rapidité, capable de produire le mouvement, de transmettre les sensations, moins subtil que le feu, l'éther et l'électricité, puisqu'il peut être contenu dans des tubes (les nerfs) et arrêté dans sa marche par une ligature ; un élément qui peut être reproduit et réparé par les aliments (par la nutrition). Enfin, dit-il, qui empêche de croire que cet élément ne soit d'une nature spéciale, connu seulement par ses effets, et distinct de tout autre élément, comme on avoue que la chaleur, la lumière, l'électricité, l'air et l'éther sont distincts entre eux ? « Et quid vetat uti a luce diver- » sum ignem esse, ab utroque magnetis materiam, ab omnibus aerem et ætherem » distare nunc constant, quin etiam id proprium suos unicè per effectus notum » elementum sit ? » (ELEM. PHYS., tom. IV, pag. 381.)

Voilà, certes, un tableau vrai de l'action nerveuse, une définition aussi fidèle que possible de l'agent nerveux. Mais ne vous y trompez pas, cependant ; cet agent, pour Haller, n'est pas autre chose que les *esprits*. Fréquemment il met le mot *spiritus* à la place de *fluidus nervosus*, et plus souvent encore il remplace ce dernier par *liquidus nervosus*. Dans sa pensée ces trois mots désignent et représentent une même chose.

Néanmoins, la conclusion définitive était très-avancée pour l'époque. Ainsi débarrassée des conceptions étranges et ridicules qui y avaient été mêlées et ramenées à de telles proportions, la théorie des esprits était voisine du point où elle est acceptable. Le mot seul persistait plus que la chose elle-même, et il devait suffire, dans la suite, d'effacer le mot, pour se trouver avec les idées modernes, en face de la vérité qui se cachait sous les apparences d'une question scolastique. Haller continue, sans doute, on ne doit pas le méconnaître, à croire aux esprits animaux ; mais il y croyait à la manière d'un homme qui paye un tribut aux idées de son temps. Le consentement général était alors tellement enraciné, qu'après Haller ceux qui ne firent que traduire et répandre ses opinions, n'aperçurent pas le changement qu'il avait opéré, et se mirent de nouveau à disserter sur les esprits. Tissot, par exemple, leur consacre de longs développements. Mais ce devait être la dernière protestation en faveur d'une cause perdue.

Je dois remarquer ici la place d'une visée physiologique qui, sans se rattacher précisément à la théorie des esprits, contribua encore à la discréditer. Tant que l'électricité demeura dans le domaine de la physique, on ne songea guère qu'à lui comparer l'action nerveuse. Mais lorsque Galvani eut montré la possibilité de faire naître des mouvements dans les muscles, par le passage d'un courant électrique (en 1791), on fut frappé soudainement des analogies nombreuses qui existent entre le fluide électrique et le nerveux, et avec un engouement extrême, on s'engagea dans le désir de les confondre. De là naquit une série de travaux ayant pour but de démontrer que ce qui agit dans les nerfs est le fluide électrique. On doit avouer que les physiologistes furent un instant éblouis. D'importantes conquêtes accomplies dans les sciences physiques, l'éclosion tardive mais manifeste d'une chimie véritable, et surtout les espérances que donnait cette science nouvelle, promettaient enfin le moyen de pénétrer le mystère qui enveloppe les êtres organisés. Il faut reconnaître aussi que l'on avait, secrètement, un certain plaisir à ramener l'action principale de l'organisme à une

Il est presque inutile d'ajouter que la densité du sang et celle du sérum se sont constamment trouvées au-dessous des chiffres normaux.

Telle est l'histoire résumée des hydropisies aiguës qu'il nous a été donné d'observer.

Il s'agit maintenant de les interpréter et de les expliquer.

Et d'abord, nous avons deux faits en présence : l'un l'hydropisie ; l'autre l'altération du sang, consistant dans la diminution de l'albumine qu'il contient et l'abaissement du chiffre de sa densité.

Quelle est la corrélation de ces deux faits ? Quel est celui qui a produit l'autre ? Sont-ce deux faits indépendants l'un de l'autre ? Ces questions ne sont pas si faciles à résoudre qu'on pourrait le croire *à priori*. En effet, si on admet que c'est l'altération du sang qui a précédé l'hydropisie, comment expliquer cette diminution de l'albumine chez des sujets comme ceux que nous avons observés, et chez lesquels il n'y a pas, comme dans les hydropisies cachectiques, une cause matérielle, palpable, appréciable, qui rende compte de l'appauvrissement du fluide sanguin ? Cette difficulté n'est cependant pas insurmontable, et voici l'explication simple et facile que nous donnons de ces faits.

Chez nos onze malades, deux sont entrés avant le septième jour.

Que trouvons-nous chez ces deux malades ? Une albuminurie expirante, si on peut employer cette expression. On constate, à l'entrée à l'hôpital, une certaine quantité d'albumine ; on suit sa décroissance, et on la voit disparaître complétement vers le huitième jour. Or, dans ces deux faits, l'altération du sang s'explique facilement.

Voici évidemment comment les choses se sont passées. Ces deux malades, sous l'influence du froid ou de toute autre cause, ont été atteints d'une congestion plus ou moins intense des reins. Cette congestion s'est traduite par le passage d'une certaine quantité d'albumine dans les urines, passage qui a duré autant que la congestion elle-même, c'est-à-dire sept à huit jours, et a cessé de se faire ensuite. Sous l'influence de cette déperdition d'albumine, la quantité de ce principe immédiat a diminué dans le sang ; la densité du sérum s'est abaissée et l'hydropisie s'est produite. Mais l'altération du sang une fois déterminée, existe encore longtemps après la disparition de l'albumine des urines, et tant qu'elle persiste, l'hydropisie persiste également. Si, chez ces deux malades, on n'eût été appelé qu'après le huitième jour, on n'eût pu trouver d'albumine dans les urines ; on n'aurait pu constater seulement que la diminution de l'albumine du sang et l'hydropisie ; on eût perdu ainsi leur corrélation, leur filiation.

Pour ces deux faits, l'explication est simple, rationnelle, et nous ne croyons pas qu'elle puisse être contestée. Mais, dans les neuf autres, en est-il ainsi ? Nous le pensons, et nous l'admettons par induction, il est vrai, mais en nous appuyant sur des raisons plausibles. Ces raisons sont les suivantes :

1° Ces neuf malades ne sont entrés qu'après le septième jour ; par conséquent l'albumine a pu très-bien exister dans les urines et en avoir disparu.

2° L'expression symptomatique de la maladie a été la même dans les onze cas. Chez plusieurs d'entre eux, il y a eu au début concomitance de phénomènes généraux qui se rapportent assez bien à une congestion aiguë des reins (hypérémie active).

3° L'altération du sang est la même dans les 11 cas.

4° La marche de la maladie, sa durée, sont également les mêmes.

Résumons maintenant notre théorie ; car toute rationnelle et toute satisfaisante qu'elle est, ce n'est évidemment qu'une théorie.

Sous l'influence d'une cause quelconque, il se produit une congestion des reins. Cette congestion se traduit, entre autres phénomènes, par le passage d'une certaine quantité d'albumine dans les urines, et ce passage amène assez rapidement la diminution de proportion de l'albumine du sang. Cette diminution de proportion de l'albumine du sang a pour conséquence la manifestation d'une hydropisie plus ou moins considérable. Remarquons ici que, lorsque cette diminution d'albumine a lieu d'une manière aiguë, l'hydropisie se produit bien plus facilement et sous l'influence d'une bien moins grande perte que lorsque cette diminution a lieu d'une manière chronique. Mais la congestion des reins est la plupart du temps d'une durée beaucoup moins longue que l'altération du sang et que l'hydropisie consécutive ; il en résulte qu'elle disparaît bien avant ces deux phénomènes, et que si l'on n'examine les malades qu'un certain temps après le début de la maladie, on retrouve ces deux phénomènes seuls et sans qu'il y ait d'albumine dans les urines.

Si la théorie que nous venons d'exposer est exacte, il en résulte qu'on devrait plutôt donner à la maladie le nom de congestion ou d'hypérémie active des reins, que celui d'hydropisie aiguë par diminution de proportion de l'albumine du sang. Nous ne croyons pas toutefois devoir opérer ce changement, attendu que nous ne pouvons encore ériger notre hypothèse en fait positif, du moins pour beaucoup de cas.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Les faits que nous venons de passer en revue, les distinctions que nous avons établies, conduisent à des conséquences pratiques importantes. Pour les démontrer d'une manière positive, il est nécessaire d'examiner à part les deux espèces d'hydropisies que nous avons établies.

1° Hydropisies cachectiques.

Dans le traitement des hydropisies cachectiques, la première indication à remplir c'est la soustraction ou la destruction de la cause qui a produit l'altération du sang, altération consistant, ainsi que nous l'avons démontré, dans la diminution de proportion simultanée des globules et de l'albumine du sérum. Quelquefois la soustraction ou l'ablation de la cause est possible. C'est ainsi que les hémorrhagies, les flux, la diarrhée peuvent souvent être arrêtés et même guéris ; le défaut d'alimentation peut disparaître sous l'influence d'un régime convenable ; il en est de même de la misère, des privations, de l'habitation dans un lieu humide et obscur. D'autres fois, la destruction de cette cause est assez difficile ; ainsi dans la cachexie paludéenne, il faut soustraire l'individu à l'action des effluves marécageux ; ou bien, s'il n'est plus exposé à les absorber, il faut faire disparaître le retour incessant des accès de fièvre intermittente, retour qui alors même que les effluves marécageux ont cessé de faire sentir leur action délétère, peut à lui seul amener la production de la cachexie paludéenne. Malgré cela la cachexie paludéenne persiste souvent avec une très-grande opiniâtreté, et alors même qu'il n'y a plus ni action d'effluves marécageux, ni retour d'accès intermittents.

Les causes des hydropisies cachectiques ne peuvent toujours être détruites. Ainsi les hémorrhagies peuvent dépendre d'une lésion organique, d'une affection cancéreuse, les flux peuvent tenir à des inflammations

---

force physique. Le courant des opinions d'alors n'était plus vers le spiritualisme. Il y avait une réaction partout, et la médecine, comme les autres sciences, voulait devenir positive, faire un nouveau pas, se séparer du passé.

Avec ce désir de renoncement au passé, le peu qui restait de la théorie des esprits ne pouvait se maintenir. Aussi leur nom même a-t-il disparu dans les derniers travaux importants du dix-huitième siècle. Les hommes remarquables qui remplissent cette époque finissante, Barthez, John Hunter, Bichat, Cabanis, négligent d'en parler, et, sur le versant de l'autre siècle, au commencement du nôtre, aucune voix ne s'est élevée en leur faveur, pas même une des voix nombreuses qui sont amies de la tradition. Après avoir régné si longtemps, un souffle les fit évanouir ; leur nom une fois désappris, on ne se souvint plus de leur existence, et c'est tout au plus si, aujourd'hui, on est bien venu à remuer leur cendre oubliée.

Quant aux âmes organiques qui n'étaient pas sorties sans meurtrissure de l'enquête soulevée par Descartes, j'ai déjà indiqué que la dernière survivante, l'âme sensitive, ne s'affirmait plus avec l'autorité ancienne. Lorsque l'âme intellectuelle avait de la peine à se défendre au milieu de toutes les négations de l'époque, on se demande quelle force secrète pouvait sauver les autres. Cependant elles ne devaient pas périr. Un change ingénieux allait leur rendre une vie nouvelle, et, à la faveur d'un déguisement, elles se réfugièrent dans la doctrine de Barthez, lequel parvint à en conserver le culte, en le couvrant du voile un peu transparent, mais non encore compromis, du principe vital. Autour de ce mot nouveau, tous les anciens animistes se rallièrent avec bonheur et espérèrent, au moins pour un temps, n'être plus inquiétés. Les partisans des esprits ne trouvèrent pas la fortune si propice. N'apercevant plus rien devant eux, troublés et découragés, ils durent n'avoir que des regrets. L'avenir ne leur était cependant pas fermé, et j'aime à croire qu'ils se réjouiraient aujourd'hui en voyant leur doctrine transformée en celle des propriétés organiques, et rajeunie sous une forme durable.

DEBROU,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(La suite au prochain numéro.)

— Plusieurs journaux publient l'avis suivant de M. le docteur Rigaud, relativement aux fruits vendus dans les rues de Paris :

Depuis quelques jours, nous avons eu l'occasion de donner des soins à quelques personnes appartenant à la classe ouvrière, et plus particulièrement à des enfants atteints de coliques. En recherchant les causes des vives douleurs qui tourmentaient nos malades, nous avons appris que, chez le plus grand nombre, il y avait eu indigestion de cerises et de groseilles vendues à bas prix dans les rues. Ces fruits, en effet, ne présentent pas un degré convenable de maturité : ils sont verts et d'une grande acidité. Chez les enfants, ils peuvent occasionner des accidents vraiment sérieux.

chroniques simples ou ulcéreuses. En pareil cas on ne peut que chercher à diminuer les conséquences de ces altérations et qu'à empêcher les progrès des hydropisies cachectiques. La question de la cause étant ainsi posée, nous admettrons qu'on peut guérir cette espèce d'hydropisie si la cause peut être enlevée et qu'on ne peut que ralentir sa marche si la cause ne peut être atteinte. En pareil cas la marche à suivre est la même; c'est à des agents thérapeutiques ou à l'hygiène à en fournir les moyens.

Agents thérapeutiques. — Le quinquina sous diverses formes, et spécialement comme tonique, le sirop, les extraits, le vin, etc.; les amers, la gentiane en particulier, tels sont les agents les plus utiles. Le fer est également indiqué lorsque la décoloration des sujets est grande et lorsque des bruits vasculaires ou bien l'analyse du sang sont venus démontrer que l'abaissement du chiffre des globules accompagnait celui de l'albumine. L'emploi des toniques et des amers doit être longtemps continué, car la guérison de ces hydropisies est longue à obtenir.

Les frictions stimulantes de toute espèce, frictions sèches, frictions aromatiques, frictions alcooliques et ammoniacales, peuvent être employées sous diverses formes. On doit y insister, y revenir souvent; c'est un des moyens qui contribuent le mieux à favoriser la résorption du liquide infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'hydropisie elle-même doit être quelquefois combattue; mais en pareil cas il faut une grande réserve. Si l'hydropisie est peu considérable, il faut s'abstenir de s'y adresser directement; elle diminuera à mesure que la restauration du sang aura lieu, et elle finira par disparaître en même temps que ce dernier aura repris sa composition à peu près normale.

Si l'hydropisie est considérable, si elle menace d'envahir les cavités des membranes séreuses, il faut bien se décider à chercher à la faire disparaître plus rapidement. Lorsqu'on est obligé d'en agir ainsi, et c'est toujours assez fâcheux, car les moyens qu'il faut employer ne peuvent agir sans débiliter et même épuiser les sujets et sans appauvrir encore le sang, quels sont les agents auxquels il faudra avoir recours?

Les purgatifs, à notre avis du moins, ne doivent pas être mis en usage; ils débilitent trop rapidement un organisme déjà épuisé, et ils peuvent faire naître secondairement des lésions du tube digestif. Quant aux diurétiques, ils sont en général trop infidèles, et il faut introduire du reste une quantité considérable de liquides au sein de l'organisme, introduction qui aurait plus d'inconvénients que la diurèse qu'ils détermineraient. C'est aux bains de vapeur sèche qu'il faut avoir nécessairement recours, lorsque les progrès ou l'intensité de l'hydropisie exigent qu'on la combatte directement.

Agents hygiéniques. — Ils exercent une grande influence sur la guérison ou l'amélioration des hydropisies cachectiques. C'est ainsi que nous ne saurions trop recommander un bon régime, une bonne nourriture, une alimentation azotée. L'usage de viandes rôties, les vins généreux en petite quantité; une habitation dans un lieu sain, suffisamment aéré, à la campagne; des vêtements chauds, la laine sur la peau; un exercice modéré, les promenades en voiture; enfin le séjour dans un climat plus doux. Tels sont les agents qu'il est très-important d'emprunter à l'hygiène.

2° Hydropisies aiguës.

Dans cette forme d'hydropisies, la connaissance des altérations des liquides n'importe pas moins à la thérapeutique que pour les hydropisies cachectiques.

La première chose à constater est la présence de l'albumine dans les urines. Si on en trouve, si surtout sa présence est accompagnée de fièvre, de malaise et de troubles digestifs, l'indication est positive: une saignée générale réussit presque toujours. C'est ce qui est arrivé dans plusieurs des cas que nous avons observés. L'émission sanguine fut suivie presque immédiatement de la disparition de l'albumine et mit fin à la progression croissante de l'hydropisie. En pareille circonstance, il peut être quelquefois utile d'avoir recours à une application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région des reins. Lorsque l'albumine a disparu des urines, ou bien lorsqu'on n'en trouve pas, nous pensons qu'il n'est pas utile d'employer les émissions sanguines; nous les réservons pour les cas dans lesquels l'hydropisie s'accompagne de fièvre.

Pour faire disparaître l'hydropisie, plusieurs moyens peuvent être mis en usage. Les purgatifs ont beaucoup moins d'inconvénients ici que dans les hydropisies cachectiques, et ils peuvent contribuer à la disparition de l'infiltration; nous préférons toutefois, de même que pour ces dernières, les bains de vapeur sèche, ils fatiguent moins et agissent plus rapidement. Quant aux diurétiques, nous les repoussons pour les mêmes raisons que pour les hydropisies cachectiques. Les frictions excitantes peuvent être employées avec avantage, et nous conseillons d'y avoir recours en même temps qu'on fait usage des bains de vapeur sèche. Il est inutile de s'occuper des globules, attendu qu'ils sont presque toujours à l'état normal; le fer ne doit donc pas être administré.

Pour élever l'albumine à son chiffre normal, le quinquina et les amers sont souvent utiles, mais beaucoup moins que dans les hydropisies cachectiques. Cela tient à ce que la diminution du chiffre de ce principe immédiat n'est souvent pas aussi considérable que dans ces dernières. Dans l'état aigu, il faut une diminution moins considérable de l'albumine pour déterminer une hydropisie que dans l'état chronique. C'est ce qui fait que les moyens hygiéniques bien entendus et appliqués d'une manière convenable suffisent presque toujours pour ramener le chiffre de l'albumine et du sérum à son type normal.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'ENTORSE DU PIED ET DE SON TRAITEMENT CURATIF (mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 24 mai 1852); par M. Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

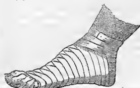
(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

2e période. — du traitement. — obtenir par l'immobilité des surfaces articulaires la guérison des parties lésées.

Divers moyens ont été proposés ou mis en usage pour atteindre à ce résultat. A l'hôpital de la Garde, au Gros-Caillou, Larrey, chirurgien en chef, débutait par appliquer autour des malléoles quelques ventouses scarifiées; il plaçait ensuite un appareil compressif dont les pièces étaient imbibées d'une liqueur tonique et légèrement sédative, telle que vinaigre ou eau-de-vie camphrée, mêlés à une égale quantité d'eau végéto-minérale et à des blancs d'œufs, pour lui donner de la solidité après dessiccation. Cet appareil méthodiquement appliqué devait rester en place dix, quinze ou vingt jours. Tout en tenant compte à Larrey d'avoir réalisé un notable progrès thérapeutique en s'affranchissant du traitement par les sangsues dont la vogue était alors immense, deux reproches de nature opposée doivent être adressés à son bandage: l'un de comprimer trop au début, l'autre de ne plus comprimer ensuite assez fortement. Il comprime trop au début; car, en s'opposant au développement de la tuméfaction, il expose, comme je l'ai dit et ainsi que je l'ai vu dans le service de Larrey, à l'hôpital du Gros-Caillou, à des accidents d'étranglement. Il ne comprime plus ensuite assez fortement, car du moment où la tuméfaction est tombée le bandage devient trop lâche et l'immobilité articulaire n'est plus obtenue. Dans les pays chauds, le blanc d'œuf dont se servait Larrey se décompose, répand une odeur infecte d'hydrogène sulfureux; il faut y renoncer. Nous l'avons remplacé en Afrique par une solution de gomme concentrée pour solidifier le bandage à entorse.

BANDAGE NON FLEXIBLE GOMMÉ.

Nous l'avons dit, le bandage inamovible gommé ne doit être mis en usage que du moment où l'inflammation traumatique est tombée. D'importantes modifications ont été apportées par nous à ce bandage, qui rendent son action et plus régulière et plus uniforme. Pour aider à sa description, nous avons jugé convenable de le reproduire par le dessin qui suit.



Les pièces nécessaires sont: de la ouate, trois compresses de toile pliées en double, larges de deux travers de doigt et longues de 20 centim.; une bande de toile, de 3 centim. de largeur et de 7 mètres de longueur; une solution aqueuse de gomme très-concentrée, de consistance de bouillie.

Application. — On place de petits coussinets de ouate dans les dépressions périmalléolaires, afin d'obtenir un plan uniforme et une compression partout également répartie. Ces coussinets sont maintenus par les trois compresses longuettes précitées dont le milieu est appliqué par échelons

derrière le calcanéum et le tendon d'Achille, et dont les chefs descendent sur le dos du pied, où ils s'entre-croisent. L'application de la bande paraît chose difficile, à en juger par la parfaite régularité du bandage; il n'en est cependant rien. Il suffit, pour arriver à la précision du modèle, d'un peu d'attention et d'habitude. Avant tout, il faut se rappeler que le bandage ne doit exercer qu'une très-légère compression, que cette compression doit être régulière, un peu plus faible à mesure que l'on remonte vers la jambe, afin de favoriser le cours du sang. Le bandage descend jusqu'à la racine des doigts, sans emprisonner le petit doigt pour éviter la douleur que la présence de cors ou durillons provoquerait. Il ne doit dépasser les malléoles que de deux à trois travers de doigt, et là il doit cesser toute compression afin de ne pas gêner la circulation.

Ceci étant bien compris, on applique, s'il s'agit du pied droit, le bout de la bande derrière le calcanéum le plus bas possible, et en la déroulant on lui fait parcourir le trajet suivant: elle descend sur le bord externe du pied en se rapprochant le plus possible de la face plantaire jusqu'à la naissance du petit doigt; arrivée là, elle monte obliquement sur la face dorsale du pied, près de la racine des doigts, puis elle descend carrément sous la face plantaire qu'elle contourne pour aller de nouveau en diagonale sur le dos du pied, croiser le premier jet et gagner le bord interne qu'elle suit jusqu'à la rencontre du chef de la bande à son point de départ, derrière le talon.

En continuant ainsi par échelons d'un centimètre et demi de hauteur jusqu'à épuisement de la bande, le pied se trouve enveloppé d'un véritable cothurne commençant en bas à la naissance des orteils, s'arrêtant en haut au-dessus des malléoles. Quand le bandage est appliqué, on l'enduit, à l'aide d'un pinceau, de quelques couches d'une solution de gomme très-concentrée, et après vingt-quatre heures il acquiert par dessiccation une dureté ligneuse très-remarquable. La gomme a sur la dextrine l'avantage de n'avoir pas comme elle besoin d'être déposée sur les pièces d'appareil, isolément et préalablement à leur application, parce qu'elle pénètre l'appareil en bloc, bien qu'appliquée à sa surface, propriété précieuse que n'a pas la dextrine. Sur le pied gauche, on commencerait le bandage par le bord interne et non plus par le côté externe, comme pour le pied droit. Les malades gardent le bandage de dix à trente jours, rarement plus, suivant le degré de l'entorse. Quand il est enlevé, on permet à l'articulation un exercice lent et gradué.

Pour assurer le succès du traitement, le repos le plus absolu est nécessaire. Dans aucun cas, on ne doit permettre au malade de poser le pied à terre, ni d'essayer de marcher; ce serait s'exposer à prolonger le traitement et à des mécomptes. Il est fort utile de placer d'une manière permanente la jambe sur un plan incliné pour faciliter le retour du sang et prévenir l'engorgement. Il suffit souvent, en effet, pour dissiper ce dernier et les douleurs qu'il fait naître, de mettre le pied dans une position élevée.

Durée du traitement. — Tel qu'il vient d'être exposé, le traitement a l'avantage de guérir plus sûrement et plus rapidement que tout autre moyen curatif. Pour se bien rendre compte de la durée du traitement, il importe de bien s'entendre sur la valeur des mots *guérison radicale*.

Pour nous, la guérison est radicale quand ayant recouvré la liberté de ses mouvements, l'articulation tibio-tarsienne est sèche, sans engorgement, sans chaleur, ni douleur. Sur un chiffre de 500 malades atteints d'entorses à des degrés variables, et dont nous avons suivi avec un soin tout particulier les diverses phases, voici quelle a été la durée du traitement et quels ont été les résultats statistiques par nous observés: 104 ont été guéris du douzième au vingtième jour, 150 du vingtième au trentième jour, 110 du trentième au quarantième jour, 80 du quarantième au cinquantième jour, 30 n'ont été guéris qu'au bout de deux mois Sur 26 entorses compliquées de fracture de l'une des malléoles, 16 fois la guérison n'a été obtenue qu'après un traitement de trois mois et un repos de deux autres mois; les 10 autres fois la guérison n'a eu lieu qu'avec ankylose partielle tibio-tarsienne sans que les eaux thermales de Bourbonne aient pu rendre à cette articulation l'entière liberté des mouvements. Dans aucun cas, il n'est survenu ni tumeur blanche ni carie, et pas une seule amputation n'a été faite consécutivement. Peut être aurions nous dû retrancher de notre statistique les 26 derniers cas, attendu que la fracture est le gros côté de la question, et l'entorse le petit; mais en agissant ainsi nous avons voulu parcourir tous les degrés de l'entorse, et la bonté de notre traitement n'en ressort que plus évidente, puisque dans aucun cas, encore une fois, il n'a fallu recourir à l'amputation. N'oublions pas de rappeler que les entorses légères sont traitées à l'infirmerie des régiments, que celles qui présentent un certain degré de gravité sont seules traitées dans les hôpitaux militaires, et que notre cadre ne comprend que des entorses de cette dernière catégorie; c'est pourquoi nous ne comptons pas de guérison avant douze jours de traitement.

Il nous reste pour compléter ce travail à exposer comme spécimen quelques observations types de l'échelle de gravité des entorses.

ENTORSE TIBIO TARSIENNE SIMPLE, TRAITÉE PAR UN PÉDILUVE FROID CONTINUÉ PENDANT TROIS JOURS, ET PAR UN BANDAGE NON FLEXIBLE; GUÉRISON EN DOUZE JOURS.

Obs. I. — En 1830, peu de temps après la prise d'Alger, le cheval arabe que je montais s'emporta et vint s'abattre sous le fort Babazoun. J'en fus quitte pour quelques contusions et une entorse assez forte du pied droit.

Ma première sensation fut une violente douleur ressentie dans l'articulation tibio-tarsienne. Je fis mouvoir cette articulation pour apprécier la lésion; elle était simple et les mouvements me parurent un peu plus étendus qu'à l'état normal, à cause de la distension des ligaments; mais cela dura peu; l'afflux du sang et la tuméfaction ne tardèrent pas rendre difficiles tous mouvements articulaires.

Je me hâtai de plonger jusqu'à mi-jambe mon pied dans le bassin rempli d'eau froide d'une fontaine voisine du lieu de l'accident, et j'y restai une heure. L'immersion brusque me saisit comme lorsqu'on prend un bain de rivière, mais sans être douloureuse, et bientôt mon pied qui était chaud, souffrant, fut comme rafraîchi, et ne me donna plus d'autre sensation que celle d'un sentiment de bien-être. Pensant avec les auteurs classiques, n'avoir plus rien à demander au bain froid, je mis autour du pied un mouchoir mouillé, et je me fis transporter à Alger. A mon arrivée, la chaleur était revenue, et avec elle la douleur. Un instant enrayé par le froid, le gonflement avait fait de nouveaux progrès; une ecchymose prononcée se dessinait autour de la malléole externe, s'étendant jusqu'au cou-de-pied.

Je fis placer sur le bord de mon lit une petite cuve pleine d'eau froide, et j'y plongeai le pied avec l'intention de ne le retirer cette fois que du moment où la douleur aurait totalement disparu. La nuit me surprit et je m'endormis le pied dans l'eau, n'éprouvant aucune souffrance. L'immersion durait depuis huit heures, je me hâtai de la supprimer, craignant d'en avoir fait abus; mais le retour de la douleur me contraignit d'y recourir de nouveau, et ce ne fut qu'après un séjour de soixante-douze heures qu'il me fut permis d'abandonner le bain froid, sans avoir à redouter une fâcheuse réaction.

Les téguments du pied, ridés par la macération, offraient une blancheur mate qui çà et là tranchait sur des taches noires d'ecchymoses. Je laissai encore vingt-quatre heures le pied entouré de linges mouillés; après quoi, convaincu que la réaction n'était plus à craindre, j'appliquai mon bandage que je rendis non flexible en le solidifiant avec de la gomme en solution très-concentrée.

Huit jours plus tard, j'enlevai ce bandage; il n'existait plus d'autres traces de l'accident qu'une ecchymose verdâtre étendue de la face dorsale du pied au tiers inférieur de la jambe. N'éprouvant aucune douleur, je commençai à marcher, et à ma grande satisfaction je constatai dès ce moment une guérison qui ne s'est pas démentie.

L'immersion prolongée du pied dans l'eau froide, dont je venais d'obtenir de si heureux résultats, fut pour moi un trait de lumière. On sait quel parti j'en ai tiré depuis pour le traitement des lésions par cause traumatique.

ENTORSE DU PIED GAUCHE, COMPLIQUÉE DE TUMÉFACTION TRÈS CONSIDÉRABLE ET DE NOMBREUSES PHLYCTÈNES; PURGATIF, DEUX SAIGNÉES DU BRAS. QUINZE JOURS D'IMMERSION DU PIED DANS DE L'EAU FROIDE, BANDAGE NON FLEXIBLE; ROIDEUR ARTICULAIRE COMBATTUE AVEC SUCCÈS PAR DES DOUCHES; GUÉRISON APRÈS CINQUANTE JOURS.

Obs. II (recueillie à l'hôpital du Gros-Caillou par mon aide de clinique M. le docteur Musart). — Entré le 13 janvier 1842 à l'hôpital du Gros-Caillou, service de M. Baudens, chirurgien en chef, G..., maréchal des logis au train des équipages, âgé de 24 ans, de belle et forte constitution, déclare avoir éprouvé la veille, il y a de cela seize heures, une entorse en tombant de cheval, et pour comble de malheur le sabot de l'animal a porté en plein sur son pied. Il a passé la nuit le pied entouré d'un cataplasme de farine de lin; la souffrance a été telle qu'il n'a pu fermer l'œil un seul instant.

L'examen fait découvrir une entorse du pied gauche avec les caractères suivants: douleur très-vive augmentant au moindre mouvement articulaire; chaleur extrême autour de l'articulation tibio-tarsienne; tuméfaction énorme remontant du pied jusqu'au genou; ecchymose profonde, très étendue, avec éparpillement de sang entre les surfaces articulaires et même dans la capsule synoviale; phlyctènes nombreuses autour de l'articulation précitée. Il est difficile pour le moment d'assurer qu'il n'existe ni fractures des malléoles ni du péroné; mais le rapport du chirurgien qui a vu le malade à l'instant de l'accident indique qu'il n'en a pas observé. Le pouls est plein, fréquent; la peau chaude, la tête pesante, un peu douloureuse.

Purgatif salin, saignée du bras de 600 grammes, régime diététique, tel est le traitement général. Le traitement local consiste dans ce qui suit: entouré d'une bande légèrement appliquée en huit de chiffres, le pied dont on a vidé les phlyctènes est immédiatement plongé dans une terrine remplie d'eau froide placée à côté du lit, en recommandant au malade de l'y maintenir tant qu'il n'éprouvera pas la sensation d'un froid désagréable. Au fond de la terrine est déposée une grosse éponge commune à moitié déchirée pour loger le pied et lui prêter latéralement un point d'appui. G... ne tarde pas à ressentir un soulagement notable, et comme l'eau se réchauffe rapidement, parce qu'il e soutire une grande quantité de chaleur morbide, force est de la renouveler fréquemment à la grande satisfaction du malade qui se sentant rafraîchi et n'éprouvant plus de douleurs a pu dormir une grande partie de la nuit. Toutefois, à la visite du matin, le pouls est encore dur, fréquent, la tête est un peu lourde; M. Baudens prescrit: boissons délayantes, diète absolue, nouvelle saignée du bras de 500 grammes. Dès ce moment l'amé-

lioration se prononce de plus en plus. Au huitième jour le malade essaye de retirer son pied de l'eau; mais le retour de la douleur le force de l'y replonger, et ce n'est qu'après quinze jours d'immersion que l'absence de toute réaction lui permet de discontinuer le bain froid.

A ce moment, la tuméfaction a presque complétement disparu, l'ecchymose est remontée en rayonnant vers le genou, et on peut se convaincre qu'en effet il n'y a pas de fracture.

Le bandage de M. Baudens est appliqué pendant vingt-cinq jours. A cette époque il ne reste de cette grave lésion d'autres traces qu'un peu de roideur dans l'articulation tibio-tarsienne. Des frictions iodurées, des douches alcalines en firent prompte justice, et après cinquante jours passés à l'hôpital militaire il put rejoindre son régiment et reprendre son service, sans interruption, sans que la guérison se soit démentie.

ENTORSE DU PIED GAUCHE; CINQ RÉCIDIVES TRAITÉES PAR LES SANGSUES ET LES CATAPLASMES; SIXIÈME RÉCIDIVE, SURVENUE IL Y A HUIT ANS, TRAITÉE CETTE FOIS PAR LE FROID ET PAR LE BANDAGE GOMMÉ; GUÉRISON DÉFINITIVE.

Obs. III. — Le général de L... est d'une constitution sèche, nerveuse. Il a éprouvé pour la première fois il y a vingt-cinq ans une entorse tibio-tarsienne gauche, à la suite d'un faux pas. Traitée par des sangsues et des cataplasmes prolongés, la maladie n'a jamais été radicalement guérie. Un sentiment de douleur sourde persiste avec engorgement périarticulaire. De plus, les ligaments sont relâchés, les surfaces articulaires sont un peu hypertrophées; il y a prédisposition à contracter de nouvelles entorses. Déjà le général en avait eu un grand nombre, à six mois, un ou deux ans d'intervalle, et toujours on le traitait par des sangsues et des cataplasmes. Il venait d'éprouver une nouvelle entorse au même pied il y a dix ans, quand il me fit appeler pour le soigner.

Traitement. — Bain de pied froid pendant six jours, bandage gommé pendant vingt-huit jours, puis fomentations avec vin aromatique, frictions iodurées, douches, et après quarante jours il commença à marcher. La guérison a été si parfaite que depuis elle ne s'est pas démentie; le général n'a plus eu une seule entorse et il a pu ainsi parfaitement apprécier les deux méthodes de traitement employées. La première, sangsues, cataplasmes, a été longue, douloureuse, plus qu'incertaine dans ses résultats, et je ne doute pas que si l'on eût persisté dans l'emploi des sangsues et des cataplasmes, de rechute en rechute, il serait survenu une dégénérescence avec carie qui eût fatalement conduit à l'amputation de la jambe.

ENTORSE DU PIED DROIT AVEC FRACTURE DE LA MALLÉOLE INTERNE; APPLICATION DE LA GLACE; BANDAGE GOMMÉ; GUÉRISON.

Obs. IV (recueillie par M. le docteur E. Bertherand, mon aide de clinique). — L..., du train des équipages, d'une forte constitution, 25 ans, conduisait son cheval à l'abreuvoir, quand l'animal, lancé au grand trot, fait un faux pas et désarçonne son cavalier qui, violemment jeté à terre, tombe sur le bord interne du pied. Il en résulte une violente entorse compliquée de fracture de la malléole interne. Les désordres locaux sont fort graves: tuméfaction avec épanchement sanguin intra et extracapsulaire; déformation du pied, fracture de la malléole interne, complétement détachée et renversée en dedans, etc.

Immédiatement transporté à l'hôpital, le blessé reçoit les soins de M. Baudens qui, par des manœuvres douces et ménagées, parvient à remettre la malléole en place et à redresser le pied complétement. En raison de la grande mobilité du pied occasionnée par la déchirure des ligaments et par la fracture, en raison surtout de la gravité de l'accident, M. Baudens conclut à l'insuffisance de l'eau froide et donne la préférence à la glace.

A cet effet une grosse éponge commune est déchirée presque complétement en deux portions égales pour loger le pied et le contenir latéralement. On dépose sur le pied jusqu'au quart inférieur de la jambe une légère couche de charpie, et sur celle-ci un grand nombre de morceaux de glace dont le blessé éprouve presque immédiatement un grand soulagement.

Traitement général. — Diète, boissons délayantes, purgatif salin, saignée du bras de 600 gr. La glace est continuée pendant six jours consécutifs. A cette époque, la tuméfaction et la chaleur morbide étant tombées et le malade ressentant, surtout vers quatre heures du matin, que le froid de la glace ne lui est plus agréable, on la supprime pour la remplacer par des compresses humides et froides pendant quarante-huit heures, puis M. Baudens applique son bandage à entorse. Ce bandage est retiré au bout d'un mois, la fracture est consolidée. A l'aide de frictions iodurées, de douches, d'applications de compresses trempées dans du vin aromatique, on combat une légère roideur articulaire, et cinquante jours après l'accident, ce militaire put retourner à son régiment guéri et en état de reprendre son service.

ENTORSE LÉGÈRE DU PIED DROIT, TRAITÉE PAR LES SANGSUES ET PAR LES CATAPLASMES; DEUX RÉCIDIVES; CARIE DE LA MALLÉOLE INTERNE; APPLICATION DU FEU; EXTRACTION DE L'OS NÉCROSÉ; GUÉRISON.

Il est rare qu'une carie suite d'entorse guérisse autrement que par l'amputation; il arrive même souvent qu'en reculant trop longtemps devant cette dernière ressource, le malade tombe dans le marasme, et que l'amputation elle-même n'offre plus de chance de salut. Toutefois, quand l'articulation tibio-tarsienne n'est point notablement altérée, quand elle ne contient pas de pus, quand les désordres sont extra plutôt qu'intra-articulaires, quand la constitution du malade est bonne, le mal peut n'être pas au-dessus des ressources de l'art, le membre peut être conservé, ainsi que le prouve le fait qui suit.

Obs. V. — B..., âgé de 18 ans, d'une bonne constitution, doué d'une puissance musculaire peu commune, a contracté, en dansant, une entorse du pied droit, si légère qu'il n'en tint nullement compte pendant plusieurs jours; puis, comme une petite douleur persistait avec engorgement péri-articulaire, il consulta un médecin qui lui fit appliquer plusieurs fois des sangsues et des cataplasmes en permanence. Quelques mois plus tard, quand je vis le malade, il avait encore des cataplasmes. Le pied empâté, blafard, privé de ton, œdémateux, était accidentellement chaud, douloureux, parce qu'un foyer purulent en cours de formation s'en était emparé. Une fluctuation notable existait, en effet, à droite et à gauche du tendon d'Achille. Déjà, quelque temps auparavant, un autre foyer purulent avait été ouvert à la partie interne du pied, et il en était résulté une fistule à travers laquelle j'introduisis aisément un stylet jusqu'à la malléole interne, où je constatai une carie. Une double incision faite le long du tendon d'Achille donna issue à une notable quantité de pus séreux provenant, à n'en pas douter, de l'os carié. Le malade en éprouva un grand soulagement, et l'état fébrile général tomba presque immédiatement. On fit usage, alternativement, d'huile de foie de morue et de pilules d'iodure de fer, d'iodure de potassium, et d'un régime tonique : vin de Bordeaux coupé avec des eaux minérales de Passy, viandes rôties, etc. Après plusieurs péripéties et réapparitions de foyers purulents qu'il fallut encore ouvrir, je profitai d'une incision faite pour porter, à l'aide d'un tube conducteur destiné à protéger les parties molles, un fer rouge sur toute la surface de la malléole interne, siége de la carie, et, six semaines plus tard, je pus retirer sans peine cette malléole détachée en totalité sous forme de séquestre. Dès ce moment, il ne s'est plus formé de foyers purulents. Le pied est revenu peu à peu à son volume normal, et huit mois plus tard, après seize mois de traitement, le malade guérit avec une demi-ankylose de l'articulation tibio-tarsienne.

ENTORSE DU PIED DROIT AVEC FRACTURE DU PÉRONÉE, ISSUE DE LA MALLÉOLE INTERNE A TRAVERS LES TÉGUMENTS; ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LA CAPSULE ARTICULAIRE; GLACE EN PERMANENCE PENDANT VINGT JOURS; FOYERS PURULENTS; GUÉRISON APRÈS TROIS MOIS, AVEC ANKYLOSE PARTIELLE.

Obs. VI. — M. D..., âgé de 40 ans, de forte complexion, marchait rapidement tenant des bouteilles à la main, quand son pied droit tourna avec violence. Il tomba brusquement, parce qu'il ne put se soutenir avec les mains de peur de briser ses bouteilles, et quand on le releva, il était assis sur son pied droit. Le poids du corps avait imprimé à l'articulation tarsienne un choc violent. M. D... reçut immédiatement les soins d'un habile médecin, qui reconnut une luxation incomplète du pied avec fracture du péroné et issue à travers la peau de la malléole interne. Il réduisit le tout et appliqua l'appareil à fracture ordinaire.

La nuit se passa dans une insomnie fort agitée, et, quand le lendemain matin je fus appelé auprès du malade, voici ce que j'observai :

Emprisonnés dans les attelles, le pied et la jambe sont le siége de vives souffrances; les téguments sont tendus par une tuméfaction considérable et couverts de nombreuses phlyctènes, depuis le dos du pied jusqu'à la naissance du mollet; au-dessous des phlyctènes, la peau est noire, ecchymosée; le péroné est fracturé à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe; au niveau de la malléole interne, on remarque une déchirure transversale tégumentaire de 3 centimètres, occasionnée par cette épiphyse lors du renversement du pied. Douleur, chaleur, tuméfaction, existent à un haut degré; le pouls est plein, fréquent; la tête douloureuse; le malade est inquiet; depuis plusieurs jours il est atteint d'une bronchite qui le fatigue beaucoup.

Traitement général. — Saignée du bras de 500 grammes; purgatifs; boissons délayantes; diète, etc.



Traitement local. — On enlève toutes les pièces d'appareil dont la compression a été si intempestive, et le membre, placé dans mon appareil à fracture tel qu'il est représenté sur le dessin ci-joint, est mollement déposé sur un plan incliné fait à l'aide d'une abondante couche de crin roulé dans un drap, ployé en plusieurs doubles; sur les côtés, le pied et la jambe sont bordés et soutenus par des éponges formant gouttières. Une couche légère de charpie est étendue sur le siége de la lésion jusqu'à mi jambe, et sur cette charpie sont déposés de nombreux morceaux de glace en permanence. Le malade ne tarde pas à éprouver un soulagement si grand qu'il s'endort pendant quelques heures. Les jours suivants, la tuméfaction locale tombe notablement, la douleur est nulle, tout fait espérer que cette grave lésion n'aura pas de suites fâcheuses. Toutefois, comme le pouls reste plein et dur, comme la bronchite n'a pas complètement cédé; dès le troisième jour, on fait une seconde saignée de 500 grammes. Tout va de mieux en mieux jusqu'au quinzième jour, grâce à la continuation de la glace, dont l'application n'a pas cessé un seul instant; la tuméfaction reste limitée autour des malléoles, les phlyctènes se sont séchées après avoir été vidées; la bronchite a disparu. On essaye alors d'interrompre la glace, mais il faut y revenir bientôt, sinon d'une manière continue, intermittente, car la réaction n'est pas encore complétement abolie.

Depuis plusieurs jours, la plaie tégumentaire située à la malléole interne, et représentée sur le dessin ci-dessus, offre une escarre arrondie de la grandeur d'une pièce de 2 fr. Cette escarre, formée aux dépens des chairs violemment contuses et déchirées par la malléole, au moment de l'accident, se détache doucement, comme si elle avait été faite à l'aide de la potasse caustique. A sa chute, le seizième jour, il s'écoule une notable quantité de pus rougeâtre, sanieux, pa-

raissant provenir de la décomposition du sang épanché dans l'articulation tibio-tarsienne. Pansement simple, fomentations froides, avec décoction de têtes de pavot et de racines de guimauve. Dans la journée, forte réaction locale, avec chaleur et douleur, qu'on parvient à enrayer par l'emploi de la glace. Le lendemain, quelques plaques d'érysipèle phlegmoneux se dessinent sur la moitié inférieure de la jambe; j'incise les parois du foyer purulent péri-malléolaire, pour le vider complétement, et les plaques rouges disparaissent en vingt-quatre heures; mais alors, on sent aux endroits qu'elles occupaient une fluctuation profonde. Deux incisions, représentées sur le dessin exposé plus haut, sont pratiquées pour donner issue à du pus sanieux couleur chocolat, dont le point de départ est, à n'en pas douter, l'articulation tibio-tarsienne. Ce pus provient d'une décomposition de sang épanché, et qui n'a pu être entièrement résorbé. Il s'écoule largement et facilement, à raison de l'étendue des incisions et de la position déclive du membre, secondées par une légère compression. On continue les fomentations froides narcotiques; le pus devient de plus en plus blanc, crémeux; il finit par se tarir; les plaies ne tardent pas à se fermer, et la plaie malléolaire, qui s'était agrandie notablement par la rétraction des téguments, marche rapidement aussi vers la cicatrisation.

D'une lésion si grave et qui aurait infailliblement entraîné l'amputation si je n'avais eu à ma disposition mon appareil à fracture et de la glace, agent tout-puissant et encore trop méconnu, malgré les nombreux faits par moi publiés depuis plus de vingt années, il ne reste actuellement qu'un peu de roideur dans l'articulation tibio-tarsienne.

ENTORSE LÉGÈRE TRAITÉE PAR DES SANGSUES ET PAR DES CATAPLASMES; CARIE; AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

OBS. VII (rédigée par le docteur Baë'en, mon ancien aide de clinique).—M. A..., lieutenant-colonel, avait éprouvé en Afrique une entorse légère, suivie de récidives, également légères, et toujours combattues avec une apparence de bons résultats par des sangsues, par des cataplasmes. Une douleur sourde persistait, la marche était devenue difficile, quand M. A... alla consulter, à Paris, un de ces guérisseurs dont il avait lu le nom à la quatrième page des journaux. Après divers traitements dispendieux, le mal avait empiré considérablement, et M. A... se décida à se confier aux soins du chirurgien en chef du Val-de-Grâce, M. Baudens.

Examen : Le malade est amaigri, inquiet, irritable; il dort mal, digère mal, son tube digestif ayant été excité par toutes les drogues qu'il a prises. Le pied est fort tuméfié, chaud, douloureux, surtout à la face externe, où il existe un foyer purulent. L'origine du mal remonte à environ deux années. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont fort douloureux et presque impossibles, à cause de l'engorgement considérable du pied.

Rejetée d'abord par le malade, l'ouverture du foyer ne put être faite que quelques jours plus tard. A ce premier foyer purulent succédèrent cinq autres qu'il fallut également inciser pour donner issue à du pus et faire tomber l'état fébrile qui, du pied, retentissait sur le reste de l'économie. Le pus était de mauvaise nature, et l'introduction d'un stylet confirma les soupçons concernant une carie. On espérait que celle-ci se limiterait à un seul os du tarse, et que le feu pourrait en faire justice; mais les accidents marchaient rapidement, toutes les articulations des os du tarse et l'articulation tibio-tarsienne elle-même ne tardèrent pas à être envahies par des foyers purulents. Les os étaient si ramollis que le stylet les pénétrait sans effort; le malade s'épuisait à vue d'œil; il n'y avait plus de temps à perdre, M. Baudens lui proposa, comme la seule planche de salut, l'amputation. Ce n'était pas le courage qui manquait, l'opération en elle-même préoccupait peu ce brave officier; mais l'idée d'être contraint de briser son épée, de ne plus pouvoir continuer à servir, le jetait dans le plus profond découragement.

Malheureusement l'articulation tibio-tarsienne était si profondément altérée, que M. Baudens ne put amputer le pied en totalité, comme il l'a fait avec tant de succès à d'autres blessés qui, à l'aide de cette belle opération dont il a enrichi la science, ont continué à marcher et à dissimuler leur mutilation par un pied artificiel. Prenant toutefois en grande considération la position spéciale de cet officier supérieur, le chirurgien en chef du Val-de-Grâce lui fit l'amputation sus-malléolaire, d'après son procédé à lambeau semi-lunaire antérieur. Le malade guérit rapidement, et il fait usage d'un appareil fabriqué par l'habile M. Charrière, avec tant d'art, qu'il marche sur deux pieds et dissimule la perte de l'un d'eux de manière à tromper l'œil le plus exercé. Promu depuis plusieurs années au grade de colonel, cet officier continue, comme il le désirait tant, à servir dans les rangs de l'armée.

Dans la crainte de nous exposer à des répétitions qui n'ajouteraient aucun intérêt nouveau aux faits contenus dans ce mémoire, nous pensons devoir nous arrêter à cette exposition de quelques entorses traitées par notre méthode. On remarquera que nous avons glissé rapidement sur les cas simples, bien qu'ils soient infiniment plus nombreux que les autres, et cela parce que leur traitement a été longuement et minutieusement exposé dans l'ensemble de notre travail.

Est-il besoin de terminer par une réflexion générale concernant chacune des entorses en particulier, à savoir : que le traitement par les sangsues et les cataplasmes ne convient pas mieux aux unes qu'aux autres? Est-il besoin de dire que, pendant notre longue pratique, il nous est arrivé souvent de faire des amputations d'avant-bras, de bras ou de cuisse, parce que des entorses du poignet, du coude, du genou, traitées par les saignées locales et les émollients, avaient dégénéré en tumeur blanche avec carie, et que l'amputation était devenue rigoureusement indispensable? Non, sans doute, et l'on comprendra que tout ce qui a été dit de l'entorse tibio-tarsienne prise comme type s'applique à toutes les entorses en général.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

(Suite et fin.)

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES HYDROPISIES AVEC ALBUMINURIE; par le docteur J. OSBORNE.

M. Osborne, qui a publié dès 1835 un important travail sur les hydropisies et les urines albumineuses, essaye, dans le présent mémoire, d'apporter un nouvel appui à l'opinion qui place dans les reins le point de départ de la maladie connue sous le nom de *maladie de Bright*, et de rallier de plus en plus les praticiens à la médication dont il a été, croyons-nous, le promoteur, et qui consiste dans l'emploi combiné des diaphorétiques et des alcalis.

Parmi les considérations relatives à l'origine de la maladie, nous en trouvons une qui intervient peut-être pour la première fois dans le débat: M. Osborne rappelle que la sécrétion d'albumine, sous l'influence d'une phlegmasie locale, n'est pas exclusivement propre aux reins, et qu'on l'observe dans beaucoup d'autres organes. Ainsi, dans le coryza, suivant Wagner, le liquide sécrété contient une petite quantité d'albumine qui peut être coagulée par l'alcool. Il ne renferme alors ni mucus ni épithélium. Une goutte de ce liquide évaporée sur un verre dépose des sels cristallisés. Le mucus reparaît à mesure que la sécrétion devient plus épaisse, et alors on aperçoit de nombreuses lamelles épithéliales. De même, à la peau, l'exsudation qui résulte d'une phlegmasie coagule par la chaleur; elle est manifestement albumineuse. Les croûtes, qui sont transparentes à l'état frais, deviennent opaques par l'évaporation; elles se dissolvent dans l'eau tiède, mais elles se coagulent quand l'eau approche du point de l'ébullition. Dans les intestins, l'exsudation albumineuse, qui pouvait être conjecturée d'après la viscosité particulière des matières évacuées dans les cas d'inflammation, a été diversement étudiée et mise hors de doute par le professeur OEsterlens (de Stuttgard), dans une épidémie de diarrhée qui a parcouru les provinces de la Baltique. Les garde-robes contenaient une très-grande quantité d'albumine. Enfin, la pneumonie amène dans le tube respiratoire une sécrétion de liquide visqueux, coagulant par la chaleur. En faisant tomber un peu de ce liquide dans une cuiller contenant de l'eau chaude dont on augmente graduellement la température, on voit se former des corpuscules semblables à du blanc d'œuf coagulé. Un liquide analogue est sécrété dans la bronchite et même dans la phthisie.

M. Osborne croit, d'après ces faits, que la seule existence de l'albumine dans un liquide qui n'en contient pas ordinairement est à elle seule un témoignage certain d'inflammation, et que, par conséquent, l'albuminurie accuse une néphrite; mais, de plus, l'état anatomique des reins, dans la maladie de Bright, lui paraît révéler directement une phlegmasie. On sait que les reins peuvent se présenter alors sous deux aspects assez dissemblables: tantôt granuleux, rouges, tuméfiés; tantôt petits, pâles, avec diminution du calibre des vaisseaux sanguins. Or M. Osborne établit un rapprochement entre la première forme et la pneumonie, entre la seconde et la cirrhose du poumon. Dans l'une et l'autre forme, l'urine albumineuse et souvent sanguinolente serait l'analogue de l'expectoration visqueuse et rouillée de la pneumonie; et le défaut d'urée dans l'urine accuserait un défaut d'accomplissement de la fonction propre du rein, de la même manière que la pneumonie empêche l'accomplissement de l'acte de l'hématose. L'opinion de l'auteur est si absolue sur ce point que, dans les cas mêmes où la présence d'une néphrite ne saurait être invoquée et où néanmoins l'urine est albumineuse, par exemple dans certaines fièvres graves, ou aux approches de l'agonie, il ne craint pas d'affirmer au moins un *état pathologique* de l'organe rénal. « L'albuminurie, dit-il, indique une maladie des reins aussi sûrement que l'expectoration une maladie passée ou présente des poumons ou des bronches. »

En ce qui concerne le traitement, l'indication des diaphorétiques est déduite par l'auteur de la condition étiologique à laquelle se rattache presque constamment, suivant lui, la maladie de Bright. Cette condition, c'est la suppression de la transpiration cutanée. Il affirme avoir obtenu une amélioration plus ou moins prononcée, une diminution plus ou moins complète de l'hydropisie, toutes les fois qu'il est parvenu à rétablir les fonctions de la peau, non pas seulement sur telle ou telle partie, mais

sur toute la surface, pourvu que la maladie fût exempte de complications et que la circulation capillaire eût conservé assez d'énergie. Quant à l'indication des alcalis, elle est appuyée sur une vue théorique. La condition normale du sang est l'alcalescence; l'alcali propre au sang est la soude. Quand, par une cause ou par une autre, l'alcali fait défant, le sang se coagule dans les vaisseaux capillaires, et c'est de là que résulte le phénomène de l'inflammation. Quand la fibrine a été coagulée, les alcalis ont le pouvoir de la dissoudre; par conséquent le remède contre les dépôts fibrineux que contiennent les reins, dans la maladie de Bright, doit être la soude ou la potasse prises à l'intérieur. « Ces substances, ajoute l'auteur, n'ont jamais trompé ma confiance. »

Tel est, dans ses parties essentielles, le contenu du long travail de M. Osborne. Nous doutons que ces considérations suffisent à porter dans tous les esprits la conviction qui l'anime lui-même. L'albumine est sans doute un des produits fréquents de l'inflammation; mais outre qu'il faudrait des expériences plus rigoureuses, et aussi plus nombreuses, que celles dont il a été question tout à l'heure, pour démontrer la production *habituelle* de cette substance dans les cas particuliers de coryza, de pneumonie, de diarrhée, etc., est-il possible d'assimiler de semblables états pathologiques à celui dans lequel l'albumine s'échappe pour ainsi dire à torrent par une voie naturelle d excrétion? Là où existe ce qu'on appelle une phlegmasie, la stase du sang permet l'exosmose de la sérosité, c'est-à-dire d'un liquide albumineux; rien de plus naturel que le liquide sécrété contienne un peu d'albumine. La néphrite simple, qui succède, par exemple, à un coup sur les reins, en fait passer également une certaine quantité dans les urines, et il y a ici la matière d'un rapprochement légitime. Mais l'explication n'est plus suffisante pour une maladie dans laquelle la déperdition d'albumine dépasse si prodigieusement la proportion ordinaire d'un produit inflammatoire et va jusqu'à enrayer le jeu de l'organisme; ou tout au moins, à supposer que la phlegmasie des reins puisse engendrer *suâ virtute* une pareille élimination d'albumine, ce qu'on sait aujourd'hui du mécanisme de l'inflammation ne saurait donner la clef de ce singulier phénomène, et les exemples empruntés à d'autres organes ne sont pas de nature à avancer la solution. La difficulté est toujours la même, et c'est ce qu'ont compris sans doute ceux qui, attribuant à la néphrite l'action principale dans la production de l'albumine, ont néanmoins reconnu un caractère spécifique à la phlegmasie.

En somme, bien que de nombreux efforts aient été faits depuis quelque temps pour rattacher la maladie de Bright à la néphrite, il nous paraît toujours très-prudent de ne pas rompre avec l'opinion qui place la cause primitive du mal dans le sang et regarde la lésion des reins comme consécutive. Nous savons bien que l'hématologie ne sert pas bien cette opinion, qu'elle ne lui apporte aucun secours positif; mais elle ne la contrarie pas non plus sérieusement. De plus, l'hématologie, on le sait, est encore dans l'enfance. On donne des noms aux substances que les manipulations chimiques laissent au fond des creusets; on les compte, on les pèse; mais ce qu'est le sang vivant, par quelles transformations, par quels échanges, par quelles pertes, par quelles réparations il passe incessamment, Dieu veuille qu'on le sache quelque jour; mais pour le moment, le livre est scellé. Bien plus, sans attendre les lumières de l'avenir, on comprend dès à présent comment une affection du sang pourrait engendrer l'albuminurie, et M. Osborne lui-même offre une explication. Que le sang perde un certain degré d'alcalescence, et l'albumine du sérum va tendre à se précipiter. Eh bien! n'est-ce pas assez pour expliquer le départ de molécules devenues, pour ainsi dire, corps étrangers, par la voie naturellement ouverte à toutes les substances dont le sang tend à se débarrasser? Nous ne disons pas que cette explication soit la véritable, car l'acidité ou seulement l'alcalescence insuffisante du sang dans l'albuminurie n'est pas un fait acquis; ce serait même une conjecture peu en rapport avec les bons effets qu'on dit avoir retirés de la limonade nitrique, si ces bons effets étaient plus certains; nous n'avons voulu qu'établir une possibilité à l'aide d'un exemple qui ne heurte aucune donnée physiologique.

Et à ce sujet, nous prendrons la liberté de faire remarquer que cette vue théorique de laquelle M. Osborne a déduit l'indication des alcalis, ne peut guère justifier sa médication qu'en ébranlant sa doctrine sur le rôle des reins dans l'albuminurie. Les reins sont enflammés, dit-il; or l'inflammation consiste essentiellement en une coagulation du sang dans les capillaires par suite d'un défaut d'alcalescence; donc il faut faire entrer des alcalis dans le sang. Mais si les alcalis ne sont pas en suffisante quantité dans le fluide sanguin, l'anomalie s'étend nécessairement à la masse entière de ce fluide. Or, de deux choses l'une: ou l'alcalescence du sang n'est que peu affaiblie, ou elle l'est beaucoup. Dans le premier cas, il pourra se faire que la séparation de l'albumine n'ait lieu que dans les capillaires, et si la séparation a lieu dans les capillaires des reins, il en résultera une albuminurie, comme la séparation dans les capillaires intestinaux aurait produit une diarrhée albumineuse; mais alors la quantité d'albumine ainsi éliminée sera en rapport avec le degré de diminution de l'acalescence, c'est-à-dire peu considérable, et c'est le contraire qui arrive. Dans le second cas, on ne comprend pas bien que l'albumine puisse garder dans les gros vaisseaux l'état de solution physiologique qu'elle va perdre dans les capillaires. Et si déjà elle est mal dissoute dans le sérum en circulation, l'état pathologique des reins est donc consécutif à une altération du sang.

OBSERVATIONS SUR LA SCARLATINE; par le docteur WILLIAM MOORE.

Indépendamment de quelques faits détaillés propres à mettre en relief certaines particularités plus ou moins importantes de l'histoire de la scarlatine, M. Moore s'occupe spécialement, dans son travail, de la durée de l'incubation et de la transmission par voie contagieuse.

La mesure de la période d'incubation de la scarlatine ou de toute autre affection contagieuse ne saurait être donnée absolument, et il est prudent, en cette question, de ne pas fixer de limite extrême, comme on a voulu le faire pour la peste. Néanmoins rien n'empêche, pour la régularité, de chercher une moyenne approximative. On la fixe à quatre jours. Or M. Moore ayant réuni quatre observations dans lesquelles le moment précis des rapports suspects et celui de l'invasion ont pu être notés, trouve que l'incubation a duré de six à sept jours. Mais outre le peu de poids d'un si petit nombre d'observations dans une question de statistique, le désaccord s'explique par une différence dans le procédé d'évaluation. On appelle ordinairement, dans les traités classiques, *période d'incubation* le temps écoulé entre l'exposition à l'influence contagieuse et le début de la fièvre d'invasion. L'auteur, au contraire, prolonge cette période jusqu'à l'apparition de la rougeur cutanée; la fièvre préliminaire durant environ deux jours, on voit que l'observation de M. Moore ne va en rien contre les données reçues.

Si l'absolu n'est pas de mise dans une telle question, il convient moins encore à celle qui concerne les conditions de la transmission contagieuse. Combien de fois n'avons-nous pas insisté, à l'occasion du choléra, sur les variations de la susceptibilité individuelle! L'auteur en fournit deux exemples bien tranchés en ce qui concerne la scarlatine et, par digression, un troisième exemple relatif à la rougeole. — Une dame qui n'avait pour ainsi dire pas quitté deux personnes affectées de scarlatine, dont une avec des caractères de malignité, ne prit pas la maladie. Neuf ans plus tard, ayant soigné deux enfants scarlatineux, dont l'un encore présentait la forme grave, elle fut atteinte cette fois et très-sérieusement. — Un individu soigna sa sœur pendant toute la durée d'une scarlatine et resta sain et sauf; l'année suivante, il prit la maladie chez un pauvre qu'il visite et en mourut. — Dans une nombreuse famille, la rougeole s'est déclarée à plusieurs reprises, laissant un intervalle de quelques années entre chaque visite. A la première, tous les enfants furent atteints, à l'exception d'un seul qui couchait pourtant dans le lit d'un frère malade. A la seconde, il échappa encore en même temps qu'un autre enfant venu au monde depuis la précédente invasion. A la troisième enfin, ce fut lui qui apporta au logis la rougeole qu'il avait prise chez un indigent et la communiqua au frère qui avait résisté une fois.

Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré un certain nombre de faits semblables. On sait que, dans certaines familles, il est d'usage, quand la rougeole entre dans le logis, de faire coucher les enfants sains avec ceux qui sont tout d'abord frappés; cette pratique a pour objet d'en finir d'un seul coup avec une maladie à laquelle on croit toute progéniture fatalement vouée; elle est fondée aussi sur ce que la rougeole passe pour être moins grave dans l'enfance que dans un âge plus avancé. Eh bien! il n'est pas rare de voir des enfants résister à toutes les tentatives, ni d'apprendre d'adultes frappés de rougeole, qu'on a vainement essayé, dans leur enfance, de la leur communiquer. Il n'y a pas un mois encore que nous avons vu un exemple de ce dernier genre chez une dame de 29 ans qui, étant toute jeune, avait été mise à dessein, mais sans aucun résultat, dans le lit de sa sœur atteinte de rougeole, et qui vient d'en prendre une très-intense dont l'issue a néanmoins été fort heureuse.

Ces anomalies, M. Moore, suivant en cela les errements ordinaires, ne les rapporte qu'à des variations dans la susceptibilité du même individu, laquelle serait nulle un jour et développée un autre. Ce n'est pas là le seul élément du problème. Non-seulement un individu peut offrir des variations dans sa réceptivité; non-seulement la réceptivité n'est pas la même chez tous les individus, mais il est extrêmement probable que toutes les rougeoles, toutes les scarlatines, toutes les varioles, ne sont pas contagieuses. Pour qu'un contage actif se dégage d'un individu malade, il faut à la maladie un degré de virulence que sans doute elle n'atteint pas toujours. C'est la seule explication plausible des différences qu'on observe si souvent dans le degré de contagionabilité d'une affection dont la racine étiologique, dont les symptômes essentiels ne varient pas, observée dans les mêmes lieux et dans les mêmes centres de population.

SUR UNE CAUSE DE BRUIT CARDIAQUE ; par le docteur LEDWICH.

Une jeune fille de 9 ans, morte phthisique, avait présenté à l'auscultation un bruit anormal du cœur coïncidant avec la syst le, ayant son maximum d'intensité au niveau du cartilage ensiforme, et ne se prolongeant pas le long du sternum. Examiné à l'autopsie, le cœur fut trouvé dans l'état suivant. Il était plus développé qu'on ne le voit communément à cet âge ; mais peut-être cet excès de volume n'était-il qu'un effet cadavérique. Oreillette droite un peu dilatée et épaissie ; la valvule d'Eustache très-grande et cachant l'ouverture de la veine cave ; *le trou ovale large et ouvert*, entouré d'un anneau épais ; la valvule destinée à fermer cette ouverture en traversait le segment inférieur, occupant environ le tiers de l'espace libre. Un peu d'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit, mais peut-être exagérée par l'agonie ; artère pulmonaire un peu plus petite que ne semblait le comporter la grandeur du ventricule ; valvules semilunaires parfaitement saines ; orifice auriculo-ventriculaire droit garni de valvules suffisamment développées, *mais percées de deux ou trois ouvertures capables d'admettre une épingle ou un stylet fin* (a very small pin, or a fine probe), *la plus grande étant située près du bord libre, et la plus petite près de la base de la valvule tricuspide gauche*. Rien d'anormal dans les cavités gauches. L'aorte était peut-être légèrement dilatée à son origine.

L'auteur pose trois hypothèses. Le bruit anormal du cœur avait il son siége à l'orifice auriculo ventriculaire droit, ou à l'aorte, ou au trou de Botal? Il s'arrête à cette dernière explication. Nous n'insistons pas sur le rôle de l'aorte qui, si elle était dilatée, ne l'était que d'une très-petite quantité. Mais nous avons peine à ne pas voir la cause du bruit dans la perforation des valvules auriculo-ventriculaires? Les ouvertures étaient petites ; mais elles n'ont pas besoin d'être grandes pour permettre le reflux du sang, surtout s'il y en avait trois. Dans les commentaires, l'auteur affirme qu'une des ouvertures avait été pratiquée accidentellement à l'autopsie : il en reste toujours deux, bien suffisantes à notre avis pour devenir la cause d'un bruit anormal. Était-ce un *souffle* ou un *sifflement*? On ne le dit pas et nous le regrettons parce que le caractère du bruit serait ici un indice de quelque valeur. Ajoutez que ce bruit coïncidait avec la systole: comme cela doit avoir lieu dans le cas d'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires. L'autre hypothèse est plausible, mais moins assurément que la précédente ; il n'y a pas de raison pour que le bruit produit par la conservation du trou de Botal ait lieu au premier temps plutôt qu'au second ; c'est en effet ce que confirme l'observation. Le souffle a été constaté tantôt pendant la systole, tantôt pendant la diastole. Ajoutez que le bruit de souffle ou le sifflement est très-rare dans la communication des cavités droites et gauches, ainsi que l'a constaté depuis longtemps M. Louis.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE PÉRICARDITE; par le docteur LALOR.

Nous ne nous arrêtons à ce travail que pour y signaler plus d'intérêt que le titre ne dispose d'abord à lui en accorder. On s'étonne de rencontrer une *épidémie de péricardite*, et l'on craint que l'auteur ne se soit livré à quelque fantaisie ou n'ait été égaré par une observation superficielle, mais en parcourant le mémoire, on voit que l'inflammation du péricarde n'a joué qu'un rôle secondaire dans la constitution médicale qui a régné au comté de Kilkenny depuis l'automne de 1847 jusqu'au début du choléra en 1849. Cette constitution était remarquable par un très-grand nombre de maladies fébriles, très-diverses dans leurs manifestations, sans prédominance d'aucune forme spécifique : c'étaient des érysipèles, des dyssenteries, des varioles, des rhumatismes, des diarrhées, etc., mais surtout des pleurésies, des pneumonies et des péricardites. La preuve que les péricardites ne constituaient presque jamais l'affection essentielle, c'est cette remarque de l'auteur : « Sur les cas de péricardite contenus dans nos cinquante observations de maladie inflammatoire du thorax, trois fois seulement l'inflammation était bornée à cette partie ; dans tous les autres cas, la plèvre ou les poumons étaient également engagés, et presque toujours du côté gauche. » Et nous devons ajouter que l'auteur a parfaitement saisi et indiqué le lien qui unissait toutes les localisations morbides en apparence, et les rapporte, malgré leur diversité, à une influence épidémique commune. Nous avions donc raison de dire que le travail ne gagnerait pas à être jugé sur le titre.

QUELQUES REMARQUES SUR LES EFFETS DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR LES BOUGIES ; par M. WILMOT.

Ces remarques pratiques, relatives au traitement des accidents du cathétérisme, ont une importance qui s'accroît encore par l'influence des préjugés en vigueur sur cette branche de la médecine. En effet, bien que ces accidents aient lieu journellement entre les mains les plus exercées et les plus soigneuses, le public ne manque jamais de les attribuer à l'inexpérience ou au défaut de soins : motif puissant pour engager les chirurgiens à recueillir précieusement toutes les indications qui peuvent leur servir à éviter de pareils écueils, ou tout au moins à en sortir à leur honneur autant que possible.

Dans le cours de la cure d'un rétrécissement, il peut survenir diverses espèces de frissons. Outre qu'ils compliquent parfois une stricture qui n'a subi aucun traitement mécanique, ils accompagnent aussi, dans quelques cas, la formation d'une collection purulente au voisinage de l'urètre. Ils sont l'indice possible d'une maladie des reins, ou ils résultent enfin de l'introduction des instruments.

Chacune de ces conditions réclame une règle de conduite différente : lorsque le chirurgien a affaire à des frissons compliquant un rétrécissement qui n'a pas encore été traité, il ne doit pas chercher à les guérir en s'occupant de rétablir la santé générale : il faut, au contraire, commencer sans délai l'introduction méthodique des bougies ; car dès que la dilatation est suffisante, l'état morbide cesse. Mais il y a beaucoup de ménagements à garder dans le choix des bougies et dans la manière de les introduire; car si on les prend d'emblée trop volumineuses, si on les pousse trop vivement, si l'on emploie les instruments métalliques au lieu de ceux en gomme élastique, on aggrave le trouble de la santé. D'ailleurs, en même temps qu'on ait intervenir le traitement mécanique, on peut avoir recours au quinquina, et placer le patient, s'il y a lieu, dans de meilleures conditions hygiéniques.

Les frissons qui suivent assez fréquemment le cathétérisme méritent une attention particulière. L'opium les calme généralement bien; mais il y a ici une précaution à prendre. Au lieu d'administrer le remède après l'introduction de la bougie, il faut le donner une ou deux heures avant l'opération; puis, immédiatement après qu'elle est terminée, on place le malade dans un bain de siége chaud, et on lui recommande de garder ensuite le repos durant tout le reste de la journée. Si l'opium produit de la constipation on l'unit avec avantage à l'aloès ou tout autre apéritif.

Lorsqu'il existe dans la muqueuse du canal une disposition à l'hémorrhagie, le chirurgien qui veut éviter la reproduction de cet accident, tout en continuant le traitement, doit se préoccuper, avant tout, de faire en sorte que la bougie entre dans le canal sans exercer sur ses parois un degré de pression plus fort que celui qui est nécessaire pour son introduction. Dans ce but, il choisira, pour commencer, un instrument d'un petit calibre ; en second lieu, il effacera autant que possible la courbure naturelle de l'urètre, en faisant coucher le malade sur une surface plane et avec le bassin un peu élevé. D'autre part, le cathéter devra avoir une courbure peu prononcée. Dans ces cas, on donnera la préférence aux bougies métalliques, qui occasionnent sur l'urètre moins de frottement que ceux en gomme élastique, et ne sont pas, comme eux, sujets à s'engager par leur extrémités dans les lacunes de la muqueuse.

L'irritation de vessie est l'un des symptômes qui se présentent le plus souvent chez les malades en traitement d'un rétrécissement de l'urètre; mais—distinction importante—tantôt elle préexistait au traitement, tantôt elle ne paraît que lorsque celui-ci a été commencé. Il importe de s'assurer de cette circonstance en interrogeant le malade ; car, dans le premier cas, loin de contre-indiquer les manœuvres de cathétérisme, cette irritation ne peut qu'engager le chirurgien à persévérer dans la même voie, alors même que les premières introductions de bougies sembleraient aggraver cet état. Bientôt, en effet, on le voit, par suite des progrès de la cure, diminuer, puis se dissiper.

Si, au contraire, l'irritation vésicale ne se développe que consécutivement au traitement, il faut continuer celui-ci avec plus de ménagement et de lenteur, ou employer quelques moyens capables de prévenir ou de combattre cet accident. Il n'atteint jamais un degré considérable lorsqu'on se sert de bougies peu grosses, qu'on n'augmente pas trop rapidement leur volume et qu'on les pousse avec douceur. Aucun remède intérieur contre cette complication ne vaut l'usage du vin de colchique et de la teinture de jusquiame, donnés à la dose d'environ 3 grammes de chaque dans les vingt-quatre heures, en trois doses.

La conduite du praticien devient assez embarrassante dans quelques cas de vessie très-irritable. S'il veut cesser les bougies dès qu'il survient des envies fréquentes d'uriner, de l'ardeur dans le canal, il lui sera parfois impossible de faire le moindre progrès dans la cure. Il aura ici à distinguer s'il vaut mieux laisser reposer le malade jusqu'à ce que l'irritation ait complétement disparu, ou s'il doit recommencer le cathétérisme dès que l'acuité principale de l'irritation est tombée. Les martiaux, une diète tonique, les bains de mer, rendent de grands services dans ces conditions.

Lorsque la rétention d'urine se produit accidentellement pendant le traitement mécanique d'un rétrécissement, on doit tâcher d'y remédier sans avoir recours à la sonde. L'opium en lavement et les bains chauds suffisent le plus ordinairement; mais lorsqu'il y a lieu d'en venir au cathétérisme, souvent on réussit en plaçant seulement une bougie en contact avec la

partie rétrécie. On l'y maintient pendant quelques minutes; le spasme cesse et l'urine coule. Ce sera toujours une petite sonde de gomme élastique que l'on devra choisir en pareille occurrence, et jamais un instrument métallique, qui, par la pression et les frottements qu'il détermine, augmente encore l'inflammation locale, et diminue les chances d'une terminaison spontanée favorable.

A. Dechambre et P. Dmay.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JUIN 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

GOÎTRE AIGU ÉPIDÉMIQUE.

M. le ministre de l'intérieur transmet un travail de M. le docteur Valat, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'arrondissement d'Autun, qui a trait à la question du goître aigu épidémique.

Dans la séance du 23 février dernier, M. Nivet, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, a adressé à l'Académie une note sur le goître estival épidémique, variété de cette affection qui, suivant lui, n'avait pas encore fixé l'attention des auteurs. La lettre de M. Valat a pour objet d'établir que la priorité de la constatation du goître aigu épidémique est acquise à M. le docteur Guyton (d'Autun). Peu de jours avant la communication de M. Nivet à l'Académie, M. Guyton avait lu devant le conseil de salubrité d'Autun un mémoire sur diverses épidémies de goître qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa longue carrière. C'est principalement dans les deux séminaires d'Autun qu'il a observé ces épidémies. « La marche en était généralement bénigne. Cette affection avait les allures d'une affection catarrhale, telle que la nombreuse classe des angines parotidienne, tonsillaire, pharyngienne, laryngée, bronchique. Ce goître épidémique qui ne durait guère qu'un ou deux septenaires cédait toujours aux méthodes curatives émollientes et diaphorétiques; jamais il n'a été mortel, ni jamais il n'a laissé après lui de goître définitif ou chronique. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Neuf lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Jacquot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié, sur la fièvre typhoïde qui a régné dans un hameau de la commune de Cusse (Vosges);

2° Un rapport de M. le docteur Lefebvre, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné récemment dans la commune de Sainte-Marguerite-sur-Fauville;

3° Un rapport de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Embry, en 1851 et 1852;

4° Un rapport de M. le docteur Liegey, médecin cantonal à Rambervillers, sur l'épidémie de typhus qui a régné dans la commune de Domptail (Vosges);

5° Un mémoire de M. Alessandro Calaprote, médecin napolitain, sur le choléra;

6° Un mémoire de M. le docteur Izarié, médecin inspecteur des eaux minérales d'Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

7° Un rapport de M. Lebreton, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnoles (Orne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851;

8° Trois lettres relatives à des remèdes secrets.

EAUX ET BOUES MINÉRALES DE VITERBE.

M. Poggiale présente un mémoire sur les eaux et les boues minérales de Viterbe.

Quelques essais ont été exécutés à la source même par MM. Gillet, Dusseuil et Monsel, pharmaciens militaires qui ont été chargés de cette opération par le conseil de santé des armées, sur la demande de M. Poggiale. Ces pharmaciens, suivant un programme d'expériences rédigé par l'auteur de ce mémoire, ont particulièrement dosé l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique et les gaz qui s'échappent de la source, et ils ont fait évaporer 50 litres d'eau dont les résidus ont été analysés par l'auteur, qui a constaté la présence de l'iode, du brome et de l'arsenic.

Il existe à Viterbe deux autres sources : la première, qui est désignée sous le nom de source magnésienne, est employée comme laxative; la seconde a une composition qui se rapproche de celle de l'eau de Spa. Elle contient en effet une proportion considérable de carbonate de fer et d'acide carbonique libre qui la rend très-agréable au goût.

— M. Masliceurat-Lagémart adresse, pour être soumis à l'Académie, un travail ayant pour titre : Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse. Entre autres questions diverses, et toutes relatives à l'art des accouchements, dont l'auteur s'occupe dans ce travail, il examine la question récemment discutée dans le sein de l'Académie sur l'accouchement prématuré artificiel.

— M. Lemoal, étudiant en médecine (de Rennes), communique une note dans laquelle il annonce avoir constaté, par des études sur les changements qui surviennent, chez la vache et la jument, dans les parties externes des organes génitaux, durant les derniers mois de la gestation, que l'oedème des parties génitales externes coïncidait avec l'existence, dans le sein de la mère, d'un individu du sexe féminin, et que l'absence de cet oedème indiquait, au contraire, l'existence dans l'utérus d'un produit mâle. (Comm. : M. Danyau.)

— M. Reynal, chef du service de clinique à l'École d'Alfort, adresse un mémoire sur un nouvel emplâtre agglutinatif pour fixer les bandages et pour maintenir les pansements chez les animaux domestiques, sans le secours des sutures. (Comm. : MM. Gerdy et Renault.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE QUE LA SECTION DES PNEUMOGASTRIQUES EXERCE SUR L'ABSORPTION STOMACALE DANS LE CHEVAL, LE CHIEN ET LE BOEUF.

M. Bérard lit le rapport suivant :

Les déclarations de vacances, dans l'une quelconque de vos sections vous ont fait assister, depuis quelques années, à un spectacle qui a dû réjouir et les amis de l'Académie et les amis du progrès. Des hommes qui auraient pu se borner à signer un acte de candidature, des hommes qui, chacun, auraient pu nous dire : « Voici mon nom, cherchez quels travaux il rappelle, quels services ils recommandent, » ont voulu nous montrer qu'à un moment donné, que pour une circonstance déterminée, ils pourraient ajouter à leurs titres antérieurs quelque production originale.

Presque tous ont demandé, et tous ont obtenu le tour de faveur que votre courtoisie assure à de telles communications.

Cette sorte de concours, *moins le scandale*, cette lutte pacifique et pourtant brillante, d'où les candidats ne peuvent sortir ni *diminués* ni *meurtris*, est un public hommage rendu à la compagnie savante devant laquelle elle se passe et qui la juge. Elle tourne au profit de la science, pour laquelle elle crée tout au moins quelques aperçus nouveaux, lorsqu'elle ne l'enrichit pas de découvertes réelles.

Le mémoire dont j'ai à rendre compte à l'Académie a été composé pour une de ces circonstances, que nous appellerions *heureuses*, si la perte d'un collègue ne les faisait naître. Ce mémoire est de M. Bouley fils, professeur à l'École d'Alfort. Il a pour objet un point intéressant de physiologie. Ce ne sera pas la première fois qu'une impulsion favorable aura été imprimée à cette science par un médecin vétérinaire. Notre reconnaissance a conservé les noms de plusieurs de ces praticiens habiles. C'est Flandrin prouvant, par de belles expériences, que le canal thoracique n'est pas la seule voie qui soit offerte aux produits utiles de la digestion; c'est Chaber, travaillant à élucider le phénomène complexe de la rumination; c'est Gohier, démontrant quelle énorme quantité de liquide pouvaient absorber en quelques instants les voies respiratoires d'un mammifère; c'est Dupuy, un peu prompt peut-être à conclure, mais expérimentateur infatigable; c'est Hering (de Stuggard), mettant en évidence, et par un moyen saisissant, l'inconcevable vélocité du sang; ce sont d'autres vétérinaires encore que j'aurais pu me dispenser d'aller chercher si loin, que vous nommez tout bas et que je n'ose nommer tout haut, de peur d'alarmer leur modestie.

Recherches expérimentales sur l'influence que la section des pneumogastriques exerce sur l'absorption stomacale dans le cheval, le chien et le boeuf. Tel est le titre du mémoire que vous avez renvoyé à l'examen de MM. Renault, Longet et Bérard.

Je vais essayer d'en donner une analyse fidèle, mais succincte; l'oeuvre d'appréciation viendra plus tard.

Pour justifier le choix qu'il a fait de ce sujet, M. Bouley s'applique à démontrer d'abord que la science n'est pas faite à cet égard. Des dissidences sérieuses se sont élevées entre les physiologistes. M. Brachet (de Lyon) et M. Dupuy affirment, dit l'auteur, que les poisons introduits dans l'estomac restent sans effet, *faute d'y être absorbés*, chez les animaux dont on a interrompu les nerfs pneumogastriques. Muller prononce, au contraire, que cette mutilation n'introduit pas le plus petit changement dans le pouvoir absorbant de l'estomac, et M. Longet ayant vu l'empoisonnement se produire dans les conditions indiquées, mais avec plus de lenteur, a laissé la question indécise.

Il fallait donc procéder à de nouvelles recherches.

Après s'être assuré, par des expériences préliminaires, que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique délayés dans 2 décilitres 1/2 d'eau, introduits dans l'estomac d'un cheval par une ouverture pratiquée à l'oesophage déterminant, au bout d'un quart d'heure, les prodromes de l'empoisonnement, et au bout d'une heure et demie la mort de l'animal, M. Bouley, assisté de M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, fait prendre cette dose du même poison à un autre cheval auquel les deux nerfs pneumogastriques ont été divisés et reséqués. L'animal, après vingt-quatre heures, était debout et parfaitement tranquille. Il n'avait donc pas absorbé le poison.

On répète l'expérience sur un troisième cheval qui était à jeun depuis quarante-huit heures, circonstance très-favorable pour activer l'absorption; cependant aucun symptôme d'empoisonnement ne se manifeste. Après trente et une

heures on tue l'animal, et on trouve dans son estomac un litre d'un liquide dans lequel on suppose que le poison est encore contenu.

Pour vérifier cette conjecture, on soumet à la même expérience un quatrième cheval, à jeun comme le précédent : pas d'empoisonnement. L'animal est mis à mort après vingt-quatre heures. Le liquide pris dans son estomac est donné, à petite dose, à deux chiens : l'un meurt en vingt-cinq minutes, l'autre avant même d'avoir avalé complétement la quantité qui lui était destinée.

Ceux-là seuls qui sont capables de se passionner pour un point de doctrine, pourront comprendre le désappointement, je dirais volontiers la douleur dont j'ai été saisi au moment où M. Bouley en arrivait à la lecture de cette partie de son mémoire. Convaincu et professant depuis vingt ans que l'intervention des nerfs n'était pas nécessaire pour que l'absorption s'effectuât, je voyais s'écrouler en un instant tout l'échafaudage d'arguments que j'avais dressé pour édifier cette doctrine. . .

Fort heureusement ces expériences pouvaient et devaient recevoir une autre interprétation. Celle-ci n'a point échappé à la sagacité de l'expérimentateur. Cette interprétation, cette explication, donnons-la de suite : « C'est que les liquides introduits dans l'estomac du cheval n'y sont pas absorbées ou ne le sont qu'à dose insignifiante. Cette proposition imprévue et toute nouvelle dans la science, M. Bouley la démontre par une expérience parfaitement conçue. Le pylore est lié chez un cheval dont les nerfs pneumogastriques n'ont point été touchés. Les 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique sont ingérés dans l'estomac de l'animal. Dix-huit heures s'écoulent, pendant lesquelles le poison a séjourné dans l'estomac, et cependant il n'y a pas eu le moindre accident d'intoxication. Ce n'est donc pas le système nerveux qui a fait défaut, car il est resté intact : c'est que ***l'absorption n'enlève pas les matières contenues dans l'estomac du cheval.***

Tout n'est pas clair encore, mais tout le sera bientôt. Vous vous posez cette question : Comment se fait-il, s'il n'y a pas d'absorption dans l'estomac du cheval, que 32 grammes d'extrait alcoolique de noix vomique empoisonnent infailliblement ceux de ces animaux qui n'ont subi ni la division des nerfs vagues ni la ligature du pylore ? Voici la réponse : Les substances ingérées dans l'estomac d'un cheval n'y séjournent pas longtemps : elles passent promptement de cette première poche, où l'absorption est nulle, dans l'intestin, où l'absorption est très-active. Faut-il vous prouver que les choses se passent ainsi? M. Boulay va délier la pylore de ce cinquième cheval qui, pendant dix-huit heures, a gardé, sans en être affecté, le poison dans son estomac, et il ne s'écoulera pas quinze minutes avant que l'animal n'expire au milieu des convulsions qui caractérisent l'empoisonnement par la noix vomique.

Encore une petite difficulté à lever, et tout se lie, tout s'enchaîne, tout s'explique, tout est satisfaisant même pour l'esprit le plus sceptique. Nous avons vu que 32 grammes d'extrait de noix vomique empoisonnent infailliblement un cheval, et que, d'une autre part, le poison est sans action si on a divisé les nerfs pneumogastriques de cet animal. Nous savons, en outre, que l'interruption des nerfs n'intervient pas ici, par un changement qui serait imprimé au pouvoir absorbant de l'estomac. Quelle est donc la nature de cette intervention si importante? La voici : le nerf pneumogastrique anime la couche musculaire de l'estomac. C'est cette couche musculaire qui, par ses contractions, fait passer si promptement les liquides de l'estomac dans l'intestin du cheval. Si l'action nerveuse est interrompue, l'estomac perd tout à la fois et sa contractilité et sa tonicité, les substances qu'on y ingère le distendent et y séjournent, et si ces substances renferment un poison, celui-ci ne sera pas transmis à l'intestin où il serait absorbé.

Qu'il nous soit permis, puisque nous trouvons sur notre passage la question de l'absorption des boissons, de reprocher à un physiologiste assez disposé à croire à son infaillibilité, d'avoir généralisé trop vite les résultats d'une expérience faite sur un seul groupe d'animaux. La ligature du pylore, sur le chien, n'empêche pas que les boissons ne disparaissent de son estomac. Fallait-il de ce fait tirer la proposition générale que l'estomac est le siége à peu près exclusif de l'absorption des boissons? N'eût-on pas formulé une conclusion diamétralement opposée et tout aussi peu légitime, si on eût lié le pylore d'un cheval? Les boissons séjournent si peu dans l'estomac de cet animal que 8 litres d'eau, dans un cas, et 16 litres dans un autre, furent, en quelques minutes, chassés au travers du pylore. La boisson introduite dans l'estomac d'un autre cheval était parvenue au cœur en six minutes, ayant parcouru un espace de plus de 60 pieds.

Revenons à M. Bouley. Les faits précisés et véritablement inattendus qu'il nous révèle nous feront dire avec lui que Dupuy avait raison contre ses adversaires, quand il annonçait que la section des pneumogastriques annulait les effets des poisons introduits dans l'estomac d'un cheval. Mais cet avantage que le laborieux vétérinaire venait de conquérir sur le terrain de l'expérimentation, il le perdait complétement dès qu'il passait aux déductions. Il croyait, par la section des nerfs vagues, avoir détruit dans l'estomac la faculté d'absorber; c'était l'action musculaire qu'il y avait paralysée. Que si Dupuy eût voulu, par analogie, conclure de l'estomac du cheval à celui du chien, il eût commis deux erreurs au lieu d'une. En effet, messieurs, de quelque manière qu'on opère sur le chien, soit qu'on coupe ou non les pneumogastriques, soit qu'on lie le pylore ou qu'on le laisse libre, les effets des poisons sont infaillibles pour peu qu'on ait pris des précautions par empêcher le vomissement. C'est que l'absorbation s'exerce activement dans son estomac. D'où vient cette singulière différence entre le chien et le cheval? M. Bouley la déduit de la différence de texture et aussi de la fonction différente de l'estomac chez le solipède et le carnivore. Vous avez certainement observé, messieurs, cette espèce de rebord frangé, déchiqueté, qui chez l'homme indique le point où finit l'œsophage et où l'estomac commence. Lorsque j'étais étudiant, quelques-uns de mes maîtres me disaient que la membrane muqueuse de l'œsophage se terminait là; d'autres m'enseignaient que c'était la limite de l'épiderme. Tous se trompaient. Il y a là seulement conversion d'un épithelium pavimenteux plus ou moins grossier en un epithelium à cylindre plus délicat, plus perméable aux liquides. — Eh bien! cette transformation n'a pas lieu au cardia dans l'estomac du cheval ; elle s'opère vers la partie moyenne du viscère, de sorte que l'on observe dans toute la moitié splénique de l'estomac un reflètement blanchâtre qui ne le cède pas en épaisseur à l'épiderme de la peau de l'homme, et qui le dépasse peut être en imperméabilité. Le fait anatomique était connu depuis longtemps : la déduction physiologique appartient à M Bouley; reste à M. Venti la portion pylorique, où la vascularité est très-prononcée et que tapisse un épithélium qui ne peut-être comparé à celui de la région sphérique, mais que je crois cependant pavimenteux. Cette partie de l'estomac, dit M. Bouley, est le siége d'une sécrétion active, mais l'absorption y est presque nulle. L'estomac du cheval est un organe digestif, l'absortion se fait plus loin; l'estomac du chien, beaucoup plus grand que celui du chaval eu égard à la taille de l'animal, n'offre pas plus que celui de l'homme le revêtement épidermoïde dont il vient d'être question. Cet estomac absorbe comme il exhale, et les poisons y sont enlevés avant qu'on ait ou non divisé les pneumogastriques.

M. Bouley, enfin, ne s'est pas renfermé dans le parallèle entre l'estomac du chien et celui du cheval ; il a porté plus loin ses regards. Il lui a paru qu'il pouvait entrer dans le plan de la nature de refuser à certains estomacs le pouvoir absorbant. L'immense surface du premier estomac des ruminants eût desséché en pure perte les matières alimentaires qu'ils y emmagasinent ; or un épiderme épais revêt ces surfaces : c'est grâce à un artifice anatomique de ce genre que les ruminants des contrées chaudes, le chameau, le dromadaire, peuvent tenir en réserve dans les cellules d'un de leurs estomacs une plus ou moins grande quantité d'eau. Les choses changent dans ce quatrième estomac où le pouvoir absorbant existe, mais moins marqué encore que dans l'intestin.

Telle est la subsance de la communication qui vous a été faite par M. Bouley.

Dans un travail où il y a tant à louer, il restera pour la critique une place bien petite. J'essayerai cependant de l'y introduire; ce sera un gage de l'impartialité qui aura dicté la louange.

C'est par une légère inattention, je pense, que M. Bouley a attribué à M. Brachet (de Lyon) la même opinion qu'a professée Dupuy relativement à l'influence qu'exercerait le pneumogastrique sur les phénomènes d'absorption dans l'estomac.

J'attacherais peu d'importance à rétablir ici la vérité des faits, si cette petite rectification ne me donnait l'occasion de vous montrer quels progrès nous avons faits dans la doctrine de l'empoisonnement. Certains physiologistes ont cru que les poisons exerçaient sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle ils étaient mis en contact, une impression qui se propageait par ces nerfs jusqu'aux centres nerveux, dont les fonctions se trouvaient tout à coup perverties ou anéanties; ils n'invoquaient par conséquent, pour expliquer l'empoisonnement, ni l'absorption qui introduit le poison dans les vaisseaux, ni la circulation qui le met en contact, *molécule à molécule*, avec la substance des centres nerveux. Cette explication était en grande faveur au siècle dernier; c'était presque la seule qui fût invoquée. Haller, si fidèle historien de la science, ne paraît pas se douter qu'on puisse en proposer une autre. Vous jugerez, messieurs, du pas immense que nous avons fait en comparant les notions que vous possédez, c'est-à-dire la vérité, à deux petits passages des ELEMENTA PHYSIOLOGIÆ. L'auteur nous dit, en parlant de la sensibilité et des nerfs de l'estomac : *Neque alia via ad mortem brevior est, venenis vehementer acribus in ventriculum receptis*. Et si nous parcourons le catalogue de ces substances qui tuent en affectant les nerfs de l'estomac, nous y voyons figurer la noix vomique : *Quæ nondum ferè ventriculum ingressa convulsiones lethiferas sciet!* L'eau de laurier-cerise qui, dit-il, mise sur l'œil, ne l'affecte pas, et cependant tue en une heure le chien qui l'a bue : *Aqua lauro-cerasi instillata oculum non adficit et tamen pota canem inter horam enecat*. Haller était loin de se douter que cette eau de laurier-cerise recèle un principe qui, déposé sur la conjonctive d'un chien, offre l'exemple du plus rapide et du plus terrible empoisonnement qu'il ait été donné d'observer. Eh bien! messieurs, c'est cette vieille opinion que M. Brachet a reproduite. Si la section des pneumogastriques retarde l'empoisonnement, c'est, dit-il, parce que cela prive l'estomac de la sensibilité! Il prononce que l'absorption qu'il met sans preuves aucunes sous la dépendance du grand sympathique, continue de s'opérer dans l'estomac, après la section des nerfs pneumogastriques.

Encore une petite critique, ou plutôt une légère réclamation, et je serai heureux d'exprimer, de motiver l'estime singulière que je professe pour le travail dont je présente ici l'analyse et pour son auteur. Un point certainement neuf et qui vous a frappés dans le mémoire de M. Bouley, c'est l'explication de la manière dont intervient chez le cheval la section des pneumogastriques pour enrayer les effets d'un poison introduit dans l'estomac. Ceci posé, je vais faire, sans sortir du sujet, un petit circuit pour en venir à ma réclamation.

Nous avons vu bien des opinions émises sur les effets de la division des pneumogastriques chez les animaux auxquels on a donné du poison. Nous pourrions en compter jusqu'à quatre : 1° L'empoisonnement n'a pas lieu parce que l'absorption ne se fait plus; 2° les accidents primitifs ne se montrent pas parce que l'estomac est devenu insensible; 3° l'empoisonnement a lieu, mais il est retardé; 4° l'empoisonnement a lieu comme si on n'eût pas divisé les pneumogastriques. Formuler une cinquième opinion vous paraîtrait peut-être chose difficile. Eh bien! messieurs, cette cinquième opinion existe : c'est que loin de prévenir ou de retarder l'empoisonnement, la division des pneumogastriques assure, dans certaines circonstances et précipite l'action du poison. Il faut s'expliquer bien vite.

Il existe deux substances *l'émulsine* et *l'amygdaline*, qui, prises isolément,

sont parfaitement inoffensives, mais qui, réunies, donnent naissance à l'acide cyanhydrique; d'où il suit que si elles se mélangeaient dans l'estomac d'un animal vivant, celui-ci serait empoisonné à l'instant même. Or, si à deux chiens dont l'un aurait les nerfs pneumogastriques divisés, on donne une dose d'émulsine, et, si on la fait suivre, une demi heure plus tard, d'une dose d'amygdaline, le chien dont les nerfs sont intacts n'éprouvera pas d'accidents, l'autre sera empoisonné. M. Bernard, auteur de cette expérience, en conclut que le premier chien avait digéré l'émulsine, tandis que le second ne l'ayant pas digérée, faute d'influx nerveux, cette substance, mélangée à l'amygdaline introduite une demi-heure plus tard, avait formé avec elle le composé toxique absorbé par l'animal. A cette explication j'avais demandé si on n'en pourrait pas substituer une autre. Si on suppose, disais-je, que la paralysie musculaire de l'estomac soit le principal résultat de la division des nerfs vagues, l'*émulsine* n'aura pu être expulsée de l'estomac du chien dont les nerfs auront été divisés; elle s'y sera trouvée encore au moment où on y a inséré l'*amygdaline*, de là formation d'acide prussique et empoisonnement, événement qui n'a pu se produire chez le chien dont l'estomac, demeuré contractile, avait fait passer l'*émulsine* dans l'intestin. Entre cette explication consignée, en 1849, dans une des livraisons de mon cours, et celle que M. Bouley a appuyé sur des expériences si bien conçues et si bien exécutées, il y a un rapport que vous saisissez de suite. L'un et l'autre, c'est-à-dire M. Bouley et moi, nous faisons intervenir la paralysie du tissu musculaire de l'estomac pour rendre compte des effets de la section des pneumogastriques dans un cas d'empoisonnement. Mais, chose digne d'être notée, dans les cas cités par M. Bouley, la paralysie musculaire de l'estomac préserve l'animal de l'action du poison, tandis qu'elle assure l'empoisonnement dans le cas que j'ai examiné. J'ai eu quelque regret que cette communauté de vues entre M. Bouley et moi n'ait pas été indiquée dans un travail où il y a tant d'autres choses neuves que l'auteur ne pouvait craindre de s'appauvrir.

Je dis qu'il y a beaucoup de choses neuves dans ce travail et je les résume :

1° M. Bouley explique comment les physiologistes qui ont étudié l'influence du nerf pneumogastrique sur le pouvoir absorbant de l'estomac ont pu arriver à des résultats différents, et, par suite, à des opinions diamétralement opposées, les uns ayant opéré sur le cheval, les autres sur le chien.

2° Il montre que, dans les cas où la section de ces nerfs a empêché l'empoisonnement de se produire, le résultat négatif devait être attribué à la paralysie du tissu musculaire de l'estomac et non à la perte du pouvoir absorbant.

3° Il donne une interprétation nouvelle aux faits dont on avait conclu mal à propos que l'absorption ne peut se faire sans l'intervention actuelle du système nerveux, et il dissipe l'obscurité qui, pour certains physiologistes (peu avancés, à la vérité), régnait encore sur ce point important de notre science.

4° M. Bouley prouve que l'absorption est nulle ou à peu près nulle dans l'estomac du cheval, et certes pas un de nous ne s'attendait à une telle révélation !

Sur ce dernier point, je l'avoue, messieurs, j'étais resté quelque peu incrédule. Je voyais bien une barrière à peu près infranchissable dans le revêtement épidermique de la moitié gauche de l'estomac; mais comment admettre la même imperméabilité à droite où l'épithélium, plus mince, laisse voir au-dessous de lui un réseau vasculaire très-développé ? Il me semblait que là du moins un poison plus soluble et plus actif que l'extrait de noix vomique avait chance d'être absorbé. Je n'ai pas voulu vous soumettre ce rapport sans avoir tenté d'éclaircir mes doutes. Sur ma prière, et en ma présence, M. Bouley a fait faire l'expérience suivante par M. Colin, dont je me plais à reconnaître la complaisance et l'habileté : 3 grammes de sulfate de strychnine dissous dans l'eau distillée ont été poussés dans l'estomac d'un cheval à jeun dont les deux pneumogastriques avaient été divisés et reséqués pendant la nuit. Les signes d'intoxication se manifestèrent en moins d'une heure, ils s'aggravèrent et le cheval expira.

Ceux qui par état (passez-moi ce mot) étudient chaque jour des relations d'expériences physiologiques, se tiennent en garde contre des conclusions prématurées. Je ne me pressai point de triompher de ce qui venait de se passer, et bien m'en prit. Sans doute la mort du cheval paraissait tenir à ce que le poison avait été absorbé dans l'estomac, et alors j'avais gain de cause. Mais il n'était pas impossible que, nonobstant la division des pneumogastriques, une portion du liquide eût pénétré dans l'intestin. J'avais à peine émis ce doute que déjà le ventre était ouvert. L'estomac était flasque et immobile, l'intestin grêle se contractait vigoureusement. Une portion du liquide contenu dans le duodénum est extraite de l'intestin et introduite dans l'estomac d'un chien, qui meurt empoisonné en quelques minutes !

Cette expérience, intéressante à quelques égards, puisqu'elle montrait que les choses ne se passent pas toujours après la section des nerfs vagues, comme Dupuy l'avait annoncé, ne m'apprenait rien sur le pouvoir absorbant de l'estomac. J'en demandai une autre conçue sur un plan différent. On lia le pylore d'un cheval; on injecta 3 grammes de sulfate de strychnine dans son estomac. On ne toucha pas à ses nerfs pneumogastriques et on attendit l'événement. Après vingt-quatre heures, l'animal n'avait pas eu le moindre symptôme d'empoisonnement; il fut tué et ouvert. Son estomac contenait une énorme quantité de fourrage chymifié et imprégné de liquide. On recueillit ce liquide par expression; on en fit avaler la trentième partie environ à un petit chien qui mourut empoisonné. Le reste fut injecté dans l'intestin grêle d'un cheval vigoureux atteint de morve. L'animal éprouva dans la journée tous les accidents caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine; il se remit vers le soir, mais il succomba dans la nuit. Sur cette expérience, je jugerais, sans appel, la question au profit de M. Boulay, si l'estomac dont le pylore avait été lié eût été vide au moment où le sulfate de strychnine y a été introduit. Il reste acquis, toutefois, qu'une dose de poison capable de tuer un cheval et un chien a pu séjourner pendant vingt-quatre heures sans produire aucun résultat appréciable dans l'estomac d'un autre cheval. N'oublions pas d'ailleurs que la même expérience a été faite avec l'extrait de noix vomique sur un cheval à jeun, et qu'elle a réussi.

Un dernier mot. J'ai dû, pour ménager les instants de l'Académie, m'abstenir de traiter la question générale des rapports de dépendance entre l'absorption et l'action nerveuse. J'ai donc supprimé volontairement une foule de documents qui s'y rapportent : quelques-uns même se fussent appliqués à l'estomac. Il ne m'a pas paru nécessaire de les énoncer; je me suis strictement renfermé dans la discussion du travail de M. Bouley.

Messieurs, il ne m'appartient pas d'assigner le rang que ce beau travail et ceux qui l'ont précédé assignent à M. Bouley parmi ses compétiteurs : ce serait empiéter sur les attributions de la commission dont vous entendrez bientôt le rapport : mais j'ai le droit, et c'est pour moi un devoir de dire que, livré tout à la fois à la pratique de l'art et au culte de la science, non moins distingué dans l'une que dans l'autre carrière, M. Bouley ferait honneur et pourrait rendre de véritables services à la société savante qui l'introduirait dans son sein.

J'ai l'honneur de proposer :

1° Que des remercîments soient adressés au nom de l'Académie à M. Bouley pour son intéressante communication;

2° Que M. Bouley soit invité à donner suite à des recherches qui ont déjà contribué à l'avancement de la science.

3° Que son mémoire soit honorablement déposé dans nos archives.

FRACTURES DE LA BASE DU CRANE.

M. Brun-Séchaud lit une observation de fracture de la base du crâne, accompagnée de considérations générales sur ce sujet. L'auteur résume ce mémoire dans les propositions suivantes : 1° Dans les fractures du crâne et de la base du crâne, il est toujours convenable de faire cesser la compression quels que soient les moyens qu'on emploie; d'avoir recours à un traitement énergique en harmonie avec les forces des sujets (dans le cas que l'auteur rapporte dans ce mémoire, la saignée répétée avait produit un effet marqué en faisant cesser certains troubles).

2° Dans aucun cas on ne doit désespérer de sauver les jours d'un individu qui a eu le crâne fracturé, quelles que soient les lésions qui en résultent; et bien que le cerveau soit un des organes les plus importants à la vie, sa substance corticale peut être meurtrie, broyée, réduite en bouillie (dans des conditions données), sans que pour cela il y ait perversion, anéantissement des actes intellectuels, cessation de la sensibilité et de la motilité; conséquemment la mort n'est pas toujours certaine du moment que les centres qui donnent naissance aux racines nerveuses ne sont pas profondément atteints, et qu'ils peuvent encore continuer les fonctions de l'innervation.

3° Un épanchement sanguin à la base du crâne peut occasionner la perte temporaire de la vue, la contracture des membres; cette contracture est le plus ordinairement liée à une hémorrhagie.

4° Les fractures de la voûte orbitaire donnent lieu le plus fréquemment à des accidents du côté des organes de la vue : ces accidents sont d'un grand secours pour établir le diagnostic de ces fractures.

5° La fracture du rocher se révèle presque toujours par un écoulement de sang par l'oreille, et le sang épanché à la base du crâne peut tomber dans le pharynx par la trompe d'Eustache. Ces deux signes réunis sont d'une valeur réelle.

6° Dans l'état actuel de la science, le diagnostic des fractures du sphénoïde et du trou occipital est difficile à établir. Elles peuvent donner lieu souvent à un écoulement de sang dans le pharynx sans qu'il soit facile de préciser l'endroit d'où il s'échappe. De nouvelles observations sont donc nécessaires pour aider à résoudre les questions qui s'y rattachent.

7° Enfin toutes les fractures de la base du crâne sont toujours graves, parce qu'il faut pour les produire une cause vulnérante considérable, et qu'en tout état de cause, le danger de mort est imminent. Les ressources qu'offre néanmoins la chirurgie ne sont pas toujours à dédaigner, car dans ce cas, comme dans tous ceux qui appartiennent aux fractures de la boite osseuse du crâne, le *sublatâ causâ tollitur effectus* reçoit son application.

— M. Barruel lit un mémoire ayant pour titre : Examen des différents procédés employés pour analyser l'opium sous le rapport de la morphine; production de nouveaux sels a base de cet alcaloïde et constatation de l'acide pectique dans les divers opiums du commerce (Comm. M. Soubeiran, Chevallier, Caventon).

La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1852; par M. le docteur Verneuil, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie pathologique et Pathologie.

1° NOTE SUR LES CELLULES DU TISSU MÉDULLAIRE DES OS ET SUR LEUR ÉTAT DANS L'OSTÉOMYÉLITE; par M. Verneuil.

Dans la séance du mois d'octobre 1849, M. Robin a entretenu la Société de biologie de la découverte de deux éléments anatomiques nouveaux qu'il avait observés dans le tissu médullaire des os. Ces éléments ont été nommés par lui *cellules* ou *plaques à noyaux multiples* et *cellules médullaires*.

Ces dernières, deux ou trois fois plus volumineuses que les globules sanguins, sont aplaties, régulières, sphériques, plus rarement polygonales, munies d'un large noyau finement granulé et à contour très-nettement tracé.

J'ai constaté maintes fois l'exactitude de cette description donnée par M. Robin, et j'ai pu m'assurer, comme lui, qu'elles se trouvent en grande abondance chez le fœtus, et surtout au voisinage des parois du canal médullaire.

Chez l'adulte, elles existent également, mais en nombre moins grand; cependant on peut les étudier très-facilement sur les os dont le tissu graisseux a disparu. Il existe, en effet, un état pathologique sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, et dans lequel le tissu adipeux a plus ou moins complétement disparu du canal diaphysaire des os longs et du tissu spongieux des os courts, qui en contiennent normalement. (J'ajoute cette dernière phrase, parce qu'on sait qu'il est des os qui, à quelque âge qu'on les observe, ne contiennent jamais de graisse dans leur intérieur : je citerai les vertèbres, les côtes, le sternum, etc., etc. La présence du tissu adipeux dans ces os est un phénomène très-exceptionnel, que j'ai eu néanmoins l'occasion de rencontrer quelquefois.)

Dans les os auxquels je faisais allusion en premier lieu, le tissu médullaire, au lieu d'être jaune et graisseux, présente des apparences très-diverses, depuis celle d'une liqueur filant comme du blanc d'œuf, visqueuse, d'une coloration rouge plus ou moins vive jusqu'à l'aspect de la gelée de groseilles ou de coings très-dense, et se laissant couper par tranches assez minces. J'ai pu m'assurer que, dans beaucoup de cas, il s'agissait là d'une ostéomyélite spontanée, analogue jusqu'à un certain point à celle qu'on observe à la suite des fractures ou des amputations.

J'ai étudié les caractères histologiques de cette maladie, dont l'histoire n'est pas encore très-avancée : j'ai toujours remarqué que la disparition de la graisse, que je regarde comme un des phénomènes les plus précoces de l'ostéite au début, s'accompagnait constamment d'une hypersécrétion des cellules médullaires. Voici le résumé de mes nombreuses investigations à cet égard. Si on analyse avec le microscope la moelle rouge, filante ou gélatiniforme, on trouve un grand nombre de globules sanguins qui nagent librement, sans paraître contenus dans des vaisseaux, au milieu d'un liquide très-riche en albumine, puis une très-notable quantité de cellules médullaires très-faciles à étudier et beaucoup plus abondantes que dans les os sains. Si l'on soumet la moelle gélatiniforme dépouillée de graisse à l'action du filet d'eau, on donne naissance à un chevelu très-délié formé par de nombreux vaisseaux sanguins, sans trace de tissu cellulaire. Cette apparence a pu en imposer, et contribuer à perpétuer l'opinion erronée de la présence de cloisons celluleuses dans l'intérieur du canal médullaire des os longs et du tissu spongieux des os courts. On sait que, dans un très-bon travail, MM. Gosselin et Regnault ont définitivement détruit l'hypothèse d'une membrane médullaire.

En même temps que les globules sanguins se sont épanchés et que les cellules médullaires ont pullulé, la matière grasse a tellement diminué qu'on n'en rencontre quelquefois plus que 3 à 4 p. 100, au lieu de 70 à 80 p. 100, qui en constituent la proportion moyenne normale dans le tissu médullaire du fémur d'un adulte sain.

Mais c'est dans l'ostéomyélite aiguë traumatique que j'ai eu l'occasion de trouver poussée au dernier degré cette hypersécrétion d'un élément normal, c'est-à-dire des cellules médullaires.

J'ai examiné deux moignons provenant d'amputations dans la continuité du fémur. Le premier malade avait succombé au trentième jour à une complication thoracique, alors que son moignon était presque complétement cicatrisé. Le second était mort le vingt-troisième jour, par suite de diathèse purulente.

La parité des résultats que m'ont fournis les deux examens m'engage à les enseigner dans une même description.

Le tissu médullaire, examiné à quelques centimètres de la section osseuse, assez loin par conséquent du foyer de la plaie, était d'un rouge vif, élastique, de la consistance d'une gelée assez épaisse. La coloration s'étendait dans toute l'étendue de l'os, en diminuant toutefois d'intensité dans la tête fémorale. La face interne du canal médullaire offrait cette disposition lamelleuse et ces ecchymoses violacées qui caractérisent l'ostéomyélite.

Le tissu médullaire, examiné au microscope, m'a présenté :

1° Une assez faible proportion de graisse; il n'y avait pas disparition complète, mais les taches huileuses n'étaient plus confluentes.

2° Une assez grande quantité de globules sanguins, beaucoup moins toutefois que dans les cas de tissu médullaire filant et visqueux.

3° En revanche, il y avait des cellules médullaires en proportion tellement considérable qu'elles formaient certainement la moitié et plus de la masse totale. Ces cellules étaient plus ou moins développées; beaucoup étaient à l'état parfait. Mais on rencontrait aussi des cellules plus jeunes et bon nombre de noyaux; le champ du microscope en était couvert comme il l'est de cellules cancéreuses quand on racle la coupe d'un encéphaloïde et qu'on examine aussitôt.

J'ai pris soin de faire constater ce résultat par MM. Robin et Broca, dont l'habileté dans ce genre d'explorations ne saurait être contestée.

Quelle est la signification de cette hypersécrétion d'un élément normal? Que vient dire cette espèce d'antagonisme établi entre le dépôt de matière grasse et celui des cellules médullaires? Je l'ignore. Les maladies des os, malgré le nombre immense des travaux qui en traitent, ne sont point terminées, et encore moins bien classées dans un ordre anatomique. J'ai pu me convaincre que des lacunes sérieuses existaient, en m'occupant avec suite de recherches sur les maladies du tissu médullaire. C'est là un chapitre que je n'ai point la prétention d'achever, mais que j'espère néanmoins agrandir en publiant prochainement ce que j'ai vu.

2° DE LA STRUCTURE DES TUMEURS FIBROÏDES DE L'UTÉRUS; par M. LEBERT.

On a souvent cité les tumeurs fibroïdes de l'utérus comme type des tumeurs fibreuses en général; cependant, d'après mes recherches récentes, je puis affirmer, ce qui avait déjà été soupçonné dans ces tumeurs par d'autres observateurs, qu'il s'agit essentiellement de la production d'une nouvelle substance, qui offre la plus parfaite analogie de structure intime avec le tissu utérin normal. Il y a donc bien plutôt production homologue du tissu de l'organe, mêlée d'éléments de tissu fibreux et fibro-plastique, que production d'un véritable tissu nouveau, étranger aux éléments physiologiques de la matrice.

Nous passons sous silence les caractères physiques ordinaires de ces tumeurs pour ne prouver notre assertion que par le résultat de l'examen microscopique, que nous avons répété aujourd'hui un assez grand nombre de fois pour pouvoir le livrer au public.

L'examen microscopique montre, dans les tumeurs de l'utérus qui n'ont pas encore subi de trop profondes altérations, deux sortes d'éléments : les uns, fibreux et fibro-plastiques, servent de lien pour ainsi dire aux colonnes charnues; les autres composent plus particulièrement ces dernières. Ce tissu, d'apparence striée, et fibreuse, se montre surtout à la coction, composée de fibro-cellules des muscles organiques des plus manifestes; mais alors on voit peu les noyaux intérieurs. Si on examine ce tissu sans réactifs, on voit bien une apparence fasciculaire ressemblant à la structure musculaire des intestins ou de la vessie; mais on ne reconnaît pas ses noyaux caractéristiques. C'est surtout en traitant les préparations avec de l'acide acétique qu'il est facile de se convaincre que l'on a affaire à des fibro-cellules. Les noyaux alors sont si nettement caractérisés qu'il est impossible de les confondre avec d'autres éléments histologiques : ce sont des noyaux très-longs, droits, recourbés, quelquefois légèrement ondulés, ayant à peine un 300e de millim. de largeur et ne montrant point de nucléoles. Ce qui prouve combien il y de couches superposées de ces fibres organiques, c'est que, dans les préparations bien faites, on voit des groupes de noyaux, suivant une même direction, s'entre-croiser dans tous les sens différents; mais dans le même groupe, les noyaux suivent toujours une même direction.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU RACHITISME; par M. BROCA.

(Nous publierons ce travail complétement.)

4° CATARACTE NOIRE; par M. BLOT.

M. Blot présente deux exemples de cataracte noire trouvés tous deux sur un même sujet servant aux répétitions de médecine opératoire; aussi ne peut-il donner aucun renseignement sur ce malade.

Dans l'examen des deux yeux, une chose a frappé l'attention de M. Blot : c'est l'absence presque complète de pigment sur la choroïde et sur l'iris.

Par l'examen microscopique, il a pu se convaincre que la matière noire renfermée entre les lames et dans l'épaisseur des lames du cristallin était tout à fait analogue à la matière pigmentaire; il n'en tire aucune conclusion : il signale seulement le fait.

Il met sous les yeux de la Société un dessin représentant : 1° une tranche très-mince de cristallin vue au microscope; 2° les granules pigmentaires, dessin sur lequel on peut vérifier l'exactitude de son assertion.

5° NOTE SUR LE MUGUET; par M. GUBLER.

Depuis quelques années, les esprits se préoccupent des maladies qui semblent résulter de la présence des végétaux d'un ordre inférieur sur les plantes de nos cultures.

L'opinion généralement accréditée à cet égard, c'est que ces végétaux inférieurs, appartenant à la famille des mucédinées ou des algues, attaquent les autres plantes plus élevées dans l'échelle, et déterminent dans celles-ci des altérations profondes qui finissent par les faire périr.

Mais cette manière de voir ne nous paraît pas suffisamment justifiée.

En 1851, nous avons fait, en commun avec nos savants collègues MM. Germain et Montagne, un rapport à la Société de biologie, dans lequel nous avons établi que l'altération du chaume précède, dans la maladie du blé, l'apparition des byssus, qui passent pour en être la cause première; nous pensons qu'il en est de même dans la maladie des pommes de terre et dans d'autres cas analogues.

Les détails dans lesquels nous allons entrer relativement au muguet montreront que les choses se passent de la même façon pour les parasites végétaux qu'on observe chez l'homme, parasites dont nous avons découvert récemment une nouvelle espèce, dans des circonstances assez singulières, que nous avons fait connaître à la Société.

Les expériences de Dutrochet ont établi que les végétaux inférieurs naissent de préférence dans les liquides acides, et tous ceux qui ont fait des recherches dans un laboratoire de chimie ont vu des faits confirmatifs de ses observations. Frappé de ces résultats curieux, je résolus de vérifier, dans des cas pathologiques, la règle générale posée par l'illustre savant. Les nombreux exemples de muguet qui se présentèrent dans le service des nourrices de l'hôpital Necker, pendant l'année 1847, m'en fournirent l'occasion.

Je m'assurai qu'en effet les enfants affectés de cette singulière altération ont toujours une extrême acidité de la bouche. Le mucus qui tapisse la langue, les joues ou toute autre partie de la cavité bucco-pharyngienne rougit énergiquement le papier de tournesol, même au moment où l'enfant vient de teter. Cette réaction se montre avant qu'on aperçoive aucune trace de muguet; mais alors il existe déjà une rougeur framboisée très-intense des membranes muqueuses qui

tapissent cette première portion des voies digestives ; en sorte que l'on peut prévoir l'invasion du cryptogame quand on trouve réunies ces deux particularités.

Ayant été appelé à faire l'autopsie de plusieurs petits sujets qui avaient succombé pendant qu'ils étaient affectés du muguet, j'ai pu faire aussi quelques remarques sur le siége précis de ces productions. Sans entrer dans le détail des observations particulières, je crois pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° L'affection connue sous le nom de muguet débute par une certaine phlogose de la partie supérieure des voies digestives.

2° Cette phlogose parait déterminer la suppression de la sécrétion salivaire, qui est alcaline, et peut être l'exagération de l'acidité propre au mucus buccal, lequel continue à être sécrété et manifeste sa réaction énergique au papier de tournesol.

3° En présence de cette acidité constante de la bouche, secondée par une température assez élevée, des végétations cryptogamiques ne tardent pas à se développer sur la face dorsale de la langue, le palais, le voile palatin et même le pharynx, sur la portion de la face interne des joues qui est comprise entre les arcades dentaires, lorsque les mâchoires sont écartées, et sur la partie des lèvres qui déborde les gencives ou les dents.

4° Il est à remarquer que les points de la bouche ordinairement préservés sont les seuls qui ne soient pas directement accessibles à l'air atmosphérique. L'influence de cet agent sur la production des mucédinées du muguet est si réelle que je n'ai rencontré qu'une fois ces dernières dans l'œsophage et jamais dans l'estomac, où elles ne pourraient, d'ailleurs, subsister qu'en l'absence du suc gastrique.

5° Ces mucédinées prennent naissance dans l'intérieur des glandules qui s'ouvrent à la surface de la langue, des lèvres et des autres parties de la bouche, ainsi que dans l'enduit saburral qui tapisse le premier de ces organes. Les cellules épithéliales et les grumeaux de caséum coagulé qui constituent cet enduit, de même que le mucus à teré des glandes, représentent une sorte d'*humus* approprié au développement de ces faux parasites.

6° Leurs filaments, nés dans une cavité glandulaire, en augmentant de longueur et de nombre, remplissent d'abord cette cavité, et s'échappent ensuite à travers le goulot du follicule pour se répandre au dehors sous forme d'une petite éminence arrondie d'un blanc laiteux ; de façon que l'ensemble de la production rappelle assez bien la forme d'une grenade.

7° Si l'orifice est trop étroit, les filaments byssoïdes distendent la glande outre mesure et en amincissent les parois, à ce point qu'ils semblent former des tumeurs sous-épithéliales. Je n'ai jamais vu nettement des grains de muguet situés entre l'épithélium soulevé et la surface du derme muqueux ; toutefois je suis loin de contester la possibilité de cette variété de forme.

8° Il ressort de tout ce qui précède que les mucédinées du muguet n'attaquent pas les tissus vivants, mais qu'elles se développent simplement au milieu de détritus organiques dans des conditions déterminées, et que leur apparition n'est qu'un épiphénomène dans la maladie.

6° SUR UN LIPOME DU DOIGT MÉDIUS ; par M. FOLLIN.

M. Follin présente à la Société la main d'un homme d'une cinquantaine d'années environ, dont le doigt médius portait sur ses faces antérieure, externe et un peu postérieure, une tumeur mollasse, lobulée, mobile, du volume d'un œuf de poule environ.

Cette tumeur, sans changement de couleur de la peau, laissait entendre, lorsqu'on la comprimait fortement, une légère crépitation. Les caractères généraux de cette tumeur firent penser que c'était un lipome. L'examen anatomique a confirmé cette idée. En effet, au-dessous de la peau existait une masse lobulée de tissu cellulo-graisseux jaunâtre. Ce tissu graisseux adhérait à la face antérieure de la gaîne des fléchisseurs, assez fortement pour qu'il fût impossible d'enlever ce lipome sans ouvrir cette gaîne. A la partie postérieure du doigt, l'adhérence était bien moins considérable.

Cette tumeur n'offre de curieux que son siége. En effet, les lipomes des doigts ne s'observent pas communément. Plusieurs faits de lipomes de la main ont été publiés, et récemment M. Robert en a communiqué un à la Société de chirurgie. Mais il siégeait à la face palmaire de la main. Aux doigts, l'existence des lipomes n'est pas aussi fréquente.

Il n'y a qu'une conclusion pratique à tirer de cette pièce : si l'on eût voulu extirper ces lipomes, on eût nécessairement ouvert la gaîne des fléchisseurs, accident qui eût compliqué gravement l'opération.

7° SUR UN CALCUL SALIVAIRE EXTRAIT DU CANAL DE WARTHON, DU CÔTÉ DROIT CHEZ L'HOMME ; par M. RAYER.

M. le docteur B... m'a raconté de la manière suivante les accidents qu'il avait éprouvés par suite du développement et de la présence de ce calcul jusqu'au moment où l'extraction en a été faite :

« Il y a quinze ans environ, je ressentis à la région sublinguale droite une douleur bientôt suivie de gonflement avec gêne de mouvements de la langue et diminution de la salive. Au bout de trois jours, ces symptômes disparurent, après l'écoulement dans la bouche, d'une matière semblable à du blanc d'œuf, mais un peu plus liquide. Pendant dix ans ces accidents se sont reproduits huit à dix fois sans offrir d'autres particularités. En 1847, vers le mois d'avril, le gonflement reparut plus considérable et plus douloureux au-dessous de la langue, à droite du frein. Il fut accompagné d'un peu de fièvre, avec douleurs lancinantes dans la région sublinguale. La durée de ces accidents fut un peu plus longue que dans les attaques précédentes, et la terminaison, au lieu de se faire par l'excrétion d'un liquide visqueux se fit par l'écoulement d'un pus blanc qui sortit par l'ouverture du conduit de Warthon. Pendant deux jours je rendis chaque jour une quantité de pus qui aurait pu remplir un dé à coudre. Après cette évacuation, la tumeur sublinguale ne disparut pas complètement, et je sentis avec le doigt qu'il existait là un petit corps dur de la grosseur d'une tête d'épingle. Les années suivantes les accidents se reproduisirent, et toujours ils furent suivis d'un écoulement de pus par l'orifice du canal de Warthon, sans qu'on pût distinguer s'il était mélangé ou non de salive. Dans l'intervalle des accidents occasionnés évidemment par une rétention de pus ou de salive, il s'écoulait de temps à autre un peu de pus, mais sans douleur.... Le corps dur qu'on sentait près de l'orifice du canal de Warthon paraissait augmenter de volume et devenir plus profond sans être douloureux au toucher.

» Il y a dix jours, le 16 avril 1852, du pus sanguinolent sortit par l'ouverture de ce canal. Il se déclara une douleur vive et un gonflement considérable de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire du côté droit, de la fièvre avec perte d'appétit, frissons, douleurs dans les articulations, etc. Bientôt des élancements violents se manifestèrent dans tout l'espace compris entre la langue et la mâchoire inférieure du côté droit. La glande sublinguale était très-dure, très-douloureuse, et les parties environnantes étaient tuméfiées. Le 25 avril, une ouverture se fait au point correspondant à l'orifice du canal de Warthon ; du pus jaunâtre sortit par cette ouverture, ce qui procura un peu de soulagement. Le lendemain du pus blanc continua à sortir ; le gonflement était diminué ; mais la tumeur sublinguale restait dure, douloureuse, d'un rouge vif. Je sentis alors au dessous de la membrane muqueuse le corps étranger que j'avais déjà constaté en 1847 ; mais dont le volume avait beaucoup augmenté, puisqu'il paraissait avoir maintenant le volume d'un pois. Le 27 avril au matin, la tumeur était moins douloureuse, et je remarquais, en outre, un point blanc, de la largeur d'une paillette ordinaire, dont la circonférence était bornée par une ligne brunâtre ressemblant à du pus sanguinolent épanché. Je pensai que le calcul allait se faire jour, et je priai le docteur Piet d'en faire l'extraction. Mais dans la matinée, en promenant ma langue continuellement sur le point saillant, je sentis le corps étranger à nu. A l'aide de l'ongle je le dégageai et finis par extraire un calcul du volume et de la forme d'une forte dent canine et long de 3 centim. environ. »

M. Rayer met sous les yeux de la Société ce corps étranger dont l'analyse sera faite par M. Lecomte.

M. Rayer rappelle que les calculs salivaires provenant du canal de Warthon sont assez rares chez l'homme. Toutefois Guill. Cowper (ANAT. CORP. HUMANI DE CALCOLO SUBLINGUA EXCISO-ÉPHEM. NOT. CURIOS. ; du 11 au 10, obs. 46 ; du 1 au 10, obs. 144 ; du 3 au 5 et 6 append., p. 91) ; Conrad-Ludov. Walther (THESAURUM MEDICO-CHIRURG. OBS. CURIOS., obs. 92) ; Chrest-Arend Scherer (DE CALCULIS EX DUCTU SALIVARI EXCRETIS ARGENT, 1737) en ont fait connaître des exemples. Sabatier a également rapporté, dans sa MEDECINE OPÉRATOIRE, l'observation d'un malade chez lequel il retira un petit calcul, placé à l'entrée du canal de Warthon. M. Moore (ANN. DE LA CHIRUR., t. VI) a observé un cas dans lequel le calcul sortit de lui-même, comme dans le cas que l'on vient de rapporter.

Des calculs *salivaires* ont été aussi observés chez les animaux ; chez un éléphant par Vauquelin, qui a trouvé qu'ils étaient composés de carbonate de chaux et qu'ils avaient pour noyaux des enveloppes de grain d'avoine (ANN. DE CHIM. ET DE PHYS., t. VI, p. 398) ; chez le cheval et la vache par M. Lassaigne, qui a constaté que les calculs était composés principalement de carbonate et de phosphate de chaux.

— M. Lecomte a analysé le calcul salivaire confié à son examen par M. Rayer. Du phosphate et du carbonate de chaux en grande quantité, et au centre un corps étranger de la grosseur d'une graine de groseille, telles sont les substances qu'il y a constatées.

8° CALCUL VÉSICAL D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE EXTRAIT PAR LA TAILLE PÉRINÉALE ; par M. BLIN, interne des hôpitaux.

Au mois de mai 1852, entra à la salle Saint-Côme, n° 22, service de M. Jobert, un jeune homme de 19 ans, d'une constitution robuste, atteint d'une affection calculeuse congéniale. Depuis sa plus jeune enfance, en effet, il présente les signes de cette maladie : les urines filantes, quelquefois sanguinolentes, laissaient déposer des mucosités floconneuses. Il y a toujours eu de fréquentes envies d'uriner, mais les douleurs et la dysurie ont toujours été peu prononcées.

Depuis quelques années l'urine est redevenue limpide ; jamais elle n'a contenu de graviers ; le jet s'arrête quelquefois brusquement, et le malade est forcé de s'accroupir pour vider sa vessie.

La douleur se fait ressentir à l'hypogastre, au périnée et au bout de la verge ; elle consiste surtout en une sensation de pesanteur que la pression périnéale soulage notablement.

L'exploration fait reconnaître un calcul volumineux qui s'engage dans le col vésical et s'oppose à l'introduction de la sonde dans la vessie.

Rejetant la lithotritie à cause du volume du calcul et ne jugeant pas la taille sus-pubienne indispensable, M. Jobert pratique la taille périnéale par le procédé ordinaire. Une artère donne une notable quantité de sang, qui s'arrêta néanmoins par l'introduction d'une lame d'agaric dans la plaie. La tenette brisa le calcul en deux fragments, qui furent successivement extraits sans trop de difficultés et sans déchirure de la plaie.

Le calcul, de couleur brune, pèse 107 grammes.

Le premier fragment présente, dans ses deux diamètres extrêmes, 3 centimètres sur 2 1/2. Le deuxième fragment, 6 centimètres sur 4.

Le calcul paraît formé par la réunion de plusieurs calculs qui forment, à la surface de la masse générale, des mamelons rugueux, saillants. La première pierre extraite paraît être un de ces mamelons, gros comme une noix environ,

détaché à une époque antérieure, et ayant imprimé sur le gros calcul une dépression concave.

Chacun des calculs primitifs qui composent la masse principale est assez bien limité à la surface de cette dernière, où il fait saillie. L'un d'eux présente le volume d'une noix et ressemble à celui qui fut enlevé lors de la première introduction des tenettes; un second a le volume d'un gros œuf de pigeon; le troisième, enchevêtré entre les deux autres, est gros comme une noisette : tous trois ont une teinte brun foncé, leur surface est inégale et chagrinée; ils sont réunis par une substance d'un gris blanchâtre, d'apparence calcaire; sur l'un des points de la circonférence, entre le plus gros calcul et le moyen, on trouve un sillon qui probablement donnait passage à l'urine; sur les côtés de ce sillon, on trouve une dépression rugueuse salie par du sang et même quelques débris de muqueuse, comme si dans ce point le calcul avait été adhérent à la muqueuse vésicale.

Une coupe faite dans le sens du plus grand diamètre du calcul, de manière à intéresser les trois calculs primitifs qui font saillie à la surface, montre que chacun d'eux est formé de zones concentriques assez irrégulières, présentant des colorations diverses, depuis le brun foncé jusqu'au gris le plus clair. — Le plus petit calcul, enchevêtré entre les deux autres, offre une surface de section triangulaire, et les couches qui le forment semblent se rattacher à celles du plus gros.

II. — Pathologie comparée.

1° Note sur les hippomanes de la jument; par M. Arm. Goubaux.

Bourgelat, en signalant la présence d'hippomanes pédiculés dans les annexes du fœtus de la jument, s'est demandé si ces corps ne seraient point « un dépôt, une sorte d'excrément des sucs nourriciers et utérins. »

M. Lecoq (Journal de médecine vétérinaire publié a l'École de Lyon, t. I, avril 1845, p. 161.—V. Des annexes du fœtus dans les principales espèces d'animaux domestiques) a fait aussi des observations sur les hippomanes, et elles sont à prendre en haute considération par les anatomistes. J'emprunte à M. Lecoq le passage suivant :

« Outre l'hippomane libre que l'on rencontre flottant dans les eaux de l'allantoïde, on remarquait, à la paroi externe du sac, un grand nombre de petits corps en forme de larmes et de grosseur variable, adhérant par un pédicule d'autant plus étroit que les corps étaient plus développés. Leur couleur était la même que celle de l'hippomane principal, et si on les pressait entre les doigts, on voyait la matière brune, contenue dans un sac à minces parois, disparaître par le pédicule pour aller s'échapper à la surface externe du chorion. Là, les villosités du placenta manquaient aux abords de l'ouverture, qui se trouvait entourée d'une espèce d'auréole blanchâtre.

» Ne pourrait-on pas admettre, d'après cette disposition, que l'hippomane se développe entre le placenta et l'utérus, et se porte en dedans en poussant au-devant de lui le chorion et le feuillet de l'allantoïde qui le tapisse, pour s'avancer, et par suite se détacher dans la cavité allantoïdienne, comme certains corps fibreux ou cartilagineux pénètrent dans les cavités synoviales ou séreuses? »

Je viens ajouter de nouveaux faits à ceux qui ont été observés, et prouver que l'opinion de M. Lecoq est fondée.

J'ai vu des hippomanes pédiculés dans le plus grand nombre des enveloppes fœtales de jument que j'ai été à même d'examiner, et, tout en faisant observer que je ne me trouve pas dans un pays de production des animaux de l'espèce chevaline, je me crois autorisé à conclure, par cette observation même, que c'est là une chose commune, à moins que je n'aie été trompé par le hasard des circonstances.

Ces faits étant bien connus, il me restait à démontrer si la supposition de M. Lecoq était vraie : or, voici ce que j'ai vu :

Le 24 janvier 1852, sur un fœtus provenant d'une jument qui avait été sacrifiée la veille pour les travaux anatomiques, et sur lequel je faisais une démonstration des enveloppes fœtales, j'ai trouvé et j'ai fait remarquer aux élèves quatre corps mollasses, élastiques, d'une couleur brun jaunâtre, elliptiques, d'un centimètre et demi à deux centimètres de longueur dans le sens de leur plus grand diamètre, qui étaient interposés entre la face interne de l'utérus et la partie correspondante du placenta, et complétement dépourvus d'adhérence avec l'un ou avec l'autre. En outre, il y avait un certain nombre d'hippomanes pédiculés à la face interne du sac allantoïdien, et un autre, plus volumineux, libre, flottant dans l'intérieur du liquide.

Je regrette de n'avoir pas fait analyser comparativement les uns et les autres, mais je prends date aujourd'hui de cette observation, et j'espère que je ne tarderai pas à la compléter par un nouvel examen. C'est, au reste, ce que je me propose de faire aussitôt que j'en trouverai l'occasion.

Cette observation prouve que les hippomanes, chez la jument, se forment entre l'utérus et le placenta; mais je me demande s'il en est ainsi chez toutes les autres femelles domestiques, car je ne connais aucun fait qui puisse le faire admettre.

Je ne sache pas qu'on ait jamais rencontré d'hippomanes pédiculés chez la vache, la brebis, la chèvre, la truie, etc., et je n'en ai jamais rencontré moi-même. Or, si l'on faisait une telle observation, la forme du sac allantoïdien est si différente chez les ruminants, relativement aux solipèdes, qu'il pourrait très-bien arriver alors que les hippomanes ne tombassent pas dans le sac de l'allantoïde, mais bien en dedans du chorion ou dans le sac de l'amnios. C'est une simple remarque que je fais quant à présent, car je manque de moyens pour lui donner plus de développements.

2° Observations sur le goître et sur quelques altérations du corps thyroïde chez les animaux domestiques; par le même.

Dans le courant de l'année dernière, M. le docteur Grange a fait plusieurs communications à la Société de biologie, relativement au goître, et il en a attribué la cause à la nature particulière du sol sur lequel vivent l'homme et les animaux. Suivant M. Grange, la présence de la magnésie dans le sol serait la cause du développement du goître.

Je crois que l'opinion de M. Grange est trop absolue. S'il était démontré qu'elle fût fondée relativement à l'homme, elle trouverait des exceptions parmi les animaux des différentes espèces domestiques. Les milieux ne paraissent avoir toujours la même influence sur toutes les espèces; à l'appui de cette assertion, je citerai, par exemple, une maladie bien commune chez les animaux de l'espèce chevaline, que l'on connaît sous le nom de fluxion périodique des yeux, et qui entraîne tôt ou tard la perte de l'un ou de ces deux organes. Les causes de cette affection, quelles qu'elles soient, humidité du sol ou autres, ne paraissent nullement agir sur l'homme ou sur les animaux domestiques des espèces différentes, ou du moins elles n'agissent pas sur le même organe.

Pendant le mois de septembre dernier, j'ai visité la plus grande partie du département de l'Aisne, et j'ai remarqué à la Fère que beaucoup de femmes avaient des goîtres. Cette observation m'a frappé et m'a fait rechercher le goître chez les animaux. J'en ai examiné un grand nombre, soit dans les campagnes, soit dans un marché, à la Fère, qui en avait réuni de différentes espèces, et je n'en ai pas vu un seul exemple.

Le goître me paraît excessivement rare chez les animaux domestiques, car depuis douze ans je n'en ai vu que quatre fois chez le cheval, une fois chez la vache, une fois chez la chèvre et une fois chez le chien.

J'ai disséqué trois des chevaux sur lesquels j'avais constaté des goîtres, et voici ce que j'ai remarqué :

1° Chez l'un, le corps thyroïde du côté gauche, qui seul avait augmenté de volume, du double environ, contenait à son centre une cavité, un véritable kyste, renfermant un liquide ayant quelque analogie avec une solution concentrée de gomme arabique;

2° Chez un autre, le corps thyroïde du côté gauche était à l'état normal; celui du côté droit, au contraire, ne constituait plus qu'une petite poche. La substance de ce corps thyroïde avait complétement disparu. Les vaisseaux thyroïdiens avaient considérablement diminué de volume. Le tissu cellulaire environnant était sain.

Un liquide contenu dans l'intérieur de la poche que formait le corps thyroïde du côté droit, avait une teinte jaune rougeâtre; il était un peu visqueux; son odeur était fade, et sa réaction faiblement alcaline. Son poids total était de 5 gr. 530.

M. Clément, chef de service de chimie à l'école nationale vétérinaire d'Alfort, a analysé ce liquide, et il a trouvé qu'il était composé, sur 100 parties, ainsi qu'il suit :

Eau.	90,965
Matière animale contenant des traces d'albumine. . . .	8,311
Sels alcalins.	0,724
	100,000

3° Enfin, j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société une pièce que j'ai recueillie ces jours derniers sur un cheval. Cet animal portait un goître du côté droit. J'ai tenté une expérience sur le corps thyroïde du côté gauche; mais les besoins du service d'anatomie ne me permettant pas de conserver cet animal, il a été sacrifié immédiatement après. Voici ce qu'on voit dans l'intérieur des corps thyroïdes de ce cheval.

Une incision faite immédiatement après la mort dans l'épaisseur de celui du côté droit, a permis de voir que la substance en est complétement modifiée sous le rapport des propriétés physiques : elle a une teinte jaune pâle; elle est ferme, et ressemble à un dépôt fibrino-albumineux.

Cette pièce avait été ensuite plongée dans de l'eau alcoolisée pour être conservée. J'avais pensé que le corps thyroïde du côté gauche ne présentait rien de particulier, parce qu'il avait son volume normal; mais je viens de faire une coupe dans son épaisseur, et l'on y trouve aussi des altérations qui, au lieu d'être générales comme dans celui du côté opposé, ne sont que partielles, et sont disséminées dans des points et dans une étendue variables, mais sont absolument les mêmes. (10 avril.)

Dans la séance du 24 avril, M. Goubaux a présenté des dessins représentant des goîtres qu'il a eu l'occasion d'observer sur des chevreaux dans le courant de la semaine. Voici le sommaire de cette nouvelle communication :

Deux chevreaux sont nés à terme le 19 avril 1852 et sont morts peu de temps après. Leurs ascendants ne présentent pas de goîtres. Ces deux animaux portent chacun une tumeur volumineuse, bilobée, située à la partie antérieure du cou. Cette tumeur est un peu plus volumineuse chez l'un que chez l'autre. M. Goubaux a disséqué l'un de ces chevreaux, et a déposé l'autre dans le cabinet des collections de l'École d'Alfort. Voici ce qu'il a remarqué chez le premier de ces animaux :

Les muscles sterno-maxillaire, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien étaient déviés de leur direction normale par le volume du corps thyroïde, et avaient une teinte très-pâle.

Chacun des lobes du corps thyroïde avait 9 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur.

Les vaisseaux thyroïdiens, les afférents et les efférents, avaient un calibre très-remarquable, et leur développement était en rapport avec le volume du corps thyroïdien correspondant : l'un était un peu plus volumineux que l'autre.

3° ANALYSE DE CALCULS VÉSICAUX TROUVÉS PAR M. ROULEY DANS LA VESSIE DE PLUSIEURS AGNEAUX; par CH. LECONTE.

Les calculs tapissent toute la surface interne de la vessie sèche, qui m'a été remise et semblent incrustés dans ses parois; ils sont blancs, de la grosseur d'un grain de chènevis ou même de masses à peine visibles; examinés au microscope, ils ne présentent aucune forme cristalline, ils semblent, au contraire, formés de parcelles amorphes très-petites renfermées dans une espèce de tissu cellulaire très-abondant.

Traités sous le microscope par l'acide chlorhydrique, ils laissent dégager des bulles rares d'acide carbonique; la recherche de l'acide urique a démontré dans ces calculs l'absence de cet acide.

Les calculs traités par l'acide chlorhydrique ou par l'acide azotique laissent une grande quantité du tissu cellulaire dont nous avons déjà parlé, mais qui devient beaucoup plus visible lorsque les matières inorganiques ont été enlevées.

Une petite quantité des calculs ci-dessus traitée par de l'acide chlorhydrique, étendu d'eau, a fourni une liqueur qui fut séparée des débris de matières organiques par décantation. Cette liqueur limpide, obtenue à dessein sans l'emploi du filtre, permit de rechercher avec toute la certitude désirable la présence des bases et des acides contenus dans les calculs.

L'examen microscopique a démontré d'une manière évidente la présence d'une petite quantité d'acide carbonique.

Une portion de la liqueur précédente, additionnée d'acétate de potasse et traitée par l'azotate d'urane, donne un précipité abondant de phosphate d'urane insoluble, bien que la liqueur contînt une grande quantité d'acide acétique libre; cette réaction est, ainsi que nous l'avons démontré dans une note présentée à l'Académie des sciences, le procédé le plus certain et le plus facile pour déceler la présence des quantités les plus petites d'acide phosphorique, même lorsqu'elles sont combinées à la chaux et en présence de l'acide chlorhydrique, résultat auquel il est impossible de parvenir directement à l'aide des réactifs ordinaires.

Une autre portion de la liqueur acide précédente, traitée par une petite quantité de potasse, a donné un précipité qui, examiné au microscope, a présenté de longues aiguilles prismatiques de phosphate de magnésie, et non de *phosphate ammoniaco-magnésien*. Il n'existait donc pas d'ammoniaque dans les calculs, et la présence de la magnésie y était constatée; cependant la forme des cristaux indiquait la présence d'une certaine quantité de chaux.

Pour vérifier l'analyse microscopique, quant à la chaux et à la magnésie, on versa dans la liqueur acide du sesquichlorure de fer et de l'ammoniaque pour précipiter l'acide phosphorique et l'excès d'oxyde de fer, et il fut facile de constater à l'aide des réactions ordinaires la présence d'une grande quantité de magnésie et d'un peu de chaux.

Un fragment des membranes de la vessie, exempt de calculs, chauffé avec de la potasse très-étendue, a donné tous les caractères de l'ammoniaque, ce qui aurait pu faire, à tort, conclure à la présence du phosphate ammoniaco-magnésien, si on n'avait, comme contrôle, employé l'analyse microscopique.

BIBLIOGRAPHIE.

A TREATISE ON THE PRACTICE OF MEDICINE BY GEORGE B. WOOD, M. D. (TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE GEORGES B. WOOD). — Deuxième édition. — Philadelphie, 1849.

(Premier article.)

S'il est vrai qu'il faut distinguer dans les livres de science ceux qui exposent des découvertes nouvelles et ceux qui classent et résument les découvertes anciennes et les modernes; les uns, ouvrages d'invention ou d'expérimentation, les autres, encyclopédies où l'on veut voir toutes les questions traitées, tous les faits résumés; au moins s'accorde-t-on généralement à ne trouver que dans les inventeurs seuls les qualités les plus propres à cette exposition méthodique et souvent élémentaire de la science qui fait l'écueil de la plupart des traités complets. Malheureusement les inventeurs ont peu de goût pour expliquer des faits qu'ils n'ont point expérimentés, et nous voyons tous les jours les lacunes que cet état de choses empêche de remplir.

On ne pensera pas, sans doute, que ces réflexions soient applicables aux honorables auteurs dont nous ne voulons point ici citer les noms qui ont consacré un temps fort long à l'exposition dogmatique et complète de la pathologie. Ces travaux méritants qui ont exigé une longue série d'efforts sont parfaitement adaptés au but qu'ils remplissent; on pourrait tout au plus leur reprocher de n'avoir point été rédigés avec une vue d'ensemble, avec une idée dominante. Ils se composent d'une série de monographies toutes parfaitement traitées au point de vue pratique; mais le côté philosophique, spéculatif et la pensée qui généralise font ordinairement défaut. Est-ce la faute des auteurs eux-mêmes? Je ne le crois point; ils ont plutôt sacrifié à la coutume du temps où nous vivons et ils ont suivi l'inspiration qui les a guidés au début de leur éducation médicale. On ne se soustrait point facilement à des habitudes depuis longtemps acquises, et même des esprits du premier mérite portent toujours la trace des révolutions scientifiques auxquelles ils ont assisté. Sous ce rapport il ne serait pas sans un grand intérêt historique et scientifique de comparer les productions littéraires de la médecine française de l'époque actuelle à celles de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Amérique. On verrait combien nos voisins du continent d'une part et ceux d'outre-mer de l'autre marchent, je ne dirai point avant nous, mais sur la même ligne que nous et plus dégagés que nous, ce qui surprendra peut-être certains esprits, d'idées systématiques et d'entraves au progrès. — Ce qui caractérise la médecine française à l'époque actuelle, c'est une répugnance avouée, je dirai plus, c'est un refus formel de tout système, de toute théorie, de telle sorte que quelqu'un viendrait qui présenterait une grande loi ou une grande théorie, celui-là ne serait point cru et on le renverrait sans examen. Au contraire, quand on étudie les productions classiques des pays dont nous avons parlé, on trouve partout cette tendance à la généralisation, et les esprits les plus élevés ne sont pas les moins enclins à ce genre de spéculation.

Pour ne parler que de l'Amérique dont nous avons à analyser l'un des livres classiques les plus estimés, nous citerons au commencement de ce siècle Edouard Miller et Benjamin Rush, qui ont été les premiers à attaquer et à détruire le système de Brown. Miller, profond observateur, était pleinement imbu de la mesure d'utilité des théories: « Quels que soient les avantages de certaines théories, c'est seulement par la nouvelle force qu'elles ajoutent à l'esprit et par l'investigation plus exacte à laquelle elles donnent lieu qu'elles ont été utiles d'une manière permanente. » Rush, grand praticien et profond penseur, fonda un système qu'on a un peu orgueilleusement appelé le « système de la médecine américaine, » et qui avait pour but d'établir l'unité des maladies en détruisant leur spécificité: « Je me sers du mot *maladie*, dit-il, d'après l'usage; car, à proprement parler, la maladie est tout autant une unité que la fièvre; elle consiste simplement dans l'action morbide ou l'excitation des différentes parties du corps. » Rush a laissé des descriptions d'épidémies et des observations de maladies particulières qui ne sauraient être trop méditées.

Mais c'est surtout dans l'étude philosophique des maladies épidémiques et endémiques que la littérature américaine compte un grand nombre de travaux remarquables; les écrits de Bayley, de Rush, d'Elihu. H. Smith, de Seaman, de Pascalis et d'autres, contiennent les observations les plus intéressantes sur ce sujet et constituent une doctrine complète de l'origine et de la propagation des maladies épidémiques et pestilentielles (1).

J'irais trop loin si je voulais indiquer un à un tous ces travaux et y ajouter ceux qui, depuis vingt ans, ont enrichi les publications périodiques; je ferai remarquer, en terminant, qu'il y a toujours eu entre l'Angleterre et les États-Unis un échange des livres classiques dans lequel les auteurs américains sont loin d'avoir eu le dessous; ainsi, à une certaine époque, le MANUEL D'ANATOMIE de Wistars était le livre en usage à l'Université d'Édimbourg, et aujourd'hui encore la MÉDECINE LÉGALE de Beck est l'un des ouvrages les plus répandus en Angleterre et en Irlande. — Le TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE de Wood nous paraît destiné aussi à soutenir cette concurrence; la bonne division du sujet, le choix scrupuleux des matériaux, la concision et la clarté de l'exposition, en font un livre que le praticien consultera avec fruit et que l'étudiant prendra volontiers pour guide. L'auteur, qui est professeur de matière médicale à l'Université de Pensylvanie et médecin de l'hôpital de Philadelphie, a, par un long exercice de l'enseignement, contracté l'habitude de l'exposition scientifique sobre, précise, claire et surtout dégagée de personnalités. « Quant aux parties de cet ouvrage, dit-il dans la préface, qui sont tirées de mon expérience ou de ma pratique personnelle, je ne veux point m'appesantir beaucoup sur leur originalité. Les sources de nos connaissances sont si variées, nous apprenons tant par les livres, nous entendons tant de choses dans la conversation de chaque jour, en sus de ce que nos propres observations ou nos réflexions nous font découvrir, qu'il serait très-difficile, pour celui qui a beaucoup vécu et qui a cherché la vérité partout où on peut la rencontrer, d'analyser ce qu'il possède et de déterminer ce qui lui appartient en propre. » Ces réflexions dénotent un esprit excellent et une grande droiture d'intentions qui se manifestent à chaque page de ce livre.

Ne pouvant passer en revue toutes les parties de cet ouvrage, nous choisirons pour en rendre compte celles qui ont trait à des maladies que nous n'observons pas dans nos climats et dont l'étude a été rapidement avancée par les travaux des médecins américains; mais avant d'entrer dans ces détails, je veux mettre sous les yeux des lecteurs quelques extraits de la première partie qui porte le titre de PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

(1) Voir le MEDICAL REPOSITORY de New-York, et dans le premier numéro du journal trimestriel de cette ville, un article remarquable de John Watson sur ce sujet.

ÉTIOLOGIE. — CAUSES DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

1° L'influence épidémique donne souvent naissance à des maladies sans l'adjonction d'autres causes connues, comme dans la grippe et le choléra. Mais plus fréquemment elle a pour effet d'augmenter l'énergie des autres causes et de les rendre capables de produire des maladies particulières dans des circonstances complétement différentes de celles où elles prennent ordinairement naissance. Ainsi la variole, la scarlatine et d'autres affections éruptives contagieuses deviennent quelquefois épidémiques. On peut se demander si l'influence épidémique peut produire ces maladies sans la coopération de la contagion spécifique. Il est très-probable qu'il peut en être ainsi, car quelquefois ces affections s'observent épidémiquement sans que l'on puisse suivre la communication entre les premiers individus atteints et d'autres cas antérieurs au développement de l'épidémie. — Quelquefois l'influence épidémique prédispose à une forme exanthématique particulière, petite vérole dans un cas, rougeole dans un autre, et quelquefois il semble au contraire qu'il y ait une tendance aux maladies éruptives en général; tous les exanthèmes sont alors plus fréquents que d'habitude, et des formes étranges et anormales d'éruptions se montrent assez souvent.

Ces remarques sont applicables au typhus et même aux fièvres intermittentes ou rémittentes.

2° Quelquefois l'influence épidémique se manifeste bien plus par le type ou le caractère qu'elle communique aux maladies existantes que par l'apparition de maladies nouvelles. Ainsi à certaines époques toutes les affections présentent une tendance asthénique ou typhoïde; dans d'autres circonstances c'est le caractère inflammatoire qui domine.

3° Une des lois les mieux établies des épidémies, c'est qu'elles communiquent plus ou moins de leurs particularités aux autres maladies. Dans ces circonstances les maladies accidentelles ou endémiques portent la livrée de l'épidémie. Ce résultat pouvait être prévu. La cause morbifique est générale et opère plus ou moins sur tous. Un certain nombre de personnes dans l'état de santé parfaite résistent et ne présentent aucun phénomène morbide, tandis que les malades perdent en quelque sorte ce pouvoir de résistance et sont influencés par l'épidémie qui, sans faire disparaître l'affection existante, la modifie en y ajoutant ses caractères particuliers.

4° On a observé souvent que certaines maladies épidémiques, après avoir sévi [redacted] quelques années, étaient suivies d'affections différentes qui disparaissaient à leur tour pour être remplacées par les premières affections ou par d'autres d'une nature encore nouvelle. On observe entre chacune de ces périodes pathologiques une courte période d'immunité morbide. Ainsi, depuis 1793 jusqu'en 1807, il y eut en Pensylvanie des fièvres bilieuses graves, la fièvre jaune se montra de temps en temps à Philadelphie et la fièvre bilieuse dans les campagnes. Après une période où l'état sanitaire du pays s'était sensiblement amélioré, dans l'hiver de 1812 à 1813, une épidémie typhique apparut, et son influence sur le caractère des maladies continua à se faire sentir jusqu'en 1818 ou 1819. Dans l'été de 1820, nouvelle apparition de la fièvre jaune et des fièvres bilieuses: cette influence se fait sentir à un degré modéré jusqu'en 1836, où se montrent des fièvres typhoïdes bénignes; en 1846, retour des affections gastriques, bilieuses et des fièvres remittentes.

Les affections éruptives semblent accomplir des révolutions à peu près semblables. Ainsi, après l'introduction de la vaccine, la variole, pendant un grand nombre d'années, parut entièrement éteinte, parce qu'aucune influence épidémique n'était venue s'ajouter à celle de la contagion. Aujourd'hui et depuis une vingtaine d'années nous sommes au milieu d'un cycle variolique épidémique, et cette maladie n'a jamais disparu entièrement. D'après l'expérience du passé, nous avons de fortes probabilités d'espérer une nouvelle phase d'immunité.

THOLOZAN.

(La fin au numéro prochain.)

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 juin 1852, un concours public sera ouvert le 6 décembre prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés, savoir : cinq places pour la section de médecine, quatre places pour la section de chirurgie, trois places pour la section des sciences accessoires (anatomie, physiologie et chimie).

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er novembre 1853.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, savoir :

Pour la section de médecine, avant le 6 novembre 1852;
Pour la section de chirurgie, avant le 6 février 1853;
Pour la section des sciences accessoires, avant le 6 mai 1853.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique une liste de trois candidats pour la place de chef des travaux chimiques vacante dans la Faculté. Ont été présentés : en première ligne M. Louis Figuier, en deuxième ligne M. Galtier, en troisième ligne M. Brousse.

— Par un décret du prince président de la République, en date du 7 juin 1852, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin professeur :
M. Jossic, chirurgien de première classe.
Au grade de chirurgien de première classe :
MM. les chirurgiens de deuxième classe Erhel, Gourrier, Azan, Villette, Gantelme, Mauger, Malherne, Huet, Le Coq, Gantier, Mongrand, Japhet.
Au grade de chirurgien de deuxième classe :
MM. les chirurgiens de troisième classe Vincent, Bernier, Boëlle, Loher, Demonte, Lagarde, Bruneteau, Pommier, Echallier, Lallour, Gaston, Clouet, Savina, Duplouy, Barthélemy, Quillard, Romain, Martin, Ginly.
Au grade de chirurgien de troisième classe :
MM. les élèves Chaleix, Gaillard, Vinson, German, Toye, Girand, Laure, Marinier, Lucas, Raiband, Madon, Lota, Gestin, Hombron, Gueranlt, Bonrse, Péron, Pinel, de Nozeille, Savatier, Luzet, Manès, Brion, Beauchef, Pidon, Toncbard, Jacolot, Thomas, Bonzel-Roncière, Martialis.
Au grade de pharmacien de deuxième classe :
MM. les pharmaciens de troisième classe Herland, Peyremol, Girardias.
Au grade de pharmacien de troisième classe :
MM. les élèves Pernet, Martin, Roux.

— La miliaire sévit en ce moment à Bernay (Eure) et dans les environs. Elle n'a généralement, dans la contrée, que le caractère sporadique, excepté toutefois à Bournainville, canton de Thiberville, où elle fait des ravages épidémiques.

Au rapport même d'un médecin de Lisieux, M. Maris, cette cruelle maladie présente actuellement à Bournainville des phénomènes morbides que le docteur n'avait, jusqu'à ce jour, jamais rencontrés dans sa pratique, ni à Lisieux, ni dans les environs de Lisieux.

C'est à ce point que M. le maire de la commune s'est adressé à M. le ministre de l'intérieur, par l'entremise de M. le sous-préfet de Bernay, pour le supplier de vouloir bien envoyer à Bournainville un médecin de Paris, avec la mission d'étudier le fléau dans l'intérêt de la science.

Depuis le commencement de l'épidémie, 97 personnes en ont été victimes; et c'est là un des phénomènes extraordinaires dont il importe de se rendre compte, les femmes seules paraissent devoir en être attaquées.

A la date des dernières nouvelles que nous avons reçues, c'est-à-dire du 18 juin, il y avait encore, dans la commune, 15 malades du même sexe, dont 4 étaient dans la situation la plus dangereuse, et dont une succombait avant que notre correspondant ait eu le temps de fermer sa lettre.

— M. Clémot, ancien chirurgien en chef de la marine au port de Rochefort, député en 1815, vient de mourir, à l'âge de 76 ans, à sa maison de campagne de La Salle.

— La ville d'Argentan vient de perdre un excellent médecin, le docteur Emmanuel-Th. Guillanmet.

— Le gouverneur général de Madrid vient de défendre l'apposition sur les murs de cette ville d'affiches portant l'annonce de remèdes et de traitements contre les maladies secrètes, spéciales et autres.

— Les eaux acidules ferrugineuses de Griesbach, au Renchthal (grand duché de Bade, dont la réputation est séculaire, se distinguent par la grande quantité de gaz acide carbonique et de fer qu'elles contiennent; elles n'ont d'égales en Allemagne que les eaux de Pyrmont et de Schwalbach. Leur goût est très-agréable.

Les sources et le vaste établissement des bains sont situés dans une des plus belles vallées de la forêt Noire, et on y jouit de tout le confortable de la vie.

L'analyse de ces eaux, faite par le professeur Koelreuter, a donné les éléments suivants :

1° Bicarbonate de soude.	4	10
2° — de chaux.	12	49
3° — de magnésie	»	38
4° — de protoxyde de fer.	1	10
5° — de manganèse.	»	30
6° Sulfate de soude cristallisé.	4	20
7° — de potasse.	»	31
8° — de magnésie.	3	10
9° — de chaux	1	63
10° — de soude.	»	23
11° Phosphate de magnésie.	»	28
12° Silicate d'alumine.	»	75
13° Substance résineuse et crénate de chaux.	»	24
Total des éléments.	29	11

Acide carbonique dégagé par l'ébullition.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ANALOGIES ET DIFFÉRENCES DE LA VACCINE ET DE LA VARIOLE.

Le rapport dont M. Bousquet a terminé la lecture dans la dernière séance de l'Académie et relatif aux vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1850, a le grand mérite d'avoir su rajeunir un sujet que les nécessités administratives ramènent tous les ans, avec une régularité monotone, devant la compagnie. Quand on se rappelle combien de fois l'honorable rapporteur a où passer par les mêmes chemins, on admire qu'il puisse y trouver encore de nouveaux aperçus. Il n'y faut pas moins que toute son ingéniosité, et aussi tout l'amour qu'il apporte d'ordinaire à la confection de ses œuvres académiques.

Le côté par lequel le rapport a le plus attiré notre attention est celui qui concerne l'influence réciproque de la vaccine et de la variole. A cette question si controversée et que M. Bousquet, pour son compte, a toujours résolue négativement, il en rattache une autre plus générale, d'un sens plus élevé, qui lui sert de texte à une dissertation pleine d'intérêt. La question de fait était celle-ci : la vaccine étant inoculée au début ou pendant le cours d'une variole, ou bien la variole survenant peu de temps après l'inoculation vaccinale, en résulte-t-il quelques modifications dans l'une ou l'autre des deux éruptions ou dans toutes les deux à la fois ? Suivant les uns, la variole est modifiée par la vaccine et non la vaccine par la variole; suivant d'autres, l'action est réciproque et les deux éruptions sont modifiées parallèlement. Les adversaires de ces opinions diverses, ceux qui ne croient à aucune modification, répondent que, l'éruption variolique et l'éruption vaccinale n'ayant pas toujours la même intensité et étant susceptibles au contraire de fréquentes variations, il est difficile d'établir un lien de causalité entre l'atténuation d'une éruption variolique et l'inoculation du vaccin, entre l'atténuation d'une éruption vaccinale et la présence de la variole ; ils accusent l'insuffisance des données statistiques ; ils rappellent combien de fois on a vu la variole se développer avec intensité, se compliquer d'accidents graves et même mortels, côte à côte d'une éruption vaccinale de bonne nature. Telle était, disons-nous, la question de fait débattue partout et sur laquelle nous pourrions n'être pas tout à fait d'accord avec le rapporteur, spécialement en ce qui concerne l'influence de la vaccine sur la variole, mais dont l'examen nécessiterait l'intervention de beaucoup de travaux modernes qui ne sont pas en cause pour le moment. M. Bousquet, lui, s'attaque surtout à une question doctrinale, celle des analogies et des différences essentielles des deux éruptions. Pour que la vaccine, dit-il, pût modifier une petite vérole en cours de développement, ou la petite vérole la vaccine, il faudrait que chacun des deux principes morbides eût à l'égard de l'autre une vertu curative ou neutralisante ; et pour neutraliser l'autre principe, il faudrait qu'il remplit à son égard le rôle d'un contraire. Or la vaccine ne *guérit* pas la variole, elle la prévient, à la condition conséquemment de la devancer de quelque temps ; elle agit donc, non par neutralisation, mais par substitution ; et elle ne peut se substituer à la variole qu'en raison d'analogies intimes, essentielles, entre les deux virus.

C'est cette thèse que M. Bousquet expose sous des formes séduisantes et défend avec un véritable talent.

La ressemblance de la pustule variolique et de la pustule vaccinale est frappante : elle n'est pas seulement dans la forme extérieure du bouton et dans la marche des symptômes, comme le dit très-bien le rapporteur; elle est dans l'aréole ; elle est dans la structure intime, dans la disposition des vacuoles et de la bride centrale. Un témoignage bien connu de cette ressemblance, mais qu'il est bon de rappeler parce qu'il est décisif, est le résultat des inoculations faites en 1826 à Saint-Pol-de Léon avec le virus de la varioloïde. L'inoculation pratiquée à plus de six cents personnes n'amena qu'une éruption locale, tellement semblable à celle de la vaccine qu'un expérimentateur, M. Guillon, crut voir dans le pus de la varioloïde un nouveau virus intermédiaire entre le *cow-pox* et le virus de la variole. On a cité des exemples de vaccinations à double éruption, éruption locale et éruption générale consécutive : nouveau rapport entre les effets de la vaccination et ceux de l'inoculation variolique; nouvelle analogie de nature entre la vaccine et la variole. Enfin si les deux virus sont ennemis, s'ils ne peuvent cohabiter sans se détruire, l'expérience le démontrera facilement ; il n'y aura qu'à les mêler et à les inoculer. Or l'expérience en a été faite, après Woodville et Salmade, par M. Bousquet lui-même. Le virus varioleux fut recueilli sur un enfant qui portait à la fois la variole et la vaccine ; le virus vaccinal fut pris sur un autre enfant non varioleux. On méla les deux virus et on les inocula dans cet état à trois enfants. Les deux premiers n'eurent qu'une éruption locale à l'endroit des piqûres ; le troisième eut deux éruptions qui se montrèrent dans la période de temps accoutumée, à savoir : la première, locale, du troisième au quatrième jour ; la seconde, générale, au huitième jour, après deux ou trois jours de fièvre, comme il arrive ordinairement pour la variole inoculée.

M. le rapporteur a eu soin d'aller au-devant du reproche qu'on aurait pu lui adresser de forcer l'assimilation des deux états pathologiques ; il ne pouvait mieux y réussir qu'en se constituant l'adversaire de ceux qui voient dans le virus-vaccin une modification du virus variolique, et qui se sont imaginé qu'il suffisait, pour convertir celui-ci en *cow-pox*, de le faire passer par le pis de la vache. Son argumentation sur ce point est aussi instructive par les données dont elle s'appuie que décisive au fond. Alors même qu'on serait parvenu à déterminer une éruption sur le pis de la vache à l'aide de l'inoculation variolique, quelle conséquence en déduire relativement à l'hypothèse de la transformation ? D'abord il est au moins certain que l'éruption ne se produit pas facilement de cette manière ; car plusieurs expérimentateurs, M. Bousquet notamment, l'ont tentée sans succès. C'est déjà quelque chose d'assez étrange qu'un virus qui doit naître d'une sorte de métamorphose refuse si fréquemment de se produire dans la condition où la métamorphose semble devoir se faire naturellement. En second lieu, à prendre pour bonnes les expériences où l'éruption s'est, dit-on, montrée, on voit que les boutons ne sont pas ordinairement restés confinés au lieu de l'inoculation, mais se sont égarés sur diverses parties du corps, ce qui rapproche singulièrement le résultat de celui des inoculations sur l'homme. Et quand il serait vrai que parfois l'éruption fût restée strictement locale, ce ne serait encore qu'une exception dont l'homme a offert maintes fois l'exemple. Ce n'est pas tout : l'inoculation sur la vache, nous le voulons, a réussi ; des boutons se sont développés seulement à l'endroit des piqûres. Sont-ce des boutons de vaccin ou de simples boutons de variole ? Impossible de prononcer sur l'aspect extérieur ni sur la struc-

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Mort de M. Récamier. — Simple coup de crayon. — *O fortunatos nimiùm!.....* — Le magnétisme humanisé. — Effets merveilleux du galvanisme. — Un progrès à réaliser. — Prouesses homœopathiques. — Nouvelle méthode : *apathie*. — Une bête à imiter.

Au moment où nous prenons la plume, une foule compacte reflue du cimetière du Sud où elle était allée rendre les derniers devoirs à l'un des médecins les plus célèbres, à l'une des individualités les plus fortement accentuées de ce temps-ci, à M. Récamier, mort subitement, lundi dernier, à onze heures du soir. La presse a déjà raconté comment avait sombré, pour ainsi dire, en plein calme, cette existence que la lutte et toutes les agitations de la pensée et de la pratique, pendant un demi-siècle, n'avaient pu affaiblir. Le fil, tout ancien qu'il était, ne s'est pas usé ; il a été tranché selon toute la rigueur de la légende grecque. Un grand concours de médecins s'était porté à la cérémonie, témoignage de [illegible] d'autant plus sincère que l'illustre mort était depuis longtemps éloigné de toute scène officielle. On a remarqué l'absence d'une garde militaire autour d'un cercueil qui renfermait un officier de la Légion d'honneur.

Nous ne pouvons ni ne voulons aujourd'hui qu'indiquer les traits les plus saillants de cette originale figure, bien faite pour tenter la plume du biographe. M. Récamier ne ressemblait qu'à lui-même. Sa figure colorée et pleine d'expression, le jeu rapide des sourcils, la mobilité du regard, cette parole qui, à force de se presser, finissait par sortir des lèvres en jet confus et embarrassé, la familiarité imprévue du tour, le geste saccadé, formaient un ensemble inimitable. Quel que fût le sujet de la conversation, l'on se sentait immédiatement en présence d'une conviction inébranlable et toujours armée contre l'objection. Il y a de douces et paisibles natures dont le cœur s'ouvre à la croyance comme le vase à l'eau du fleuve ; il en est d'autres, plus vigoureuses, qui ne craignent pas d'appuyer la foi sur la raison. M. Récamier était de ces derniers ; tout ce qu'il laissait échapper dans ses conversations si attachantes, tout ce qu'il a écrit, révèlent sur ces matières une sorte de conviction scientifique, et la profondeur de ses réflexions est empreinte dans l'unité des principes où venaient se confondre et sa foi religieuse et sa foi médicale. Ses notes sur le cancer sont extrêmement curieuses sous ce rapport. Avec de tels procédés d'initiation et un tel résultat, il semble qu'il eût dû être le plus intolérant des hommes, et, à vrai dire, l'expression de son regard n'éloignait pas la crainte d'un peu de fanatisme. Il n'en était rien cependant ; tout au contraire, ceux qui ont le plus approché M. Récamier s'accordent à vanter son extrême tolérance. Il sermonnait souvent les tièdes et les incrédules, et il avait même pour cet usage particulier — en raison sans doute de la fréquence des occasions — certaines phrases stéréotypées ; mais personne ne laissait plus de liberté à la conscience individuelle.

Tout le monde sait qu'il avait l'esprit actif et entreprenant, la mémoire vaste et fidèle, les aptitudes variées. On connaît assez l'alliance qu'il savait faire de la médecine et de la chirurgie, et l'audace de quelques-unes de ses tentatives. En-

ture interne; mais on peut reprendre le liquide des boutons et l'inoculer à l'homme. Or c'est ce qui a été fait en Allemagne et en Angleterre. M. Verheyen (de Bruxelles), cité par M. Bousquet, rapporte, dans un mémoire sur la *vaccine primitive*, qu'à Berlin, la variole ayant été inoculée avec quelque succès à des vaches, le pus des boutons, reporté sur l'homme, y développa les deux éruptions propres à l'inoculation variolique. Il en fut de même en Angleterre; l'éruption fut seulement locale chez les premiers inoculés, locale et générale chez les autres.

On le voit, nous ne contredisons en rien M. le rapporteur sur ses doctrines générales. L'étude scrupuleuse de la vaccine et de la variole découvre entre les deux affections d'intimes analogies à côté de différences non essentielles. De plus, l'hypothèse de la transformation des deux virus ne repose sur aucune donnée positive. Mais ces deux points accordés, nous n'oserions nous armer de ces prémisses aussi résolument que M. Bousquet pour repousser tous les faits produits en faveur de l'influence de la vaccine sur la variole. Quelles que soient les difficultés d'une démonstration de ce genre, elles sont loin d'être insurmontables et nous avons eu plus d'une fois occasion, dans ce journal, de mettre en lumière des documents susceptibles d'en aider la solution. Que la vaccine *se substitue* à la variole, c'est peut-être la véritable explication; mais si, pour opérer une substitution complète, le virus inoculé a besoin de quatre ou cinq jours d'incubation ou d'élaboration, comme on voudra, est-il bien sûr qu'il ne puisse opérer presque immédiatement une substitution imparfaite? Or les partisans de l'influence réciproque du virus n'ont pas besoin qu'on leur accorde davantage. Ils n'ont jamais prétendu que la vaccine arrête la variole tout court, mais seulement qu'elle en modifie la marche et en atténue les effets.

— Nous avons reçu au sujet de la vaccine une nouvelle lettre de M. H. Carnot; nous l'avions réservée pour l'époque de la lecture de M. Bousquet, présumant que les deux auteurs se rencontreraient sur le même terrain. Puisqu'il n'en a rien été, nous nous occuperons un autre jour des questions soulevées par M. Carnot et qui ont fait d'ailleurs, dans la presse médicale, de récentes apparitions.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE; par les docteurs BOULEY, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et CAILLAULT, ex-interne des hôpitaux.

Nous avons pour but de décrire une maladie confusément connue, bien que fréquente et très-meurtrière, qui paraît presque exclusivement propre à l'enfance.

Cette maladie est désignée sous les noms divers de gangrène de la bouche, noma, stomacace, cancer aquaticus, charbon des joues, stomatite gangréneuse, gangrène scorbutique, etc., etc.

Disons, pour commencer, que le jeune âge est soumis au développement spontané d'ulcérations ayant des caractères très-nets et très-tranchés. Ces manifestations morbides peuvent revêtir plusieurs formes caractéristiques, et l'une d'entre elles est précisément la gangrène de la bouche, qui, par son allure et son aspect, a dû nécessairement frapper tout d'abord l'attention des observateurs. Depuis la naissance jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans, sous l'influence de conditions hygiéniques mauvaises, comme la misère, l'encombrement, et surtout l'*état particulier* de l'économie qui succède aux fièvres éruptives et sur lequel nous reviendrons à la fin de ce travail, on voit, à cette époque de la vie seulement, apparaître de véritables ulcères d'une physionomie et d'une marche toujours identiques, sur certains points du tissu muqueux et de la surface cutanée.

Tantôt ces ulcérations sont essentiellement phagédéniques et restent telles jusqu'à la mort du malade, ou jusqu'à ce qu'un traitement sensiblement énergique parvienne à les modifier; tantôt elles passent, aussitôt après leur apparition, à la gangrène noire et solide, de laquelle on peut donner pour type la gangrène de la bouche, d'après tous les auteurs; tantôt enfin, sous l'influence du même état général, des parties plus ou moins considérables de tissu muqueux sont d'emblée frappées de mort sans qu'il y ait eu aucun travail préalable appréciable. Ces escarres offrent alors cette particularité qu'elles ne sont jamais sèches, noires et solides comme celles qui se voient dans la gangrène de la bouche proprement dite; elles offrent, au contraire, un tout autre aspect, et ce n'est qu'accidentellement qu'elles sont éliminées par le ramollissement, parce que habituellement la mort du malade survient avant qu'elles ne subissent des altérations ultérieures.

Nous étudierons successivement ces trois modes de manifestations morbides, qui ont pour caractères communs une certaine similitude d'aspect qui montre assez leur parenté, si on peut se servir de cette expression à propos des espèces nosologiques, et d'être enfin toutes sous la dépendance première d'une même cause, c'est-à-dire le même état général. Nous désignerons ces trois états anatomo-pathologiques sous les noms qui suivent, en les classant ici d'après leur ordre de fréquence habituelle :

1° Ulcères phagédéniques d'aspect et de marche asthéniques; 2° ulcérations à marche suraiguë, rapidement gangréneuses; 3° escarres jaunes, qu'on pourrait appeler *ultimes*.

A. Les ulcérations phagédéniques se développent soit au liséré des gencives ou dans les culs-de-sac des replis gengivo-buccaux, soit sur tous les points de la surface cutanée où la peau a pris quelque analogie avec le tissu muqueux, soit enfin sur la surface dénudée, ou exposée, comme disait Hunter.

Elles offrent quelques différences d'aspect lorsqu'elles siégent dans la bouche ou qu'elles existent sur la surface cutanée. Dans ce dernier cas, il est facile d'étudier à chaque instant l'aspect et le mode d'accroissement.

Sur la peau, on peut les voir naître de plusieurs manières : ainsi tantôt le point de départ d'un de ces ulcères est une petite pustule semblable à celle d'un ecthyma, qui, se crevant rapidement, donne lieu à l'ulcération; tantôt il naît d'emblée un véritable point ulcéreux à peine visible, mais néanmoins d'un aspect caractéristique, sans qu'il ait été possible de saisir quelque phénomène antérieur. Il semble alors que l'orifice d'un follicule cutané ait été spontanément le siége d'une ulcération.

Mais une fois les ulcérations produites, quel que soit leur mode d'apparition, elles se comportent d'une façon toujours identique, et leurs principaux traits sont d'être *serpigineuses*, avec le caractère fondamental qu'elles possèdent au plus haut degré, c'est-à-dire le phagédénisme.

fin, la fréquente singularité de ses moyens thérapeutiques est de notoriété vulgaire. Un client, après quelques années passées entre ses mains, pouvait avoir bu de l'urine de vache ou de l'essence de placenta putréfié, avalé des toiles d'araignée, appliqué sur sa peau des feuilles de chou et pris des bains de fiente d'oiseau. Nous en passons beaucoup. Mais peu de personnes ont été à même de juger à quel degré il poussait la passion de connaître. Pas une science, physique, chimie, botanique, astronomie, qu'il n'ait scrutée; avec quel succès? Nous ne sommes pas en mesure de le dire. Nous pouvons assurer seulement qu'il se flattait d'être parvenu à une synthèse nouvelle de toute la mécanique céleste, dans laquelle la lumière jouait le rôle de moteur universel. On se rappelle qu'il a communiqué naguère un fragment de cette idée à l'Académie de médecine. Depuis deux ans, son cabinet était encombré de sphères diversement coloriées, les unes en papier, les autres en métal, celles-ci suspendues dans le vide, celles-là à l'air libre, d'autres encore soustraites par des cloches de verre aux mouvements atmosphériques. Puis c'étaient des thermomètres, des baromètres, des manomètres, des hygromètres, des pendules, tantôt au dehors de l'appartement, tantôt au dedans; ici à l'ombre, là au soleil. Le client superstitieux qui entrait dans ce laboratoire après avoir aperçu un immense Christ dans l'antichambre, se croyait tombé chez Nicolas Flamel, illusion facilement entretenue d'ailleurs par l'aspect du maître et l'or empilé sur le bureau.

Trois jours seulement avant sa mort, M. Récamier a mis la dernière main à l'*introduction* d'un ouvrage dont le titre et l'objet formel ne nous sont pas parfaitement connus, mais qui devait embrasser *toutes les sciences*. Le *de omni re scibili et quibusdam aliis* allait se renouveler, quand le temps a mis le doigt sur le ressort de cette organisation puissante et arrêté court le mouvement. L'introduction a été communiquée à des intimes qui la disent fort remarquable; nous le répétons, elle est achevée, et acquise par conséquent à la science.

— Le peuple d'aujourd'hui est vraiment bien heureux! Il est souverain; il nomme ses représentants au corps législatif, aux conseils généraux et municipaux; il a un fusil *gratis* pour monter sa garde; le théâtre lui ouvre ses portes à bon marché; on met à sa disposition des hôpitaux, des dispensaires, des pharmacies, des musées, des jardins; on l'aveugle de feux d'artifice; on l'étourdit de grosses caisses; il mange du pain blanc, de la viande, et des glaces à 2 sous pièce; enfin, et voilà la bonne fortune que nous voulions signaler, le magnétisme animal se décide à descendre jusqu'à lui. Ce grand seigneur de magnétisme, cet aristocrate, ce *High-Born*, ne hantait guère autrefois que les marquis, sauf pourtant les marquises. Il avait une terre à Buzancy, où il faisait danser sous l'orme. Peu à peu il s'est mêlé à la roture et a même fini par ouvrir boutique, mais une boutique où il vendait si cher ses recettes que le pauvre monde ne pouvait [illegible] en profiter. Maintenant, à la bonne heure! Le voilà installé en pleine place publique, au beau milieu de la foire. Nous ne saurions exprimer avec quelle satisfaction nous avons constaté ce perfectionne[illegible] Paris et dans la banlieue. Un Alexis femelle, les yeux couverts d'un [illegible]ndeau, est assis sur une cha[illegible] de paille; un monsieur qui porte le [illegible] sur l'oreille et les manches proprement retroussées, lui expédie en deux tours de main un fluide dont la qualité sans doute ne laisse rien à désirer; car la dame tombe immédiatement dans les profondeurs les plus cachées du sommeil magnétique; alors quelle lucidité! S'il en eût existé de pareilles au

Leur coloration habituelle est une teinte grise blanchâtre, sanieuse ; le plus souvent, au centre de leur surface plate et uniforme, il existe un détritus fibrillaire humide ; d'autres fois, ces surfaces sont grenues et régulières. Lorsqu'elles ont acquis de grandes dimensions et qu'elles ont pénétré profondément dans l'épaisseur du derme, ces surfaces, bien que sanieuses et humides, sont très-régulièrement réticulées, comme si elles reproduisaient les alvéoles cellulaires sous-cutanées. Lorsque les progrès d'envahissement serpigineux de ces ulcères sont un peu ralentis, leurs bords deviennent très-nettement taillés à pic. Ils offrent toujours des courbes arrondies ; mais tout en circonscrivant des espaces ovalaires ou des cercles réguliers, ils sont constitués par une série de petites lignes brisées éminemment régulières. En général, la coloration des bords est habituellement rouge, ou au moins d'une couleur plus animée que le centre de l'ulcération. Lorsque celles-ci sont à leur période d'envahissement, les bords sont taillés obliquement en biseau de dehors en dedans, et ils ont une coloration différente du reste de la surface malade ; ils forment comme une espèce de liséré autour de l'ulcère. Cette bordure envahissante se reconnaît non-seulement à sa couleur, mais encore à son aspect finement grenu, et en ce qu'elle est seule complétement dépourvue de détritus humide et sanieux.

A mesure que la surface s'agrandit par la progression incessante de ses bords, ceux-là même qui, il y a un instant, se dessinaient nettement du reste de l'ulcération, sont bientôt confondus en prenant tous les caractères du centre de l'ulcère, ou, en d'autres termes, quelle que soit l'activité de sa marche envahissante, l'ulcération a toujours des bords dont la largeur est fixe, quel que soit le grand développement de sa surface. Il semble que l'aspect différent de cette espèce de circonférence est dû à ce que la matière organique n'est pas encore réduite en détritus sanieux, et à mesure que ce liséré onduleux s'avance sur les tissus sains, il laisse derrière lui l'aspect sordide propre à ces ulcères phagédéniques. Ceux-ci ont encore un autre mode d'accroissement : ainsi non-seulement les ulcères s'agrandissent par la progression de leurs bords dans tous les sens, mais il est un fait presque constant qui hâte singulièrement le développement rapide de leurs surfaces. Ainsi, tout autour d'une ulcération principale, il survient, comme nous l'avons déjà dit en parlant du mode d'apparition, soit des pustules, soit d'emblée des points ulcéreux, qui à leur tour croissent rapidement en étendue, et viennent par leur union s'adjoindre à l'ulcération premiere.

De la réunion successive de ces petites surfaces ulcérées il résulte de grandes surfaces serpigineuses, généralement d'une forme arrondie, avec des bords très-sinueux et souvent même comme festonnés. La marche envahissante et serpigineuse de ces ulcérations peut être comparée fidèlement au mode de progression des chancres vénériens phagédéniques.

En effet, les ulcérations, comme les chancres, envahissent de proche en proche les tissus sains, et peuvent couvrir rapidement une grande étendue de la surface cutanée. Comme les chancres encore, elles se répandent en largeur et en longueur, sans pénétrer profondément dans l'épaisseur des tissus. On peut dire qu'en général ces ulcères infantiles ne dépassent guère l'épaisseur du derme ; il est presque rare d'en rencontrer qui aient intéressé des portions considérables du système musculaire et osseux.

Il est pour ces ulcérations un signe constant auquel on peut reconnaître l'imminence de leur invasion sur les tissus voisins non encore intéressés : c'est un œdème diffus qui paraît avoir son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui forme pour ainsi dire une sorte de bourrelet œdémateux précurseur d'une altération prochaine.

L'aspect de ces lésions est toujours le même ; il peut cependant offrir quelques légères nuances dissemblables, suivant l'état plus ou moins humide et sanieux de leurs surfaces. Ces différences paraissent tenir à l'énergie plus ou moins intense du travail ulcéreux. Et, d'ailleurs, au moindre attouchement, tous les points de ces surfaces laissent sourdre des gouttelettes de sang qui se coagulent sur place, se mêlent au détritus et peuvent donner une coloration noirâtre qui, au premier abord, pourrait faire soupçonner l'existence d'escarres noires gangréneuses. Mais il suffit d'avoir connaissance de ce fait pour éviter la possibilité d'une erreur de cette nature.

Jamais, à aucun moment de leur existence, il n'est possible d'apercevoir sur ces ulceres une membrane pelliculaire. Nous insistons sur ce point pour répondre d'avance aux personnes qui pourraient supposer que nous entendons ici décrire des cas de diphthérite cutanée.

Jamais, sur aucun point de leur étendue, on ne peut rencontrer quelque chose qui puisse être comparé à la concrétion membraniforme qui caractérise l'affection diphthéritique.

En saisissant avec les mors d'une pince fine les débris humides et jaunâtres qui recouvrent ces surfaces ulcéreuses, on ne retient qu'une sorte de boue gangréneuse, semi-liquide, constituée par le détritus des divers éléments du derme mélangés de globules de pus. Il est d'une évidence incontestable que ces ulcérations sont le résultat d'un travail gangréneux moléculaire, à marche lente, sans aucune production hétéromorphe.

Lorsque ces gangrènes asthéniques ont une marche très-longue et qu'elles constituent des sortes d'ulceres d'aspect caractéristique, il arrive souvent de rencontrer autour d'une large ulcération, qui a déjà dépassé l'épaisseur du derme, plusieurs ulceres de petite dimension, n'intéressant la peau que dans le quart ou la moitié de son épaisseur. Le plus souvent alors ces points ulcéreux, qui habituellement sont à forme elliptique, ont une couleur plus ou moins brunâtre qui rappelle un peu les brûlures au troisième degré. Si l'on n'avait pas, dans ces cas, sous les yeux des ulcérations phagédéniques considérables existant concurremment, on pourrait hésiter un instant sur la nature de ces lésions, qui n'offrent pas le caractère d'humidité et de ramollissement sanieux aussi prononcé que dans les ulcérations principales.

Parfois même il arrive que, chez des enfants moribonds, il survient, peu de temps avant la mort, quelques points ulcéreux semblables, qui n'ont pas pour ainsi dire le temps de revêtir un aspect plus complet avant la fin du malade. Ces sortes d'ulcérations cutanées sont exactement les mêmes que celles qui se rencontrent parfois aux autopsies dans les mêmes conditions, et siégent sur le tissu muqueux buccal, sans qu'on ait rien soupçonné de ce côté pendant la vie.

Les points du corps où se montre de préférence la gangrène phagédénique sont surtout, comme nous l'avons déjà dit, tous les points où la peau a pris quelque analogie avec le tissu muqueux : tels sont, par exemple, les plis génito-cruraux, le périnée, le pourtour de l'anus et la partie interne des fesses. Dans ce dernier lieu, presque toujours il existe deux ulcérations qui sont exactement appliquées l'une contre l'autre dans le rapprochement normal des fesses. Ce fait presque constant, joint à de nombreux exemples de développements spontanés d'ulcérations phagédéniques sur des parties saines, mais qui se trouvaient juxtaposées momentanément sur des sur-

---

temps du pieux Énée, il s'en fût mieux arrangé que de cette sibylle Déiphobé qui commençait par lui faire une peur atroce avec son *pectus anhelum* et son *os rabidum*, pour accoucher enfin d'une réponse entortillée. Celle-là vous dit à l'instant votre fait, sans cérémonie. Vous lui transmettez votre jarretière, votre peigne à barbe, une épingle, une rognure d'ongle, et vous savez tout de suite si vous êtes marié ou non (ce qui ne laisse pas que d'être fort instructif pour vous), si vous êtes malade, et de quelle maladie, et quel remède vous guérira, si vous aurez des enfants, si vous prospérerez dans votre commerce, etc. Faut-il l'avouer ?... Eh pourquoi pas ? Henri IV servait de baudet à ses enfants, et un savant membre de l'Institut vient d'écrire un gros livre tout exprès pour nous apprendre que les plus hauts personnages de l'antiquité s'amusaient des *Guignols* du temps. Nous étions donc dans notre droit en assistant aux exercices du couple. Eh bien ! les réponses de la dame ne sont pas plus saugrenues que celles de certaines sorcières en vogue ; et, pour peu qu'on voulût y appliquer les procédés de vérification et la logique dont on se contente généralement en ces sortes de choses, on y trouverait aisément de quoi fonder une be[illegible]ontation. Elle n'est ni plus ni moins inexperte qu'un autre dans l'art de deviner la pensée, l'âge, l'état civil, et il n'est pas douteux qu'elle n'ait déjà guéri des malades *abandonnés des médecins*.

— Les effets magnétiques s'opèrent au moyen d'un fluide, et ce fluide s[illegible] che sans doute du fluide électrique. [illegible] somnambules sont des espèces d[illegible] rudimentaires. Il est bien fâcheux qu'on ne puisse pas les amener à force d[illegible]et de contre-passes, à dégager des étincelles. Une jeune fille, connue sous le nom de *fille électrique*, a été bien près, il y a quelques années, de réaliser ce phénomène. Déjà, quand elle s'asseyait, les chaises s'attachaient à sa personne comme la fameuse tunique qui causa à Hercule tant de désagréments ; mais la GAZETTE MÉDICALE, dont l'indiscrétion est connue, a tout gâté en voulant voir le prodige de trop près. Dès qu'elle eut braqué ses yeux, le charme disparut, effet trop commun de la curiosité humaine depuis le malheur d'Orphée et les aventures de Psyché.

Pourquoi nous regrettons que les somnambules ne soient pas positivement électriques, on le comprendra après la lecture de ces quelques lignes, extraites d'un journal politique du Bas-Languedoc : « Nous apprenons que MM. les docteurs B... et E..., de la Faculté de médecine de Paris, auteurs d'ouvrages importants sur la médecine électrique, et traitant spécialement les maladies chroniques, ont obtenu, dans les départements du Tarn, de l'Aude et de l'Hérault, des *succès de guérison* qui tiennent du prodige, par suite de l'application d'appareils électro-galvaniques dont ils sont les inventeurs. On cite entre autres, à Alzonne, arrondissement de Carcassonne (Aude), un enfant de 6 ans, *aveugle, sourd, muet et paralysé de tous ses membres*, qui a marché, vu, entendu et parlé au bout de vingt-sept jours de traitement. Nous savons que ces médecins distingués arriveront sous peu dans le département du Gard. Nous espérons voir sous nos yeux quelques-unes de leurs cures *merveilleuses*. » Merveilleuses, tout le monde en tombera d'accord. Comme l'enfant était sourd-muet, que conséquemment, le jour de sa guérison, il n'avait pas la moindre notion de la parole, il est évident que l'appareil électro galvanique a eu pour effet non-seulement de lui rendre la vue, l'ouïe, la parole et le mouvement des membres, mais encore de lui apprendre la langue française. Il y a déjà des procédés pour peindre des fleurs sans la moindre notion de peinture ; de petites machines pour jouer les airs les plus variés sans connaître seulement son *ut ré mi* : en voilà un pour

faces ulcérées, devait inévitablement conduire à l'idée d'une contagion locale possible. Des inoculations, pratiquées avec la sanie de ces ulcères portée sur une partie saine du malade affecté, n'ont absolument rien produit, bien qu'elles aient été faites avec soin et répétées une vingtaine de fois.

Bien que ces gangrènes paraissent se montrer plus fréquemment dans les points que nous venons d'énumérer, on doit cependant admettre que tous les points de la surface cutanée peuvent en être le siége : ainsi le dos, les jambes, et chez les nouveau-nés les malléoles, soit par suite des froissements, soit par une cause inconnue, sont fréquemment envahis par des points ulcéreux dans le cours des maladies chroniques.

Enfin nous avons vu quelquefois des pustules d'ecthyma cachectique être le point de départ de larges ulcérations phagédéniques envahissantes, qui ne tardaient pas à faire périr le malade déjà épuisé.

La durée de cette gangrène phagédénique est longue, si l'on songe à l'état général dans lequel elle se montre le plus souvent, et surtout si on la compare à la marche suraiguë de la gangrène noire, dite de la bouche. En effet, dans celle-ci les tissus aussitôt envahis sont immédiatement convertis en énormes escarres, tandis que, dans la gangrène phagédénique, la marche est lente et les escarres sont remplacées par un détritus humide sanieux et moléculaire.

Voici les principaux traits caractéristiques de l'aspect, de la marche et de la nature intime de cette gangrène phagédénique, lorsqu'elle siége sur l'enveloppe cutanée. Mais lorsqu'elle existe dans la bouche, il survient des difficultés considérables pour faire accepter notre manière de voir, à cause des espèces nombreuses de maladies décrites comme propres à cette cavité, qui toutes, à certain moment de leur existence, peuvent prendre une similitude d'aspect plutôt apparente que réelle, qui n'a pas peu contribué à rendre si complexe et si difficile l'étude et le classement nosologique de ces affections.

S'il est légitime, en pathologie, de conclure à l'identité de plusieurs lésions morbides lorsqu'il est avéré qu'elles existent habituellement en même temps sur le même malade, qu'elles se montrent presque toujours ensemble dans certaines conditions données; lorsqu'en outre elles offrent le même aspect, la même marche, la même gravité, et l'on pourrait ajouter la même modification sous l'influence d'un même agent thérapeutique, nous pourrons ici dire d'avance que les altérations du tissu muqueux buccal sont identiques aux ulcères que nous venons de décrire siégeant sur le derme, et qu'elles sont également identiques aux ulcères siégeant dans le larynx, que nous décrirons plus loin.

La gangrène asthénique et phagédénique de la bouche peut se montrer de différentes manières à son début. Ainsi elle peut débuter sous forme d'un ulcère grisâtre occupant le bord onduleux des gencives. Celles-ci sont lentement détruites par les progrès de l'ulcération, qui tend à se propager sur les parties adhérentes aux collets des dents d'abord, puis bientôt sur celles adhérentes aux os maxillaires. Les dents, aussitôt la présence du liseré ulcéreux, se recouvrent d'une sanie fétide mêlée de tartre; elles sont rapidement déchaussées et ne tardent pas, à présenter leurs alvéoles mises à nu par les progrès de la gangrène moléculaire.

Généralement, dans cette forme du début de la gangrène phagédénique de grandes parties des bords onduleux des gencives sont intéressées à la fois; la maladie alors se prolonge un temps très-considérable avec des alternatives fréquentes de guérison plus ou moins complète et de réapparition des ulcères, jusqu'à ce qu'à un moment donné, l'état général fléchissant davantage, les ulcérations prennent une marche envahissante, tout en ne perdant rien de leurs caractères de spécificité et d'asthénie.

Mais il arrive souvent aussi qu'elles débutent au bord onduleux des gencives, n'intéressent seulement que les parties correspondantes qui encadrent deux ou trois dents. L'altération commence par une véritable ligne rouge très-fine située tout à fait au limbe de cette portion de la gencive. En quelques heures, cette ligne rouge peut être convertie en une ligne ulcéreuse qui très-rapidement, quelquefois en vingt-quatre ou trente-six heures, peut détruire dans toute sa hauteur le tissu gingival, et cela dans une étendue qui peut ne pas dépasser l'espace occupé par quelques dents. Cette perte de substance se fait molécule par molécule sans qu'il en reste d'autre trace que l'espèce de détritus sanieux et sordide qui se voit sur la ligne ulcéreuse. Ordinairement, quand ces ulcérations marchent aussi rapidement, après avoir successivement mis à nu les dents, les alvéoles, puis les parties correspondantes des os maxillaires, elles atteignent le fond des culs-de-sac gingivo-jugaux, et là elles suivent deux voies différentes. D'une part, elles se propagent par continuité sur la muqueuse de la face interne de la peau, et de l'autre elles suivent immédiatement le périoste, qu'elles détruisent de la même manière que le tissu gingival. Aussi il peut arriver, si une ulcération de ce genre s'est développée, comme cela se voit fréquemment au niveau des dents canine et première molaire d'un des côtés de la mâchoire supérieure, que, le tissu gingival étant détruit, ainsi que le fond du cul-de-sac de la muqueuse correspondante, l'ulcération marche d'un côté en suivant la muqueuse jugale, et de l'autre qu'il se propage sur le périoste qui double la face externe de l'os maxillaire supérieur, puis le périoste de l'os molaire, et enfin la partie même de la paroi inférieure de l'orbite pourra être envahie, comme nous l'avons rencontré un bon nombre de fois.

Dans ces derniers cas, ces ulcérations détruisent complétement le périoste sans en laisser aucun vestige; elles détruisent également les moyens d'union des parties molles avec les os, de sorte qu'elles se sont pour ainsi dire insinuées entre les surfaces osseuses et les parties molles. Celles-ci ne sont altérées que sur une très-petite épaisseur; elles ne sont plus qu'appliquées sur les os auxquels elles adhéraient intimement avant la propagation de cet ulcère serpigineux. De tels désordres peuvent exister sans qu'ils se traduisent d'une façon bien évidente à l'extérieur. Souvent il arrive de reconnaître tout à coup des lésions considérables, un léger œdème dur et diffus de la joue correspondante; et en explorant la cavité buccale, on est très-étonné de ne rencontrer parfois qu'une ulcération de petite dimension paraissant bornée au seul tissu de la gencive. Les surfaces osseuses, ainsi privées de leur périoste, s'altèrent aussitôt, elles deviennent d'abord d'une teinte jaunâtre, puis si le contact de l'ulcération et de ses débris sanieux se prolonge, elles noircissent et deviennent très-friables.

On doit noter que, lorsque les os sont envahis sur un de leurs points par où s'introduisent les filets vasculaires et nerveux, ces derniers seuls existent intacts, tout le reste est réduit en véritable putrilage, et il est impossible de retrouver quelques traces reconnaissables de tissus normaux.

Ces ulcérations, comme nous l'avons dit, peuvent néanmoins rester stationnaires et n'avoir pas une marche aussi envahissante; mais alors l'œdème qui les environne offre un caractère particulier.

En effet, dans ces deux allures différentes du même mal, cet œdème varie d'aspect, et n'a plus dans ces deux circonstances la même valeur séméiotique et pronostique. De même que dans les ulcérations phagédéniques cu-

---

parler le français sans l'avoir appris; il ne manque plus que d'en inventer pour le *latin* et le *grec*. — On comprend bien que nous ne parlons pas ici au nom des médecins.

— Un autre journal, qui se publie dans le département de la Somme, contient, au sujet de l'homœopathie, une discussion entre un de nos confrères allopathes, quelque peu barthézien, à ce que nous avons pu voir, et M. Bucquoy (le Barleux), homœopathe ou *homœopathiste*, comme il s'intitule lui-même. L'allopathe a évidemment le dessous. Impossible de lutter contre un entrain de style, une fougue d'argumentation, une force de logique, comme en possède son redoutable adversaire. Lisez plutôt le début d'une de ses réponses : « *C'est très-curieux et ça provoque l'hilarité* de vous entendre dire que des injures ne sont pas des *raisons*; qu'elles ne sont connues que de ceux qui se fâchent et qui n'ont plus rien à dire. Faites donc attention, mon *bon* monsieur, à la *teneur* de vos lettres... Toutes vos phrases sont *les enfants d'un raisonnement* infatigable (comme qui dirait une mère Gigogne de raisonnement). » Et la suite : « Vous ne savez donc pas, monsieur le docteur philosophe, qu'avant tout il faut un *raisonnement* juste qui écrase un *raisonneur* insensé (la maxime n'est pas neuve, mais elle est profonde).... Ah! vous ne voulez pas descendre de vos hauteurs pour me répondre directement. Mais *ventre Saint-Gris! comme disait notre vaillant Henri IV*, j'en connais la *raison* (on ne dira pas qu'ici le *raisonnement* bannit la *raison*; tous deux y cohabitent fort à l'aise) : c'est que vous n'avez aucun argument plausible à m'opposer. » Tout est de cette force : c'est ce qui s'appelle occire son homme. Est-ce habitude? Nous sommes loin de l'affirmer; pourtant voici ce que dit certaine épigramme latine : *Tu étais médecin et te voilà gladiateur : ce que tu fais gladiateur, tu le faisais médecin.*

— Pour en finir avec les inventions thérapeutiques modernes, nous connaissons encore quelque chose de mieux que les appareils électriques de Carcassonne, de mieux même que l'homœopathie : c'est l'*opathie*, méthode d'après laquelle un dentiste de la capitale arrache les dents. Vous avez pu voir cela sur quelque mur. Or, nous vous le demandons, si vous n'êtes pas trop brouillé avec votre JARDIN DES RACINES GRECQUES, connaissez-vous un moyen plus sûr de pratiquer une opération sans douleur, qu'un moyen qui ne fait aucun mal? Si cet ingénieux dentiste n'aime pas les épinards, il est probable qu'il en est bien aise, par la raison que, dans le cas contraire, il en mangerait, bien qu'il ne puisse les souffrir.

— Tous les journaux ont parlé d'un bélier du Muséum d'histoire naturelle qui porte des mamelles pendantes, et donne assez de lait pour nourrir un agneau depuis plusieurs mois. La femme d'un confrère, devant laquelle on racontait le fait, se plaignait amèrement de ce que cette anomalie ne fût pas la règle dans toute l'échelle de la création; elle y trouvait un partage équitable entre les deux sexes, et même encore onéreux pour le féminin, des charges de la conception. On ne peut qu'applaudir aux vues philosophiques de notre consœur, d'autant que ce ne serait pas la première fois que les bêtes en auraient remontré à l'espèce humaine sur des questions de médecine. Toute personne un peu versée dans l'histoire naturelle sait que nous devons l'invention des lavements à la coquecigrue, appelée par les latins *clyster*. Or quelle invention a eu jamais plus de succès?

A. DECHAMBRE.

tanées, nous retrouvons dans les ulcérations buccales de même nature, à marche envahissante, un œdème diffus périphérique qui est le signe précurseur de l'invasion de l'ulcère. Mais nous voyons que dans la bouche ces ulcérations peuvent rester un certain temps stationnaires, et l'œdème alors n'est plus diffus comme précédemment; il est limité exactement au pourtour des ulcérations, et il offre une dureté telle qu'on ne peut le comparer qu'aux callosités qui se voient autour des ulcères chroniques, auxquels on a donné le nom d'*ulcères calleux*.

Ces véritables callosités buccales donnent à la section le même cri et la même résistance que les tissus squirrheux.

Dans cette dernière variété de l'œdème, les tissus qui en sont le siége sont, il est vrai, tendus, lisses, comme dans l'œdème diffus et mollasse qui précède l'envahissement de l'ulcère; mais dans celui-ci, comme nous le verrons, il existe presque toujours à son milieu une surface rouge luisante, caractéristique, qui fait prévoir à coup sûr une escarre noire gangréneuse prochaine. Tandis que dans les callosités dont nous parlons les parties extérieures sont lisses, mais toujours d'une couleur pâle et blafarde, et leur exploration sous les doigts rappelle assez bien la sensation que donne le toucher d'un cadavre congelé. Toutes ces ulcérations, de même que celles que nous avons décrites à la peau, laissent exsuder le sang avec une déplorable facilité; souvent même sous la seule influence des cris des enfants, il peut s'en écouler une quantité considérable.

Cette exhalation sanglante contribue parfois, par son mélange avec le détritus gangréneux, à donner un aspect repoussant à ces lésions, et il peut en résulter une apparence gangréneuse noire qui fait supposer les désordres plus avancés qu'ils ne le sont réellement. Hâtons-nous d'ajouter que ce fait se retrouve dans presque toutes les ulcérations buccales et qu'il a dû certainement causer de fréquentes erreurs de diagnostic.

Il est encore un phénomène commun à toutes les ulcérations de la bouche: c'est l'odeur fétide de l'haleine. Néanmoins il faut dire que dans les cas d'ulcères phagédéniques l'odeur offre quelque chose de caractéristique qu'on peut à la rigueur assez facilement reconnaître lorsqu'on a plusieurs fois apprécié cette différence très-légère, il est vrai; mais qui cependant paraît leur être propre. Nous savons combien certaines affections de la bouche peuvent parfois prendre l'aspect des ulcérations de ce genre; mais on remarquera que dans ces cas cet aspect n'est que momentané. Il est constant en effet que dans la maladie aphtheuse cette affection, qu'on pourrait appeler un exanthème buccal fébrile, parcourt ses phases d'une façon régulière; on peut voir les ulcères aphtheux revêtir un aspect repoussant et sordide. La langue, les joues, les lisérés des gencives peuvent être le siége d'ulcérations grisâtres souillées par un détritus ensanglanté, avec des bords saillants et œdémateux. Mais cet état passager n'a pas une longue durée; les bords s'affaissent bientôt, les aphthes redeviennent d'une blancheur caséense, diminuent d'étendue et se cicatrisent complétement.

On doit ajouter que la guérison peut être, dans les deux cas, singulièrement avancée par des applications topiques lorsque celles-ci sont assez énergiquement caustiques.

Pour caractériser une espèce nosologique, il faut bien se garder de se laisser guider exclusivement par un caractère secondaire ou fugace, il faut, au contraire, tenir un grand compte de l'aspect général dominant, de la marche de la maladie, de la nature des lésions, et enfin surtout de la relation qui peut exister avec l'un ou l'autre état de l'économie. Or s'il est un fait incontestable dans la pathologie de l'enfance, c'est bien certainement celui si universellement admis: que la gangrène de la bouche, de la vulve ou quelqu'autre siége ne se montre chez les enfants que sous la dépendance d'un état général tout particulier, qui est le plus souvent un état cachectique.

Or il est d'une évidence palpable et l'observation journalière à l'hôpital des Enfants peut facilement le vérifier: qu'il existe une analogie profonde entre les ulcères cutanés précédents et ceux que nous venons de décrire ayant leur siége à la bouche. Ils ont la même marche envahissante, la même durée, la même physionomie asthénique et enfin ils sont sous la dépendance d'un même état général; tellement que nous avons vu maintes fois les ulcérations buccales, cutanées, vulvaires, et des ulcérations laryngées (qui nous restent à décrire) siéger concurremment sur le même malade. Ces faits de l'existence simultanée de plusieurs points gangréneux asthéniques sur différents tissus se montraient sur des malades offrant l'état général en quelque sorte nécessaire à la production des diverses espèces de gangrènes que nous avons énumérées au commencement de ce travail.

Lorsqu'on pratique les autopsies d'enfants morts dans les conditions où se développent les ulcérations phagédéniques et gangréneuses précédentes, le larynx offre presque toujours des ulcères très-petits, à bords sinueux qui reproduisent en miniature aussi fidèlement que possible les ulcères phagédéniques, soit de la voûte, soit de la surface cutanée. En général ils siégent à la réunion des cordes vocales, à la face antérieure ou postérieure du larynx, ils ont des bords très-nettement taillés à pic comme s'ils avaient été produits par des emporte-pièces à forme irrégulière. La muqueuse est le plus souvent seule détruite; le fond de ces ulcères est rempli également d'une sanie putride ayant l'odeur fortement gangréneuse. Ce détritus ne contient jamais la moindre apparence d'une pseudomembrane; il est toujours formé par une boue jaunâtre qui s'échappe sous le plus mince filet d'eau, et qui met à nu soit le tissu cellulaire sous-muqueux, soit l'un des muscles laryngés. Quelquefois l'un des sinus est le siége d'un de ces ulcères; alors il peut arriver, comme nous en avons vu un exemple, que l'ulcération se répande sur toute l'étendue de la muqueuse du sinus en le réduisant en bouillie gangréneuse, et qu'une perforation se produise sur le côté correspondant du larynx et permette alors à l'ulcération serpigineuse de se propager sur la muqueuse pharyngée. Ces ulcères sont parfois au nombre de plusieurs dans le larynx; souvent même il en existe deux ou trois à la fois sur la face inférieure de l'épiglotte. Ils peuvent être excessivement petits, une tête d'épingle comblerait leur cavité; mais quelles que soient leurs petites dimensions, ils possèdent toujours le même aspect et le même caractère. Il est un fait assez singulier, c'est qu'habituellement, à part ces ulcères dont le nombre peut varier, le larynx n'offre souvent aucune autre altération; quelquefois néanmoins la muqueuse est plus rouge qu'à l'état normal.

Le plus souvent ces lésions du larynx ne sont révélées pendant la vie que par une aphonie presque complète; au moins jamais nous n'avons rencontré un exemple où elles aient causé une dyspnée considérable. Il n'est pas sans intérêt d'insister sur cette absence presque complète de dyspnée dans des affections ordinairement ultimes des complications de la rougeole, lorsque dans la laryngite dite morbilleuse du début la dyspnée au contraire prend souvent une telle intensité qu'on a pu, avant l'apparition de l'exanthème, croire parfois à l'existence du croup.

Ces altérations laryngées sont plus fréquentes qu'on ne pourrait le supposer; elles existent dans le plus grand nombre des cas, concurremment avec des ulcères phagédéniques et gangréneux des autres parties du corps; de plus elles doivent passer souvent inaperçues, parce que l'aphonie des malades est mise sur le compte de l'excessive faiblesse habituelle dans laquelle ils sont jetés par la cachexie dont nous parlerons plus loin.

Pour en finir avec cette forme phagédénique et asthénique de la gangrène des enfants, nous devrions décrire les ulcérations gangréneuses de la vulve qui par leur marche et leur aspect pourraient être en effet prises le plus souvent pour type de cette forme de gangrène. Mais, en réalité, tout ce que nous avons dit de la région, de la marche, de l'aspect, de la durée des ulcérations gangréneuses de la surface cutanée se trouve être exactement vrai pour la gangrène de la muqueuse génitale. Le peu de différence des tissus n'a pu modifier en rien la manière d'être de ces altérations.

ROUGEOLE; GANGRÈNE PHAGÉDÉNIQUE DE LA VULVE; ESCARRES JAUNES BUCCALES; ULCÉRATIONS PHAGÉDÉNIQUES LARYNGÉES; NOYAUX GANGRÉNEUX DU POUMON.

OBS. I. — Delphine Lemé, âgée de 5 ans et demi, entra le 22 mars 1851 à la salle Sainte Catherine au n° 4; cette enfant était sortie de la salle depuis environ deux semaines; elle avait été admise pour une maladie aphtheuse qui s'était guérie spontanément. Cette fois elle rentrait avec une rougeole en pleine éruption, accompagnée d'une dyspnée intense et de râles fins et muqueux dans toute la poitrine. Cette malade était forte et vigoureuse pour son âge, d'une excellente conformation et d'un embonpoint considérable. En examinant sa bouche, on put constater un lisere ulcéreux au bord des gencives supérieure et inférieure; cette ligne ulcéreuse était recouverte de sang à demi coagulé; le moindre contact et les efforts des cris de l'enfant suffisaient pour aussitôt en faire sourdre une assez grande quantité. Le reste des gencives était tuméfié et d'un rouge vif; la muqueuse buccale était en général d'une rougeur assez marquée. L'éruption morbilleuse suivit la marche habituelle, présentant toutefois une forme inflammatoire assez prononcée pour qu'on jugeât à propos de pratiquer l'application de ventouses scarifiées.

Le 25 au matin l'état général était toujours aussi grave, la dyspnée aussi intense et les signes fournis par l'auscultation n'avaient point changé. L'ulcération gengivale avait détruit la dentelure ondulée des gencives. Les lignes ulcéreuses étaient couvertes d'une exsudation blanche caséeuse; elles avaient perdu leur aspect ecchymotique et noirâtre des jours précédents. En explorant la vulve pour voir s'il n'y existait pas d'ulcérations, nous pûmes constater sur toute l'étendue de la muqueuse qui se voit en écartant les grandes lèvres un nombre infini de petites taches blanchâtres opaques à peine plus élevées que la muqueuse, qui semblaient être formées par un épaississement et un léger soulèvement de l'épithélium; elles affectaient en général une forme arrondie, le plus grand nombre avaient la dimension d'un grain de chènevis. Elles étaient si nombreuses que fréquemment elles se joignaient et formaient par leur réunion des plaques à formes nécessairement variées. Il existait alors au centre de ces plaques une ulcération. Dans ces points, la pellicule blanchâtre s'était rompue, et on voyait au-dessous une surface humide d'un gris rosé. En examinant le point de jonction de la peau et de la muqueuse génitale, il existait une véritable ligne formée par ces taches qui cessaient brusquement au point où commence la peau et où cesse la muqueuse. Cette ligne était nettement dessinée et ces taches simulant une guirlande très-régulière, exactement au point de séparation des deux espèces de téguments.

Le 26, l'état général était très-grave, la voix aphone, la fièvre excessive, la peau chaude et sèche, les macules rubéoliques à demi effacées. L'auscultation démontrait l'existence d'un souffle rude dans le poumon droit et des râles fins et muqueux dans tout le reste de la poitrine. L'ulcération gengivale avait fait quelque progrès; la couche caséeuse qui le recouvrait ne pouvait être detachée comme la pseudomembrane; le moindre frottement faisait sourdre du sang en abondance, et le tissu gengival, sur une longueur considérable, avait perdu sa coloration normale; il semblait n'avoir plus ses adhérences au collet des dents, ainsi que sur les os maxillaires. Aussi loin que l'œil pouvait explorer, on constatait aux deux mâchoires l'existence du liseré ulcéreux. Il existait à la face interne de la lèvre inférieure, sur la partie qui, dans la position habituelle de cet organe, se trouve être en contact avec le liseré ulcéreux gengival, une série de petits grumeaux blanchâtres, caséeux, légèrement saillants, qui s'enlevaient au moindre grattage et laissaient au-dessous d'eux une surface saignante ulcérée, très-superficielle. La vulve était presque complétement convertie en une large ulcération. Les petites taches qui debutaient s'étaient agrandies et presque toutes réunies pour former sur chaque lèvre une ulcération qui l'occupait presque entièrement. Ces ulcères avaient des bords taillés à pic, nettement découpés et très-sinueux; leur fond était blanchâtre, sans apparence pelliculeuse, très-humide et sanieux. Tout autour de ces surfaces il en existait encore de petites, blanchâtres, où l'épithélium paraissait tout à la fois épaissi et soulevé. Puis d'autres points ronds, réguliers, très-petits, formes par une ulcération à fond blanchâtre et à bords taillés à pic. L'espèce de guirlande qui se voyait hier est aujourd'hui méconnaissable; elle est transformée en des ulcérations très-irrégulières de forme, mais offrant toutes les mêmes caractères que les précédentes. D'autres ulcerations toutes semblables apparaissent au pourtour de l'anus et sur le périnée.

Le 27, l'état général est le même, la voix et la toux sont aphones; l'agitation est extrême, les gencives sont converties complétement en escarres molles d'un jaune qui rappelle l'amadou. Les ulcérations de la vulve ont fait encore des progrès en superficie et en profondeur; leur aspect est toujours le même.

Le 28, les escarres des gencives se sont énormément accrues; ainsi, non-seulement tout le tissu gingival paraît être converti en escarres jaunes, mais encore le fond des replis gingivo-buccaux paraît être dépassé; déjà la muqueuse des joues en bas et en haut commence à revêtir cette couleur. En écartant légèrement l'une des lèvres, on entraîne la partie de gencive voisine. Cet écartement insolite montre que tout le tissu gingival a perdu son adhérence sur le collet des dents et les os maxillaires. Les dents, qui sont au nombre de vingt parfaitement saines, sont toutes branlantes. La vulve a changé d'aspect. Plusieurs des ulcérations qui ne se touchaient pas encore se sont réunies, de nouvelles sont apparues, les primitives sont plus profondes qu'hier, leur centre est noirâtre et d'un aspect gangréneux. Vers l'anus, il existe des plaques irrégulières blanchâtres, opaques, paraissant formées par un soulèvement épithélial avec un léger épaississement, et au-dessous une exsudation à peine sensible de sérosité. Un frottement léger brise cette sorte de vésicule, et laisse à nu le derme rouge et humide. Puis très-rapidement, cette surface rouge prend une couleur grise pultacée, en même temps qu'elle se creuse et s'élargit. Çà et là existent de petits points très-circonscrits, paraissant s'être ulcérés d'emblée comme par l'ulcération spontanée d'un follicule muqueux. Ces points marchent aussi rapidement que les autres, et dans l'espace de sept à huit heures, ils se convertissent en petites surfaces planes irrégulières, semblables à celles qui naissent par une sorte de vésicule blanchâtre. (Cautérisation très-énergique avec l'acide chlorhydrique pur.)

La mort survient le 28 au soir.

AUTOPSIE le 30.

Cadavre offrant un embonpoint considérable, parfaitement conformé; traces de macules rubéoliques sur les cuisses, les bras et la poitrine; couleur verdâtre de l'abdomen, ainsi qu'une ligne de même couleur, d'une largeur d'environ 0,02, située au pourtour des lèvres à la hauteur des gencives. La bouche, examinée, montre d'une manière évidente que tout le tissu gengival des deux mâchoires est entièrement mortifié; il est, en effet, converti en escarres molles, jaunâtres, couleur d'amadou pâle. Ses adhérences aux dents et aux os maxillaires sont tellement détruites qu'en tirant les lèvres en avant, ces escarres du tissu de la gencive suivent les lèvres et laissent découvrir toute la hauteur des rebords alvéolaires correspondants. Sur ces points, les os sont absolument noircis et privés de périoste. Les dents sont encore toutes fichées dans leurs alvéoles; mais le moindre ébranlement les fait s'échapper. La portion des gencives qui se trouve à la partie interne des dents est exactement dans le même état. La voûte palatine n'est saine que dans une très-petite étendue, tout à fait au centre. Les escarres s'étant propagées de chaque côté vers le milieu, elles se seraient infailliblement réunies quelques heures plus tard si la malade eût survécu.

Le larynx contenait trois ulcérations de la grandeur chacune d'une lentille, toutes trois d'une forme régulière, à fond grisâtre et à bords taillés à pic: l'une existait à la réunion antérieure des cordes vocales, entre les deux ventricules, avec lesquels il n'existait aucune communication. Les deux autres étaient en dehors de chaque cartilage aryténoïde, et présentaient entre elles la plus grande symétrie sous le rapport de la forme, du siége et de l'aspect. Le fond de ces ulcères était constitué par le tissu cellulaire sous-muqueux.

La trachée, les bronches, grennes et petites, étaient d'un rouge violacé très-intense. Le tissu pulmonaire, insufflé, se laissa distendre en entier; mais au sommet droit, il existait, dans une assez grande étendue, la lésion propre à la pneumonie catarrhale, mélangée çà et là de noyaux de grosseur variable, dont le plus volumineux pouvait être comparé à une noisette; ils étaient formés par une désorganisation du tissu pulmonaire, qui, dans ces points, était compacte, d'une couleur rouge unire, avec ce caractère très-marqué d'exhaler une odeur gangréneuse manifeste. Le poumon gauche contenait également les lésions de la pneumonie catarrhale.

La plèvre, les ganglions bronchiques et les poumons n'offrent pas trace d'un seul tubercule.

La vulve n'avait pas changé d'aspect d'une façon bien notable; seulement la cautérisation avec l'acide avait rendu les ulcérations légèrement jaunâtres.

Des sections, faites en divers sens, nous démontrèrent que ces ulcérations n'avaient pas encore dépassé complétement l'épaisseur du derme, et qu'au-dessous de l'enveloppe cutanée, au voisinage de ces ulcères, il existait une sorte de liseré rouge vasculaire.

Les autres organes sains.

(La suite au prochain numéro.)

p. 433

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 14, 16 et 17.)

III. — CANNELLE.

Nous n'avons fait qu'un très-petit nombre d'expériences avec la cannelle, substance encore plus usitée dans l'art culinaire qu'en médecine.

Nos expériences sont au nombre de deux; elles corroborent entièrement les idées généralement admises sur les propriétés excitantes de cet agent.

EXP. I. — 19 janvier 1851. Température initiale, 40°.

A midi, on introduit, dans l'estomac d'une chienne adulte, un décocté de 30 grammes de cannelle dans 50 grammes d'eau à 35°.

A une heure 20 minutes, 39°,9.

A 3 heures 25 minutes, 40°,6.

A 6 heures 15 minutes, 41°,6.

A 11 heures 15 minutes, 41°,7.

Le 21, l'animal est vivant; il est mis à mort par strangulation.

L'AUTOPSIE est pratiquée deux heures après la mort.

Les poumons et le cœur sont à l'état normal.

La membrane muqueuse de l'estomac a une teinte lie de vin claire; celle de l'intestin est vascularisée dans toute son étendue, mais plus fortement dans son quart supérieur. Le foie, la rate et les reins sont sains. Le pancréas est légèrement rosé.

Les ganglions du plexus solaire sont à peine teintés de rose; ceux de la région lombaire sont blancs.

L'axe cérébro-spinal et ses membranes sont à l'état physiologique.

EXP. II. — 2 février 1851. Température initiale, 39°,5.

A 11 heures 10 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien adulte, un décocté de 45 grammes de cannelle dans 100 grammes d'eau à 35°.

A une heure, nausées.

A une heure 15 minutes, 41°,3.

A 3 heures 40 minutes, 41°,9; l'animal est très-abattu.

A 11 heures 40 minutes, 42°,2.

Le 4, à sept heures, l'animal est mis à mort par strangulation.

L'AUTOPSIE est pratiquée à une heure.

CAVITÉ THORACIQUE. Les poumons sont rouges, surtout aux lobes inférieurs.

CAVITÉ ABDOMINALE. On constate une rougeur légère dans le petit cul-de-sac de l'estomac; le reste de la membrane muqueuse est sain. L'intestin est, dans son premier quart, très-légèrement injecté et recouvert d'une bile verdâtre; dans les trois autres quarts il contient de nombreux tænias et la vascularisation devient abondante. Les viscères de la cavité abdominale sont turgescents.

Les ganglions du plexus solaire sont légèrement rosés, et laissent échapper un peu de sang à leur section. Les ganglions de la région lombaire sont blancs.

L'axe cérébro-spinal et ses membranes sont à l'état physiologique.

Ces expériences, avons-nous dit, sont d'accord avec les idées reçues.

La cannelle (DICTION. RAIS. UNIV. DE MAT. MÉD., 1773, t. I, p. 644) est « un des aromates les plus doux, nervin, cordial, céphalique, stimulant, échauffant, sudorifique, apéritif, emménagogue, stomachique. »

Elle augmente la température générale et la fréquence du pouls. (Schwilgué, TRAITÉ DE MAT. MÉD., t. I, p. 356.)

Cette augmentation de la température, nous l'avons constatée à l'aide du thermomètre; elle peut dépasser le point initial de 2°,7.

M. Barbier d'Amiens (TRAITÉ ÉLÉM. DE MAT. MÉD.) corrobore ce fait lorsqu'il dit que « l'individu médicamenté se trouve, d'une manière soudaine, réchauffé, ranimé, fortifié; que le médicament n'a pas besoin d'être ingéré, qu'il suffit de faire des frictions sur l'épigastre avec l'alcoolat de

cannelle (p. 98, t. I). M. Giacomini la range parmi les substances hypersthénisantes gastro-entériques.

Nous pourrions ajouter qu'elle convient aux personnes affaiblies qui relèvent de grandes maladies et qui ont eu de fortes hémorrhagies (DICT. RAIS. UNIV. DE MAT. MÉD., 1773); qu'elle corrige les faiblesses de l'estomac et de la matrice (Vogel); qu'elle a été administrée, unie au quinquina, par J. Franck, dans les fièvres intermittentes accompagnées de débilité de l'estomac.

Bayle recommande de faire mâcher de la cannelle dans le ptyalisme.

Pinel et Brichelean l'ont prescrite dans les pneumonies épidémiques; Formey dans la leucorrhée. Dürr la mélange à l'acide phosphorique et au quinquina, et la donne dans le diabète. Enfin Meissner, Burdach, Osiander, Plenck, Thilenius, Rust, Schmidtmann, Richter, Doemmling, Most, Gall, l'ont administrée dans les métrorrhagies; et l'un de nous, M. Lecointe, suivant ces errements, l'a souvent prescrite avec succès, soit en infusion, soit à l'état de teinture, dans les hémorrhagies passives des femmes qui ont atteint l'âge critique. Dans ce cas, la cannelle peut agir par deux de ses propriétés bien distinctes, par ses principes stimulants et corroborants et par le tanin qu'elle contient, d'où ses propriétés astringentes; car, ainsi que le dit M. Barbier, dans l'infusion aqueuse, dans le vin et dans la teinture, les principes stimulants et corroborants seront également abondants.

Les autopsies cadavériques des chiens que nous avons soumis à l'expérimentation, nous ont mis à même de constater l'état physiologique de l'axe cérébro-spinal et la rougeur des ganglions du plexus solaire.

Nous répéterons ici ce que nous avons dit à propos de la rougeur des ganglions du plexus solaire en coïncidence avec une élévation de la température. Dans ce cas, ce n'est pas une hypérémie suite d'action centripète, mais une hypérémie suite de sur-stimulation. Cette manière de voir se trouve confirmée par la vascularisation que nous avons trouvée dans une grande étendue des membranes muqueuses stomacale et intestinale.

La cannelle pourrait donc être rangée, pour son *électivité*, sa *spécificité* et son action *dynamique*, comme le fait M. Giacomini, parmi les substances *hypersthénisantes* gastro-entériques; mais nous croyons être plus vrais en la classant parmi les *hypersthénisants à électivité* sur le système nerveux ganglionnaire à *spécificité* astringente.

IV. — SULFATE DE QUININE.

En abordant l'étude du sulfate de quinine, nous regrettons de n'apporter qu'un nombre aussi peu considérable d'expériences, comme tribut à l'élaboration d'une question si importante. Nous serions tentés de renvoyer à nos maîtres, à MM. Bretonneau, Trousseau et Pidoux, et de nous borner à raconter simplement les deux expériences que nous avons faites; mais nous avons, suivant notre coutume, à préciser l'*électivité*, la *spécificité* et l'action *dynamique* de cet agent. Nous allons essayer de le faire.

EXP. I. — 19 janvier 1851. La température initiale de l'animal est de 39°,5.

A 11 heures 40 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien un gramme de sulfate de quinine en solution dans 50 grammes d'eau acidulée à la température de 35°.

A une heure 15 minutes, le thermomètre marque 39°,3;

A 3 heures 20 minutes, 39°,8;

A 6 heures 10 minutes. 39°;

A 11 heures 10 minutes, 41°.

Le 21, l'animal est vivant, mais triste; il est mis à mort par strangulation.

L'AUTOPSIE est pratiquée une heure et demie après la mort.

Le poumon droit est sain; le gauche est fortement revenu sur lui-même, et de teinte violacée. La membrane muqueuse de l'estomac offre une teinte lie de vin claire; elle est assez ramollie, pour pouvoir être enlevée très-facilement, en promenant sur elle le tranchant du scalpel; elle est recouverte d'un mucus gris jaunâtre, transparent, de consistance gélatiniforme.

L'intestin grêle est plein d'helminthes et d'un mucus épais et sanguinolent. Sa membrane muqueuse, ecchymosée dans le duodénum, est plus loin le siége d'une vascularisation qui va en diminuant vers l'extrémité intestinale. On remarque, comme dans l'estomac, le ramollissement de la membrane muqueuse, laquelle s'enlève facilement par longues lanières au frottement du tranchant du scalpel.

Le foie, la rate et les reins sont sains. Le pancréas est légèrement rougeâtre.

Les ganglions du plexus solaire et de la région lombaire sont blancs. L'axe cérébro-spinal et ses membranes sont à l'état physiologique.

EXP. II. — 9 février 1851. La température initiale est de 40°.

A midi 10 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien, 2 gram. de sulfate de quinine en solution dans 50 grammes d'eau acidulée à la température de 35°.

A 2 heures 40 minutes, 39°,8;

A 6 heures 20 minutes, 41°,3;

A 11 heures 15 minutes, 42°,2.

Le 11 au matin, l'animal est encore vivant; on le tue par strangulation.

L'AUTOPSIE est faite trois heures après la mort.

CAVITÉ THORACIQUE. — Les poumons sont à l'état physiologique.

Le cœur droit contient des caillots fibrineux et un petit caillot noir, consistant; le cœur gauche renferme un caillot noir.

CAVITÉ ABDOMINALE. — La membrane muqueuse de l'estomac est recouverte d'un mucus épais, gélatiniforme, d'un jaune gris; elle est ramollie, au point qu'elle se laisse facilement enlever en promenant sur sa surface le tranchant du scalpel, et particulièrement dans le grand cul-de-sac.

L'intestin contient un mucus épais et gélatiniforme; la membrane muqueuse, fortement injectée dans le duodénum, cesse bientôt de l'être dans son parcours. Le foie, la rate et les reins sont à l'état normal; le pancréas est légèrement rosé.

Les ganglions du plexus solaire sont blancs. L'axe cérébro-spinal et ses membranes sont à l'état physiologique.

Ces deux expériences sont identiques : élévation de la température, état normal de l'axe cérébro-spinal et des ganglions du grand sympathique, ramollissement de la muqueuse stomacale, et mucus gélatiniforme à sa surface.

Le docteur Desruelles a observé sur lui-même les effets physiologiques du sulfate de quinine. Il en trace le tableau suivant :

« Après l'ingestion de cette substance, on éprouve une chaleur agréable dans le centre épigastrique, chaleur qui irradie bientôt et se communique aux différents organes; le pouls s'élève, une légère diaphorèse s'établit, et toutes les fonctions semblent avoir une nouvelle énergie. Si la dose du sulfate de quinine est élevée, les mêmes phénomènes ont lieu, mais le centre épigastrique est le siége d'une ardeur qui ne se calme que lentement. Son usage continu produit ce que l'on pourrait nommer, en médecine, un *échauffement*, et que représentent les symptômes suivants : sécheresse et chaleur légère de la bouche, odeur animalisée de l'haleine, langue plutôt sèche qu'humide, piquetée, lanugineuse, présentant, vers sa pointe, des papilles rouges; légère ardeur à la gorge après les repas, soif, borborygmes légers, vents, éructations fréquentes, chaleur à la peau, surtout aux mains; constipation quelquefois opiniâtre; urine déposant, par le refroidissement, une humeur d'un blanc jaunâtre.... Cette excitation des membranes muqueuses gastro-intestinales se calme par des boissons délayantes, acidulées, par la diète végétale. » (JOURN. UNIV. DES SCIENCES MÉD., t. XXIV, p. 135.)

Ce tableau est, en tout point, d'accord avec ce que nous avons vu : élévation de la température, hypersthénisation générale, suivie d'un état *spécial* des voies digestives, résultats qui se rapportent très-bien à l'état pathologique dans lequel nous avons trouvé la membrane muqueuse du ventricule stomacal.

M. Barbier (d'Amiens) dit (TRAITÉ DE MAT. MÉD., t. I, p. 369), que « les individus qui prennent cette substance ressentent une grande chaleur dans l'épigastre et dans la gorge. Bientôt cette chaleur se répand dans les intestins, jusque dans les lombes; il survient des coliques, du trouble dans le bas-ventre, des pneumatoses intestinales, sans qu'il en résulte des déjections par le bas. Une demi-heure après, la chaleur s'est propagée à la poitrine; elle monte à la tête, descend dans les membres; le corps tout entier paraît échauffé; cependant la chaleur est toujours plus grande dans le tronc que dans les membres..... » Plus loin, il ajoute : « Quand les plexus nerveux du grand sympathique sont dans une condition morbide, etc..... l'action du sulfate de quinine tourmente fortement ces plexus: elle ajoute à leur condition morbide. »

M. Barbier range le sulfate de quinine parmi les substances toniques, mais nous ferons ressortir combien il insiste, dans les lignes que nous venons de citer, sur l'irradiation qui part du centre épigastrique pour se diriger vers la périphérie; sur cette pneumatose gastro-intestinale, sans déjection par le bas, signe irrécusable d'une action spasmodique.

Comme nous, comme M. Desruelles, M. Barbier range assurément le sulfate de quinine parmi les hypersthénisants.

MM. Trousseau et Pidoux (TRAITÉ DE THÉRAP. ET DE MAT. MÉD., t. II, p. 323 et suiv.) insistent, avec raison, sur deux faits indiqués dans les leçons cliniques de M. Bretonneau : l'administration du sulfate de quinine, à part les phénomènes déjà cités, et dont l'intensité est en raison directe de la quantité de substance ingérée, occasionne des bourdonnements d'oreilles, des tintouins, quelquefois de la surdité, des éblouissements et un mal de tête, avec sensation de resserrement des tempes. Si la dose est portée encore plus loin, le sujet peut devenir aveugle et sourd, être pris de vomissements et de vertiges; il peut même devenir fou. Ces accidents cèdent assez facilement, lorsqu'on cesse l'administration du médicament.

Nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois ces symptômes à différents degrés, et toujours nous les avons fait cesser en retranchant le médicament, et en fournissant aux fonctions organiques des éléments d'action, des aliments.

Le second fait, annoté depuis longtemps par M. Bretonneau, est la fièvre *quinique*. En effet, si de fortes doses de quinquina ou de sulfate de quinine sont administrées chaque jour, et continuées pendant longtemps, il se manifeste une espèce de fièvre qui affecte un type intermittent, quand le quinquina est donné d'une manière intermittente. Cette fièvre est une espèce de cercle vicieux dans lequel tournent très-souvent des médecins in-

expérimentés ; ignorant l'action du quinquina, ils redoublent les doses du médicament, et jettent le malade dans un état qui peut être fort grave.

L'un de nous, M. Lecointe, a eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette fièvre *quinique*, et toujours il a administré, dans cette occurrence, avec bonheur, la poudre de camomille. N'aurait-il pas pu proclamer que la camomille était supérieure au quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes?...

MM. Trousseau et Pidoux rangent le sulfate de quinine parmi les médicaments toniques névrosthéniques.

Encore un pas, et nous sommes dans la vérité absolue.

Ce qui précède semblerait établir d'une manière si certaine, si péremptoire, l'action tonique, hypersthénisante du quinquina et du sulfate de quinine, qu'il ne viendrait jamais à l'idée d'un homme, sain appréciateur, de cliniciens aussi distingués que MM. Bretonneau (de Tours), Trousseau et Pidoux, et Barbier (d'Amiens), qu'une école tout entière ait accepté et attesté que le quinquina est un *remède hyposthénisant vasculaire artériel*.

Comment expliquer un pareil contraste? Les Italiens n'ont-ils pas observé, comme nous, la chaleur à l'épigastre, son irradiation vers la périphérie, l'élévation du pouls, la sécheresse de la bouche, etc., etc.? Assurément, ils ont vu comme nous, mais ils ont, de plus, annoté les vomissements, les vertiges, la surdité, la folie, l'intoxication quinique, puis l'épuisement qui suit infailliblement une longue lutte, et ils se sont écriés : Voilà la véritable action du médicament; la chaleur, l'élévation du pouls, la sécheresse de la bouche, etc., ne sont que le résultat de l'action mécanico-chimique de la substance, mais les vomissements, les vertiges, la surdité, l'épuisement, la sueur, la lenteur du pouls, voilà l'action *dynamique*, l'action réelle du médicament!... L'erreur n'est-elle pas évidente? Prendre l'action toxique pour l'action thérapeutique!

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il faut distinguer le médicament du poison, et marquer la limite étroite qui les sépare. Lorsque nous voulons tenter une appréciation consciencieuse des propriétés thérapeutiques d'une substance, n'allons pas, par une démonstration à l'absurde, tomber dans l'étude de l'action toxique. Nous l'avons dit : quand l'organisme a soutenu une longue lutte, il succombe par épuisement. De là vient la quantité prodigieuse de substances hyposthénisantes découvertes par les partisans de l'école italienne. Administrant les substances à doses très-élevées, ils ont dépassé la limite du médicament, et sont arrivés au poison.

Aussi que d'efforts, dignes d'un meilleur but, ne font-ils pas pour appliquer ce principe. Ainsi, le sulfate de quinine est un remède *hyposthénisant*; mais comme ils doutent encore, ils vont démontrer que la fièvre intermittente, à laquelle le sulfate de quinine s'applique si bien, est une maladie *hypersthénique*. Ils ne s'attacheront, il est vrai, ni au début, ni à la terminaison des accès : le frisson, le froid de la première période, la sueur, le calme de la dernière ne sont rien; la maladie est toute dans le second stade, dans la chaleur intense, dans la congestion vers la périphérie : voilà de l'hypersthénie, donc la maladie est *hypersthénique*, et son remède un *hyposthénisant*. C'est en vain qu'on objecterait la cause *spécifique* des fièvres intermittentes légitimes, qu'on arriverait à démontrer l'action de cette cause sur les centres ganglionnaires, qu'on rappellerait, avec Müller, que les fonctions des centres de la vie organique sont rhythmiques, et que les maladies qui siégent sur ces centres seront elles-mêmes rhythmiques, si la cause a été périodique. Ces principes admis, c'est encore en vain qu'on voudrait établir la *spécificité* de la maladie, et son action hyposthénisante, voir, dans le premier stade, l'invasion et le fond de l'affection; dans le second, la réaction de l'organisme, et dans le troisième, la conséquence des deux premiers. L'espace nous manquerait pour la démonstration de ces principes, et d'ailleurs, leur théorie n'en persisterait pas moins. Il leur est, en effet, indispensable, pour que le sulfate de quinine soit un *hyposthénisant*, que la fièvre intermittente légitime constitue une affection *hypersthénique*.

Toute l'école française considère le quinquina comme un médicament tonique, et MM. Trousseau et Pidoux ont ajouté l'expression heureuse et très-exacte, selon nous, de *névrosthénique*. Le sulfate de quinine est un médicament névrosthénique, c'est-à-dire agissant sur le système nerveux ; mais sur quel centre agit-il primitivement, sur l'axe cérébro-spinal ou sur le grand sympathique?

M. Barbier (d'Amiens) insiste avec raison sur l'action vers le plexus épigastrique, sur les phénomènes de la quinine donnée à petites doses. En effet, l'action médicamenteuse directe est là, et les troubles cérébraux ne surviennent que par l'intoxication, alors que l'hypersthénie a gagné tout le système nerveux. Nous ajouterons que la fièvre quinique démontre encore cette vérité par la forme périodique qu'elle revêt, à savoir que les fonctions des organes atteints sont rhythmiques.

Nous croyons donc utile de compléter l'expression de MM. Trousseau et Pidoux, en rangeant le sulfate de quinine dans l'ordre des *hypersthénisants à électivité* sur le système nerveux ganglionnaire.

Essayons maintenant de jeter un peu de lumière sur l'emploi du sulfate de quinine dans les différentes affections contre lesquelles il a été préconisé.

Ce que nous avons dit précédemment du siége et de la nature hyposthénique de la fièvre intermittente, nous dispense d'établir pourquoi le quinquina est le remède spécifique de cette affection; même *électivité*, action *dynamique* opposée, c'est presque, dirions-nous, une équation ($x=c$).

Le quinquina a été mis en usage par MM. Andral, Bonnafoux, Alibert, Clément, Graefe, Bluff, Kozer, Saphianopoulo, Velpeau, etc., dans le choléra-morbus.

L'action tonique névrosthénique, suivant l'expression de MM. Trousseau et Pidoux, justifierait déjà son emploi dans la période algide de cette terrible affection; mais si l'on voulait admettre, tout d'abord, que cette maladie est un empoisonnement miasmatique dont l'*électivité* est le grand sympathique, l'emploi du sulfate de quinine serait complétement rationalisé, en ce que maladie et médicament auraient même lieu d'élection et dynamisme opposé.

Le sulfate de quinine a été préconisé dans les fièvres larvées affectant le caractère névralgique. Il a surtout réussi dans certaines névralgies de la face ou du cou, et très-peu dans celles des membres, la sciatique, par exemple.

A priori, nous nous affirmerons qu'il pourra, bien rarement, guérir les névralgies dont le point de départ sera dans l'axe cérébro-spinal, ou bien que dans ces cas il faudrait en pousser les doses jusqu'à l'intoxication; mais qu'il réussira assez sûrement toutes les fois que la névralgie appartiendra aux névroses du grand sympathique.

Le caractère périodique de la fièvre intermittente pernicieuse indique assez que les fonctions de conservation, dites organiques, qui sont toutes sous la dépendance du grand sympathique, sont vivement compromises, et qu'il est nécessaire de venir énergiquement à leur secours, à l'aide d'un médicament *hypersthénisant, à électivité* sur le grand sympathique. Le sulfate de quinine remplissant ces deux conditions, a dû réussir toutes les fois qu'il a été administré en temps et en quantité convenables.

MM. Briquet, Andral, Monneret, Legroux, Trousseau et Pidoux ont expérimenté, avec plus ou moins de succès, cet agent thérapeutique dans le rhumatisme articulaire aigu. Nous renvoyons à l'ouvrage de ces derniers pour ce sujet, tout en ajoutant que leurs conclusions seraient les nôtres : « l'efficacité du sulfate de quinine est bien plus décisive encore, lorsque l'on a, préalablement, modifié l'orgasme inflammatoire. »

Toutes les fois que nous avons vu administrer le sulfate de quinine dès le début d'un rhumatisme articulaire aigu, nous avons constaté la nécessité d'élever la dose jusqu'à ce qu'il survînt un commencement d'intoxication, de maintenir quelque temps le malade dans cet état, puis ensuite de supprimer le médicament. Comment expliquer cette médication, si ce n'est en la rangeant parmi les médications indirectes et par conséquent souvent infidèles?

En effet, par cette manière d'agir, le praticien ne compte pas sur l'action directement curative de la substance, mais sur l'hyposthénie qui suivra l'intoxication, et nous n'admettons cette méthode que lorsque la science fait défaut pour une médication directe.

Quand nous traiterons du nitrate de potasse, nous l'opposerons avec avantage au sulfate de quinine dans la thérapeutique du rhumatisme aigu.

Ainsi que le disent MM. Trousseau et Pidoux, quand l'orgasme inflammatoire du rhumatisme articulaire a été vaincu par une médication antiphlogistique appropriée, le sulfate de quinine peut rendre des services, comme il en rend à la fin et même dans le cours de certaines fièvres continues, ainsi que dans les convalescences, alors qu'il s'agit « de rendre aux fonctions nerveuses de la vie organique le ressort qu'elles ont perdu. »

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Le sulfate de quinine est un médicament *hypersthénisant*.

2° Le sulfate de quinine a *électivité* sur le système nerveux ganglionnaire.

3° Le sulfate de quinine a pour *spécificité* sa vertu antipériodique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent : 1° *Gastro-entérotomie exécutée pour extraire un morceau de pieu introduit dans le rectum*; par M. Reali. 2° *De l'extirpation des tumeurs externes, squirrheuses et cancéreuses au moyen des caustiques*;

par M. Gozzi. (L'auteur trouve dans l'emploi des caustiques, non-seulement un procédé opératoire sûr et commode, mais aussi un moyen de détruire la disposition aux récidives.) 3° *Rapport historico-médical sur l'épidémie de variole qui régna à Bologne en 1849*; par M. Scandellari. 4° *Sur deux cas d'hydropisie ascite terminés par guérison*; par M. Tezzi.

GASTRO-ENTÉROTOMIE PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE UN MORCEAU DE PIED INTRODUIT DANS LE RECTUM; par M. REALI.

Intéressante d'abord par le résultat obtenu, cette observation ne l'est pas moins par les antécédents, si toutefois le récit du malade ne doit pas être suspecté d'imposture. Nous bornerons notre analyse à l'énoncé des principales circonstances du fait.

OBS. — Le 18 décembre 1848, on conduisit à l'hôpital d'Orviéto un paysan réduit à la faiblesse la plus grande. Neuf jours auparavant, conduit par cette idée ingénieuse que s'il fermait la sortie aux aliments, il réaliserait une économie sur la quantité à ingérer, il s'était introduit un morceau de pied dans le rectum; et depuis lors, tous ses efforts n'avaient servi qu'à l'enfoncer davantage. Le doigt ne pouvait en toucher que le bout; et il était solidement fixé de manière à ne céder à aucune des tractions que, avec ce peu de prise, on put exercer sur lui.

Après l'échec de toutes les tentatives d'extraction, le corps étranger oblitérant complétement la cavité intestinale, et le patient étant menacé de périr dans d'atroces souffrances, M. Reali se décida à une opération. Après avoir incisé la paroi abdominale sur le côté gauche, il put sentir distinctement le pied dans le colon descendant. Il voulut le faire descendre jusqu'à l'anus; mais ces essais ne réussirent pas, et il fallut en venir à inciser l'intestin. Ce ne fut qu'alors qu'on put retirer ce fragment, long de 16 centimètres, et offrant un diamètre de plus de 3 centimètres à sa base. La pointe était arrondie et assez mousse.

Il n'y avait pas de matières fécales retenues au-dessus de cet obturateur; seulement la muqueuse était noirâtre, la tunique péritonéale fortement injectée, et l'épaisseur de la paroi intestinale notablement augmentée.

La plaie de l'intestin fut reunie à l'aide de la suture pratiquée selon le procédé de M. Jobert. Quant à l'incision de l'abdomen, on en rapprocha les lèvres au moyen de la suture entrecoupée. Des applications froides d'abord, puis glacées, furent maintenues sur la région opérée. On donna, à deux reprises, de l'huile de ricin. Un écoulement purulent s'établit par l'anus.

Les premiers jours, la tuméfaction des parois intestinales s'opposant au cours des matières produisit du météorisme et des vomissements. Trois saignées, deux applications de sangsues, quelques doses d'huile de croton mirent fin à ces accidents, qui s'étaient élevés à un degré inquiétant. Les évacuations recommencèrent le cinquième jour. Vers le quarantième, les plaies étaient cicatrisées. On garda le malade encore deux mois à l'hôpital, pour éviter qu'il ne compromît sa guérison par quelqu'un de ces écarts de régime si familiers aux gens de sa classe et de son caractère.

Aujourd'hui, deux ans et neuf mois se sont écoulés; il mange autant et les mêmes aliments que tout le monde, et sa santé est parfaite, ainsi que sa voracité, à laquelle, depuis lors, il n'a plus cherché de remède.

RAPPORT HISTORICO-MÉDICAL SUR L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE QUI A RÉGNÉ A BOLOGNE EN 1849; par M. SCANDELLARI.

Si les proportions vraiment démesurées de cette épidémie semblent, au premier coup d'œil, accuser l'impuissance de la vaccine, on reconnaît, en y regardant de plus près, que ces reproches seraient des moins justifiés. En effet, dit l'auteur, le nombre des varioleux s'est élevé à 3,000. Sur ce nombre, 2,000 n'avaient pas été vaccinés. Or c'est parmi eux, et exclusivement parmi eux, que la mortalité s'est produite. Le chiffre de cette mortalité est même assez élevé pour frapper l'attention et faire présumer que le compte en a été soigneusement dressé: il monte à 498. Chez les 1,000 sujets, au contraire, qui contractèrent la variole ayant été antérieurement vaccinés, la maladie se montra moins grave et se termina toujours par la guérison. — C'est surtout durant la période de suppuration que la terminaison fatale eut lieu.

Les cinq sixièmes des décès s'observèrent sur des enfants, presque tous de la classe pauvre, et compris depuis les premiers jours de la naissance jusqu'à 10 ans.

Un fait assez remarquable sur le mode d'invasion de l'épidémie est rapporté par l'auteur. Les premiers cas eurent lieu à l'hôpital militaire. Or un grand nombre de femmes de la ville allaient recevoir, dans cet hôpital, de l'ouvrage, consistant en couture de chemises et d'habillements. Elles se trouvaient par là en rapport avec des individus qui avaient touché les malades, avec des objets qui leur avaient servi dans l'atmosphère où ils vivaient. D'un autre côté, la plupart de ces femmes avaient une nombreuse famille. Or M. Scandellari a pu constater, pendant tout le premier mois, que les individus sur lesquels la maladie se développa d'abord furent ceux qui avaient eu ou dont les mères avaient eu avec les militaires de ces rapports médiats ou immédiats.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'août à décembre 1851 contiennent: 1° *Calculs extravésicaux faisant saillie au périnée, extraits par un procédé prompt et régulier*; par M. Salsano. (Un doigt introduit dans le rectum porta en bas et fixa les calculs, dont on fit l'extraction à l'aide d'une incision périnéale, et d'une dissection nécessaire pour détruire leurs adhérences.) 2° *Sur les hémorrhoïdes*; par M. Mannin. 3° *Amputation de la cuisse pour une tumeur considérable*; par M. Cataloup. (La tumeur s'était développée dans l'articulation tibio-fémorale. Le malade guérit.) 5° *Considérations sur la cyrrhose*; par M. Sorda. 6° *Hémorrhagie cutanée chez une jeune fille nubile*; par M. Colosimo. 7° *Disphagie cardiaque guérie au moyen de la belladone*; par M. Demitri. (Le grand intérêt de cette cure est qu'elle fut obtenue chez une vieille femme de 97 ans.) 8° *Moyen d'opérer la fistule à l'anus*; par M. Gazzya. (Un stylet ténu traverse la fistule entraînant après lui un fil de soie qui sert ensuite à couper les parties comprises entre le trajet et l'extérieur.) 9° *Cas de tétanos guéri*; par M. Grillo. 10° *Maladie grave heureusement terminée*; par M. Agostinacchio.

HÉMORRHAGIE CUTANÉE CHEZ UNE JEUNE FILLE NUBILE; par M. COLOSIMO.

Il s'agit d'un cas d'hémorrhagie suppléant le flux menstruel. Mais la multiplicité des sources par lesquelles sortait le liquide, sa diversité de nature aux différentes périodes de l'écoulement, enfin la longue durée du temps pendant lequel s'accomplit cette fonction supplémentaire, toutes ces circonstances rendent le fait plus digne de l'attention des physiologistes que dans les exemples de ce genre dont les traités classiques regorgent.

OBS. — Carmela, jeune fille de 20 ans, bien portante et n'ayant jamais eu d'affection cutanée, n'avait été réglée que deux fois, et était aménorrhéique depuis plusieurs années. Elle souffrait de temps en temps des attaques d'épilepsie hystérique.

Le 13 du mois de juin dernier, au milieu d'un de ces accès, elle tomba le front contre le pavé et se fit une légère contusion d'où il ne sortit que très-peu de sang. Quatre jours après elle eut une céphalalgie et commença à voir un écoulement de sang s'effectuer par le sinciput et imprégner ses cheveux.

On rasa le cuir chevelu et l'on constata avec étonnement que le sang sortait comme une sueur, la peau demeurant parfaitement intacte, lisse et blanche. A peine essuyé, le sang sortait de nouveau; et cela durant toute la journée, de manière à imbiber plusieurs linges.

Cet écoulement s'est maintenu toujours le même, depuis cette époque jusqu'à la fin de septembre. Le siége seul a varié. Il commença par le sinciput, descendit au front, s'étendit à l'occiput, et persista trois mois dans ces parties. Alors il commença à se faire par la partie à côté du cou, de la nuque, mais sans cesser d'avoir lieu par les points déjà indiqués. On observait un léger gonflement au front ainsi qu'au sinciput, et un peu de douleur à la pression.

Durant les premiers jours, la malade paraissait étourdie, plus animée que de coutume. Mais plus tard elle redevint tranquille et bien portante, comme elle était auparavant.

Au commencement de septembre, l'hémorrhagie parut par l'oreille gauche, par l'angle interne des deux yeux et par l'ombilic.

Lorsque l'hémorrhagie avait continué quelque temps par chacun de ces endroits, il en sortait, au lieu de sang, une lymphe coagulable, filant et concrétant au contact de l'air, de manière à former comme un fil. Puis la congestion locale se rétablissait peu à peu, accompagnée d'un léger gonflement, et l'hémorrhagie ne tardait pas à reparaître.

Malgré une si abondante perte de sang, la malade n'a pas beaucoup maigri, elle a conservé l'appétit. Seulement elle est obligée de rester au lit.

Aujourd'hui, au bout de quatre mois, l'hémorrhagie est considérablement diminuée; le sang ne coule plus de la tête, ni des yeux, ni de l'oreille. Il ne sort maintenant que de l'ombilic et du mamelon gauche.

Depuis la première hémorrhagie, il est survenu aux yeux une petite membrane de couleur sombre, qui, à l'œil droit, a commencé par l'angle externe, et oblitère une bonne partie de la pupille, en altérant la vision. A l'œil gauche, elle a commencé par la partie supérieure de la pupille dont elle n'occupe le champ que dans une moindre largeur. Elle semble être constituée par l'hyaloïde devenue le siége d'une suffusion hématique (1).

Aujourd'hui que la perte de sang a diminué, la jeune fille a quitté le lit; elle marche et mange avec appétit.

III. GAZZETTA MEDICA ITALIANA LOMBARDA.

Les numéros de novembre et décembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Compte rendu des malades admis à la clinique*

(1) Cette altération, sur la nature de laquelle l'auteur ne s'explique pas autrement, n'est sans doute qu'une hémorrhagie interne par infiltration, dépendant de la même cause que les autres flux de sang, qui se sont fait jour à l'extérieur. (NOTE DU RÉD.)

oculistique de M. Quaglino, pendant l'année 1849-50; par M. Griffini. 2° *Un mot sur le kousso*; par M. Oliari. 3° *Considérations sur la carie des dents*; par M. Bauer. 4° *De l'arsenic expérimenté dans* 45 *cas de fièvre intermittente*; par M. Morganti. 5° *Insuffisance de la législation actuelle autrichienne sur les plaies considérées sous le rapport médico-légal*; par M. Bonfanti. 6° *Observations du service chirurgical de M. Ciniselli (de Crémone)*. 7° *Sur le choléra*; par M. Saverio. 8° *De l'opportunité d'essayer la syphilisation sur les malades syphilitiques reçus dans les hôpitaux*; par M. Castiglioni. (L'auteur vent qu'on répète encore les expériences sur les animaux avant de les instituer au lit des malades.) 9° *Sur la dentition*; par M. Martelli. 10° *Faits pratiques de chirurgie*; par M. Petrali. 11° *Quelques effets du haschich*; par M. Lussana. 12° *Cas d'obstruction intestinale*; 3 *cas de hernie étranglée*; par M. Ripa. 13° *Quatre cas de lésion de l'artère brachiale*; par M. Porlini. (Dans un cas de lésion de l'artère pendant la saignée, un bandage serré suffit pour procurer la guérison.)

CONSIDÉRATIONS SUR LA CARIE DES DENTS; par M. BAUER.

Ces réflexions, quoique bornées à l'étiologie, ont avec l'hygiène et la thérapeutique un rapport que nul ne méconnaîtra; car la nature des moyens préservatifs et curatifs de la carie dépend évidemment de l'idée qu'on s'est faite de sa cause. Je dirai plus: suivant qu'on croit cette affection liée à un état dyscrasique général ou dépendant, au contraire, de l'action des causes extérieures, on tombe à cet égard dans le fatalisme le plus insouciant ou dans les précautions de santé les plus minutieuses; car autant il est facile, au moyen de quelques soins, d'entretenir la propreté des dents, autant on renonce aisément à les préserver de carie si l'on pense qu'il faut pour cela corriger la santé générale et combattre l'état particulier et si mal défini auquel beaucoup de nosologistes attribuent la carie dentaire.

Ceci exposé afin de mieux faire comprendre l'importance des considérations théoriques que renferme le travail de M. Bauer, voici quelle est sa manière de voir sur ce point controversé. Des deux opinions en présence, il adopte franchement celle qui rapporte l'origine du mal à l'effet des irritations venant du dehors. Une théorie dans quelque partie de la science que ce soit, dit-il, doit non-seulement être d'accord avec les principes généraux de cette science, mais elle doit aussi expliquer tous les faits et phénomènes constants du cas particulier qu'elle considère. Examinons donc les faits qui sont constants dans la carie.

1° Cette maladie est exclusivement propre à l'homme.

2° Elle est plus fréquente aux dents de sagesse, qui souvent se développent déjà cariées.

3° Les grosses molaires se carient plus fréquemment que les autres. Aux petites molaires, on voit la maladie plus ordinairement sur celles de la mâchoire supérieure, et un plus grand nombre de fois sur les secondes que sur les premières.

4° Les canines supérieures sont rarement altérées; les inférieures presque jamais.

5° Les incisives supérieures se carient très-aisément; les inférieures très-difficilement, presqu'en aucun cas.

6° Les dents ne se gâtent que dans certains points, à moins qu'une cause spéciale, telle que l'absence ou la rupture de l'émail, ne fixe la maladie sur les parties qui sont dépourvues de cet enduit. Ainsi les molaires se carient sur leur face masticatoire, dans les enfoncements de cette face, ou sur les parties latérales en contact avec les dents voisines; les bicuspidées sur le bord qui les sépare de la dent adjacente, ou entre les deux saillies de la face masticatoire; les incisives sur la face de contact.

7° La carie est plus commune durant la jeunesse que dans un âge avancé.

8° On voit souvent la carie attaquer les dents qui se correspondent d'une moitié de la mâchoire à l'autre.

9° Les dents naturelles replacées sont également sujettes à l'altération morbide, et présentent les caractères extérieurs de la carie.

10° Il y a certains lieux et aussi certaines familles, dont tous les habitants, tous les membres, ont des caries dentaires.

Ces faits s'expliquent aisément, continue M. Bauer, en faisant dériver la carie de causes externes, de la décomposition, de la putréfaction acide des parcelles alimentaires retenues entre les dents; ou des acides portés directement dans la bouche, ou venant de l'estomac, ou de la mauvaise qualité de la salive qui dissout l'émail si elle est acide, ou attaque la partie organique si elle est alcaline.

Si les dents se carient plus fréquemment durant le cours des maladies, cela tient surtout à ce que alors on se relâche des soins de propreté de la bouche.

L'homme est le seul animal dont les dents se carient; mais la cause n'en est pas, comme le croit Ribes, dans l'habitude de manger chaud; car, dans cette hypothèse, les dents incisives inférieures exposées les premières au contact des aliments chauds devraient être les plus souvent gâtées, ce qui n'est pas.

Ce n'est pas la structure particulière des dents de l'homme qui les rend seules de toute la série animale sujettes à la maladie. En effet, chez l'orang-outang, les dents, soit de lait, soit permanentes, sont tout à fait égales à celles de l'homme en forme, en nombre, en organisation, en structure et en position. Il n'y a d'autre différence qu'en ce que les canines sont plus longues, plus pointues, et qu'il existe un petit intervalle entre les canines et les incisives latérales. Eh bien! jamais les singes n'ont de dents gâtées.

Ce qui, dans l'espèce humaine, cause l'altération des dents, c'est la disproportion entre des dents trop grandes et des mâchoires trop petites; puis la trop longue permanence des dents de lait sur les dents définitives, ou l'extraction prématurée des premières. Ces causes agissent en produisant l'irrégularité des dents, laquelle à son tour favorise le séjour des débris d'aliments dans les interstices dentaires.

Le singe n'offre aucune de ces conditions. Ses dents sont régulières, bien formées. L'émail, jaune et épais, couvre également toute la dent d'une couche uniforme. Les molaires, fortement unies entre elles, n'ont ni enfoncements, ni fissures comme les dents humaines; ce qui empêche les fragments d'aliments de s'y arrêter. Ils mangent des aliments durs et crus, ce qui exerce continuellement leurs dents, les polit et y prévient le dépôt du tartre mieux que les brosses et les dentifrices. Enfin ils n'usent d'aucun acide à l'intérieur.

Quant à nous, notre vie est toute artificielle, et les moyens que nous opposons à ses fâcheuses conséquences ne les détruisent jamais complètement et les aggravent quelquefois. Si nos aliments étaient simples, tirés directement de la nature, ils exerceraient mieux la mastication, s'arrêteraient moins entre les dents et ne s'y décomposeraient pas. Mais que nous sommes loin de cet état heureux! Tout se mange cuit, *surcuit*, épicé. Les ragoûts, les sauces, la venaison à moitié putréfiée, contribuent à la production non-seulement de la carie, mais de beaucoup d'autres maladies. Le philosophe Sénèque, à qui un ami demandait la cause de tant d'infirmités qui assiègent l'espèce humaine, se contenta de lui répondre: *Cognosco numera*. En fait, les races du Nord qui ne vivent que de la chasse, et certaines peuplades du Sud qui ne mangent que des végétaux ont les dents très-fortes et très-belles.

— Malgré le talent que l'auteur a dépensé à soutenir sa thèse, ces arguments, voués au service d'une opinion trop exclusive, ne nous paraissent pas, à beaucoup près, être sans réplique. Ne voit-on pas certaines maladies, certains états pathologiques, la grossesse, par exemple, amener presque constamment la carie d'une ou plusieurs dents, alors que rien, absolument rien n'a été changé dans les habitudes de l'individu? Puis cette autre circonstance, de la carie simultanée des deux dents correspondant à chaque moitié de la mâchoire, ne s'explique-t-elle pas mieux par l'influence d'une cause générale que par le séjour de parcelles alimentaires? M. Bauer, qui demande à toute théorie d'interpréter les phénomènes inhérents au cas qu'elle considère, devra, selon nous, s'occuper d'expliquer ceux-ci s'il veut que l'assentiment général accepte sa doctrine avec les termes absolus dans lesquels il l'a formulée.

P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JUIN 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

RECHERCHES SUR LE MODE D'ORIGINE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DES GLANDES.

M. SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, communique des recherches sur le mode d'origine des vaisseaux lymphatiques des glandes De l'ensemble des faits et des considérations contenus dans ce travail, l'auteur déduit les trois propositions suivantes:

1° Les vaisseaux lymphatiques des glandes naissent par des radicules déliées et unies entre elles, de la surface interne des cavités sécrétoires et excrétoires des glandes, traversent les parois de ces cavités, s'anastomosent de nouveau, soit autour des canaux excréteurs, soit autour des lobules, puis se rapprochent pour former des troncs qui serpentent dans les espaces interlobulaires, en augmentant progressivement de volume.

2° Dans toute glande, deux pouvoirs sont en présence: un pouvoir élaborateur, destiné à séparer de la masse sanguine certains principes, et un pouvoir absorbant, destiné à restituer au sang ces mêmes principes. Celui-ci est d'autant plus développé que les produits sur lesquels il s'exerce sont une acquisition plus avantageuse pour l'économie. C'est pourquoi le lait et le sperme,

qui ne sont pour ainsi dire qu'un sacrifice de l'individu à l'espèce, coulent dans des canaux extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques.

3° Les canaux excréteurs des glandes, parvenus à leurs dernières divisions, ne s'anastomosent pas entre eux; constamment ils se terminent par des extrémités libres ou indépendantes les unes des autres. Le foie ne fait pas exception à cette loi d'indépendance : c'est une glande en grappe, et non une glande tubuleuse.

DE L'IMMUNITÉ DES ARABES PAR RAPPORT A LA LÈPRE.

M. GUYON communique une note sur l'immunité dont paraissent jouir les Arabes par rapport à la lèpre et sur la cause vraisemblable de cette immunité.

Depuis bientôt vingt ans qu'il est en Algérie, M. Guyon n'a encore vu, chez les Arabes, aucun cas ni de lèpre proprement dite ni d'éléphantiasis. Or la lèpre proprement dite et l'éléphantiasis sont multipliés chez les Kabyles ou habitants des montagnes? A quoi tiendrait donc l'immunité de ces deux maladies chez les Arabes?

Les Arabes et les Kabyles ont, à peu près, même régime, mêmes habitudes, mêmes mœurs, etc.; mais les premiers vivent sous la tente : ils sont toujours sous l'action directe de la lumière et d'un air renouvelé. Les seconds, au contraire, vivent dans des habitations fixes et plus ou moins déprimées du sol. Ils sont *presque toujours* dans une atmosphère sombre, humide et plus ou moins altérée par toutes sortes d'émanations animales et végétales, provenant de leurs propres immondices et de celles de leurs bestiaux.

Cette différence d'*habitat* entre les Arabes et les Kabyles n'expliquerait-elle pas l'immunité dont jouissent les premiers à l'endroit des deux maladies dont nous parlons? Toujours est il que, dans les pays si divers où elles existent, la population se trouve dans des conditions d'*habitat* plus ou moins semblables à celles de l'*habitat* des Kabyles ou montagnards de l'Algérie : ainsi sont, vers les pôles, celles de ces Lapons, de ces Norwégiens, de ces Islandais, tous qui passent presque toute leur vie dans des grottes et des cavernes, et, sous les tropiques, celles des nègres et des Indiens, parqués avec leurs bestiaux dans des cases ou ajoupas de terre et de branchages. Et, par analogie, ne pourrait-on pas supposer que les affections lépreuses, autrefois si répandues dans l'Europe méridionale, tenaient à la nature des habitations de cette époque, habitations qui se rapprochaient plus ou moins de celles dont nous venons de parler, sous le rapport de leur peu d'espace, de leur peu de lumière, de l'humidité et de l'impureté de l'air.

EMPLOI HÉMOSTATIQUE DU NID DE LA FOURMI BI-ÉPINEUSE (AMADOU DE CAYENNE).

M. GUYON adresse une note sur l'emploi hémostatique du nid de la fourmi bi-épineuse (*formica bi-spinosa*), connue sous le nom d'amadou de Cayenne.

Tous les voyageurs en Amérique ont parlé du nid de la fourmi bi-épineuse, connue à Cayenne et sur le continent voisin sous le nom d'amadou, à cause de l'usage qu'en font les habitants, et qui ne diffère en rien de celui que nous retirons de notre amadou d'Europe.

Ce nid est formé de tous points par un duvet dont les matériaux sont recueillis par l'insecte sur les feuilles de plusieurs mélastomes, notamment sur celles du *miconia holosericea*. Le feu y prend mieux que dans notre amadou, bien qu'il n'ait été soumis à aucune préparation, et il est de beaucoup préférable au dernier pour arrêter les hémorrhagies capillaires, généralement si difficiles à arrêter chez les enfants. Tout le monde du reste, peut s'assurer par soi-même de sa supériorité sur le nôtre en pareil cas, en s'en servant pour les petites plaies qu'on se fait aux mains ou à la figure en se rasant.

Dans toutes les contrées où existe la fourmi bi épineuse, son nid est employé comme hémostatique, et sans aucune préparation préalable, excepté au Para, où on le trempe d'abord dans une solution d'alumine.

L'introduction, dans notre matière médicale, du nid de la fourmi bi-épineuse serait une heureuse acquisition pour l'art chirurgical, et c'est la conviction qu'en a M. Guyon qui l'a engagé à appeler sur ce produit américain l'attention de l'Académie.

SUR LES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES DE L'AUGMENTATION DE PROPORTION DE LA FIBRINE DANS LE SANG.

M. F. HATIN adresse, sur ce sujet, la lettre suivante :

Le 6 septembre 1840, j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie des sciences un mémoire dans lequel je m'efforçais d'établir entre autres faits et contrairement à la loi formulée par MM. Andral et Gavarret :

1° Que des circonstances toutes physiologiques augmentaient la proportion de la fibrine dans le sang;

2° Que conséquemment cet excès de fibrine n'était pas toujours la preuve d'un état phlegmasique.

Dans un travail présenté récemment à l'Académie par MM. Becquerel et Rodier, ces mêmes propositions se trouvent implicitement reproduites ou confirmées.

« Nous avons établi d'une manière générale, disent-ils, l'élévation du chiffre » de la fibrine dans beaucoup de chloroses, dans un grand nombre de grossesses » et dans les maladies puerpérales. »

Ils ajoutent plus loin : « Dans la chlorose, le chiffre de la fibrine est en gé- » néral un peu élevé au-dessus de la moyenne physiologique. Quelquefois » même cette élévation est assez considérable, et peut aller jusqu'à *quatre* et » même cinq, *sans qu'il y ait absolument aucune trace de phlegmasie*. »

Si nous consultons les tableaux donnés par MM. Becquerel et Rodier, nous voyons même que ce chiffre 5 a été dépassé. Ainsi, dans un cas de chlorose, on trouve :

Pour la proportion de fibrine.	5,01
Dans un cas d'anémie	5,82

La chlorose ni l'anémie ne pouvant être regardées comme des phlegmasies, les résultats obtenus par MM. Becquerel et Rodier prouvent donc que j'étais dans le vrai quand je disais, en 1840, que des affections qui n'ont avec les phlegmasies que des rapports éloignés présentent cependant un excès de fibrine (voir p. 537 des COMPTES RENDUS DE L'AC. DES SC., 1840).

Je citais comme exemples les scrofules, les tubercoles, la goutte. Aujourd'hui MM. Becquerel et Rodier prouvent qu'il faut joindre à cette liste la chlorose et l'anémie; c'est une nouvelle preuve en faveur de ma doctrine.

Dans un autre passage de ma communication déjà citée (p. 536 des COMPTES RENDUS), j'ajoutais : « Quelques observations également contenues dans mon » mémoire tendraient à me faire croire que la *grossesse*, au moins dans la se- » conde moitié, s'accompagne également de la production d'un excès de fi- » brine. »

Les travaux de MM. Becquerel et Rodier confirment encore ce dernier point.

Je répéterai donc aujourd'hui ce que je disais alors: « Si un excès de fibrine se rencontre, et dans des circonstances toutes physiologiques et dans des maladies qu'on ne saurait considérer comme des inflammations, cet excès de fibrine ne peut plus être pris pour le caractère pathognomonique des phlegmasies. »

J'ajoutais encore et je le répète aujourd'hui : « Il faut donc, sinon rejeter » la loi formulée par MM. Andral et Gavarret, du moins lui ôter son absolu- » tisme. C'est en restreindre la portée sans doute, mais c'est aussi la rendre » plus juste et plus applicable. » (RECH. EXPER. SUR LA PARTIE BLANCHE DU SANG, p. 21.)

Je reviens là sur une très-ancienne polémique, au risque de froisser de nouveau mes illustres adversaires, mais je le devais à ma propre considération non moins qu'à la défense de la vérité.

P. S.—Aux maladies s'accompagnant d'un excès de fibrine et qui ne peuvent cependant pas plus que la chlorose et l'anémie être rangées dans les phlegmasies, il faut joindre encore la maladie de Bright à l'état chronique et les hydropisies dépendant d'un obstacle mécanique au cours du sang. Dans le premier cas, MM. Becquerel et Rodier ont vu la proportion de fibrine s'élever à 6,50, et dans le second à 5,55.

« Cette élévation du chiffre de la fibrine est un fait important à noter, disent-ils, » et qui nous semble difficile d'expliquer. »

Plus loin, à l'article *Hydropisie mécanique*, ils disent encore : « Nous ne » nous expliquons pas la forte augmentation de la fibrine dans trois de ces cas » dans lesquels *il n'existait pas de phlegmasie*. »

Ce n'est pas tout, et comme si MM. Becquerel et Rodier avaient pris à tâche de justifier toutes mes propositions, on trouve dans cette même partie de leur travail que cette forte augmentation de fibrine trouvée dans trois cas, notamment où il n'existait pas de phlegmasie, a complétement manqué dans la forme aiguë de la maladie de Bright.

Voici, en effet, les chiffres trouvés dans ce cas :

Moyenne	2,99
Minima.	1,65
Maxima.	3,76

Or une des propositions de mon mémoire étant ainsi conçue : « Les phlegmasies aiguës n'engendrent pas toutes un excès de fibrine dans le sang, » je puis donc encore m'emparer de ce fait qui ressort des expériences de MM. Becquerel et Rodier, le joindre aux faits signalés dans mon mémoire (RECH. EXPÉR. SUR LA PARTIE BLANCHE DU SANG, p. 16) et l'opposer à la doctrine contraire.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA RAGE.

M. le docteur CHABANOU aîné, chirurgien en chef de l'hôpital d'Uzès (Gard), adresse un mémoire sur le traitement préservatif de la rage, appliqué à vingt-trois personnes mordues par une louve enragée.

Une circonstance heureusement assez rare a mis l'auteur à même de traiter, dans le courant de juillet dernier, un grand nombre d'individus mordus par une louve enragée. La méthode de Celse, qu'il a employée sur le plus grand nombre des blessés, et qui a permis, d'après le conseil d'A. Paré, d'envelopper le virus rabique dans une partie frappée de mort, inerte, et l'empêche de communiquer dans l'économie ses effets délétères, a été suivie des plus heureux et des plus satisfaisants résultats. Cette méthode consiste à cautériser profondément la plaie résultant de la morsure, avec de l'acide sulfurique concentré. Ce sont ces résultats que M. Chabanou expose dans ce mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend des lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant : 1° un rapport de M. Valligens, médecin cantonal à Bitche (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans la commune de Souchet, durant les mois d'octobre et de novembre 1851; 2° un rapport de M. Kuhn, médecin à Morhange, arrondissement de Sarreguemines (Moselle), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bestring, pendant l'hiver de 1851 (comm. des épidémies); 3° un mémoire rédigé par M. le

docteur Adde-Margras sur la vaccine et la revaccination (comm. de vaccine); 4° une lettre par laquelle le docteur Lesage présente des vues sur le traitement des maladies par l'emploi de l'air combiné (comm.: MM. Poiseuille et Bouvier).

Le même ministre adresse cent exemplaires du rapport général sur le service médical des établissements thermaux pour les années 1849 et 1850.

— M. le directeur de l'institution des sourds-muets prévient l'Académie qu'il sera célébré dans la chapelle de l'institution, le lundi 5 juillet, un service pour l'anniversaire du décès de M. le docteur Itard, médecin et bienfaiteur de l'institution.

— M. le président désigne MM. Guéneau de Mussy, Husson, Bousquet, Gaultier de Claubry, Devilliers, Bricheteau, Collineau, Ferrus, Réveillé-Parise et Villeneuve, pour représenter l'Académie à cette cérémonie.

— M. Bertré, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur les huiles de foie de morue et leurs succédanés. (Comm.: MM. Grisolle, Soubeyran, Bouchardat et Guibourt.)

— M. Castella (de Neufchâtel) adresse le mouvement de l'hôpital Pourtalès pour 1846, 1847 et 1848. Les points sur lesquels l'auteur appelle l'attention spécialement sont: une observation sur la phlébite purulente, des observations sur la fièvre typhoïde et les rapports de cette fièvre, quant à sa cause miasmatique avec plusieurs autres maladies contagieuses, comme le typhus, le charbon, la fièvre jaune et le choléra, et l'utilité de l'infusion de café dans l'hydropisie accompagnée d'albumine.

— M. Peixoto (de Rio-Janeiro) adresse la statistique annuelle et récapitulative des malades de fièvre jaune traités dans sa maison de santé, à Rio-Janeiro, depuis l'invasion de la maladie jusqu'à ce jour, 2 mai 1852. (Com.: M. Gérardin.)

— M. le docteur J. Lobethal (de Breslau) adresse un mémoire écrit en allemand, sur les preuves de la curabilité de la phthisie pulmonaire par l'emploi d'un nouveau moyen curatif. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux).

— M. Walller A. Lecois (de Londres) écrit en qualité de correspondant de l'Académie, pour l'informer que la société épidémiologique de Londres s'occupe, depuis quelque temps, de l'état actuel sanitaire du monde, quant aux progrès de la petite vérole, et de l'effet qu'exerce la vaccine sur cette maladie. Il est chargé au nom de cette société de s'adresser à l'Académie, pour la prier de lui fournir quelques détails sur les points suivants:

1° La population, la mortalité totale et la mortalité par la variole, de la France, de chaque année, de 1750 à 1850;

2° Les mêmes faits quant à Paris;

3° La mortalité par la variole dans les armées de la France *per centum* pour la mortalité totale;

4° Quelles sont les lois et les ordonnances qui règlent la vaccination en France;

5° Quelle est l'opinion de l'Académie de médecine quant à la nécessité de la revaccination. (Comm. de vaccine).

— M. Lacauchie adresse la liste de ses titres à l'appui de sa candidature.

— M. Gibert, à l'occasion de la correspondance, présente, au nom de M. Brierre de Boismont, un exemplaire de la seconde édition de son *Traité des hallucinations.*

M. Gibert, en déposant ce livre sur le bureau, en présente en quelques mots une courte analyse. L'objet principal de cet ouvrage est d'établir, contrairement à l'opinion émise par plusieurs auteurs, une ligne de démarcation entre certaines hallucinations et l'aliénation mentale. Cette distinction est fondée sur ce que des hommes jouissant de la plénitude de leurs facultés intellectuelles et doués même de facultés très-éminentes ont offert souvent des exemples d'hallucination. Cette opinion, suivant M. Gibert, est la seule vraie; aussi pense-t-il que l'ouvrage de M. Brierre de Boismont est un nouveau titre à la considération que lui ont méritée ses précédents travaux auprès de l'Académie.

Une lettre de remerciment sera adressée à M. Brierre de Boismont.

— M. le président a la douleur d'annoncer à l'Académie la nouvelle et grande perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres les plus éminents, M. Récamier.

— M. Cruveilhier donne de vive voix quelques détails sur les derniers instants de M. Récamier.

M. Cruveilhier présente ensuite une pièce d'anatomie pathologique. C'est une portion de membrane muqueuse intestinale ayant conservé la forme cylindrique, de 3 mètres de longueur environ, qui a été expulsée par une femme à la suite d'une maladie sur laquelle on manque de détails précis. Cette femme s'est rétablie à la suite de cet accident, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

EAUX MINÉRALES DE NEYRAC.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport et analyse au sujet de l'eau minérale de Neyrac (Ardèche).

L'analyse des eaux de Neyrac, rapportée à 1,000 grammes, a donné les résultats suivants:

Température moyenne: 27° centigr. (résidu fixe, 1g,56 pour 1,000 gr.

Acide carbonique libre	1/3 du 1/8 du volume.
Azote avec un peu d'oxygène	indéterminé.

Principes minéralisateurs salins.

Bicarbonate de chaux	0g,847		2g,099 (1).
— de magnésie	0g,285		
— de soude *anhydre*	0g,466		
— de potasse *id.*	0g,150		
— de fer	0g,014		
— de manganèse	sensibl		
Sulfates de soude et de chaux *anhydres*	0g,130		
Chlorure alcalin	0g,039		
Iodure *id.*	indices peu sensibles		
Silicate d'alumine		0g,054	
— de soude et de potasse			
— de zircone	traces		
Oxyde de titane uni à du fer *sans doute.*		0g,110	
Nickel et cobalt, carbonatés *idem*			
Arsenic uni à du fer *idem*			
Phosphate terreux			
Matière bitumineuse et perte			

La composition de l'eau minérale de Neyrac la place au rang des eaux minérales acidules *alcalino-terreuses* et *ferrugineuses;* mais ce qui la rend remarquable, c'est la présence de principes particuliers que l'analyse n'avait pas encore signalés dans les eaux minérales. Un pharmacien de Valence, M. Mazade, y a découvert plusieurs substances qu'on n'avait point encore reconnues dans les eaux minérales, telles que le *titane*, le *nickel*, le *cobalt*, la *zircone*. La présence de ces corps en proportions bien déterminées a été vérifiée par les analyses de M. le rapporteur.

M. le rapporteur, en conséquence de ces faits et en raison de la thermalité de la source de Neyrac, ainsi que de son abondance qui permet de répondre à toutes les exigences d'un établissement thermal de premier ordre, déclare qu'il y a lieu d'accorder au propriétaire de cette source l'autorisation d'en exploiter l'eau sous le point de vue de la thérapeutique. — (Adopté.)

— M. Bouchardat lit une série de rapports officiels sur des remèdes secrets. Aucun de ces remèdes ne paraît digne de fixer l'attention de l'autorité. M. le rapporteur propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'appliquer le bénéfice des décrets sur les remèdes secrets et nouveaux. — (Adopté.)

PAIN DE MAÏS. — BISCUIT DE GLUTEN.

M. Bouchardat lit la note suivante en présentant deux échantillons, l'un de pain de maïs, l'autre de biscuit de gluten, préparés par MM. Durand et Laporte, boulangers à Toulouse.

Pain de maïs. — Bien que le meilleur mode d'utilisation de la farine de maïs consiste à la consommer sous forme de galettes et de bouillies, souvent les falsificateurs ont mêlé de la farine de maïs à celle de froment; il serait infiniment préférable de préparer avec le maïs un pain qu'on vendrait sous son nom véritable. On y parvient aisément en y associant un tiers de gluten déformé. Cette addition peut être avantageusement effectuée dans certaines conditions, quand, par exemple, on fabrique de l'amidon par les procédés si recommandables de M. E. Martin et qu'on n'a pas un écoulement assuré du gluten produit. Déjà M. Martin a préparé un pain satisfaisant en partant de ces principes. Celui que je présente de la part de MM. Durand et Laporte est assez agréable, très-nourrissant et peut facilement être accepté comme un bon pain de seconde qualité.

Biscuit de gluten. — Les mêmes boulangers ont préparé un biscuit contenant 66 p. 100 de gluten, qui se conserve bien, se transporte facilement et qui peut rendre des services dans le traitement de la glucosurie.

CONCRÉTIONS CALCULEUSES DE LA VESSIE DU MOUTON.

M. Bouley fils lit un mémoire sur les concrétions calculeuses de la vessie du mouton.

Le travail de M. Bouley a principalement trait à une variété particulière de *gravelle* qu'on observe quelquefois sur les animaux de l'espèce ovine et qui n'a encore été que très-imparfaitement étudiée. L'auteur pense qu'il pourra servir à éclairer l'étiologie des concrétions calculeuses dans les voies urinaires. Il résume son travail dans les conclusions suivantes:

1° Le régime très-substantiel auquel sont soumis, à la période de leur croissance, les animaux des races ovines perfectionnées, peut donner naissance à une affection calculeuse de la vessie et du canal de l'urètre, qui peut entraîner la mort en très-peu de temps.

2° Cette affection est causée par le phosphate magnésien que renferment les matières alimentaires en quantité beaucoup trop considérables, eu égard aux exigences des besoins de l'organisme, même lorsqu'il est en voie de développement, le phosphate de magnésie ne concourant que dans une très-faible proportion à la formation des tissus et même du tissu osseux.

3° On peut faire disparaître cette maladie d'un troupeau par une modification intelligente du régime, en substituant aux aliments secs, très-riches en phosphate magnésien, des aliments plus aqueux qui renferment une moindre proportion de ce sel.

4° Enfin, même lorsque la maladie est déclarée et que la vessie contient déjà une grande quantité de magnésie terreuse, il serait peut-être possible de sauver les animaux qui en sont atteints en pratiquant, à l'aide d'une sonde, une ouver-

(1) Augmentation à cause des bicarbonates, comptés en carbonates simples dans les 1g,56.

ture artificielle au canal de l'urètre, et en permettant ainsi l'écoulement de l'urine de la vessie et l'échappement avec elle du sel terreux précipité dans sa cavité intérieure sous la forme d'un magma granuleux et friable.

L'auteur joint à ce travail les notes qui lui ont été remises par MM. Clément et Leconte sur les analyses qu'il a nécessitées. (Comm. MM. Orfila, Cruveilhier et Renault.)

VACCINE.

M. Bousquet lit la deuxième partie de son rapport sur la vaccine. Dans cette deuxième partie, M. Bousquet examine quelques-unes des questions soulevées par l'analyse des différents travaux communiqués à l'Académie sur la vaccine, depuis le dernier rapport.

La première question qu'examine M. Bousquet est celle de savoir si, ainsi que qu'on l'a dit, la vaccine a la propriété de modifier, de mitiger la petite vérole quand elle se rencontre avec elle. Du parallèle que M. Bousquet établit entre ces deux éruptions, il est conduit à montrer les nombreuses analogies qui rapprochent la vaccine de la variole, analogies telles, dit-il, qu'on peut dire presque indifféremment ou que la variole inoculée n'est que la vaccine avec une éruption générale, ou que la vaccine n'est que la variole moins cette éruption. Pour lui, la propriété de la vaccine réside tout entière dans ses affinités avec la petite vérole. Toutefois, loin de partager l'opinion des personnes qui voudraient voir une connexité d'origine et une identité de nature entre la vaccine et la variole, M. Bousquet réfute cette opinion et résume la sienne en ces termes :

« Il y a entre la variole et la vaccine de grandes analogies et de non moins grandes difficultés. Par les analogies s'explique la faculté qu'elles possèdent de se substituer l'une à l'autre et de se suppléer. Les différences font assez comprendre qu'il y a un choix à faire, et puisqu'il y a un choix, il n'y a donc pas identité, il n'y a pas unité. »

— M. Ricord présente les pièces anatomiques relatives à un cas de testicule tuberculeux.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

A TREATISE ON THE PRACTICE OF MEDICINE BY GEORGE B. WOOD, M. D. (TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE GEORGES B. WOOD). — Deuxième édition. — Philadelphie, 1849.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

La pathologie est pleine de principes prétendus vrais que tout le monde accepte et dont on use partout, et de vérités contestées dont personne n'ose se servir ; il en résulte que, sur un grand nombre de questions, à moins d'une réforme radicale, tous les ouvrages de pathologie tendent plutôt à perpétuer le doute qu'à frayer le chemin de la vérité.

Ce que des générations entières d'étudiants et de médecins ont appris d'une telle façon, ce que tout le monde admet et enseigne depuis trente ans, chacun le répétera de la même façon pendant trente années encore.

On serait tout d'abord porté à penser le contraire, surtout chez nous qui nous piquons d'une grande sévérité et qui ne voulons rien laisser à l'hypothèse. Mais je vois, en ouvrant nos classiques, que notre lot est le lot commun, et que si nous avons avancé la science sur certains points, cela est dû bien plutôt à la sagacité et à la précision de quelques esprits éminents qu'à une méthode générale d'observation. — A côté de ces beaux travaux, il est certaines questions qui auraient besoin d'être posées ; ainsi ce qui domine tout essai de pathologie générale, tout système nosologique, la détermination du caractère typique des maladies, à savoir : 1° si on peut leur assigner à chacune une série de caractères fixes et pathognomoniques ; 2° si on peut déterminer pour toutes actuellement ces caractères. Ou, en d'autres termes, si l'observation médicale est assez perfectionnée pour tenir compte des phénomènes morbides d'une série d'années, et pour transmettre ces données positives à nos successeurs, de même que les astronomes et les physiciens observent et enregistrent les faits de chaque jour pour les comparer à ceux de l'avenir ou à ceux du passé. — Cette simple question, qui se rattache à la philosophie et à la statistique, est-elle résolue, et est-on bien sûr d'en avoir la solution ?

Voilà une de nos colonies, je dirai même la seule que nous possédions, l'Algérie, où la population originaire va disparaître repoussée par la civilisation et par les armes ; une population nouvelle commence à s'établir sur ce sol d'abord si inhospitalier, et les efforts de plusieurs générations amèneront peut-être dans ces contrées l'établissement de la race européenne. C'est le grand fait de la migration humaine qui s'accomplit là, sous nos yeux, au milieu de mille obstacles. Ce fait n'a été décrit d'une manière un peu complète dans les annales d'aucun peuple. Ne serait-ce point le moment, à l'heure qu'il est, d'en régulariser l'observation ? — Ce que nous accomplissons, sous ce rapport, sur une petite échelle, la race américaine l'a accompli dans des proportions gigantesques depuis soixante ans. Nous avons cité, dans un premier article, les noms des principaux médecins américains qui, depuis 1780 jusqu'en 1830, ont laissé dans la science l'histoire de cette colonisation généralement prospère.

Les principaux fléaux contre lesquels l'immigration a eu à lutter subsistent encore dans le pays, et nos prédécesseurs ne nous en auraient pas donné des descriptions exactes que nous les retrouverions aujourd'hui tels qu'ils existaient à une époque éloignée ; mais hâtons-nous, s'il est besoin, de compléter sur les lieux mêmes l'histoire de toutes ces maladies, propres aux sols nouveaux et aux colonies naissantes. Du train dont marchent aujourd'hui les communications, il est déjà trop tard dans beaucoup de points. Depuis un grand nombre d'années, nos confrères transatlantiques observent à New-York la même fièvre typhoïde que dans nos climats ; nous leur avons deux fois transmis le choléra, et l'Angleterre, avec les populations irlandaises affamées qu'elle jette sur ces côtes, y a semé les germes du typhus fever.

On peut ainsi voir dès aujourd'hui les maladies propres au sol américain remplacées par des fléaux de provenance étrangère qui tôt ou tard finiront par se substituer à la première pathologie. Un reproche que je ferais à l'ouvrage de Wood, sous toutes réserves cependant, c'est d'avoir confondu trop complétement, dans la description des maladies, la pathologie américaine avec celle de l'Angleterre et de la France. On dirait souvent que les formes morbides sont les mêmes dans ces trois pays, et que les caractères types des maladies ne subissent aucune variation suivant les saisons et les contrées. — Bien évidemment, il n'en est point ainsi en réalité ; mais dans un ouvrage didactique, il eût été peut-être impossible de rendre compte de ces variétés que le praticien saisit, mais qu'on n'arrive pas toujours à définir d'une manière bien nette. Ce qui revient à dire, comme nous l'observions tout à l'heure, que la science n'est point faite à ce point de vue.

Cependant notre auteur sème çà et là son récit de faits propres au pays où il observe ; ainsi : à l'article *Érysipèle*, il rappelle les formes graves de cette affection, qui ont sévi épidémiquement dans plusieurs parties des États-Unis, en 1842, 1843 et 1844. (Voir THE WESTERN LANCET, nov. 1843, — THE AM. MED. AND SURG. JOURN., janv. 1844, — THE ILLINOIS MED. AND SURG. JOURN., juin 1844, — et THE MEDICAL EXAMINER OF PENSYLVANIA, sept. 1844.) A l'article *Choléra*, il consacre un chapitre spécial à l'étude d'une maladie presque inconnue en Europe, le *cholera infantum*. Cette affection, d'après le docteur Condie, auteur d'un traité sur les maladies des enfants, ne présenterait d'autres caractères anatomiques que la pâleur de la muqueuse intestinale et un degré variable de congestion du foie. Hallowel, qui a publié à ce sujet des observations intéressantes dans l'AM. JOURN. OF MED SCIENCES, n. s. XIV, a démontré que les glandules de l'estomac et de l'intestin grêle présentaient un développement anormal, tandis que le gros intestin était enflammé et quelquefois ramolli ; Lindsly a trouvé dans plusieurs cas la vessie vide et contractée ; on a aussi noté la congestion du foie et du cerveau. Les principaux symptômes sont la diarrhée qui précède les vomissements ; quelquefois les vomissements et la diarrhée débutent en même temps et d'une manière brusque ; ces évacuations sont incessantes et accompagnées rapidement de prostration des forces ; la peau est froide et visqueuse, l'insensibilité et le coma surviennent rapidement ; la mort peut avoir lieu en vingt-quatre heures ; ordinairement cette affection dure de trois à quatre jours ; quelquefois la fièvre survient et la maladie peut durer de dix à vingt jours ; alors la langue est sèche, la température s'élève au tronc et à la tête, tandis que les extrémités sont toujours froides, la peau est décolorée et quelquefois sèche, quelquefois froide et visqueuse ; les conjonctives sont ecchymosées, l'amaigrissement est extrême ; l'enfant gémit et pousse des cris plaintifs ; le coma et les convulsions terminent la scène. — Les matières rendues n'ont rien de caractéristique, quelquefois vertes, jaunes ou blanchâtres et transparentes, elles sont souvent mêlées de sang.

Condie (DISEASES OF CHILDREN) évalue à plus de 3,500 le nombre des enfants morts de cette affection à Philadelphie pendant les vingt dernières années, et Lindsly établit qu'à Washington, sur 201 décès survenus pendant les trois mois d'été et les deux mois d'automne de 1838, il y eut 55 cas de *cholera infantum*. Un grand nombre de médicaments ont été essayés tour à tour dans cette affection : contre les vomissements, on a donné, entre autres, le mélange d'eau de chaux et de lait ; le docteur Dewers recommande dans ce cas l'infusion amère de café (PHYS. AND MED. TREAT. OF CHILDREN) ; Condie vante l'huile de térébenthine et la solution éthérée de camphre, ou l'acétate de plomb ; contre la diarrhée, Chapman, praticien éminent et professeur à Philadelphie, a donné avec succès l'alun ; Lindsly vante l'efficacité de la poudre de Dower, unie à l'acétate de plomb ; Wood l'acide nitrique, associé au laudanum et au camphre, comme dans la mixture de Hope, etc.

A l'article *Pneumonie typhoïde*, l'auteur rappelle les épidémies de 1807 et de 1820, et les attribue plutôt à un typhus compliqué d'affection pulmonaire qu'à une pneumonie maligne, et il s'arrête à propos sur un fait signalé par Graves et Stokes, connus en France par leurs travaux sur l'auscultation.

Cette remarque porte sur la résonnance tympanique du thorax, que ces auteurs ont observée dans des cas de pneumonie typhoïde; elle succède à la matité et s'accompagne d'absence du bruit respiratoire, signes qui indiquent bien un développement de gaz dans la cavité des plèvres. Le docteur Wood a observé ce phénomène dans un cas de pneumonie adynamique, et j'ai eu l'occasion de rencontrer le même fait, dans des circonstances analogues, en 1851, au Val-de-Grâce. Cette observation a été publiée par le docteur Thomas dans sa thèse soutenue à Paris en 1851.

Le chapitre *Pneumonie bilieuse* renferme des considérations importantes au point de vue du traitement : « Si la maladie est compliquée, comme cela arrive ordinairement dans ce pays, de fièvre miasmatique, d'autres moyens de traitement sont indiqués : après la saignée et les évacuants, mais seulement après l'emploi de ces moyens, si la rémission est bien marquée, on en profite pour administrer le sulfate de quinine, qui agit dans ces cas comme dans les fièvres rémittentes compliquées de pneumonie. Dans le cas de pneumonie typhoïde ou maligne, le sel de quinine est encore administré avec profit; mais il faut alors en augmenter la dose. »

Enfin, la partie de cet ouvrage relative aux fièvres intermittentes, rémittentes, bilieuses, et à la fièvre jaune, dénote une expérience spéciale et des opinions arrêtées sur ce genre de maladies. Le style est là surtout clair, simple; les divisions méthodiques ne sont pas trop multipliées; on lit avec intérêt et avec fruit, car, à côté d'une sage appréciation des faits anciens, l'auteur cite un certain nombre de faits nouveaux empruntés aux écrits et à l'expérience des médecins américains.

Je ferai une seule remarque critique en terminant cette revue. Il me semble que le docteur Wood, qui est généralement très-sobre en fait de théorie, a un peu trop sacrifié à une idée assez généralement admise, mais qui ne repose au fond sur aucune démonstration rigoureuse. Il s'agit de ce que l'auteur appelle miasme, malaria, miasme des marais; il y a longtemps que Miller avait proposé de faire deux classes de maladies correspondantes aux deux ordres de miasmes, les uns miasmes végétaux ou koino-miasmata, les autres miasmes animaux ou idio-miasmata. Mais toutes ces théories des miasmes n'ont aucune valeur; comme bases de classifications, elles ne donnent lieu qu'à des rapprochements empiriques; comme moyens d'étude ou d'analyse des phénomènes, elles n'ont fait faire à aucun progrès, et je suis persuadé que l'hypothèse du miasme des marais, si généralement acceptée, est ce qui empêche aujourd'hui une foule d'observateurs de nous dire les véritables conditions du développement des fièvres intermittentes. C'est là un de ces prétendus principes dont je parlais au commencement de cet article contre lesquels les auteurs classiques ne sauraient trop s'élever.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

FUNÉRAILLES DE M. RÉCAMIER.

Les funérailles de M. Récamier ont eu lieu avant-hier jeudi 1er juillet, avec une grande pompe et au milieu d'une nombreuse assistance de médecins, de savants, d'hommes de lettres, de notabilités du clergé et des députations des divers corps savants et des sociétés religieuses auxquels M. Récamier avait appartenu.

La Faculté de médecine, dont M. Récamier avait fait partie jusqu'en 1830, y était représentée par une députation composée de MM. Adelon, Cruveilhier, Bouillaud, Trousseau, Moreau, Requin, Malgaigne, Nélaton et Denonvilliers; l'Académie s'y était fait représenter par son bureau, auquel s'étaient adjoints un grand nombre de membres.

Le deuil était conduit par M. Lenormant. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Adelon et Cruveilhier, membres de la Faculté de médecine, et par MM. Mélier et Grisolle, membres de l'Académie de médecine.

Le cortége est parti du domicile du défunt à neuf heures trois quarts, et a été rendu à dix heures à l'église de Saint-Sulpice où a eu lieu l'office. A midi le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Sud (Montparnasse).

Des discours ont été prononcés sur la tombe, par M. Trousseau, pour la Faculté; par M. Gibert, pour l'Académie de médecine; par M. Maisonneuve, au nom des anciens élèves et des amis de M. Récamier; par M. Caffe, au nom de la Société médicale d'émulation, dont M. Récamier avait été un des membres fondateurs.

M. Gibert s'est exprimé en ces termes :

« Nous venons, au nom de la compagnie savante dont il fut un des premiers membres, prononcer quelques paroles d'hommages et de regrets à la mémoire de notre honoré maître, J.-C.-A. Récamier, reçu docteur à Paris, en 1799.

» La profession de médecin, qu'il a si longtemps honorée, est de celles qui s'appuient sur une double base, la science et l'art. Or c'est surtout comme *artiste* (passez-moi l'expression) qu'a brillé d'une réputation incontestable et incontestée le praticien éminent dont nous déplorons aujourd'hui la perte.

» Pénétré de cette belle parole du père de la médecine : « Le médecin doit s'occuper avant tout de guérir le malade », praticien habile et zélé, catholique sincère et fervent, homme énergique et passionné, Récamier transporta dans l'exercice de la médecine cette foi qui soulève des montagnes et cette charité qui opère des miracles.

» En présence de cette tombe où viennent si rapidement s'évanouir toutes les grandeurs et les illustrations du monde, il serait puéril de s'étendre sur les titres et les honneurs qui vinrent successivement revêtir la simplicité et la modestie du praticien. Médecin de l'Hôtel-Dieu dès les premières années du siècle, professeur de la Faculté, membre de l'Académie de médecine, professeur au collége de France, Récamier a montré lui-même, en 1830, par un noble sacrifice, qu'il savait apprécier en chrétien les grandeurs de la terre... Mais il nous sera permis du moins de parler de cette brillante popularité qui avait placé son nom dans toutes les bouches, et qui avait élevé sa réputation médicale au niveau des illustrations chirurgicales les plus renommées de l'époque.

» C'est au lit du malade, c'est dans le cabinet du médecin, c'est au sein de ces consultations provoquées par la sollicitude des parents ou par les craintes des médecins ordinaires du malade, c'est là qu'était véritablement le siége académique et professoral de Récamier.

» Son air profondément recueilli et attentif, son regard sagace et pénétrant qui s'animait de plus en plus, cette physionomie intelligente, tout illuminée du désir ardent de connaître la cause du mal et d'en trouver le remède, cette parole digne, imagée, poétique, toujours consolante dans la vivacité, quelquefois même dans sa brusquerie, cet ensemble, en un mot, à la fois grave et empressé, ardent et réfléchi, impérieux et charitable, agissait en même temps sur le malade, dont il ranimait les espérances, et sur le médecin, dont il relevait la confiance et le courage.

» Aussi quelles merveilles ne pourrait-on pas citer de la pratique de Récamier! Ici c'est un kyste qu'il découvre dans la profondeur des organes, qu'il opère et qu'il guérit; là c'est un agonisant, atteint d'une cardite, qu'il saigne à outrance et qu'il guérit; plus loin c'est une femme à qui il ne craint pas de faire subir l'opération, ou pourrait presque dire la plus téméraire, et qu'il guérit d'un cancer bien réellement incurable. Ailleurs, c'est un mourant, que dis-je, presque un mort, qu'il rappelle à la vie par l'application hardie des affusions; et, chemin faisant, ce sont des douleurs atroces, des contractures musculaires invincibles qu'il soumet avec succès à la pression cadencée; des pneumonies malignes, qu'il traite avec le musc; des pseudo-péritonites, qu'il enlève avec la camphre et la valériane; des vomissements cholériques, qu'il enchaîne avec l'amidon; des gastro-entéralgies, qu'il enchaîne avec cette vulgaire substance qu'il appelle, dans son langage pittoresque et ingénieux, de la magnésie noire. Qui pourrait énumérer toutes les cures remarquables opérées par Récamier à l'aide des moyens les plus simples et les plus inattendus? Qui ne sait, par exemple, avec quelle intelligence, avec quelle variété, avec quel succès il avait appliqué, depuis de longues années, à la thérapeutique l'administration intérieure de l'eau pure et fraîche? Nous ne voulons rien dire ici des ouvrages de Récamier, au premier rang desquels il faut placer son important TRAITÉ DU CANCER, maladie à laquelle il avait appliqué si ingénieusement, et avec des résultats si surprenants, la méthode vulgaire de la compression.

» Nous ne dirons rien non plus de sa biographie proprement dite, biographie semée de faits et d'incidents curieux ou remarquables, où l'on voit tour à tour briller le citoyen, le soldat, le politique, le philosophe, le savant, l'homme du monde, mais surtout le médecin catholique, profondément dévoué à son art et à l'humanité, toujours prêt à répondre à l'appel qu'on faisait de toutes parts à son zèle, à ses lumières et à son immense expérience.

» Une heure encore avant sa mort, subite et imprévue, bien qu'arrivée au terme d'une carrière si longue et si brillamment parcourue, Récamier, parvenu à l'âge de 78 ans, et ayant conservé jusqu'à la tombe la plénitude et toute l'énergie de son intelligence, ou pourrait presque dire toute l'activité de ses jeunes années, Récamier, dis-je, s'entretenait avec un de ses plus anciens élèves et amis, monté depuis longtemps au rang des maîtres, le professeur Cruveilhier, et après avoir disserté avec lui le cas obscur et épineux d'une malade confiée à leurs soins, l'engageait paternellement à prendre du repos et à ménager sa santé. Une heure était à peine écoulée, et cet homme, si vivant et si animé, n'était plus qu'un cadavre. « Mon Dieu, s'écriait-il tout à coup, ayez pitié de moi! » et il succombait à une apoplexie pulmonaire.

» La mort subite est sans doute, dans beaucoup de cas, un châtiment terrible. Un chrétien doit toujours la redouter, et l'une des plus habituelles et des plus ferventes prières est de demander à Dieu d'en être préservé lui et ses proches. Mais en pareil cas, on peut, sans trop de témérité, la regarder comme une récompense. C'est le dernier remercîment d'une vie pleines de bonnes œuvres. »

— M. le docteur Ricord vient d'être nommé chevalier de l'ordre Léopold. Tous les médecins français et belges ratifieront cette décoration; il serait difficile de présenter plus de titres à cette marque de distinction que ne le fait l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi de Paris. Qu'il daigne en recevoir ici nos félicitations sincères.

M. Desmarres, ophthalmologiste à Paris, vient également d'être nommé chevalier de l'ordre Léopold.

— M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, médecin de l'administration du mont-de-piété, vient d'être nommé médecin adjoint de la maison d'arrêt cellulaire de Mazas.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION.

Nous avons annoncé dans le dernier numéro une lettre de M. H. Carnot. Le lecteur en aura aisément deviné le sujet. Notre honorable correspondant apporte un nouveau document à l'appui de l'idée qu'il poursuit avec tant d'insistance, depuis longues années, touchant l'influence de la vaccine sur la population. Malgré les assauts souvent donnés à cette opinion que l'introduction de la vaccine en France aurait fait baisser le chiffre de la population, on la reproduit avec plus d'assurance que jamais dans la presse et devant les Académies. Un médecin qui s'en est fait le champion avoué, M. Bayard, y consacrait récemment un article dans un journal de médecine de Paris ; nous pouvons dire enfin qu'elle n'est pas sans éveiller de vagues sympathies dans l'esprit de quelques savants et qu'elle pénètre déjà dans les populations. C'en est assez de ce crédit naissant, joint à la gravité des questions d'hygiène et d'économie sociale qui peuvent en être affectées, pour mériter à la doctrine de M. Carnot une attention particulière. Bon gré, mal gré, il faut compter avec elle.

Cette doctrine, nous ne nous proposons pas ici de l'attaquer formellement, encore moins de la défendre. Pour en venir à une démonstration formelle dans un sens ou dans l'autre, il faudrait étendre de beaucoup le cercle où la discussion s'est jusqu'ici maintenue, et ce serait un livre à écrire. Nous n'entendons recourir qu'au procédé le moins rigoureux dont la presse puisse user à l'égard d'une opinion nouvelle, c'est-à-dire, toute réserve faite sur sa valeur intrinsèque, examiner si les arguments qu'elle invoque suffisent à lui donner droit de cité dans la science.

L'opinion de M. Carnot, de M. Bayard et de leurs adhérents peut se dédoubler. Ces messieurs soutiennent d'abord que la vaccine a eu pour résultat d'élever d'une manière générale le chiffre de la mortalité dans la population virile. Puis, descendant à l'interprétation du phénomène, ils affirment que la variole externe supprimée dans l'enfance, *contre le vœu de la nature*, est suppléée, à un âge plus avancé, par la *variole interne* ou fièvre typhoïde, plus souvent mortelle que la première ; que par conséquent la vaccine a pour résultat de faire fleurir une population encore inutile à la société, consommant sans produire, et de décimer une population *féconde*, produisant au delà de sa consommation. De là abaissement du chiffre de la population virile : d'abord par l'effet direct d'une mortalité plus grande, et d'un déchet dans le nombre des naissances ; puis, indirectement, par suite de la diminution du bien-être général.

Le grand argument invoqué à l'appui de la première assertion, qui est l'assertion capitale, est celui-ci : La mortalité de la population féconde a augmenté depuis l'introduction de la vaccine. De 1816 à 1823, sur 176,842 décès enregistrés à l'état civil de Paris, 42 237 — soit 24 pour 100 — avaient eu lieu de 15 à 45 ans ; dans une période égale, du 1er janvier 1840 au 31 décembre 1847, ayant fourni 221,540 décès, la proportion s'est élevée à 31 pour 100. M. Carnot, qu'on le remarque bien, ne conteste pas que la vie probable de l'enfant nouveau-né n'ait été allongée par la vaccine ; bien au contraire, il fixe lui-même l'allongement à une dizaine d'années, mais il veut que ce bénéfice soit tristement acheté par le raccourcissement de l'âge probable de l'homme adulte.

C'est un argument du même genre qui forme la substance de la lettre que nous rappelions en commençant. M. Carnot a découvert dans un livre publié par Peuchet en 1805, sous le titre de STATISTIQUE ÉLÉMENTAIRE DE LA FRANCE, cette phrase : « En Europe, dans les hôpitaux militaires, le nombre des morts est à celui des malades qui y sont traités comme 1 est à 23. » Or, ajoute-t-il, dans nos hôpitaux militaires aujourd'hui, « le nombre des morts est à celui des malades comme 1 est à 11. » La population des hôpitaux militaires étant précisément dans l'âge de la fécondité, on comprend de suite le secours que pourrait apporter un tel fait à l'opinion de M. Carnot.

Essayant enfin quelques vérifications particulières du fait général qu'il croit avoir établi, il s'est plusieurs fois prévalu de cette donnée statistique, qui paraît très-réelle, que la population augmente graduellement dans certains départements, tels que l'Aveyron, où la vaccine n'a jamais pu fleurir, et diminue, au contraire, dans d'autres départements où la vaccine a reçu l'accueil le plus favorable, la Côte-d'Or, par exemple.

En ce qui concerne les *compensations* de la variole, l'auteur a quelquefois essayé de se montrer précis, sentant bien que l'augmentation de la mortalité dans l'âge viril et fécond serait plus volontiers rapportée à l'usage de la vaccine, si l'on pouvait montrer que cet excès de mortalité concorde avec une plus grande fréquence de certaines affections plus ou moins analogues à la variole. Mais le défaut de notions médicales l'a entraîné à des méprises que nous avons eu, dans le temps, occasion de relever. Le fond de l'idée était sans doute que la fièvre typhoïde se substitue à la petite vérole ; mais on avait cru pouvoir faire entrer en ligne de compte, à côté de la vraie fièvre typhoïde, des affections qui s'en éloignent beaucoup et, de plus, fort différentes entre elles, telles que la diarrhée, la fièvre muqueuse, voire même la rougeole sous prétexte de *gastrite*. Pour l'interprétation des causes de mortalité, mieux vaut consulter M. Bayard, qui, en sa qualité de médecin, entend mieux les choses dont il parle. Or M. Bayard affirme clairement la substitution d'une *petite vérole interne*, autrement dit du typhus, à la petite vérole ordinaire. Se fondant sur un tableau de mortalité emprunté à l'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES, et où le chiffre 235,000 est donné comme exprimant les décès *par variole interne et externe* dans toute la France, il croit pouvoir en rapporter 102,000 environ à la variole interne : ce sont pour lui 102,000 individus qui n'ont eu la variole externe que parce qu'on avait supprimé l'interne pendant l'enfance.

M. Bayard apporte encore dans la question un élément qui lui appartient plus spécialement. Il range au nombre des compensations fréquentes de la variole de l'enfance, quoi ? La variole de l'adulte. Il se plaît à rapporter des exemples d'épidémie variolique sévissant dans des départements où la vaccine est en honneur, la Haute-Marne, la Dordogne, et, suivant lui, choisissant principalement ses victimes parmi les vaccinés adultes. Pour montrer que le nombre des décès par suite de variole, en France, malgré la vaccine, est plus considérable qu'on ne le croit communément (M. Bousquet le portait, dans son rapport de 1851, à 3 648), voici comment il s'y prend. Ne pouvant obtenir le chiffre total des départements, puisque vingt-quatre d'entre eux n'ont pas envoyé leurs résultats, il choisit sa base de calculs dans la ville de Paris. D'après l'ANNUAIRE, la moyenne annuelle des décès par variole, à Paris, est de 400 environ. Elle suppose environ 2,000 personnes atteintes de variole pour 1,000,000 d'habitants. Au moyen d'une proportion, on trouve que la mortalité par variole, pour la France entière, est de 15,000.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA THÉORIE DES ESPRITS ET DES AMES ORGANIQUES, EN PHYSIOLOGIE.

Lettres adressées à M. le docteur Gosselin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24, 25 et 26.)

Ici finit la tâche que je m'étais imposée. Arrivé au terme de cette histoire, j'ai peur de m'y être complu avec faiblesse, à l'exemple des antiquaires qui décrivent avec un soin inutile les vieilles choses qu'ils aiment. Et je vous avoue, mon ami, que j'éprouve le besoin de vous dire un dernier mot pour me justifier. Ne redoutez pas que je coure après la philosophie de mon sujet. Je veux voir simplement quelle chose était au fond comprise sous les noms des esprits et des âmes, car il n'est pas possible que l'on ait disserté pendant des siècles sur des mots qui n'ont rien signifié. Cet examen serait grave, si je voulais m'y étendre, et toucherait au difficile problème de la vie. Je ne m'y aventurerai qu'un peu, et juste ce qui sera nécessaire pour répondre à cette question que vous-même, sans doute, m'adresserez tout le premier : quelle conclusion ressort de l'histoire que j'ai entreprise ?

On peut en faire sortir trois conclusions que je déduirai successivement.

I. — La première pensée que l'on a eue pour expliquer la vie a été de créer des principes dirigeants, chargés d'accomplir les phénomènes qui se passent dans les êtres organisés. Quel qu'ait été le nombre des âmes, quelle qu'ait été leur nature, elles agissent d'après un plan, avec l'intention et à la manière d'individus qui seraient présents dans les corps. Même ceux qui les supposent composées d'une matière faite de feu, d'air, de flamme ou d'un élément, leur reconnaissent une sorte d'existence individuelle et un pouvoir dirigeant. Ce que l'on accorde seulement, c'est qu'elles ne sont pas sans le corps et ne sont pas distinctes de lui. (Aristote.)

A cette première pensée s'ajouta, à partir de Galien, la nécessité d'agents plus mêlés et plus incorporés aux organes. Ce sont les esprits qui marquent un second pas dans le progrès des conceptions, car ils sont matériels quoique composés d'une matière subtile, et ils commencent à s'identifier à l'organisation, qui même concourt à les former avec l'aide du cerveau et du sang. Dans ce second système, les âmes ont toujours la direction de la vie, et les esprits interviennent comme les instruments des âmes, mais comme des instruments nécessaires. L'influence de la partie organique commence et se juxtapose à l'influence purement métaphysique.

Cette association des âmes et des esprits se maintint pendant des siècles, et desservit toutes les explications physiologiques jusqu'à l'ouverture du siècle où nous sommes. Les unes et les autres régnèrent ensemble, avec un consentement apparent mutuel, et la vie semblait convenablement assise sur leur union ; mais le travail du temps favorisait insensiblement les seconds aux dépens des pre-

Tels sont très-scrupuleusement les arguments principaux des adversaires de la vaccine. Est-il possible de s'en contenter? Très-sincèrement nous n'en croyons rien. Ils sont assurément de nature à éveiller l'attention, à provoquer un examen sérieux, mais non à porter immédiatement la conviction dans les esprits. Voici particulièrement les doutes dont on ne peut se défendre.

Il est connu depuis longtemps que l'âge de la fécondité est aussi celui de la grande mortalité. Des relevés, soit d'une date antérieure à la vaccine, soit d'une époque où la vaccine n'avait pas encore eu le temps de réaliser les tristes effets dénoncés par MM. Carnot et Bayard, constate que la mortalité est à son *minimum*, en France, à 11 ans; qu'elle s'accroît ensuite graduellement et reste à un chiffre très-élevé entre 20 et 30 ans, entre 30 et 40. Le point délicat est donc de prouver que cette prédilection de la mort pour l'âge viril est devenue plus forte depuis l'introduction de la vaccine. Or, aux calculs de ces statisticiens, on oppose ceux de M. Ch. Dupin. M. Dupin a comparé, sous le rapport de la mortalité entre 20 et 28 ans, les tables de Duvillard remontant à 1786, et celles de M. Demonferraud, comprenant une période de quinze ans, de 1817 à 1831; et il a trouvé que le chiffre de la mortalité, loin de s'être élevé, s'est abaissé de 14 pour 100. On se plaint, il est vrai, de ce qu'on n'ait pas fait porter le calcul sur une époque plus rapprochée de nous; et nous croyons que, en effet, une moyenne prise dans la période de 1817 à 1831 n'est pas susceptible de traduire très-exactement les méfaits de la vaccine, si elle en a commis. Toutefois, M. Carnot se trompe en disant que le milieu de la période comprise dans la statistique de M. Dupin correspond à l'année 1824 : il en est bien ainsi dans la table de M. Demonferrand, qui commence à l'année 1817 et finit à l'année 1831; mais comme la vaccine n'a été introduite en France qu'en 1800, M. Dupin, qui voulait connaître l'influence qu'elle pouvait avoir exercée sur la mortalité de sujets âgés de 20 à 28 ans, n'a pu utiliser la table de M. Demonferrand qu'à partir de 1820 ou 1821. Par conséquent, le milieu de la période qu'il lui a fallu étudier doit correspondre à 1826. De plus, son calcul ne révèle pas seulement un défaut d'augmentation de la mortalité depuis la vaccine, mais positivement une diminution, et une diminution notable. On conviendra que cela est assez singulier dans l'hypothèse de M. Carnot, qui pourtant ne conteste pas les chiffres, mais se plaint seulement de la période choisie. Et si vraiment le choix de la période influe seul sur le résultat, si le calcul est bon, c'est alors envers les chiffres de M. Carnot, si différents des précédents, qu'on se sent pris de défiance; car comment concevoir que la vaccine, après plus de vingt ans, prolonge autant la vie moyenne des personnes âgées de 20 à 28 ans, et que, dans la période de 1840 à 1847, la mortalité à cet âge se soit accrue de plus d'un quart? L'année moyenne de M. Dupin, avons-nous dit, est 1826; celle de M. Carnot est de 1844; ce serait donc en dix-huit ans qu'aurait eu lieu cette effrayante augmentation ! — Ce n'est pas tout encore. Les calculs de M. Dupin portent exclusivement sur les jeunes gens tributaires du service militaire; la mortalité de ces jeunes gens, on vient de le voir, allait en diminuant dans la période de 1817 à 1831, et voilà que, d'après la nouvelle lettre de M. Carnot, la mortalité des hôpitaux militaires aurait *plus que doublé* depuis 1805 ! Évidemment, ce sont là des statistiques inconciliables; il y a eu erreur d'un côté ou de l'autre. Pour ce qui concerne l'armée, l'erreur est-elle de M. Carnot, ou du livre où il a puisé son terme de comparaison? M. Carnot porte à 1 sur 11 la mortalité des hôpitaux militaires; nous ne savons d'où il a tiré cette donnée statistique, mais nous constatons que la mortalité de l'armée en France (non compris l'Algérie), c'est-à-dire des soldats traités dans les hôpitaux (car les soldats ne meurent d'affections internes que dans les hôpitaux), est portée par M. Boudin à 18,6 sur 1,000, c'est-à-dire approximativement à 1 sur 55. Et la moyenne est prise d'une époque toute récente, de 1842 à 1846. Rien non plus ne garantit l'authenticité des statistiques fournies par Peuchet, de sorte qu'il ne reste, après ce laborieux échafaudage de chiffres, qu'embarras et perplexité.

La population, dit-on, augmente dans certains départements où la vaccine pénètre à peine; elle diminue dans d'autres où la vaccine est bien accueillie. Soit; mais d'abord dans combien d'endroits a-t-on constaté ce résultat? On cite deux départements. S'il n'y en a pas d'autre, ce n'est pas de quoi prêter grand appui aux adversaires de la vaccine; il y aurait bien plutôt lieu de s'étonner que la dépopulation ne fût pas plus générale; car la vaccine n'est repoussée ou négligée que dans un petit nombre de localités. Qu'arrive-t-il du mouvement de la population dans les quatre-vingt-six départements de France? Dans quels rapports se trouve-t-il avec les destinées de la vaccine? Voilà ce qu'il faudrait rechercher si l'on voulait arriver à quelque chose d'un peu positif; mais il n'y a rien à tirer de deux exemples isolés et d'une si petite échelle. La population, c'est produit net de l'éternelle balance des décès et des naissances. Combien de causes en dehors de la vaccine peuvent augmenter ou diminuer le nombre des décès, le nombre des mariages, le nombre des naissances ! Accuser de plein saut, sans autre informé, la vaccine du déchet de la population dans quelques points isolés de la France, ce n'est pas apporter, en de si graves matières, la rigueur qu'il faudrait, et l'on va voir à quoi l'on s'expose. C'est dans la Côte-d'Or, on se le rappelle, qu'a été constatée la dépopulation croissante. M. Bousquet a cité dans son rapport de 1850 de curieuses recherches d'un médecin de Dijon, M. le docteur Noirot, desquelles il résulte que cette dépopulation remonte tout au moins au milieu du dix-septième siècle, c'est-à-dire à une époque de beaucoup antérieure à la vaccine. Quelle en est la cause? C'est une autre question dont nous n'avons pas à nous préoccuper ici. Toujours est-il que la vaccine est parfaitement innocente d'un résultat qui l'a précédée de plus de cinquante ans.

M. Bayard est-il plus positif? Voyons. Le dépouillement de la correspondance de 82 départements donne à M. Bousquet 3,648 cas de mort par variole; 24 départements n'avaient pas envoyé de documents. Que fait M. Bayard? Après avoir signalé dans cette lacune un motif d'infirmation à l'égard des résultats constatés, il fait abstraction, lui, — expédient assez étrange — de 85 départements sur 86; il choisit un seul département, nous nous trompons, une seule ville, Paris, et du résultat auquel il arrive il tire une règle absolue qu'il applique à toute la France. Il obtient ainsi 15,000 décès. A cela il n'y a rien à dire, la discussion portant sur des faits connus et non sur des supputations hypothétiques; il n'y a rien à dire, si ce n'est pourtant qu'il est assez singulier que 62 départements ne fournissent qu'un chiffre de 3.648, et que 24 départements de plus portent le chiffre à 15,000. Même arbitraire relativement aux *compensations* de la variole. On est libre de voir des *varioles internes* dans toutes les affections qui ne sont pas ostensiblement des pneumonies ou des apoplexies; mais une difficulté passablement épineuse se présente à qui veut savoir si les affections graves du tube digestif sont plus fréquentes qu'autrefois; c'est qu'on manque de terme de comparaison. On ne sait pas quel était le degré de fréquence de ces affections avant la découverte de la vaccine. Les tableaux

---

mières. Des raisons théologiques d'abord mirent du désordre dans les âmes, en voulant établir entre elles une hiérarchie, et séparer celle de l'intelligence. Les âmes de la vie, devenues corporelles et périssables (Willis), tandis que celle de la raison seule restait spirituelle et immortelle, perdaient de leur prestige et se rapprochaient des esprits organiques. Ceux-ci en même temps devenaient plus habiles et, par leur pouvoir accru, se préparaient à combler le vide laissé par leurs rivales. Longtemps ensevelis sous le fatras d'une physique ignorante et d'une chimie impure, par cela même qu'ils étaient mêlés et confondus avec l'organisation, l'avenir ne leur était point fermé, et ils étaient susceptibles de se modifier, en s'améliorant, à mesure que les notions anatomiques deviendraient plus nettes et plus précises. Les âmes qui avaient été créées par la métaphysique furent ébranlées par elles, et d'échec en échec, réduites de nombre et d'importance, elles ne conservèrent plus qu'une existence nominale. J'ai pris soin de raconter les phases successives de leur décroissance, et si j'ai mêlé à leur histoire un peu des luttes de la philosophie, c'est que j'ai été séduit par la grandeur du spectacle, et que je n'ai pu être indifférent devant des efforts de génie qu'il faut respecter, même lorsqu'ils ne conduisent pas à la vérité. Les esprits quoique moins superbes que les âmes, moins estimés peut être dans l'entreprise que l'on avait d'expliquer la vie, abandonnés à toutes les fantaisies les plus étranges, se sauvèrent par l'obligation où ils furent de s'accommoder aux idées anatomiques, et une fois réfugiés et cantonnés dans le système nerveux, ils se maintinrent jusqu'à ce qu'un nouveau nom leur fût donné.

Telle est ma première conclusion : instabilité, amoindrissement, abandon graduel et presque complet des agents métaphysiques, les âmes; persistance des agents de second ordre, les esprits, qui, épurés et confondus avec l'organisme, existent jusqu'après Haller, sous la dénomination de fluide nerveux.

II. — Lorsque les âmes eurent perdu leur empire vers la fin du dix-huitième siècle, Barthez voulant prévenir l'anarchie où allaient tomber les actions vitales ainsi décapitées, remplaça l'ancien pouvoir par un pouvoir nouveau, le *principe vital*. On put croire d'abord que ce principe était une chose nouvelle. Barthez entoure son origine de précautions habiles. Il répudie les anciennes âmes; il évite de dire que son principe a une existence indépendante du corps, et déclare que sur ce point la science veut que l'on reste dans le doute. J'ajoute de suite, et je me plais à le faire remarquer, qu'il était sincère. Mais Aristote reconnaît lui-même que l'âme de la vie est inséparable du corps (voir ma première lettre). Entre la doctrine de Barthez et celle d'Aristote, la différence est seulement dans le nombre des principes, si l'on veut soutenir, ce qui est douteux pour moi (je l'ai indiqué en note), que le philosophe grec a admis plusieurs âmes. La pensée définitive est identique. Le principe de Barthez dirige et gouverne, et il a sous ses ordres les propriétés, qui accomplissent et exécutent les fonctions, comme autrefois les esprits étaient les instruments des âmes. Ce principe est donc une des anciennes âmes, mais une âme épurée, circonscrite avec une grande sagacité, et telle évidemment qu'elle existe s'il y en a une pour la vie.

Ce point établi, et il était facile de l'établir, je vais montrer avec un peu plus d'effort, mais non moins exactement, que les propriétés organiques ou vitales dérivent des esprits. Les *vitaux* comprenaient la tonicité, le mouvement tonique, ce que Sthal appelait *ratio formalis*, ce que Blumenbach a nommé depuis *nisus formativus*. Les esprits *fixes* correspondaient à autant de propriétés par-

statistiques qu'on a voulu produire sur cette question nous ont toujours paru ne mériter que peu de confiance; nous n'en accusons pas les auteurs; ce sont les éléments qui ont manqué. Il est bon d'ailleurs de rappeler que ce n'est pas seulement dans la fièvre typhoïde ni dans les maladies abdominales que certains auteurs voient un châtiment pour les vaccinés. On a fait le même honneur au croup, au rhumatisme, à la phthisie, au rachitisme, aux scrofules, aux maladies de la peau, au choléra, etc., etc. Et l'on imagine quelle carrière pourrait se donner la statistique dans un champ si vaste et si élastique. Une seule maladie bien déterminée étant mise en cause, il y aurait encore chance peut-être d'arriver à quelque résultat approximatif, mais on ne pourrait que se perdre dans cet inextricable labyrinthe.

Enfin, affirmer, avec M. Bayard, que les épidémies de variole frappent surtout les vaccinés et les frappent plus vigoureusement *que s'ils ne portaient pas le timbre de Jenner*, c'est infliger aux notions établies une telle torture, c'est donner aux nombreuses relations d'épidémies varioliques qu'enregistre la presse un tel démenti, qu'on ne peut que se taire dans l'étonnement. Il est acquis depuis longtemps que la variole qui atteint les sujets adultes *non vaccinés* a un caractère spécial de gravité qu'elle n'a pas chez les autres. Et quant au défaut d'immunité chez certains adultes vaccinés dès leur enfance, il n'y a jusqu'ici d'autre induction à en tirer que l'épuisement de la vertu préservatrice, et d'autre conséquence pratique que la revaccination.

On le voit, les adversaires de la vaccine sont loin, bien loin, d'avoir édifié leur doctrine sur des bases solides. Pour dire toute notre pensée, nous doutons, la doctrine fût-elle vraie, qu'elle trouve jamais un appui suffisant dans la statistique. Même quand elle travaille sur des éléments connus, la statistique n'est pas exempte, on l'a pu voir, de contradictions, parce que la combinaison des éléments, le groupement des chiffres, peuvent varier comme la logique ou la perspicacité des hommes. C'est bien pis encore quand il s'agit de dégager du milieu d'éléments nombreux, compliqués, divers comme les temps et les lieux, souvent livrés à un pur hasard, de dégager, disons-nous, un seul élément pour en déterminer l'influence spéciale dans le mouvement de la population. Nous croyons, et nous l'avons déjà dit quelque part, qu'on tirerait plus de lumière, dans l'espèce, d'observations particulières, mais nombreuses et bien précises, que de toute cette arithmétique. La fièvre typhoïde, qui a en effet de si grandes analogies avec la variole, est signalée surtout comme une funeste compensation de cette maladie. Eh bien! si, par l'intermédiaire des correspondants de l'Académie, l'on voulait embrasser une bonne partie de la France dans une enquête, il ne faudrait pas beaucoup de temps pour savoir si la fièvre typhoïde attaque plus souvent les individus vaccinés que ceux qui ne le sont pas. Il y a des départements où la vaccine est presque repoussée; ce serait un excellent terrain d'observations. Supposez qu'il devienne constant que la fièvre typhoïde se prend indifféremment aux uns et aux autres, ou même plus fréquemment aux non vaccinés, ce simple résultat pèserait dans la balance d'un poids décisif. Nous recommandons cette idée à MM. Carnot et Bayard; nous la recommanderions volontiers à l'Académie.

A. Dechambre.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE; par les docteurs Bouley, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et Caillault, ex-interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. La gangrène de la bouche observée par tous les auteurs est exactement la même maladie que celle que nous venons de décrire, avec cette différence capitale toutefois que, dans la gangrène noire, la rapidité et l'intensité du mal sont véritablement foudroyantes. Ainsi, tandis que dans la forme phagédénique ulcéreuse précédente, des lésions considérables sont souvent longues à se produire, si parfois elles se montrent rapides, rarement cependant elles convertissent les tissus en escarres appréciables. Au contraire, dans la gangrène à marche suraiguë, le caractère principal est de convertir les tissus en escarres noires et solides presque aussitôt l'invasion de la maladie. Il est facile de voir l'identité profonde qui existe entre ces deux formes; souvent il arrive que chez un même enfant on peut les rencontrer se confondant simultanément. D'ailleurs, dans la gangrène noire à marche suraiguë, on retrouve, disparaissant promptement il est vrai, tous les caractères qui se montrent lentement avec la plus grande évidence dans la forme ulcéreuse phagédénique. Seulement la rapidité de l'allure dans la forme aiguë a fait méconnaître le mode d'envahissement qui est ici le même que dans la gangrène ulcéreuse.

La gangrène de la bouche proprement dite des auteurs débute toujours soit par une ulcération qui occupe le liséré des gencives, soit par une rainure siégeant au fond du repli gengivo-buccal, soit enfin par une ulcération de la face interne des joues ou des lèvres. Jamais du moins nous n'en avons rencontré ayant eu leur point de départ dans l'épaisseur des parties molles comme l'ont avancé plusieurs auteurs. Quel que soit le lieu où la maladie commence, il existe constamment une ulcération dont le caractère propre est d'envahir rapidement de proche en proche les tissus voisins. Cette surface est toujours à son origine d'un gris sanieux, sordide, plus ou moins rougeâtre, selon la quantité de sang qu'elle laisse exhaler; en un mot, elle est semblable en tout aux ulcérations buccales précédemment décrites lorsqu'elle tend à leur période envahissante.

Puis après un temps qui varie suivant l'état général, la gangrène de la bouche, qui jusqu'alors ressemble exactement à ce que nous avons décrit plus haut, revêt sa forme et son allure spéciales. Ainsi l'ulcération précédée d'un œdème diffus s'agrandit rapidement; si elle a commencé par les gencives, elle gagne aussitôt le fond du repli gengivo-buccal, suit le périoste d'une part et de l'autre la muqueuse de la joue. Cette dernière est convertie en putrilage lamelleux ou fibrillaire. La joue devient à l'intérieur œdémateuse, luisante, rougit sur le point culminant qui ne tarde pas à se convertir en une escarre noire, à forme pareillement arrondie.

La maladie arrivée à ce point qu'elle est ainsi extérieure a ordinairement accompli les plus grands désordres dans la cavité buccale. Ainsi les dents incisives déchaussées sont tombées d'elles-mêmes; les molaires

---

ticulières. « Il y a, dit Paré, autant de ces esprits fixes que de parties similaires, » et chacune a le sien. L'esprit qui est en l'os n'est pas celui du nerf, ni celui » du nerf des veines. » N'est-ce pas là l'équivalent de nos idées actuelles sur les tissus? A la fin du dix-huitième siècle encore, lorsque les esprits eux-mêmes, réduits aux seuls animaux, compromis par les écarts d'une chimie grossière, étaient ramenés par la critique admirable de Haller à n'être plus que le fluide nerveux, ne se transformaient-ils pas en les deux propriétés de la sensibilité et de l'irritabilité ou contractilité? Un pas de plus, et la fusion se faisait sans bruit. Glisson avait entrevu une propriété organique. Haller venait de mettre dans un grand relief les deux principales et les plus évidentes. On s'attacha à ce mot de *propriétés*, qui obtint désormais la faveur générale, et servit à désigner ce que prétendaient désigner les esprits.

Si l'on voulait une preuve historique de cette transformation, il est facile de la fournir. Tout le long de mes recherches, j'ai marqué les empiétements des esprits sur les âmes; j'ai montré comment celles-ci perdent de leur importance, et s'effacent devant les esprits qui s'ingénient par mille ressources à les remplacer, jusqu'au jour où Barthez relève le sceptre abattu de l'animisme. Or les propriétés se sont comportées de la même manière. De simples instruments subordonnés au principe vital, qu'elles sont d'abord dans la théorie du célèbre médecin de Montpellier, elles deviennent chez Bordeu, et chez Bichat surtout, des agents si habiles, qu'elles suffisent à tout dans l'organisation. Bichat les rend si intelligentes, sous le nom de forces vitales, qu'il n'a plus besoin du principe vital et qu'il s'en passe en effet. De nos jours enfin, avec quelles armes s'élève-t-on contre la doctrine de Barthez? N'est-ce pas en faisant valoir les propriétés organiques ou vitales, qui semblent suffire à expliquer la vie?

Ainsi donc, tout confirme dans cette pensée, que les anciens esprits étaient l'équivalent de nos modernes propriétés. Si, au point de vue analytique, les deux systèmes semblent méconnaissables, ils se proposent le même but et tendent vers la même fin. Si le premier est obscur, rempli d'imperfections, le second net et savant, cela tient à la différence des notions anatomiques acquises aux deux époques. La précision introduite dans la théorie des propriétés ne date que de la création de l'anatomie générale.

Par conséquent, les âmes de la vie se sont réfugiées dans le principe vital; les esprits sont représentés par nos propriétés vitales ou organiques.

III. — Me voici arrivé à ma conclusion dernière, qui est aussi la plus difficile à formuler, mais elle est trop importante pour que je l'élude. Je l'aborde en m'appuyant toujours sur l'histoire, qui est mon guide. — Quel avenir est réservé au principe vital? Il succombera comme ont succombé les âmes dont il a pris la place. Il est trop au-dessus et trop loin des organes pour se maintenir. Par cela même qu'il est un *principe*, c'est-à-dire le chef ou la source de la vie, il a le caractère d'un être métaphysique, et se comporte comme une individualité qui réclame l'indépendance, malgré les dénégations qu'on oppose à cette fin. Or ce n'est pas inutilement que la science a marché, chassant devant elle toutes les causes occultes autrefois employées en physique et en histoire naturelle. A chaque nouveau pas qu'elle fait, et à mesure qu'elle voit plus clair dans son domaine, elle met les seules propriétés là où, au premier abord, elle aurait pu invoquer la vertu d'un principe. Lorsqu'une goutte d'un poison très-énergique est introduite dans le tissu cellulaire, et qu'emportée par le torrent circulatoire, elle

seules peuvent persister ; mais dans ce cas elles restent fichées dans les alvéoles par la légère divergence de leur racine. Les os maxillaires sont mis à nu et bientôt nécrosés.

C'est au moment où cette forme de gangrène a détruit tous les tissus soustraits à la vue et où elle procède alors pour ainsi dire à découvert, qu'on peut apprécier de nouveau son identité de marche et de nature avec la gangrène phagédénique asthénique.

Lorsqu'il existe, par exemple, une escarre noire et gangréneuse sur l'une des joues, il est facile d'étudier comment ces désordres s'accomplissent. Voici en peu de mots ce qui se passe : autour de l'escarre arrondie dont nous nous occuperons plus loin, on trouve deux zones très-remarquables : la première, en allant du centre à la circonférence, est constituée par une ligne de 5 à 6 millim. de largeur qui circonscrit exactement l'escarre. Cette ligne très-régulière est grise, finement grenue, elle saigne facilement, et jamais elle n'offre d'apparence pelliculaire. La seconde zone est constituée par un œdème diffus qui s'étend plus ou moins loin, selon les tissus qu'il rencontre. La peau aux limites de cet œdème est habituellement décolorée, tandis qu'au voisinage de la zone grise elle est quelquefois d'une légère teinte rouge et même parfois érysipélateuse.

Quand la maladie marche rapidement, une observation de quelques heures suffit pour démontrer que la ligne grise, que nous appellerons désormais phagédénique, s'avance par sa grande circonférence sur la zone œdémateuse, tandis qu'elle se convertit par derrière en escarre noire, celle-ci par conséquent s'agrandit d'autant sans aucune transition. Et de même que nous avons vu pour la gangrène asthénique les bords des ulcères s'avancer en laissant derrière eux le détritus sanieux caractéristique, de même ici nous retrouvons la zone grise s'avançant sur les tissus, laissant derrière elle des escarres noires et gangréneuses. Ces escarres intéressent toujours toute l'épaisseur de la peau ; elles offrent quelquefois une telle sécheresse qu'elles sont véritablement comme momifiées ; en les frappant légèrement avec l'ongle ou le manche d'un bistouri, elles résonnent comme un morceau de bois. Si le malade résiste longtemps, il peut se faire qu'elles se ramollissent sur place et qu'elles tombent en déliquium. Alors il arrive que l'enfant arrache lui-même ces horribles lambeaux infects. Il n'est pas très-rare de rencontrer des exemples d'escarres semblables ayant envahi la moitié et même les deux tiers de la face. Presque toujours ces sortes d'escarres noires volumineuses se montrent de préférence au visage ; peut être ce fait est-il dû à ce que le derme est envahi à la fois par continuité et par sa face profonde ? Toujours est-il que les escarres du tissu muqueux buccal n'offrent jamais cette solidité et cet aspect remarquable. Nous n'insisterons pas davantage sur cette forme de gangrène qui se trouve parfaitement décrite dans la plupart des traités des maladies de l'enfance.

ROUGEOLE, GANGRÈNE PHAGÉDÉNIQUE SURAIGUË (GANGRÈNE DE LA BOUCHE).

OBS. II. — Marie Lemarque, âgée de 6 ans. Entrée le 20 mars 1851, au n° 25, salle Saint-Catherine. Les renseignements donnés par les parents qui apportèrent cette malade furent que l'enfant, habituellement bien portante, avait été prise, il y a environ vingt jours, de fièvre vive, et qu'un médecin l'avait traitée pour une *rougeole compliquée de fièvre typhoïde*. Depuis cette époque, elle n'avait pas quitté le lit. Il y a trois jours, on s'était aperçu qu'elle portait une ulcération buccale. A l'examen de cette malade, on constate l'état suivant : maigreur peu prononcée, conformation régulière, macules rubéoliques sur le cou et les membres. La joue droite est de la grosseur d'une petite orange, les paupières du même côté sont œdémateuses et l'œil à demi-clos. La moitié droite de la lèvre supérieure est très-saillante et comme allongée.

La coloration est d'un rouge violacé au centre de la joue, tandis que le reste du visage est d'une pâleur livide remarquable.

En même temps que la coloration violacée, le centre de la peau offre une tension qui donne un aspect lisse et fin de toute cette région, et cela surtout très-prononcé au point culminant de la tuméfaction. Si on explore en palpant, on sent, à la base de cette tumeur, un œdème dur, résistant, douloureux à la pression. Le centre, au contraire, est légèrement flasque, comme si la paroi jugale, dans ce point, avait en partie perdu son épaisseur. La partie gonflée de la lèvre est dure, œdémateuse, de la première espèce d'allongement artificiel, qui est dû à deux causes : 1° à son redressement par l'épaisseur de son volume ; 2° par la grande distension de la peau et de la muqueuse. Si on explore la bouche, on trouve presque toute la muqueuse colorée par un sang noir qui s'écoule d'une énorme ulcération sanieuse, d'une couleur rouge noirâtre, ayant déjà mis à nu le maxillaire supérieur au niveau des premières molaires et de la canine droite, dans toute la hauteur du tissu gingival. Le fond de la cloison gingivo labiale est détruit ; l'ulcération paraît s'être propagée en haut de ce côté, en même temps qu'elle a suivi la muqueuse de la joue sur laquelle se voit une surface grise noirâtre pleine de détritus ensanglanté, ce qui altère la couleur naturellement grise de ces escarres, comme on s'en assure en raclant légèrement un point quelconque de cette surface. A la voûte palatine, la gangrène s'est propagée des gencives au tissu fibro-muqueux du palais, et en allant de droite à gauche, elle a dépassé la ligne médiane.

Les limites de la gangrène décrivent sur la voûte palatine une courbe en demi-cercle très-régulière. Dans ce point, il n'existe pas pour ainsi dire d'ulcération, mais toute cette portion du tissu fibro-muqueux est convertie en une escarre d'un blanc jaunâtre rappelant l'amadou ; il n'existe là aucune exsudation plastique, pelliculaire ou autre, ni même encore de détritus gangréneux. Rien aux limites des parties saines et des parties dont nous venons de parler n'indique un travail d'inflammation éliminatrice ou un état précurseur de l'invasion du mal. Si, avec un corps dur, on touche comparativement la moitié saine de la voûte palatine, et la moitié convertie en escarre, on sent manifestement que la densité du tissu a été considérablement diminuée depuis la mortification. Si, surmontant la répugnance qu'inspire le hideux aspect de l'ulcération gangréneuse de la gencive et de la joue, on introduit un doigt explorateur dans cette partie de la bouche, on a la sensation, au milieu d'une exsudation sanglante à demi-concrète, d'une large ulcération à la face interne de la joue à bords durs, saillants et calleux. Sur le maxillaire, on reconnaît sa dénudation et les orifices béants des alvéoles déjà privées de leurs dents.

L'état général est grave ; peau chaude et sèche, pouls à 120, dyspnée assez considérable, les forces conservées, soif ardente, diarrhée verte, muqueuse, très-abondante, sans aucun météorisme du ventre. La percussion donne une matité relative du côté droit, dans ce poumon, l'auscultation démontre un souffle complet dans la moitié inférieure.

Le 21 au matin, le gonflement et le pus avaient fait des progrès ; l'œil de côté était complétement fermé, les escarres de la voûte palatine s'étant légèrement accrues. L'état général était le même. Cautérisation avec l'acide chlorhydrique pur faite dans la journée ; mais depuis le matin, la partie culminante de la joue qui offrait la teinte violacée s'était convertie en une escarre noire, de forme arrondie, de la grandeur environ d'une pièce de 20 centimes. Cette tache existait précisément dans le centre du point qui offrait la mollesse dont nous avions déjà dit quelques mots en parlant de l'œdème dur. La tache est d'un noir bleuâtre, et, à sa périphérie, se trouve une ligne d'environ 2 millimètres de largeur, très-régulière, qui circonscrit exactement cette partie gangrenée.

En dehors de ce liséré, qui tranche par sa couleur grise, se trouve la coloration rouge violacée, comme érysipélateuse, qui existait antérieurement, et enfin, plus en dehors, se voit cette grande zone d'œdème dur, livide et blafard.

Le 22 au matin, la partie gangrenée a atteint les proportions d'une pièce de 2 francs.

que en un instant, rien ne ressemble mieux à l'action d'une chose simple ou d'un principe. Cependant, ce venin est le produit d'un travail complexe qui s'est passé dans les tissus, entre les liquides et les humeurs, de l'animal ou du végétal qui l'a fourni. Cet exemple nous avertit qu'on peut se tromper, en donnant le nom de principe à ce qui est le résultat d'un concours et de forces complexes.

Au contraire, les propriétés resteront toujours, et c'est à les bien connaître, à étudier leur influence et leurs combinaisons, que doivent se tourner les efforts de ceux qui veulent expliquer la vie. Incorporées aux parties organiques auxquelles elles sont inhérentes, le seul danger qui menace leur avenir, est si l'on vient à prouver qu'elles ne sont point différentes des propriétés physiques ou chimiques. Mais, sur ce point, l'enseignement de l'histoire est déjà suffisant, et je ne partage pas les espérances qui se sont produites souvent, et dont se bercent encore des savants estimables. Non, il n'y a pas identité entre les propriétés des êtres qui vivent et celles des êtres qui ne vivent pas. Toutes les tentatives essayées n'ont abouti qu'à marquer une différence, dont il faut s'accommoder, en l'acceptant.

Par conséquent, les propriétés organiques sont d'un ordre particulier, et pour les nommer de leur nom propre, elles sont *vitales*. Par conséquent encore, ceux qui les admettent ainsi sont *vitalistes*. Je vois se dresser des oppositions ou des répugnances devant ce mot terrible, que l'on a tellement compromis et défiguré qu'on lui a fait perdre sa vraie signification. Que de désordre on a jeté dans l'étude de la physiologie et de la médecine, par l'usage mal appliqué des mots *vitalisme*, *animisme*, *organicisme*, auxquels il faut joindre celui d'*anatomisme*, qui vient de se montrer avec un mépris superbe pour ses devanciers. L'impropriété du langage est devenue telle que l'on a confondu le vitalisme avec l'animisme, et que quiconque admet que l'animal ne fléchit pas ses muscles avec « la même loi des mouvements qui fait tomber une pierre, » comme disait Malebranche, est accusé de croire à une âme de la vie. Même les meilleurs esprits n'ont pas su se garantir de la frayeur que cause cette accusation. S'ils disent que les propriétés organiques ne sont pas réductibles en celles de la physique ou de la chimie, ils ajoutent « jusqu'à nouvel ordre, » ou bien, « dans l'état actuel de la science. » Ils n'osent point appeler *vitales* les propriétés organiques. Ils refusent de les regarder comme des *forces*. Ce dernier mot surtout fait peur. Évidemment, nous vivons sous l'empire d'une loi des suspects.

Qu'y a-t-il pourtant au fond et dans la vérité des choses ? Il y a dans les corps vivants des propriétés qui leur sont particulières et qui méritent le nom de *vitales*, au même titre que les propriétés des corps inorganiques sont appelées *physiques*. Ces propriétés vitales sont des forces, au même titre que l'attraction et l'électricité sont des forces. Pourquoi leur refuser leur qualification ? Est-ce que les physiciens vont chercher un détour quand ils veulent désigner leurs propriétés ? Est-ce que, pour nommer l'électricité, ils disent qu'elle est une *propriété inorganique ?* Ils l'appellent propriété électrique et même *force électrique*. Pourquoi aurions-nous plus peur que les physiciens ? Est-ce que les physiologistes prétendraient que la matière est inactive, et faut-il, pour eux, refaire toutes les anciennes discussions de l'école ? ou bien, par une étrange inconséquence, veulent-ils soutenir que la matière organique seule est inerte au sein de la matière générale ? Ayons donc le courage de parler le langage de notre

La ligne grise périphérique limite encore cette escarre; seulement elle a plus de largeur et elle frappe davantage les regards. Par cela même, elle montre mieux sa nature envahissante. La voûte palatine n'a pas changé d'aspect, seulement les escarres se sont un peu accrues.

L'état général est le même; l'enfant demande souvent à boire, elle se met sur son séant pour tâcher d'apaiser sa soif, en prenant son verre plein de liquide, mais la moitié droite de la lèvre est tellement dure et comme calleuse, qu'elle résiste à la pression du vase. La déglutition ne se fait par conséquent qu'avec peine et très-incomplétement, en produisant une sorte de lappement très-étrange.

Le 23, la partie gangrénée a fait des progrès considérables; sa forme a changé, elle n'est plus aussi régulièrement arrondie, elle a fait une sorte de pointe vers la narine correspondante; en même temps la ligne grise périphérique a considérablement élargi, puisqu'elle atteint une largeur d'environ 1 centimètre et demi. Le centre est toujours d'un noir vif, mais les escarres paraissent se ramollir, elles s'épaississent sous la pression du doigt. L'œdème circonvoisin s'est énormément étendu. La moitié droite du front, la région auriculaire, la moitié droite du cou sont envahis. Les zones concentriques sont ici très-tranchées : 1° l'œdème diffus, qui se caractérise de plus en plus à mesure qu'on s'approche du mal en même temps qu'il devient dur et calleux; 2° une zone colorée d'un rouge plus ou moins vif, suivant qu'on l'examine dans les points plus ou moins éloignés de l'ulcération; 3° la zone grise phagédénique; 4° les escarres de couleur noire gangréneuse. La bouche est explorée très-difficilement, à cause de la grosseur œdémateuse des lèvres qui sont envahies par les escarres noires à leur commissure droite. La voûte palatine est réduite, dans sa totalité, en putrilage; les escarres jaunes y sont maintenant en plein ramollissement. Quelques lambeaux mêmes paraissent abandonner le tissu osseux.

L'escarre noire de la joue semble se ramollir également; elle a perdu sa sécheresse.

La zone grise paraît plus humide aux points qui l'unissent à l'escarre noire, et dans certaines parties, il existe même une sorte de séparation commençante qui rappelle le deliquium de la putréfaction. L'état général est, à peu de chose près, le même. La diarrhée et la soif sont aussi intenses. L'odeur gangréneuse est tellement infecte, qu'il est difficile de rester longtemps dans la salle réservée aux gangrènes, et où il a fallu reléguer cette malheureuse enfant, qui sans cesse demande à boire.

Le 24, au matin, les escarres noires n'offrent plus de progrès; elles sont limitées et circonscrites par la ligne grise phagédénique qui se sépare d'elles, et qui seule s'élargit et envahit les tissus nouveaux.

L'état général est des plus graves. Le pouls est filiforme, sueurs visqueuses générales.

Mort survenue le 24 au soir.

Autopsie, etc., etc.

(La suite au prochain numéro.)

SYPHILISATION EXPÉRIMENTALE.

RÉFLEXIONS SUR UNE OBSERVATION DE M. ZELASCHI, INTITULÉE : « SYPHILIS PRIMITIVE ET CONSTITUTIONNELLE CHEZ L'HOMME, GUÉRIE AU MOYEN DE LA SYPHILISATION » ; par M. P. DIDAY.

Aucun fait bien complet, bien détaillé, de syphilisation sur l'homme malade n'a encore été publié. Tout s'est borné jusqu'à présent à des citations sommaires dont le nombre ne saurait remplacer la qualité, et qui, en raison même de leur laconisme, échappaient forcément à la critique sans parvenir pour cela à inspirer plus de confiance.

Cette période fatale à la manifestation de la vérité ne pouvait toujours durer. En attendant la publication promise des succès annoncés par M. Spezino, voici un cas accompli avec l'approbation et l'assistance de ce très-honorable médecin. Ce fait est présenté par son auteur comme offrant l'exemple du pouvoir de la syphilisation contre les accidents primitifs et contre les phénomènes constitutionnels de la vérole. Nous l'acceptons donc, ainsi qu'on nous le donne, comme *specimen* authentique des effets du nouvel agent curatif; et pour procéder avec l'ordre que l'importance du sujet réclame, nous commencerons par en traduire la relation de la GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI, n° du 1er déc. 1851.

OBS. — Carlo T., 29 ans, tempérament sanguin, bonne constitution, contracta en mai 1851 un chancre primitif en haut du prépuce. A côté de cet ulcère, il existait une induration large de 18 millim., reste d'un chancre pris en novembre 1850 et guéri par un traitement purement local. Il avait aussi une blennorrhagie depuis janvier 1851. Une première, prise en 1848, avait guéri spontanément au bout de trois mois.

Quand je vis ce malade, le chancre datait de trente-cinq jours, avait de 12 à 15 millim. de diamètre, une base extrêmement indurée et étendue. Il n'avait subi pour traitement que trois cautérisations par l'effet desquelles le mal s'était exaspéré.

Voulant traiter cette affection par la syphilisation, je fis, le 22 juin, en bas et en dedans de la cuisse droite, deux piqûres avec une lancette imprégnée de pus du chancre préputial. Le 25, on voyait sur ces points deux petites pustules. Ce même jour, je pratiquai avec le même virus deux piqûres à côté des premières. Au bout de deux jours, elles avaient produit des pustules.

Cependant l'ulcère du prépuce ne s'améliorait point; au contraire il devenait plus douloureux et suppurait davantage.

Le 26, je prescris des boissons acidules et un laxatif. Le 27, le malade accuse à l'aine gauche de la douleur; on y constate un bubon du volume d'un œuf de pigeon. (Cataplasmes émollients.) Le 27, sur la cuisse gauche deux piqûres avec le virus des deux premiers ulcères artificiels et une troisième avec le virus du chancre préputial. Il en résulte trois pustules. Le 1er juillet, trois piqûres au dedans de la même cuisse avec le pus des ulcères artificiels. Le troisième jour elles ont donné lieu à autant de pustules.

Les ulcères des deux premières inoculations sont très-douloureux. (Onguent rafraîchissant.) Le chancre préputial a 18 millim. de largeur et continue à s'accroître.

Le 5, je fais avec le pus du chancre préputial et des ulcères artificiels deux piqûres sur la cuisse droite; le 8, trois piqûres sur la cuisse gauche; le 10, quatre à côté de ces dernières. Le deuxième et le troisième jour, toutes ont produit des pustules. On essaye, mais sans succès, d'inoculer le pus de la blennorrhagie.

Le 10, les ulcères des deux premières inoculations sont très-douloureux, ont de 10 à 13 millim. d'étendue et sécrètent beaucoup de pus virulent. Un ulcère de la première et un de la seconde inoculation ont une base très-dure. Ceux des inoculations suivantes ont moins d'étendue. Ceux de la troisième n'ont que 8 millim.; ceux de la quatrième, 6, et ainsi de suite.

Le bubon est stationnaire, mais non le chancre du prépuce. Il a maintenant 2 centim., est très-enflammé, d'un rouge sombre; il a détruit une grande partie du prépuce, ce qui force de suspendre les inoculations.

Les 10, 13, 17 et successivement, on donne des laxatifs, des potions rafraîchissantes, bains simples généraux, bains du pénis avec la décoction de mauve fréquemment réitérés.

Le malade ne présentait aucune complication morbide apparente. Le 21, l'inflammation locale persistant, le pouls étant apyrétique, mais plein et vibrant,

science, et parlons des forces vitales, sans croire pour cela qu'elles soient distinctes et indépendantes des organes.

Bichat leur a rendu un service, et en même temps leur a attiré un blâme qui leur nuit jusqu'à maintenant. Il les a élevées contre le principe vital qu'elles ont rendu inutile. C'est là le service. Mais il les a faites si intelligentes qu'on a craint, en les acceptant, de ne substituer qu'un maître à un autre. Qu'importent les fautes de détails ? On peut discuter sur le nombre, l'étendue de pouvoir des propriétés ou des forces vitales. Le fond de la doctrine reste et demeure.

Si, voulant aller plus loin, on demandait ce qu'est la vie dans son essence, il faudrait répondre qu'on l'ignore comme on ignore l'essence de toute chose. Les sciences ne peuvent prétendre qu'à découvrir les lois, c'est-à-dire la règle de succession et des conditions des phénomènes. C'est même une connaissance, que de savoir que l'on ne peut aller au delà. Si, pour être vraie, une définition doit comprendre la nature de la chose définie, il n'y en a point de possible pour la vie. On a cru bien faire en disant « quelle est la manière d'être, l'attribut de » l'agrégat matériel qu'on nomme corps organique. » Mais si l'on demande ce qu'est un corps organique, il est à croire qu'on répondra qu'il est « celui qui » permet à la vie de se manifester. » Par conséquent on ne définit pas la vie. Et ce sort, ou ce malheur, lui est commun avec l'électricité, l'attraction et les autres forces. Puisque les physiciens ne sont pas offensés de leur ignorance, pourquoi le serions-nous de la nôtre?

Agréez, etc.

DEBROU,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

— Les dons et legs en faveur des pauvres et hospices de Paris, en 1851, se sont élevés à 253,800 fr. en capitaux, à 22,240 fr. de rente, et à 60,875 fr. d'objets divers.

Les recettes des bureaux de bienfaisance des douze arrondissements de Paris ont été de 2 millions 800,770 fr., et les dépenses de 2 millions 213,398 fr.

Les recettes totales de toute nature de l'administration de l'assistance publique ont été de 18 millions 257,952 fr.; les dépenses étant de 15 millions 286,848 fr., l'excédant des recettes est de 2 millions 971,104 fr.

— Les malades indigents traités dans les hôpitaux de la capitale en 1851 étaient au nombre de 84,970, dont 69,914 de Paris, 13,73 de la banlieue, 1,813 des départements et 40 étrangers. La dépense totale a été de 3 millions 612 753 f.; la dépense moyenne, par journée de malade, s'est élevée à 1 fr. 77 c. 2/3.

Au 31 décembre 1842, le nombre des lits existant dans les hôpitaux et hospices de la capitale était de 16,681; il s'élevait à 17,160 à la même date de 1851. Dans ce dernier chiffre, les hospices destinés à la vieillesse comptaient 7,182 lits.

— La rougeole sévit avec intensité sur quelques points de l'arrondissement de Confolens (Charente). Elle fait quelques victimes parmi les enfants et atteint souvent les personnes plus âgées. L'autorité s'est empressée d'envoyer sur les lieux des hommes de l'art pour étudier cette maladie et en arrêter les funestes progrès.

on fait deux saignées; elles sont répétées le 23 et le 24. Le sang des deux premières saignées offre une légère couenne; elle manque dans celui des quatre dernières.

Le 29, le chancre du prépuce et surtout ceux des inoculations paraissent moins enflammés. A part les ulcères des deux premières inoculations qui sont encore virulents, tous les autres sont en voie de réparation. Ceux de la cinquième, sixième et septième sont presque cicatrisés. L'engorgement glandulaire de l'aine est à peu près dissipé; mais le chancre du prépuce conserve sa virulence et continue à augmenter. (Pansement avec les cataplasmes émollients, lotions tièdes fréquentes, sangsues à l'anus.)

Le 4 août, les ulcères des trois dernières inoculations sont cicatrisés; les autres sont en voie de réparation. Au contraire, le chancre du prépuce s'est étendu au gland, et a produit par contact deux chancres au-dessous de la verge et un troisième dans le méat urinaire. (Pansement avec la liqueur de Labarraque affaiblie.) Le 14 août, les deux ulcères des premières inoculations et un de la seconde sont fongueux et indolents. Tous ceux des autres inoculations sont parfaitement cicatrisés. Le chancre du prépuce gagne lentement, mais continuellement.

Ce même jour, apparaissent sur le dos, les fesses, en arrière et en dehors des cuisses et sur d'autres parties des taches à peine saillantes, d'un rouge de cuivre, larges de 2 à 6 millim., indolentes et sans prurit. Dans la nuit du 18 au 19 et les nuits suivantes, le malade ressent une douleur dans la partie antéro-supérieure du tibia. Le 25, cette partie est devenue légèrement tuméfiée.

Le 20, l'ulcère du prépuce a 3 centim.; il est induré; il a détruit la moitié supérieure du prépuce et ronge 3 à 4 millim. de la couronne du gland. Les deux ulcères cutanés de la verge sont de 5 à 6 millim. et sans induration; celui du méat s'étend à 5 ou 6 millim. de profondeur dans le canal; il est induré. Les taches de la peau deviennent de plus en plus confluentes.

Les choses étant dans ce triste état, le traitement antiphlogistique demeurant infructueux j'opinai qu'il y avait lieu de tenter de nouveau la syphilisation, espérant un meilleur succès en raison des modifications survenues dans l'organisme. M. Sperino approuva ce projet et conseilla de pousser l'inoculation plus vivement.

Le 20, je fis sur l'abdomen vingt piqûres avec le pus des ulcères d'un autre malade; il en résulta autant de pustules. Le 23, je pratiquai à l'épigastre quatorze piqûres avec le pus de l'ulcère préputial; il s'ensuivit douze pustules.

Le 27, je cautérise avec le nitrate d'argent les ulcères fongueux existant sur les cuisses. On réitère cette cautérisation le 30. On continue localement les cataplasmes, les lotions froides, boissons nitrées et acidules. État général satisfaisant. L'ulcère primitif ne fait plus de progrès. Les ulcères de l'inoculation du 20 sont enflammés, douloureux, mesurent de 4 à 5 millim. (Onguent rafraîchissant et cataplasme émollient sur ces ulcères.) On fait quinze autres piqûres sur la région épicolique gauche; il en résulte onze pustules.

Le 31, la douleur du tibia est à peine perçue. La syphilide ne fait plus de progrès. Les ulcères de l'inoculation du 20 sont en voie de réparation. Ce même jour on fait sur l'abdomen vingt piqûres avec le pus des ulcères développés par l'inoculation du 23; on en obtient dix-huit petites pustules.

Le 6 septembre, la douleur et le gonflement sont dissipés; la syphilide se décolore. L'ulcère préputial est en grande partie rosé; mais la portion qui touche le gland est encore virulente et douloureuse. Les ulcères de la verge sont en voie de réparation. Ceux produits par l'inoculation des 20 et 23 août sont secs. Les ulcères produits par l'inoculation du 27 et du 31, ont 2 ou 3 millim. de largeur. Quelques-unes des pustules se sont desséchées sans s'ouvrir.

Ce jour, on fait cinq piqûres avec le pus virulent d'un autre malade. On en obtient cinq pustules.

Le 12, on pratique, sur la région épicolique droite, neuf piqûres avec le pus des ulcères résultant de l'inoculation du 6. Elles donnent naissance à de petites pustules.

Le 15, avec le même pus, on fait six piqûres qui ne produisent rien. Les deux ulcères de la verge sont cicatrisés. Celui du méat diminue. Celui du prépuce est en voie de réparation. Son induration est de beaucoup diminuée. Celle qui accompagnait le chancre du méat se dissipe aussi.

Le 20, on pratique 20 inoculations avec le pus provenant d'un malade infecté récemment. Il s'ensuit dix-sept pustules, petites, et qui, le 29, ont séché sans s'ouvrir, à part deux qui, ce jour-là, sont encore un peu humides.

Le 25, tous les ulcères artificiels sont guéris. Le chancre du prépuce est en grande partie cicatrisé. Ce jour, puis le 1er octobre, on fait quinze piqûres, neuf la première fois, six la seconde, sans en obtenir de résultat. On applique, à trois reprises, du pus virulent sur l'ulcère préputial, qui est presque complétement cicatrisé. L'ulcère n'en marche pas moins franchement vers la cicatrisation.

Le 8, on fait neuf inoculations; elles produisent trois petites pustules, à peine de la grosseur d'une tête d'épingle, et passent en moins de trois jours sans s'ouvrir.

Le 9, presque toutes les macules cutanées syphilitiques ont disparu; il s'est fait une abondante desquammation sur toute la surface du corps, plus prononcée dans les régions où les macules existaient en plus grand nombre.

Le 11, on fait six piqûres; on en répète dix autres le 19. Aucune ne donne de résultat. Pour les inoculations faites du 25 septembre au 19 octobre, le virus fut pris sur les ulcères indurés, en voie de progrès, d'un autre malade : ce pus, inoculé à des personnes actuellement en travail de syphilisation, avait témoigné sa qualité éminemment contagieuse.

Enfin, tous les phénomènes syphilitiques, tant primitifs que consécutifs, sont guéris. Tous les ulcères tant spontanés qu'artificiels, sur les diverses parties du corps, sont cicatrisés. L'induration de l'ulcère préputial, de celui du méat, et des ulcères artificiels, s'est dissipée. L'engorgement ganglionnaire de l'aine et le gonflement du tibia ont disparu. Les macules sont passées, ainsi que l'écoulement urétral. Le syphilisé a repris ses travaux.

Voici le fait tel qu'il est rapporté. Apprécions maintenant sa signification pathologique.

Je ne suis, pour ma part, jusqu'ici, ni partisan ni ennemi de la syphilisation. Spectateur attentif et désintéressé des efforts louables qu'elle tente avec des chances diverses, j'enregistre avec plus de joie ses succès que ses mécomptes; et, dans des conditions données, je serais moi-même prêt à lui fournir mon contingent d'expérimentation clinique. Ceci posé, et fort à mon aise pour la critique comme pour l'éloge, je reconnais bien volontiers que, dans le cas actuel, la syphilisation a eu un résultat en apparence très-favorable; que les inoculations, une fois qu'on les a eu dirigées convenablement, ont été suivies immédiatement de la réparation du chancre; que les signes de syphilis constitutionnelle ont, dès lors, également cédé, sans autre traitement. Mais sont-ce là des *effets*, ou de simples *coïncidences?* C'est ce qu'il importe d'examiner de près.

Et d'abord, personne ne s'étonnera, je pense, que, après une durée de *trois mois et dix jours*, un chancre se soit cicatrisé, sans mercure. Pour voir dans sa guérison spontanée une preuve du pouvoir de la syphilisation, il faudrait être tellement imbu des préjugés de l'école ancienne, qu'en les manifestant on s'expose à n'être discuté par aucun homme sérieux.

Cette période de trois mois et dix jours enlève, selon moi, à la guérison, une grande partie de sa valeur. Ce n'est pas, sans doute, que tout chancre, après ce laps de temps, doive nécessairement perdre sa virulence. Mais enfin, les cas contraires sont des exceptions, de rares exceptions. Dans nos salles, parmi nos clients, nous obtenons, en France, la guérison du chancre phagédénique dans un délai beaucoup plus court; et nous avons quelque peine à comprendre qu'ailleurs on ait l'air de se féliciter d'un succès qui, en réalité, a été acheté par tant de longueurs.

Mais enfin, dira M. Zelaschi, c'est le 20 août que les inoculations réitérées ont commencé, et c'est à partir du 27 que l'ulcère a cessé ses progrès jusque-là continuels.—Je l'accorde : oui, cette coïncidence me frappe autant que vous; au point même que rien ne peut détruire entièrement dans mon esprit l'effet avantageux qui en résulte en faveur de l'efficacité de la syphilisation. Mais, à votre tour, remarquez que l'ulcère avait déjà trois mois et dix jours d'ancienneté. Considérez que, jusqu'alors et pour mieux faire ressortir l'influence des premiers essais de syphilisation, on s'était abstenu de tout traitement local ou général actif. Avouez que les *six saignées en trois jours*, ainsi que les cataplasmes en permanence, étaient des moyens plus propres à retarder la cicatrisation qu'à fournir les éléments plastiques de sa formation; et veuillez décider vous-même si, pour juger la valeur d'un agent thérapeutique quelconque, il ne conviendrait pas de l'essayer à une période de la maladie où la guérison ne s'expliquât pas aussi naturellement qu'ici par les seules ressources de l'organisme.

Ce n'est pas tout encore : si la cure est due aux inoculations, pourquoi celles pratiquées en premier lieu étaient-elles donc restées impuissantes? C'est qu'elles n'avaient pas été dirigées convenablement, dira M. Zelaschi. A ceci j'ai deux réponses à faire.

Le premier essai de syphilisation s'est composé de : deux inoculations le 22 juin, deux le 25, trois le 27, trois le 1er juillet, deux le 5, trois le 8, quatre le 10; en tout dix-neuf piqûres en dix-huit jours. Or ceci est pour le moins suffisant, d'après les règles tracées par les syphilisateurs les plus orthodoxes : témoin ce passage de M. Auzias-Turenne : « La meilleure formule de syphilisation pour un individu qui n'a jamais eu d'accident syphilitique, consiste : 1° à lui inoculer par une seule piqûre un pus de forme inférieure, et à le conduire par des inoculations successives de son pus, isolées et à huit ou dix jours d'intervalle par des inoculations également de son pus, rapprochées et multipliées jusqu'au moment où celui-ci ne lui sera plus inoculable; 2° à multiplier et à rapprocher ensuite les inoculations d'un pus de forme de plus en plus supérieure. Quand un individu a des accidents primitifs, on peut commencer par lui inoculer son propre pus et continuer comme précédemment. » (Mémoire présenté le 17 novembre 1851 à l'Académie des sciences, dans la GAZ. MÉD., 1851, p. 761.)

Témoin encore M. Sperino, qui, dans son mémoire où il citait cinquante-deux guérisons, et quelques-unes de cas absolument semblables à celui-ci, écrivait : « L'inoculation fut *toujours* faite en trois ou quatre points chaque fois et répétée une ou deux fois par semaine... Le pus fut toujours pris sur l'ulcère primitif de la malade elle-même ou d'une autre *lorsque celle-ci n'avait que des ulcères anciens, non susceptibles de se transmettre...* Tous les ulcères primitifs *récents et non trop vastes* disparurent *peu de jours* après le développement des premiers ulcères artificiels. (SIFFILIZZAZIONE NELL' UOMO, 23 mai 1851, p. 4 et 6).

Pourquoi donc, dans le cas actuel, ce chancre, qui certes ne devait être réputé réfractaire ni par son ancienneté ni par sa largeur, puisqu'il n'avait que trente-cinq jours et 12 millimètres, a-t-il ainsi déjoué les prévi-

sions de l'habile chirurgien de Turin, qui, dans ces circonstances, ne demande que *peu de jours* pour guérir les ulcères primitifs par l'inoculation de leur propre pus? Est-ce parce qu'on n'a pas pris du virus sur un autre malade? Mais M. Sperino, loin d'en faire une loi, affirme avoir réussi sans cela et dans des cas parfaitement identiques. Puis, malgré cette omission, nous voyons que chez ce sujet la réceptivité syphilitique allait en diminuant, puisque les dernières inoculations donnaient naissance à des ulcères de moins en moins étendus, de moins en moins durables. Ainsi la saturation a eu lieu, preuve certaine, selon les expérimentateurs, de la régularité, bien plus, de l'efficacité du procédé opératoire; mais, nonobstant, le chancre a continué ses ravages, preuve non moins certaine de l'impuissance de la méthode.

J'avoue cependant, si l'on y tient, que cette première tentative n'a pas été possédée avec assez d'énergie: que la constitution de l'individu exigeait peut-être un mode d'imprégnation plus actif. Mais s'il était insuffisant pour une cure radicale, l'essai tenté en premier lieu ne devait-il pas au moins manifester son pouvoir par quelques effets, par une amélioration, si légère fût-elle, dans la marche des accidents? Quand je donne du sulfate de quinine, du copahu, du mercure, je puis ne pas guérir si la dose était trop faible ou si l'affection ne se trouvait pas dans les conditions les plus propres à l'influence du spécifique; mais, du moins, je vois, à coup sûr, l'accès fébrile retardé ou atténué, l'écoulement momentanément diminué d'abondance, les symptômes de syphilis céder en partie. Ici rien de pareil. La dose était trop faible, je l'accorde; mais puisqu'elle a agi sur l'organisme, la décroissance graduelle des ulcères d'inoculation l'atteste, ne devait-elle pas agir aussi sur la maladie? Or, bien au contraire, le chancre n'a cessé de s'accroître pendant toute la durée de ces expériences.

Je reviens un instant sur mes pas. Ma principale raison pour douter de l'influence cicatrisante de la syphilisation, c'est le temps très-long depuis lequel l'ulcère préputial durait déjà lorsqu'il s'est guéri. Mais pareille fin de non-recevoir peut-elle également être invoquée contre la guérison des chancres du fourreau et du méat? Je le pense: ces chancres, à la vérité, se sont fermés en moins de temps que le premier; mais, d'une part, ils n'ont pas non plus demandé pour cela moins de six semaines; et, d'un autre côté, ne sait-on pas que la tendance à la réparation, lorsqu'elle se prononce, quelles qu'en soient l'époque et la cause, s'étend en général indistinctement aux divers ulcères qui existaient chez l'individu, et les fait tous marcher d'un mouvement égal vers la cicatrisation?

Examinons maintenant, au même point de vue, les autres avantages qu'on attribue à l'inoculation. Par elle, dit-on, les taches syphilitiques de la peau ont disparu, et la périostite du tibia a cédé. D'abord, pour cette dernière, ce n'est point là un symptôme sérieux et réclamant absolument un traitement. Une erreur volontaire ou le défaut d'expérience pourraient seuls le faire comparer aux accidents osseux, de nature tertiaire, dont on ne peut triompher que par les iodurés. Le *léger gonflement* dont il s'agit ici n'a ni cette importance ni cette ténacité. Analogue à la péricrânite, qui produit la céphalée au début de l'intoxication syphilitique, comme elle, il ne compte que parmi les phénomènes essentiellement passagers, auxquels j'ai donné le nom de *prodromiques*; comme elle, le temps suffit à peine à en faire justice, sans le secours d'aucun remède, quoique, bien entendu, les remèdes puissent en abréger la durée.

L'effacement spontané des macules cutanées durant la syphilisation n'a pas, à mes yeux, plus d'importance. Que de fois ne voit-on pas des malades chez lesquels de pareilles taches *non saillantes* se sont dissipées avant que le traitement spécifique eût été commencé! Alors, à la vérité, la disparition en est plus lente que lorsque le mercure est appelé en aide. Or c'est justement ce qui s'est passé ici, où nous voyons deux mois entiers s'écouler depuis le début jusqu'à la fin de la plus légère de toutes les éruptions syphilitiques. Je le répète: bien que l'avis ou plutôt que le préjugé général puisse être contraire à mon assertion, les symptômes de cet ordre se terminent souvent, grâce aux seuls efforts de l'organisme. S'il eût été question de papules saillantes, d'éruptions croûteuses; si surtout leur marche eût paru avoir été visiblement enrayée à la seconde période de son cours, on pourrait consentir à en attribuer l'honneur à la syphilisation. Mais il suffit de suivre les dates pour reconnaître ici l'évolution simple et naturelle des phénomènes, telle qu'elle se passe fréquemment en l'absence de tout remède.

Parlerai-je de la résolution du bubon sans suppuration? Certes ce serait là une des moindres merveilles de la syphilisation, celle, du moins, que la médecine ordinaire pourrait le plus aisément reproduire, et produit fort souvent, en effet, sans l'emploi d'aucun remède spécifique. D'ailleurs, si l'on voulait rapporter ce résultat à la syphilisation, ce serait à la *première* qu'il appartiendrait, à celle justement que l'auteur déclare avoir échoué; car c'est dès le 29 juillet qu'on annonce la résolution presque complète de cet engorgement comme un fait déjà accompli.

Je ne me sens pas moins à mon aise pour expliquer, sans syphilisation, la fin de l'écoulement urétral. Au commencement des expériences, il persistait une gonorrhée datant déjà de six mois. *Incomplètement guérie*, dit le texte, *elle augmenta après l'apparition du chancre du méat*. Cela signifie probablement que la suppuration du chancre a simulé une recrudescence de la blennorrhagie (car où trouver sans cela une cause à cette exacerbation)? Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le chancre s'étant cicatrisé, le flux purulent, entretenu par sa seule présence, ait cessé.

J'ai évité de parler, jusqu'à ce moment, des indurations, et c'est à dessein. Versé dans la lecture habituelle des syphilographes italiens, des Gamberini, des Sperino, Fazen, Galligo, Rizzi, Pellizari, je me suis depuis longtemps aperçu que le mot *induration* n'a pour eux ni la même acception littérale ni le même sens pathologique que pour nous. Aussi me vois-je forcé de laisser de côté, sans même en essayer l'interprétation, ce qui concerne cette partie du cas rapporté par M. Zelaschi. Le fait même d'un chancre induré pris en novembre 1850 et suivi d'un second chancre induré pris en mai 1851, montre assez la différence de terminologie qui sépare les deux pays; car en France, ou du moins à Paris, les mots « second chancre induré » ont, depuis plusieurs années déjà, cessé de faire partie de la langue.

Je ne préciserai pas, en terminant, mon opinion d'une façon plus formelle: on doit assez avoir vu, par ce qui précède, de quel côté elle incline. J'ai exposé librement mes doutes, mon dissentiment, sûr de servir la science alors même que la vérité ne serait pas de mon côté. La syphilisation, en effet, affecte chez nos voisins de tout autres allures que chez nous. En France, elle a suscité les passions, créé deux partis plus ardents à la dispute qu'à l'expérimentation; de sorte que, au milieu de la conflagration qui a marqué son début, on a dû craindre un moment qu'elle se trouvât condamnée avant d'avoir pu se faire connaître. A Turin, si l'opposition sait aussi faire connaître ses droits, la forme du moins est plus paisible: là on peut avouer ses sympathies sans passer pour dupe, formuler ses réserves sans être rangé parmi les adversaires du progrès; discuter, sans risquer de compromettre la découverte qu'on voudrait éclairer. Une première fois déjà j'exprimai quelques restrictions sur la valeur des essais de M. de Sperino, et les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE n'ont sans doute pas oublié la réponse (Voy. GAZ. MÉD., 1851, p. 625) pleine de mesure et de sens par laquelle le savant médecin du syphilocome réussit, sur plusieurs points, à relever sa cause. Si ma tentative d'aujourd'hui a le même sort, si mon opposition consciencieusement pensée, provoque une réplique également satisfaisante, si surtout elle peut décider M. Sperino à nous faire connaître en détail ses nouveaux faits, je ne me plaindrai pas, quelque obscur qu'il ait été, du rôle que j'aurai joué dans cette importante question.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR QUELQUES-UNS DES CARACTÈRES ANATOMIQUES SPÉCIAUX DE LA RACE NÈGRE, ET EN PARTICULIER SUR L'OBLIQUITÉ DES APOPHYSES PTÉRYGOÏDES; par le docteur JACQUART, aide d'anthropologie au Muséum.

A M. le docteur Serres, membre de l'Institut et professeur d'anthropologie.

Monsieur et très-savant professeur,

Permettez-moi de vous soumettre la proposition suivante, comme un hommage rendu à votre éloquente parole et comme une application des principes si féconds que vous exposez dans votre haut enseignement:

La disposition du pharynx chez le nègre établit entre lui et l'enfant caucasique un point d'analogie à ajouter à ceux que vous avez indiqués, et tient à ce que cet organe s'est arrêté chez lui, dans son développement, à la période fœtale.

Dans les leçons précédentes, vous avez signalé comme un des caractères typiques de la race noire le prognatisme de la face. C'est cette espèce de museau plus ou moins prononcé, suivant que l'individu s'élève ou s'abaisse, que vous nous avez donné comme un des traits les plus saillants qui la distinguent.

Vous avez attribué le développement plus considérable de la face à l'accroissement du calibre de la carotide externe, et vous l'avez prouvé par des dissections comparées des carotides dans les deux races. Vous nous avez ensuite expliqué comment l'obliquité de l'apophyse ptérygoïde chez l'Éthiopien rejette en avant le maxillaire supérieur.

Vous avez démontré que la mesure de l'inclinaison de cette apophyse, prise sur des coupes de crânes faites verticalement et d'avant en arrière, doit remplacer avec avantage la mensuration de l'angle facial par la méthode de Kamper. C'est là une méthode toute neuve, d'une conception tout originale, et dont l'application promet de nombreux et féconds résultats.

Le nègre, avez-vous dit, conserve dans l'âge adulte un grand nombre des traits principaux de l'organisation fœtale.

Vous avez successivement signalé chez la négresse l'élongation d'avant en arrière et la diminution du diamètre transverse du bassin ; l'allongement et le développement du col utérin, analogie frappante avec celui de la petite fille caucasique, qui a une longueur et d'autres dimensions plus considérables que celles du corps de la matrice, si bien qu'on serait tenté, en retournant l'organe, de les prendre l'un pour l'autre.

Vous avez également indiqué la persistance de l'os intermaxillaire jusque dans les six ou sept premières années de la vie chez le jeune Éthiopien, puis l'allongement du membre supérieur dans les deux sexes de la race noire. L'attitude à demi courbée du nègre pour lequel le redressement complet de sa taille est sinon impossible, du moins fort pénible, parce que les trois courbures du rachis étant moins prononcées que chez le blanc, le maintien du centre de gravité sur la base du sacrum, d'ailleurs moins large, exige des efforts musculaires continus, et ne permet en quelque sorte qu'un équilibre instable.

Je passe sur une foule de particularités d'organisation sur lesquelles votre parole savante et facile sait si bien captiver l'attention.

A ces traits caractéristiques qui sont autant d'arrêts de développement du type noir et de points d'analogie de ce type avec le rameau caucasique, permettez moi d'en ajouter un de plus que je trouve dans l'obliquité des apophyses ptérygoïdes.

Dirigées chez le nègre d'arrière en avant et de haut en bas, elles nous offrent d'une manière permanente la disposition transitoire qu'elles affectent chez l'enfant de la race blanche. Voyons maintenant qu'elles sont les conséquences de cette configuration ostéologique.

L'immortel Bichat, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, nous dit : « La région postérieure ou gutturale de la face présente chez le fœtus et » l'enfant une obliquité très-remarquable. Au milieu, le défaut de dévelop» pement des sinus maxillaires donne lieu à l'inclinaison en devant des » apophyses ptérygoïdes et par là même à l'obliquité très-grande de l'ou» verture des fosses nasales, obliquité d'où résulte un avantage réel pour » le mode de préhension de l'aliment de l'enfant qui se fait par succion. » En effet, le voile du palais ayant par cette disposition moins de chemin à » parcourir, pour boucher cette ouverture en se relevant contre elle, que » si elle était perpendiculaire, remplit cette fonction avec plus de facilité. »

Chez le nègre, la direction oblique de cette ouverture permet au voile du palais de la fermer plus exactement et plus facilement. Le pharynx au niveau de la voûte palatine est agrandi d'avant en arrière.

Cette disposition d'un des instruments de la vocalisation, son amplitude, cette grande facilité que trouve le voile du palais à clore les fosses nasales et à forcer ainsi les sons à retentir dans la gorge permettent à l'Éthiopien de produire sans efforts, et en quelque sorte en jouant, des articulations qui nous seraient pénibles et difficiles à exécuter.

La linguistique ne peut-elle ici s'éclairer des lumières anatomiques pour expliquer la singulière prédilection des langues africaines pour les sons gutturaux ?

Si je ne craignais, monsieur, d'abuser de vos précieux moments, j'ajouterais encore aux analogies que vous avez indiquées entre la race nègre et l'enfant caucasique, l'exagération de l'angle obtus formé par la branche du maxillaire supérieur avec le corps de cet os qu'on trouve chez l'un et l'autre.

Je suis convaincu que rien de tout cela ne vous a échappé, et si j'en devance en quelque sorte l'exposition, c'est pour vous prouver quelle ardeur nous mettons à recueillir vos leçons et appliquer les principes que vous nous y développez avec tant de clarté et d'éloquence.

Agréez, etc.

ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE DE L'UTÉRUS, COMPLIQUÉ D'ADHÉRENCES ET DE RÉTROFLEXION, TRAITÉ PAR LA COMPRESSION LATÉRALE ÉTABLIE A L'AIDE DU RÉDUCTEUR A AIR ; GUÉRISON ; observation communiquée par M. FAVROT.

OBS. — Le 10 mars 1852, je fus appelé auprès de madame X..., marchande de farine à la halle, qui, à la suite de fatigues exagérées, éprouvait depuis trois semaines des phénomènes graves du côté de l'utérus.

Je la trouvai au lit, pelotonnée sur elle-même, dans un état de souffrance extrême, épuisée par une insomnie opiniâtre et des douleurs continuelles, qui de la région lombaire s'irradiaient dans la cuisse gauche, et que la malade comparait à des éclairs. Le visage exprimait l'anxiété ; la face, d'une teinte blafarde, rappelait assez bien l'aspect des affections cancéreuses.

En examinant l'utérus, je constatai que le col, à peu près dans l'état normal, était porté en avant vers le pubis ; qu'immédiatement derrière lui, existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, dépressible, un peu bosselée et comme enclavée dans le petit bassin. La pression exercée sur cette tumeur déterminait une douleur vive, et faisait suinter par l'orifice utérin une quantité notable de sang décomposé et d'une odeur repoussante. En touchant par le rectum, je reconnus que la tumeur exerçait sur cet intestin une pression considérable et gênait la défécation. La malade, en effet, me dit que depuis quinze jours environ les lavements ne pénétraient pas, et qu'elle éprouvait beaucoup de peine à aller à la garde-robe.

Incertain de savoir si cette tumeur était formée par l'utérus recourbé, ou bien par quelque production morbide développée dans son voisinage, je pratiquai le cathétérisme utérin. Après quelques efforts et en portant le pavillon de la sonde fort en avant, je parvins à pénétrer dans la cavité de l'organe, et j'acquis la certitude de l'existence d'une rétroflexion, accompagnée d'un engorgement considérable du corps et d'adhérences aux parois pelviennes.

Je fis néanmoins des tentatives pour réduire l'utérus dans la position normale ; j'employai d'abord deux doigts introduits dans le vagin, puis le manche d'une cuiller dans le rectum ; enfin j'appliquai le réducteur à air. Ces premières tentatives ayant produit peu de résultats, j'eus quelques craintes sur l'existence d'une affection organique plus grave, et réclamai l'assistance de M. Maisonneuve. De concert avec lui, je procédai à un nouvel examen ; il confirma mon premier diagnostic, et ayant fait lui-même quelques tentatives de réduction qui soulevèrent en partie le corps de l'utérus, il m'engagea à persévérer dans mes efforts, en employant surtout la pression lente et continue du réducteur à air, introduit par le rectum.

Encouragé par l'opinion d'un chirurgien aussi expérimenté, je soumis madame X... à l'application permanente de mon instrument, en laissant à ma malade la faculté d'augmenter ou de diminuer elle-même le degré d'insufflation.

Sous l'influence de ce traitement, l'utérus diminua de volume dès le deuxième jour, et à la fin du quatrième, les adhérences s'étaient suffisamment allongées pour permettre à la matrice de reprendre sa position normale. Pendant toute la durée de l'application de l'instrument, une quantité de sang d'abord noirâtre et fétide, puis de plus en plus naturel, s'écoula par le col utérin ; il cessa complétement lorsque l'utérus fut entièrement redressé.

L'instrument devenant inutile, je le retirai, et la malade se trouva comme par enchantement débarrassée de sa douleur, et des craintes qu'elle avait conçues d'une maladie plus grave. Elle put reprendre ses occupations, et lorsque, le 15 avril, je priai M. Maisonneuve de constater de nouveau l'état de cette dame, il reconnut que tout était rentré dans l'ordre.

Cette observation offre un nouvel exemple de la puissance du réducteur à air pour opérer le redressement de l'utérus. On voit que, malgré les adhérences qui maintenaient le corps utérin dans la position vicieuse, cet organe a pu, sans douleur violente et sans déchirement dangereux, reprendre graduellement sa position normale.

Nous ne sachions pas qu'un semblable résultat ait été encore obtenu par les moyens ordinaires. Jusqu'à présent les réductions de l'utérus renversé n'avaient été exécutées que par les doigts du chirurgien, ou bien par quelque instrument introduit dans la cavité utérine.

Or, à l'aide de ces moyens dont l'application ne peut durer que quelques instants, il n'est réellement possible de redresser l'utérus que dans les cas où cet organe est libre d'adhérences. Au moyen de notre réducteur à air, dont l'action lente et graduée peut être longtemps soutenue, nous avons pu distendre peu à peu les brides celluleuses de nouvelle formation, et en déterminer l'allongement ou peut-être même la disparition complète.

Mais là ne se bornent point les avantages que nous avons retirés de l'instrument par la compression exercée sur le corps utérin. Le sang qui stagnait dans la cavité de cet organe, et pouvait par sa présence occasionner divers accidents, a été expulsé.

D'une autre part, les parois mêmes de l'utérus affectées d'engorgement ont pu, sous l'influence d'une pression douce et continue, reprendre leur volume ordinaire, et nous avons ainsi réalisé un problème important de thérapeutique chirurgicale, en permettant aux praticiens d'appliquer à l'utérus la compression, dont chaque jour on obtient des résultats si merveilleux dans le traitement des affections chroniques.

Nous ne pouvons pas, en ce moment, indiquer toutes les applications qu'en sa qualité d'agent de compression, notre réducteur à air pourra recevoir. Nous en signalerons cependant une des plus importantes ; c'est le cas de métrorrhagie grave. Nous avons eu récemment l'occasion d'en faire l'application dans une affection de ce genre, et le résultat a dépassé nos espérances.

OBS. II. — Une jeune femme chlorotique fut prise, immédiatement après sa couche, d'une perte des plus abondantes. Nous fîmes d'abord le tamponnement vaginal ; mais la compression ne s'exerçant que sur l'orifice utérin, le sang s'accumulait dans la cavité de l'organe : de là des accidents graves d'hémorrhagie interne. C'est alors que nous eûmes l'idée d'exercer sur la paroi même de l'utérus une compression énergique, dans le double but d'empêcher l'afflux de sang dans les parois internes et son accumulation dans la cavité de cet organe.

A cet effet, nous introduisîmes dans le rectum notre réducteur à air, et à peine l'insufflation eut-elle été portée au degré convenable, que nous vîmes sortir en caillots tout le sang accumulé dans la matrice, et que les accidents hémorrhagiques s'arrêtèrent comme par enchantement.

Nous nous bornons, pour le moment, à la simple indication de ce fait, nous proposant d'y revenir plus tard, quand nous aurons réuni un plus grand nombre d'observations analogues.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent : 1° *Pneumonie comprise et traitée selon la doctrine hippocratique*; par M. Verdenelli. 2° *Relation de la maladie à laquelle succomba Giuseppina Atti*; par M. Trevisani. 3° *Sur la p. berté; pensées physiologiques*; par M. Cagliesi. 4° *De l'action des corps cohibents, déférents, de la pression et de la confrication sur l'organisme animal, et, en particulier, de leur influence salutaire dans les fièvres intermittentes*; par M. Fineschi. 5° *Maladies causées à une femme de 20 ans par une dyscrasie humorale avancée, et terminées par la mort*; par M. Gobbi. 6° *De la grippe épidémique, selon les principes de la restauration hippocratique en Italie*; par M. Camillo. (Les formes diverses sous lesquelles la grippe paraît tiendraient surtout à la différence des saisons pendant lesquelles elle vient à éclater.) 7° *Considérations sur un cas de cystotomie*; par M. Santopadre. (Calcul très-volumineux et engagé solidement dans le col de la vessie chez un jeune homme de 23 ans. Il fallut faire successivement au périnée trois incisions, l'une oblique à gauche, l'autre oblique à droite, la troisième sur la ligne médiane en haut. Le calcul put alors seulement être extrait. Il avait le volume d'une grosse poire. Le malade guérit.)

DE L'ACTION DES CORPS COHIBENTS, DÉFÉRENTS, DE LA PRESSION ET DE LA CONFRICATION SUR L'ORGANISME ANIMAL, ET, EN PARTICULIER, DE LEUR INFLUENCE SALUTAIRE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. FINESCHI.

Sous ce titre singulier, deux choses bien distinctes sont comprises : une théorie touchant l'action des influences météorologiques sur le corps humain; en second lieu, un procédé curatif. La théorie peut avoir sa valeur; mais comme nous ne nous flattons ni de la faire comprendre, ni même de l'avoir parfaitement comprise, nous demandons la permission de citer la conclusion sans ses prémisses, et de borner notre analyse à l'indication du moyen que l'auteur assure lui avoir réussi dans plusieurs cas. Voici ses propres paroles.

« Je ne crois pas inopportun de dire la manière dont j'ai pratiqué et les résultats que j'ai obtenus.

» Parmi les corps cohibents, j'ai choisi la laine, soit à l'état de flanelle, soit en nature, et alors une couche de l'épaisseur d'un pouce et plus, de manière à couvrir, à contact immédiat, et à isoler tantôt une portion (et notamment le bas-ventre ou la région lombaire), tantôt presque complétement la surface du corps.

» Des corps déférents, j'ai préféré les pointes et les conducteurs métalliques, des aiguilles d'acier et d'argent, des fils de fer et de laiton. Je les ai employés de deux manières : 1° en plantant une aiguille longue et ténue dans la région épigastrique, à la profondeur de plus d'un pouce, et à la faisant communiquer avec le sol à l'aide d'un fil de fer; 2° en plaçant des fils de fer sans oxidation autour du tronc et le long des membres; quatre pour le moins, deux transversalement, un peu écartés qui, en touchant les lombes, ferment le cercle sur le bas-ventre, avec leur pointe dirigée vers la peau sur la région épigastrique; — des deux autres, en croix sur les premiers dans le dos, se posent longitudinalement sur l'épine et sur la partie externe des extrémités, tant supérieures qu'inférieures, avec les pointes tournées vers la paume des mains et la plante des pieds.

» J'ai usé de la pression et de la confrication comme il suit. Un aide, avec les mains chauffées, palpe et presse sur le bas-ventre du malade, spécialement sur l'épigastre, toujours dans la direction des grands centres nerveux du système ganglionnaire, en y mettant une force proportionnée et supportable, pendant près de dix à quinze minutes de suite. Il frictionne ensuite sur l'épine et sur le trajet des nerfs spinaux, d'abord sur le tronc, puis sur les extrémités, non sans frotter et presser avec plus de force là où le système musculaire est plus développé.

» L'expérience, continue l'auteur, apprend, dans les lieux insalubres, que la laine est un des meilleurs préservatifs contre la fièvre. L'épaisse toison des animaux n'est-elle pas la cause de leur immunité contre ses influences? On prévient un accès de fièvre en couvrant le corps de laine quelques heures avant le moment où il doit paraître, surtout si, pour mieux réussir, on a d'abord eu soin de l'enduire d'huile afin de l'isoler d'une manière plus complète.

» Les conducteurs métalliques appliqués suivant le premier procédé, environ une heure avant l'accès, ont jugulé, à la première ou seconde séance, des fièvres intermittentes contractées dans des lieux bas et humides. Les effets ressentis par les malades furent des oscillations nerveuses, tintements d'oreille, etc., tels à peu près qu'en produisent les préparations de quina à haute dose. Mais la disposition à la récidive persiste alors. J'ai rarement employé cette méthode parce que la ponction ainsi faite, bien qu'en réalité peu douloureuse quand elle est faite avec circonspection, paraît barbare. Le temps le plus long pendant lequel j'ai laissé les aiguilles est de quatre heures environ, sans que j'en aie vu provenir d'inconvénient.

» Les conducteurs appliqués de la seconde manière, toujours pendant l'apyrexie, paraissent avoir une action moins énergique contre les mêmes fièvres. Néanmoins, après quelques paroxysmes, elles ont cédé sans que les effets constatés ci-dessus se soient manifestés. Cette application est plus active quand on la combine avec l'emploi de la laine.

» J'ai obtenu de bien meilleurs résultats, quoique plusieurs fois ils ne se soient produits qu'avec lenteur, de la pression et de la confrication, tant pour prévenir la maladie que pour la guérir. J'ai vu le gastricisme, la constipation et les autres prodromes de fièvre disparaître sous son usage continué, les obstructions viscérales diminuer et se résoudre, les fonctions reprendre leur type normal, les récidives obstinées et souvent rebelles au quinquina s'éloigner. On a pratiqué l'opération deux fois par jour, soir et matin, après la digestion, pendant l'apyrexie, et pour en assurer l'effet, en isolant ensuite le corps avec de la laine, et dans quelques circonstances, partiellement avec l'huile d'olive. J'ai quelquefois employé avec de bons résultats les confrications seules pendant le paroxysme fébrile, à cause de la propriété qu'elles possèdent, lorsqu'on en use modérément, de raffermir la peau, d'arrêter les sueurs profuses et de produire, au contraire, quand on les a portées à un degré excessif, le relâchement et la diaphorèse. »

IV. GAZZETTA MEDICA ITALIANA TOSCANA.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'huile de foie de morue, incolore et insipide*; par M. Guerri. (L'auteur a examiné de l'huile de foie de morue, décolorée, dans le but de savoir si ce changement lui a laissé ses propriétés médicinales; mais il avoue n'être pas en mesure de répondre à cette question par l'analyse chimique, et pense que l'expérience clinique peut seule lui donner une solution satisfaisante. 2° *Sur la hernie cérébrale antérieure et postérieure*; par M. Vannoni. (Suite.) 3° *Nouvelles recherches microscopiques sur la texture intime des os, pour servir d'introduction à des recherches pathologiques sur le même sujet*; par M. F. Pacini. 4° *Rescision de la langue par l'incision sus hyoïdienne*; par M. Giamattei. 5° *De l'accroissement continu des dents humaines*; par M. Tigri. (L'auteur, pour prouver la réalité de l'accroissement des dents, s'appuie sur ce fait que quand une dent a été arrachée, la dent opposée qui ne rencontre plus d'obstacle à son développement augmente de longueur.) 6° *De quelques tumeurs spéciales du pénis*; par M. Galligo. 7° *Eau minérale magnésienne purgative des plages de Bibbona*, examinée par M. Targioni-Tozzetti. 8° *Recherches sur l'action de l'hydrogène arsénié et des sels de plomb sur l'économie animale*; par M. Bechi.

RESCISION DE LA LANGUE PAR L'INCISION SUS-HYOÏDIENNE; par M. GIAMATTEI.

Voici un beau cas de succès obtenu grâce au procédé de M. Regnoli, procédé que, vu sa simplicité et les brillants résultats qu'il a donnés, on s'étonne de voir aussi rarement appliqué. Beaucoup d'opérateurs, effrayés des incisions étendues et apparentes qu'il nécessite, préfèrent essayer l'extirpation par la bouche. Mais pour peu que le mal ait atteint la base de la langue, on comprend que l'ablation ainsi tentée doit le plus souvent rester incomplète.

Obs. — Une femme âgée de 55 ans, de bonne constitution, entra à l'hôpital de Lucques pour une tumeur de la langue. Développée, six ans auparavant, vers le bord droit de cet organe, sous forme d'un tubercule dur et indolent, elle augmenta lentement, mais progressivement de volume, et était déjà ulcérée depuis quelques mois lorsque la malade vint demander les secours de l'art; elle était alors devenue le siége de douleurs lancinantes.

L'aspect de cette tumeur, le caractère des douleurs, ses progrès incessants, tout en accusait la nature cancéreuse; mais comme elle s'était étendue surtout du côté de la base, on reconnut qu'il serait impossible d'en faire l'ablation complète si l'on se bornait à l'opérer par la bouche. En conséquence, il fut décidé qu'on s'ouvrirait une voie plus large par la région sus hyoïdienne.

L'auteur indique simplement ici qu'il procéda d'après les règles tracées par Regnoli, fit les trois premières incisions, disséqua les lambeaux, pénétra dans la cavité buccale, excisa le plancher musculaire sus-hyoïdien, tira la langue

de manière à l'amener à la région antérieure du cou, et put ainsi l'examiner dans toute son étendue.

Arrivé à ce point, il comprit dans une incision semi-elliptique le tubercule cancéreux et en fit l'ablation. Dans cette incision, l'artère linguale se trouva intéressée; on la lia aisément avec une aiguille passée à travers le tissu lingual. Il fallut aussi enlever une partie du pilier antérieur du voile du palais qui participait à la dégénérescence; on y parvint au moyen du bistouri boutonné. Puis un bouton de feu arrêta l'hémorrhagie provenant de cette dernière partie de l'opération. On termina en replaçant la langue dans la cavité buccale et en réunissant les lambeaux par quelques points de suture.

Les suites furent des plus heureuses; la réunion immédiate s'accomplit sans retard, sans difformité. Dès le second jour, l'opérée avalait quelques cuillerées de soupe. Le quatrième jour, elle put mâcher et parler. Enfin, au bout de quatorze jours elle était complétement guérie.

L'auteur fait remarquer qu'il a modifié le procédé de Regnoli : 1° en liant directement l'artère linguale, au lieu de lier en masse la portion de la langue à extirper; 2° en s'abstenant de cautériser les muscles sus-hyoïdiens excisés; 3° en pratiquant ensuite la suture des lambeaux. Mais ces changements n'ont fait que simplifier l'opération et en rendre l'effet plus prompt, puisqu'ils ont, sans doute, concouru à produire la réunion par première intention.

DE QUELQUES TUMEURS SPÉCIALES DU PÉNIS; par M. GALLIGO.

Si l'auteur de ce travail avait circonscrit son sujet dans des termes plus restreints, s'il n'était, par exemple, proposé que d'étudier ou les nodus ou les plaques cartilagineuses de la verge, sa description aurait eu autant d'intérêt pratique que de clarté; mais la trop grande compréhension qu'il lui a voulu donner répand quelque chose de vague et de confus sur la rédaction tout entière. Ainsi il donne les tumeurs dont il s'agit comme pouvant être *primitives*, c'est-à-dire coïncidant avec des accidents syphilitiques locaux, ou *consécutives*, c'est-à-dire résultant d'une infection constitutionnelle. Il spécifie qu'elles offrent tantôt le volume d'un noyau d'abricot ou de prune, et même celui d'une petite pêche, tantôt seulement le relief d'un simple épaississement ou engorgement. Il en place le siége soit dans le corps caverneux, soit à leur surface, le long de l'urètre, au filet, sur le prépuce. Enfin il professe qu'elles se développent parfois durant le cours d'une chaudepisse aiguë, cordée; dans d'autres cas longtemps après que tout écoulement a cessé.

Par ces remarques critiques, nous n'avons point pour but de signaler des erreurs dans l'opinion de M. Galligo; nous voulons seulement montrer combien l'analyse de son travail serait pour nous difficile, pour le lecteur peu fructueuse. En effet, en examinant de près les développements dans lesquels il est entré, on ne peut méconnaître une chose, c'est que, au lieu de décrire une seule et même maladie, il a envisagé plusieurs affections évidemment différentes par leur nature, leur origine, leur constitution anatomique, telles que les gourmes tertiaires, les indurations succédant à un chancre primitif, les engorgements plus ou moins aigus des follicules urétraux durant la blennorrhagie, les plaques cartilaginiformes qui se développent à sa suite. C'est principalement de cette dernière lésion que M. Galligo s'est occupé; et dans plus d'un endroit on voit que sa description a surtout rapport à cet état si digne d'intérêt par sa rareté. Mais il n'en est pas moins vrai que les judicieuses réflexions qu'il énonce sur ce sujet perdent une grande partie de leur exactitude par l'application qu'il en fait à d'autres altérations éminemment différentes; et c'est ce qui explique pourquoi, malgré toute l'importance de ce travail, basé sur dix-neuf observations cliniques, nous ne pouvons, à notre grand regret, en rendre compte d'une manière plus détaillée, sans risquer de faire passer dans l'esprit de nos lecteurs une partie de la confusion dont l'auteur n'a pas toujours su se garantir.

Il est cependant un point sur lequel nous lui empruntons avec empressement un conseil pratique. Ces plaques cartilaginiformes, mal décrites, et sur lesquelles nous avons nous-même appelé l'attention (voy. GAZ. MÉD., 1850, p. 676) à l'occasion d'un mémoire de M. Kirby, ces plaques, disons-nous, résistent en général à tous les moyens thérapeutiques qu'on essaye pour en obtenir la résolution. Nous avons exprimé à cet égard (voy. *loc. cit.*) un pronostic vraiment décourageant. M. Galligo serait plus heureux que nous, sous ce rapport. Il dit avoir réussi dans la plupart des cas à faire disparaître ces tumeurs par l'usage intérieur et extérieur des préparations de mercure et d'iode. Quoiqu'il ne précise pas clairement à quelle espèce spéciale de tumeur ce traitement a été par lui appliqué, le succès qu'il en a retiré, dans des conditions où nous avons vu tant de remèdes échouer constamment, suffit pour nous engager à recommander celui-ci, d'après son exemple. Disons cependant que nous aurions plus de confiance dans ces médicaments employés localement, sous forme de frictions, que dans leur administration interne à titre de spécifique. Dans les observations que cite M. Galligo, ils ont été mis en usage simultanément de l'une et de l'autre manière.

P. DIDAY.

(*La fin au numéro prochain.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

SUR QUELQUES POINTS DE L'ANALYSE CHIMIQUE DU SANG, ET EN PARTICULIER SUR L'ORIGINE DE LA FIBRINE, ETC.

M. LECANU présente, sur ce sujet, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les expériences relatées dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie ont eu pour objet :

La détermination de l'origine de la fibrine ;

La recherche d'un moyen de débarrasser les globules sanguins du liquide séreux qui les tient en suspension dans le sang vivant;

L'analyse des globules sanguins à l'état de pureté.

En voici les principaux résultats :

1° Lorsque après avoir reçu directement dans une dissolution de sulfate de soude saturée à la température de + 12°, le sang sortant de la veine d'un homme, d'un bœuf ou d'un mouton, on filtre au papier le mélange au sein duquel les globules se sont conservés intacts, le filtre retient ces globules, tandis qu'il laisse passer un liquide salino-séreux, légèrement jaunâtre, susceptible de se maintenir limpide tant que la putréfaction ne s'en empare pas.

Mais si on l'étend de sept à huit fois son volume d'eau, il ne tarde pas à se prendre en une masse tremblante, tout à fait semblable à la gelée de pomme, laquelle, placée sur une toile, abandonne un liquide chargé d'albumine, s'y convertit en une sorte de glaire, et finit, après qu'on l'y a comprimé, par laisser dans le tissu de la fibrine incolore, translucide et quelque peu nacrée, à la façon de la colle de poisson dite en lyre.

Les globules lavés à l'eau saline n'en fournissent au contraire pas. De cette expérience facile à répéter en tout temps, en tous lieux, sur des masses de sang qui permettent de remplir de gelée des terrines énormes et d'obtenir, en une seule opération, plusieurs grammes de fibrine, je crois pouvoir tirer les conséquences suivantes :

La fibrine du sang spontanément coagulé ou battu, ses analogues, la couenne inflammatoire, les fausses membranes du croup, etc., proviennent *exclusivement* de la portion liquide du sang en circulation ;

Les globules du sang spontanément coagulé ou battu représentent, sans modification de composition, les corpuscules rouges du sang vivant des animaux des classes supérieures; à son tour, le sérum de l'un et de l'autre, plus la fibrine, en représentent la portion liquide ;

L'apparition de la couenne inflammatoire dans certaines conditions pathologiques, peut coïncider avec la presence dans le sang d'une proportion normale de fibrine, pourvu que la quantité d'eau y ait augmenté dans un certain rapport.

2° Des lavages prolongés et convenablement faits, à l'eau chargée de sulfate de soude, débarrassent à ce point les globules sanguins du liquide séreux qui les avait tenus en suspension pendant la vie, et plus tard se trouvait les imprégner à la manière d'éponge; non-seulement que les liqueurs de lavage cessent de se troubler à la température de l'ébullition, d'être précipitées par l'acide azotique, le bichlorure de mercure, le tannin, mais encore fournissent, par l'évaporation, un résidu que la calcination ne noircit pas.

Si l'on fait alors agir l'eau pure, ces globules qu'avait respectés la dissolution saline sont presque immédiatement détruits; l'eau passe au travers du filtre rouge de sang, chargée d'hématoïne de matière albumineuse et autre. D'où me paraît résulter pour eux la preuve de l'existence d'enveloppes imperméables à l'eau chargée de sulfate de soude, par analogie, à la partie liquide du sang vivant; incapables, en outre, de se déobirer sous l'influence de ces deux liquides, ainsi qu'elles le sont sous l'influence de l'eau pure; de principes constituants indépendants et peut être tout différents par leur nature de ceux que contient le liquide qui les tenait en suspension.

3° Les globules purs contiennent :

Des matières extractives, grasses et salines que rien ne distingue de celles du sérum;

De l'hématine;

De la globuline, matière albumineuse particulière, que sa solubilité dans l'alcool à 20° bouillant, la propriété de former avec l'eau froide une solution qui ne trouble pas le sous-acétate de plomb, distingue de l'albumine ordinaire, et qu'on ne trouve ni dans le sérum ni dans le blanc d'œuf;

Une matière fibrineuse distincte de la fibrine; sa disposition en petits sacs membraneux, son aspect nacré rappelant celui des globules sanguins s'agitant au soleil dans l'eau saline; sa résistance prononcée à l'action dissolvante des alcalis caustiques, porteraient à penser qu'elle est la véritable matière des enveloppes;

De l'hématosine ou principe colorant particulier dont le fer est l'un des éléments; elle forme un peu plus des 2/100 du poids des globules supposés secs;

De l'eau; la présence de l'eau dans les globules du sang, jusqu'à ce jour admise par simple induction, et parce qu'elle rendait parfaitement raison des in-

cessantes déformations qui leur permettent de se prêter à toutes les exigences de la circulation, peut être constatée expérimentalement.

En effet, du moment où l'eau saturée de sulfate de soude permet d'entraîner la sérosité qui les imprègne sans les pénétrer, sans leur rien enlever de leur propre substance ; on sent que les globules, s'ils contiennent en réalité de l'eau de constitution, devront par la dessiccation perdre une quantité d'eau supérieure à celle provenant de l'eau saline qui se trouvait les mouiller après les lavages, et que fera connaître le poids du sulfate de soude retenu par le produit de la dessiccation auquel l'eau bouillante l'enlèvera.

En moyenne, les globules du sang de bœuf contiendraient un tiers de leur poids d'eau.

L'eau, l'albumine, les matières extractives, grasses et salines qu'on y rencontre doivent constituer, à l'intérieur des globules, un véritable sérum hydratant, liquéfiant peut être, leur hématosine et leur globuline ; de telle sorte qu'on pourrait se les représenter comme autant de petites ampoules dont les parois tiendraient en réserve, avec des principes spéciaux, une partie de ceux que contient aussi le sérum extérieur.

En confirmant les prévisions de MM. Dumas et Prévost, d'après lesquels dans le sang l'eau existerait tout entière à l'état de sérum, ce résultat fait disparaître l'objection grave que soulevait leur procédé d'analyse.

A l'incontestable facilité d'exécution qui l'avait fait adopter par la plupart des expérimentateurs, ce procédé joint d'une précision qu'on lui avait au contraire contestée.

On devra toutefois ne pas oublier que la différence entre le poids du caillot sec et la somme des matières fixes du sérum représente le poids des matériaux spéciaux aux globules (hématosine, globuline), et non plus celui des globules eux-mêmes.

Les analyses de MM. Dumas, Prévost, Denis, Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier, Lassaigne, Delafond, F. Simon, etc., et les miennes, se trouvent donc à l'abri d'une cause d'erreur qu'eussent rendue profondément regrettable les importantes conséquences qu'en ont déduites les médecins et les physiologistes.

Si ces nouvelles expériences, cette sorte d'anatomie du sang ont résolu quelqu'une des délicates et difficiles questions que j'abordais ; si en démontrant la justesse des données qui leur ont servi de base, elles font davantage encore ressortir l'utilité des longs et consciencieux travaux que je viens de rappeler, je m'estimerai doublement heureux de les avoir entreprises.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant les échantillons d'un remède contre la phthisie (comm. des remèdes), et une lettre du ministre de la guerre qui transmet des échantillons d'opium récolté sur divers points de l'Algérie. (Comm. : MM. Orfila, Grisolle, Rayer, Boullay, Chevallier.)

— M. POGGIOLI, médecin à Paris, adresse un travail sur une nouvelle méthode pour guérir les affections douloureuses. (Comm. des remèdes nouveaux.)

— M. CHRESTIEN communique une observation de lupus rongeant de la face, ayant détruit les deux yeux, le nez, la partie moyenne de la lèvre supérieure, en voie de guérison (Comm. : M. Gibert.)

— M. LIEGEY (de Rambervillers) transmet une note relative à un cas de médecine légale. Il s'agit d'accidents traumatiques mortels déterminés par une cause traumatique. (Comm. : M. Larrey.)

— M. PROSPER YVAREN (d'Avignon) adresse un mémoire sur les métamorphoses de la syphilis, ou recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent. (Comm. : MM. Gimelle, Lagneau et Gibert.)

— M. AGOSTINI, de Villenauxe-la-Grande (Aube), sonmet à la sanction de l'Académie les formules qui lui sont propres et des agents thérapeutiques qu'il emploie dans le traitement des rhumatismes aigus et chroniques, la goutte et les névralgies en général ; et dans le traitement des maladies cutanées, et plus particulièrement dans les affections dartreuses récentes et invétérées. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. LACAUCHIE communique la seconde partie du mémoire sur le système absorbant dont il a lu la première partie dans l'une des précédentes séances. (Comm. déjà nommée, M. Renault, rapporteur.)

— M. SERRES (de Dax) transmet sous un pli cacheté l'exposé du traitement qu'il oppose aux fièvres de quelque nature qu'elles soient.

— M. ÉLYSÉE LEVRAT adresse un mémoire sur l'emploi du sirop d'iodure de soufre soluble dans le traitement de quelques affections scrofuleuses et cutanées. (Comm. : MM. Boulley et Gibert.)

— M. LE PRÉSIDENT rend compte en quelques mots à l'Académie de la part qu'a prise son bureau dans les derniers honneurs rendus à M. Récamier.

Sur son invitation, M. GIBERT lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie. Cette lecture est accueillie par des marques générales d'assentiment. (Nous avons publié ce discours dans notre dernier numéro.)

SUR LE MAL DE VERS OU MAL DE BASSINE.

M. PATISSIER lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire intitulé : RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LE MAL DE VERS OU DE BASSINE, éruption vésiculo-pustuleuse qui attaque exclusivement les fileuses de cocons, de vers à soie, par le docteur Potton, médecin de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon.

Passant sous silence les affections pathologiques que peuvent déterminer chez les fileuses de cocons leur profession sédentaire, leur position forcée durant le travail, leur exposition incessante à la chaleur, etc., M. Potton ne s'occupe, dans son mémoire, que d'une maladie spéciale, d'une éruption vésiculo-pustuleuse qui se manifeste sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, *uniquement* chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie, affection connue dans les fabriques sous les noms de *mal de vers*, *mal de bassine*.

Pour se rendre compte de la cause et du développement de cette maladie, il faut savoir que pour opérer la filature de la soie, les ouvrières sont assises auprès d'une bassine remplie d'eau chaude, et qu'elles s'appliquent à dérouler et à réunir les fils provenant des cocons détrempés et ramollis qui surnagent au liquide.

Lorsqu'une femme s'adonne sans interruption à la filature des cocons et travaille régulièrement la journée entière, elle voit constamment, au bout d'une semaine environ, de deux au plus, se produire sur les mains et de préférence sur la main droite, la maladie non pas très-grave, mais souvent très-douloureuse, qui a reçu le nom de *mal de bassine*.

C'est à la naissance des doigts, dans leur intervalle entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main que l'*éruption vésiculo-pustuleuse* débute. Une démangeaison n'offrant d'abord rien de pénible se fait sentir, une teinte érythémateuse l'accompagne, bientôt la rougeur devient plus forte, elle est semblable à celle de l'érysipèle ; plus marquée entre les doigts, l'extension et la pression la dissipent momentanément. Le gonflement ne tarde pas à se produire, il augmente avec la douleur qui devient irritante, la chaleur est âcre, exagérée, la peau se couvre de marbrures, de plaques brunâtres ; l'épiderme se soulève, on voit surgir d'abord une éruption miliaire, de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque arrondies ; leur volume, leur proéminence varient ; tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection, ce sont de véritables bulles. Tous les mouvements deviennent pénibles ; ils ont pour résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un profond sentiment d'engourdissement et de gêne, continuent leur travail, de faire crever les vésicules ; la sérosité s'échappe, un soulagement momentané, quelquefois permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les lésions qu'elle détermine, les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la douleur cessent à l'instant. Après sept ou huit jours, il ne reste aucune trace du mal autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme. Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres se dissipent ; une deuxième période s'annonce, des symptômes nouveaux plus sérieux la révèlent ; ou bien les vésicules subissent une véritable transformation, prennent le caractère des pustules ; ou bien, dans l'intervalle, entre les boutons vésiculo-pustuleux, dès l'origine, de franches pustules se montrent. C'est un liquide purulent qui suinte à la surface du corps muqueux enflammé, et qui soulève l'épiderme. Ces pustules offrent d'habitude les dimensions des boutons de vaccine ; elles ne sont pas ombiliquées ; deux parfois se réunissent en une seule ; elles peuvent s'étendre sur tous les doigts, mais c'est surtout entre le médius, l'indicateur et le pouce de la main droite qu'elles sont disséminées. Elles se répandent aussi sur le dos et dans l'intérieur de la main ; tout exercice de cet organe occasionne des souffrances très-aiguës. Il est impossible de plier complètement les doigts. Si aucune cause ne vient troubler l'éruption dans sa marche naturelle, elle arrive à son apogée du cinquième au sixième jour de sa naissance ; mais il est rare qu'elle suive ce cours prompt et régulier. Si, par un effort quelconque, par un traitement intempestif, les pustules s'ouvrent d'une manière prématurée et artificielle, la maladie ordinairement n'est pas gênée ; il surgit d'autres boutons supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents. Mais lorsque les pustules sont arrivées à terme, avant même que le pus soit évacué ou desséché, toutes les souffrances cessent ; les fileuses, dès ce moment, s'exposent aux causes premières déterminantes, bien que le derme soit à nu, les surfaces ulcérées et tuméfiées. Les douleurs prurigineuses, la sensation de brûlure, la chaleur qui l'accompagne ont cessé d'une manière brusque et comme par enchantement ; la main est loin d'être revenue à son état normal, et cependant les fileuses ne souffrant plus, n'ont pas hésité de reprendre leur ouvrage. Tel est l'ensemble des phénomènes que l'auteur nomme le *second degré*, la seconde période du *mal de bassine*.

Le *mal de vers*, chez certains sujets, dans quelques circonstances, revêt des formes plus fâcheuses. Ainsi, parfois, dès que les pustules se développent sans qu'elles soient confluentes, l'inflammation pénètre plus profondément, toute la peau est altérée dans les points compromis et à l'entour ; le tissu cellulaire sous-cutané est envahi, le gonflement devient énorme, les doigts, la main sont déformés, une tuméfaction œdémateuse se prolonge au poignet, à l'avant-bras, au bras lui-même ; ses vaisseaux lymphatiques, ses ganglions, les ganglions de l'aisselle s'engorgent et s'endolorissent ; dès le cinquième ou le sixième jour, on voit apparaître de petits phlegmons arrondis, circonscrits, pour l'ordinaire situés sous les pustules ; la peau est violacée, la fluctuation manifeste, la fièvre locale que les malades accusent, comme dans le panaris, est ardente. Les symptômes généraux éclatent, il y a des frissons, des maux de tête, de l'insomnie, du dégoût, des envies de vomir, en un mot les fonctions soit du système circulatoire, soit du système digestif, sont troublées, les accidents sympathiques se développent. Deux faits méritent d'être notés. L'auteur n'a jamais vu la maladie locale, même à son plus haut degré, attaquer les ongles et l'extrémité des doigts, l'inflammation gagne à l'intérieur la gaine tendineuse et les tendons eux-mêmes. Cependant, au premier aspect, la main semble gravement compromise. Du huitième au dixième jour, l'érosion de la peau donne issue au pus sous-ja-

cent, soit par les pustules, soit à proximité, dans un autre point. Dès cet instant, la scène change, un bien-être immédiat se produit, la phlogose se dissipe avec promptitude comme dans le second degré; après dix-huit ou vingt jours, au *maximum*, la guérison est parfaite, il ne reste pour toute trace qu'un peu de rougeur, on ne reconnaît que de très-petites cicatrices sans signe particulier.

Le *mal de bassine* se présente, comme on vient de le voir, sous trois formes principales distinctes, ou plutôt sous trois degrés différents d'intensité. Cette affection est toujours aiguë; elle ne laisse jamais après elle d'altération chronique; elle se montre également dans toutes les saisons. Un de ses traits les plus dignes de remarque est le suivant : sauf quelques exceptions, lorsqu'une ouvrière a été atteinte, elle peut, en quelque sorte, espérer d'exercer ensuite sa profession, sans avoir ultérieurement à redouter sinon la maladie, du moins ses accidents les plus graves; il est presque permis de dire qu'il y a eu pour elle une sorte de *vaccination*. Si elle abandonne la filature pour ne la reprendre que longtemps après, il arrive bien encore qu'elle contracte derechef une éruption miliaire vésiculeuse, mais sans phénomènes sérieux, sans lésions profondes; la maladie en général reste bénigne an premier degré, ne nécessite plus le chômage. Les rechutes paraissent, en quelque sorte, se montrer en raison inverse de la gravité des accidents primitifs.

M. Potton a recherché si l'éruption *vésiculo-pustuleuse*, dont il vient de tracer les caractères généraux et distinctifs, était susceptible de se communiquer par inoculations; toutes les expériences ont été négatives: le pus inoculé n'a jamais déterminé d'éruption identique, il n'a occasionné que de petits boutons purulents, suite de la piqûre, de l'introduction d'un corps étranger sous l'épiderme. Les conditions d'un travail suivi sont nécessaires pour la production, pour l'apparition du mal.

Quelle est sa cause? D'après M. Potton, cette éruption doit exclusivement son origine à la présence du ver, à sa décomposition intime à une première altération qui s'est faite lentement au sein même du cocon dans les magasins; cette altération puise une force nouvelle, une plus grande énergie dans l'action de l'eau chaude qui n'a pas le temps ou le pouvoir de détruire les émanations dégagées du corps de l'animal pendant la filature. Si on n'emploie que des cocons nouveaux étouffés seulement depuis peu, l'effet morbide n'apparaît pas; mais si les cocons sont anciens, s'ils ont été gardés une année et plus, on est presque certain de voir éclater l'éruption chez les ouvrières.

..... C'est donc dans les émanations qui s'échappent à l'instant de la filature des cocons anciens et doubles, et dans une décomposition que le temps a fait subir progressivement au corps de l'animal, qu'il faut placer l'origine du *mal de bassine*. Le manuel opératoire et l'eau chaude sont les causes intermédiaires, les éléments qui facilitent la puissance déterminante.

Le *mal de bassine* n'est pas une affection redoutable; elle ne compromet jamais l'existence des organes frappés, et *à fortiori* la vie des malades. Mais on doit compter pour quelque chose les douleurs aiguës et l'ensemble des accidents cruels, quoique passagers, qu'éprouvent les fileuses lorsqu'elles sont arrêtées dans leurs exercices, ou seulement lorsqu'elles ne peuvent plus s'y livrer avec leur assiduité habituelle.

Ces motifs sont bien suffisants pour porter attention à ce mal, pour chercher les moyens de le prévenir et de le soulager dans dans ses symptômes prédominants, essentiels.

Voici, à cet égard, les préceptes formulés par M. Potton :

Si lorsque les premiers symptômes, la rougeur, le prurit se manifestent, on fait immédiatement suspendre le travail, la miliaire, les vésicules, caractères du premier degré, ne se produisent pas ou avortent; mais ce n'est qu'un moment d'arrêt, qu'un retard, l'ouvrière voit les accidents renaître sitôt qu'elle rentre à la fabrique et qu'elle reprend assidûment son ouvrage; on peut dire qu'il est indispensable ou qu'elle subisse l'inoculation complète, ou qu'elle abandonne le métier. Cette condition est si bien connue des ouvrières, qu'elles se gardent de suspendre la filature, de faire aucun remède jusqu'au développement des pustules : cette conduite est rationnelle.

Mais la deuxième période, le deuxième degré de la maladie nécessite l'emploi de quelques moyens thérapeutiques dirigés en même temps contre l'inflammation et les vives souffrances qui l'accompagnent. Il importe de modérer les désordres locaux sans les supprimer trop brusquement, afin d'éviter leur retour. Ce qui prouve que le caractère de cette affection n'est point une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les antiphlogistiques, les émollients se montrent sans aucune efficacité sur les symptômes, et même, loin d'arrêter cette inflammation aiguë, ils semblent parfois l'exaspérer; les pustules suivent constamment leur marche, malgré les moyens empruntés à cette méthode. Les topiques calmants, les narcotiques n'ont pas mieux réussi. Au contraire, pour faciliter la résolution en calmant les douleurs et en permettant à la maladie de passer par ses phases naturelles, M. Potton a retiré des avantages incontestables des toniques légers, des bains dans les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de ronces ou d'écorce de chêne; des manuluves dans le miel rosat étendu d'eau. Les corps gras, les préparations sulfureuses ou alcalines ont été plutôt nuisibles qu'avantageuses. Par l'emploi de ces premiers moyens alternés ou combinés, suivant les circonstances, on parvient à tempérer les accidents, à les maintenir à un degré tel, que les ouvrières, pleines de confiance, préservées ainsi des phénomènes généraux les plus pénibles, résistent très-bien, ne suspendent pas leur ouvrage un seul jour. Durant la nuit, elles ont soin de tenir sur les organes affectés les préparations prescrites, ou bien elles substituent avec avantage des solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre ammonical, de sulfate de zinc, etc.

Mais c'est surtout lorsque le chômage est inévitablement commandé par la violence du mal, lorsque tous les signes du troisième degré subsistent, que les bains, les fomentations avec les divers liquides indiqués plus haut, sont indispensables. Les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre, procurent du soulagement; le froid, qui calme dans la première période, est ici une cause sinon des souffrances, du moins de leur prolongation. C'est seulement lorsque les pustules sont ouvertes que les pommades avec le tannin, l'acétate de plomb, deviennent utiles. Des cautérisations rapides, superficielles avec l'azotate d'argent, sont encore, à cette époque, d'un précieux secours. Lorsque les petits dépôts sous-cutanés tardent à s'abcéder, lorsque l'œdème de la main et du bras est prononcé, on active la résolution par les bains dans le vin aromatique, très-affaibli dans la solution d'eau blanche laudanisée. Souvent les malades percent elles-mêmes avec une aiguille les abcès retardataires, et les cicatrices plus tard sont imperceptibles. Sous l'empire de ces divers moyens, on voit disparaître, avec une extrême rapidité, des désordres qui, quarante-huit heures auparavant, offraient le plus mauvais aspect. Le seul symptôme qui persiste pendant quelques jours est une démangeaison assez vive. On la diminue par les bains et les lotions acidulées, des frictions sèches sur la main, sur le trajet des lymphatiques, des embrocations avec les huiles; les baumes légèrement excitants, viennent activer la résolution. Afin de combattre les symptômes généraux, M. Potton n'a jamais employé que les prescriptions indiquées dans les accidents analogues, les boissons acidulées gazeuses, les laxatifs, les infusions aromatiques ou amères, suivant la constitution individuelle des sujets, ou suivant les phénomènes prédominants.

M. le rapporteur fait remarquer, enfin, que si l'on passe en revue les éruptions diverses que certains métiers déterminent sur la peau des mains, on ne leur trouve aucune similitude avec le *mal de bassine*. Aussi pense-t-il qu'en appelant l'attention des gens de l'art sur une maladie particulière aux fileuses de cocon, en donnant une description exacte de ce genre de lésion et en indiquant le meilleur mode de traitement pour la combattre, M. Potton a rendu service à la science et à l'humanité.

En conséquence, la commission estime qu'il y a lieu de lui adresser une lettre de remerciment pour son intéressante communication, et de renvoyer son travail au comité de publication.

M. Gibert rend d'abord pleine justice au remarquable et intéressant travail du médecin de Lyon, et à la manière complète dont le sujet de ce travail a été traité dans le rapport. Toutefois, on peut encore ajouter quelques remarques pratiques qui ne seront pas sans intérêt.

M. Gibert rappelle le fait curieux observé en Angleterre, à l'occasion du couronnement de la reine Victoria. Le journal *le Sun* fut imprimé en lettres d'or, c'est-à-dire avec des caractères mouillés d'une solution de sel de cuivre. Or, les ouvriers qui imprimèrent ce journal furent atteints à cette occasion d'éruptions papuleuses et vésiculeuses des mains et des avant-bras assez analogues à celles qu'éprouvent les fileuses de Lyon.

C'est généralement, ajoute M. Gibert, un sujet d'études fort curieuses pour les dermatologistes que les éruptions de diverses formes pouvant simuler les éruptions dartreuses, diathésiques et quelquefois même les *syphilides*, et qui, dues à une cause externe, cèdent rapidement à l'éloignement de cette cause et à l'application de quelques topiques. On trouve, entre autres, dans cette comparaison, une objection puissante contre la prétention avancée par quelques modernes de faire faire un progrès à la pathologie et à la thérapeutique de la dermatose, en instituant une classification nouvelle sur des considérations *anatomiques*, au lieu d'étudier les maladies de la peau, comme Villan et Bateman, d'après les différences que présente la lésion *pathologique*. Comme nous l'avons déjà établi ailleurs, ce n'est pas sur des subtilités anatomiques, telles que les lésions prétendues isolées de l'appareil *papillaire*, *sudoripare*, *chromatogène* et des autres parties élémentaires qui entrent dans la composition du tissu complexe qui constituent la peau, que reposent les considérations d'étiologie, de nature, de thérapeutique qui intéressent avant tout le praticien.

Mais laissant de côté la théorie, j'insiste sur ce fait pratique, que des causes locales et transitoires peuvent déterminer dans un assez grand nombre de cas des lésions de formes analogues, mais de nature très-différente quand on les compare aux maladies de la peau diathésiques ou spontanées.

En ce moment même il existe des éruptions papuleuses plus ou moins générales provoquées par de petits insectes que la chaleur fait éclore à la campagne, dans les bois particulièrement, et qui chaque année donnent lieu à des erreurs de diagnostic très-singulières.

Abordant la thérapeutique, je dirai, tout en adoptant jusqu'à un certain point les explications données par M. Potton et par l'honorable rapporteur, que l'on et l'autre ont peut-être négligé, quant au succès des astringents comparé aux effets peu avantageux des topiques émollients, l'explication la plus rationnelle et la plus générale.

Dans toutes les maladies de la peau, soit de cause interne, soit de cause interne, c'est un fait général, lorsque l'inflammation est superficielle, que l'accroissement et la prolongation des fluxions, des sécrétions, du prurit, sous l'influence des topiques émollients, tandis que les astringents, et surtout les astringents froids et sédatifs ont les résultats les plus prompts et les plus satisfaisants.

Je me joins d'ailleurs au rapporteur pour demander le renvoi du mémoire au comité de publication.

M. Chevallier pense qu'on ne saurait apporter trop d'attention à l'étude de ces sortes de maladies. Il cite à cette occasion les maladies si graves produites par diverses industries telles que la préparation du chromate de potasse, celle du sulfate de quinine, etc., et que l'on ne connaissait même pas il y a quelques années.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Castel lit une note intitulée : Analyse de la vie, que nous publierons textuellement.

— M. Lecanu lit un travail sur l'analyse du sang. (Voir ci-dessus au compte rendu de l'Académie des sciences.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De la cachexie paludéenne en Algérie; par M. Catteloup, médecin en chef de l'hôpital militaire et civil de Tlemcen.—Br. in-8 de 80 pages.

En 1850, nous écrivions dans la Gazette Médicale (1) : « Cette expression *cachexie paludéenne* nous semble caractériser parfaitement l'état dans lequel tombent les individus qui ont subi de nombreuses atteintes du miasme des marais. Cet état, encore incomplétement décrit aujourd'hui, exige un travail spécial auquel nous comptons consacrer nos soins. » Quelque temps après notre ami, le docteur Catteloup, nous écrivait qu'il s'occupait du même sujet. C'est le fruit de ses recherches et d'une très-longue pratique en Algérie qu'il livre aujourd'hui à la publicité. Nous avions compris tous deux qu'il restait beaucoup à écrire sur ce point de la pathologie; nous dirons plus. la monographie de la cachexie paludéenne était encore à faire, car ce sujet n'avait encore été traité que d'une manière tout à fait insuffisante, incomplete, et un grand nombre de points de majeure importance n'avaient pas même été aperçus. Il appartenait aux médecins militaires, nourris de la pathologie des pays chauds, à fièvres endémo-épidémiques, d'écrire ce chapitre qui manquait à la science. Eux seuls même pouvaient le faire avec succès, car il ne suffit pas, pour être aptes à traiter ce sujet, d'assister au développement d'une ou deux endémo-épidémies; il faut qu'une longue habitation dans les pays chauds palustres ait mis à même d'observer, pendant une suite d'années, tous ces reliquats que l'été et l'automne préparent pour la saison d'hiver.

La publication de M. Catteloup a, comme plusieurs autres travaux publiés sur l'Algérie, un caractère d'originalité qu'on ne saurait méconnaître; et cette originalité ne consiste pas ici dans des aperçus, dans des théories, mais, ce qui vaut beaucoup mieux, dans les faits. Il se distingue par les qualités que nous avons déjà signalées à propos d'une autre publication du même auteur sur la dyssenterie, dont la Gazette Médicale a déjà rendu compte l'an passé (2). Les qualités sont la précision de l'observation, la netteté et la sagesse réservée des vues, l'ordre et la méthode. Mais il arrive à l'œuvre de M. Catteloup ce qui advient toujours à quiconque aborde pour la première fois un sujet peu connu : l'observation devant se disséminer sur une foule d'objets nouveaux, ne peut pas les sonder tous jusque dans leurs profondeurs: d'où il suit que certaines questions ne sont pas envisagées sous toutes leurs faces : là où il y a à découvrir, on perfectionne rarement: c'est une loi de laquelle ressortissent et la médecine et toutes les autres sciences, et à laquelle n'échappent pas même l'industrie ni les arts. Nous tâcherons de compléter, par quelques indications, les chapitres qui nous semblent présenter des *desiderata*, mais, auparavant, ayant soin d'établir que les ciseaux de la censure taillent très-largement dans les écrits insérés, comme l'a été celui de M. Catteloup, dans le Recueil de mémoires de médecine militaire; de sorte que le reproche de ne pas être toujours complet ne doit pas constamment retomber sur l'auteur.

M. Catteloup commence par faire une déclaration de foi au sujet de l'étiologie des maladies de l'Afrique septentrionale : à deux ordres de causes différentes répondent deux manifestations morbides également différentes; le miasme des marais a sous sa dépendance les fièvres la diarrhée, la dyssenterie, les affections du foie sont le produit du concours d'un plus grand nombre de causes, parmi lesquelles les influences climatologiques, météorologiques, les fatigues, la mauvaise hygiène, doivent être citées en première ligne. MM. Catteloup et Haspel ne sont pas d'accord, ce dernier voyant une manifestation du miasme dans la dyssenterie comme dans les fièvres palustres. M. Cambay, dans son livre sur la dyssenterie d'Afrique, professe une opinion mixte. La discussion nous entraînerait ici trop loin; contentons-nous de montrer l'état des choses.

Dans son chapitre intitulé *Effets de l'impaludation*, M. Catteloup décrit d'abord ces mutations qui s'opèrent *sans troubles sensibles* dans l'économie, et dont le résultat est d'assimiler l'étranger au regnicole, physiquement et moralement Dans d'autres cas, l'arrivant *tombe peu à peu dans un dépérissement lent, décrit par les médecins des pays chauds, sous le nom d'accidents de l'acclimatement. Nous considérons*, continue M. Catteloup, *cette phénoménisation morbide comme le premier degré de la maladie paludéenne*. Certes, il s'en faut de beaucoup que toutes ces métamorphoses de l'organisme, que tous ces accidents soient le produit de l'absorption miasmatique; le climat proprement dit y a sa large part. Ainsi, nous ne saurions voir que les phénomènes de l'acclimatement proprement dit dans les modifications suivantes, décrites par l'auteur comme les effets d'une impaludation qui se fait sans troubles sensibles dans l'organisme : « La physionomie prend les caractères de l'indigène, l'individu devient blême, l'embonpoint s'efface, les forces physiques diminuent, l'appétit languit, tout travail intellectuel de longue durée devient pénible, le repos et la paresse ont remplacé l'activité musculaire, toutes les fonctions s'affaiblissent, excepté deux toutefois qui s'exaltent, la perspiration cutanée et la sécrétion biliaire; en un mot, l'organisme s'est assimilé entièrement, etc. »

Oui, c'est là l'acclimatement, mais ce n'est pas l'impaludation, ou tout au moins celle-ci n'intervient que pour sa part, comme un des éléments nombreux faisant partie de l'hygiène et du climat. La cachexie paludéenne peut s'opérer graduellement et *sans accès préalable*; c'est une opinion que nous avons formellement professée dans la Gazette Médicale (1851, p. 595); mais elle se manifeste alors avec une physionomie bien différente, qui ne rappelle point les métamorphoses opérées dans l'organisme par les seules influences du climat; ses caractères sont la bouffissure de la face, les œdèmes et les hydropisies, le teint palustre, l'engorgement des viscères abdominaux, l'anémie, etc. Ainsi donc, les changements graduels opérés sans accès de fièvre qui peuvent survenir chez l'étranger transplanté dans un pays plus *chaud que sa patrie et palustre*, sont de deux sortes, les uns produits par un agent accidentel qui ne fait point partie essentielle de ce climat, par le miasme palustre, en un mot; les autres par les conditions essentielles de ce climat; chaque genre de cause se trahit par une phénoménisation particulière. Nous ajouterons, toutefois, que des états complexes peuvent se manifester sous l'influence combinée dans deux classes de causes. Dans une lettre que M. Catteloup nous écrivait en date du 15 juin 1850, des opinions à peu près semblables à celles que nous professons étaient franchement indiquées. Nous regrettons que, postérieurement, le médecin en chef de Tlemcen ait été conduit à une trop grande généralisation des effets du poison palustre, lui qui, envisageant la question sous un autre point de vue, a cru devoir suivre une marche tout opposée et a nettement retranché les flux intestinaux et les affections hépatiques du groupe des maladies dues à cet agent.

M. Catteloup place la couleur de la peau en première ligne parmi les signes qui font reconnaître la cachexie paludéenne; nous partageons son avis. C'est, dit-il, une coloration plus ou moins foncée, légèrement bistre, ressemblant assez bien au teint d'un homme journellement exposé aux rayons du soleil ardent (p. 9). Cette caractéristique n'est pas suffisante. Cela est si vrai qu'après avoir épuisé le chapitre des symptômes, M. Catteloup, dans les réflexions qui suivent l'obs. IX, laisse tomber cette phrase, perdue dans un coin tandis qu'elle devrait figurer à une place bien évidente dans le chapitre *Symptomatologie*: « Nous nous sommes demandé comment, dans certains cas, la couleur de la peau est blafarde, couleur de cire, presque entièrement transparente, tandis que dans d'autres elle conserve son aspect terreux jaunâtre primitif. » Ce teint, cette pellucidité des chairs, sont en effet des phénomènes très-communs dans la cachexie palustre, et peut-être même pourrait-on dire, en général, qu'il est le caractère de cette affection, tandis que la couleur *jaunâtre bistrée très-prononcée* appartiendrait plutôt aux complications siégeant dans les voies biliaires, ou à la prépondérance hépatique acquise par l'acclimatement, et dépendrait finalement plutôt des conditions climatologiques essentielles que de l'absorption du toxique accidentel. Nous émettons cette opinion avec réserve.

M. Catteloup décrit fort bien l'état de la peau dans la cachexie paludéenne. « Voyez nos anciens militaires, dit-il, ceux de trente-cinq à quarante ans ont déjà les attributs de la vieillesse. Leur visage est sillonné de rides, et leur peau, molle et flétrie comme celle des vieilles femmes, semble approcher de l'état de décrépitude. » Disons, en passant, que l'absorption des miasmes n'est pas la seule cause qui vieillit ainsi par anticipation. L'auteur continue : « Cette altération anormale de la peau est bien différente de l'aspect et du changement qu'offre la peau des malades atteints de dyssenterie chronique. Chez ceux-ci, elle est sèche, rude au toucher, et ne transpire pas. Le teint n'est pas aussi jaunâtre. La surface cutanée se recouvre de squammes furfuracées, s'enlevant par le frottement, recouvertes de callosités très-épaisses, très dures, creusées de profonds sillons. Dans la cachexie, la peau est plus onctueuse. plus moite, à moins qu'il n'y ait fièvre continue. Dans ce cas, elle est brûlante et aride avant de se couvrir de sueur. » Ce tableau est tracé d'après nature. Ajoutons cependant que dans les cas où des flux intestinaux compliquent la cachexie, et chez les malades fortement infiltrés, la peau devient sèche, parcheminée, pulvérulente.

Nous lisons, p. 8 : « La cachexie paludéenne commence à présenter des symptômes, quelquefois mais rarement, après une seule atteinte de fièvre, le plus souvent après plusieurs rechutes. » Ailleurs, p. 16, au chapitre

(1) F. Jacquot. Aperçu de l'histoire médicale du corps d'occupation des États romains. (Gaz. Méd., 1850, p. 378.)

(2) Gaz. Méd., 1851, p. 701.

Marche : « La marche de la cachexie est essentiellement chronique et excessivement variable. » Sur la première proposition nous sommes tout à fait d'accord, car nous écrivions (Gaz. Méd., 1849, p. 378) : « La cachexie paludéenne se développe à des époques bien différentes : quelques individus en ont été atteints après trois ou quatre rechutes seulement ; d'autres ne l'ont présentée qu'à un faible degré après quatre ou cinq mois de rechutes nombreuses et rapprochées. » Nous ajoutions : «Ordinairement lente et graduelle dans son développement, elle s'est quelquefois montrée véritablement aiguë et galopante. » Nous regrettons que M. Catteloup n'ait pas signalé cette dernière forme et n'ait pas donné une observation destinée à faire connaître cette variété rare et très-curieuse.

Le chapitre le plus remarquable, le plus nourri, le plus complet du mémoire de M. Catteloup, c'est sans contredit celui qui a pour titre : *Analyse des états morbides*; il comprend les articles suivants : Coloration anormale de la peau ; engorgements de la rate ; engorgements et ramollissements du foie ; hydropisie ascite, hydropisie méningienne, anasarques ; hémorrhagies, épistaxis, hémoptysie, macules scorbutiques et tumeurs sanguines, dyssenterie ; névroses du mouvement. Nous ne pouvons qu'indiquer au lecteur cette matière si variée. On lira surtout avec intérêt l'article *hydropisie méningienne*, et ce qui est relatif aux *névroses du mouvement*; ce dernier contient des faits infiniment curieux. M. Catteloup est l'auteur qui a le mieux observé tout ce qui a trait à ce sujet.

Nous regrettons que le médecin en chef de Tlemcen ait glissé si rapidement sur les troubles de la sensibilité ; nous pourrions dire qu'il les ait oubliés, car pour toute description nous trouvons à l'article *Symptômes :* « Les malades se plaignent ordinairement d'une céphalalgie opiniâtre, de pesanteur de tête, etc. » La céphalalgie acquiert quelquefois une intensité qui va jusqu'à la névralgie et une opiniâtreté désespérante ; tantôt elle est périodique, tantôt continue. Des douleurs profondes dans les jambes, dans les lombes, le long du rachis, sont quelquefois aussi assez vives pour retenir le malade sur son lit. La rate et les hypocondres sont, dans certaines circonstances, le siége de douleurs qui appellent l'attention du médecin. Enfin nous avons souvent observé, dans la cachexie paludéenne, des sueurs profuses nocturnes qui affaiblissaient considérablement le malade, et contre lesquelles, nous l'avouons, nous n'avons pas toujours lutté victorieusement, malgré l'emploi du sulfate de quinine, du quinquina en nature, des toniques amers, du fer, de l'acétate de plomb, de l'eau de Rabel et de la limonade sulfurique, des astringents végétaux, du vin et des viandes rôties. Elles ont quelquefois déjoué toute notre thérapeutique.

C'est un point bien difficile que le traitement de la cachexie paludéenne ; la théorie, les analogies font souvent formuler une thérapeutique exempte de tout reproche *à priori*, mais peu efficace en réalité. Nous avons déploré, dans notre histoire de l'année 1849 à Bone, l'impossibilité où nous nous trouvions trop souvent d'enrayer ces cachexies, progressant toujours malgré un traitement que la raison devait faire considérer comme des plus efficaces. Dans le compte rendu de l'année 1850, nous arrivons enfin à fixer définitivement nos idées sur le traitement le plus convenable, traitement complexe qui a besoin d'être suivi avec beaucoup de persévérance. M. Catteloup a déploré, comme nous, la trop fréquente insuffisance des remèdes, et a été conduit à puiser ses ressources plutôt dans l'hygiène, dans le changement de lieu, et dans une alimentation réparatrice, que dans la matière médicale.

M. Catteloup dissémine dans trois articles les indications thérapeutiques exigées par la cachexie paludéenne ; les unes sont relatives aux accès fébriles, les autres aux lésions viscérales, les dernières à l'altération du sang. Cette division a l'avantage de montrer nettement des éléments déterminés contre lesquels sont appelés à lutter certains groupes de remèdes, mais elle a l'inconvénient de s'opposer aux vues thérapeutiques d'ensemble, et à l'appréciation des résultats définitifs produits par la triple médication.

A l'article *accès fébriles*, M. Catteloup dit, avec beaucoup de raison, qu'aussitôt la fièvre coupée, il faut, pour prévenir la cachexie et éviter les rechutes, recourir aux toniques, à la décoction de quinquina, au vin de cannelle, aux amers. C'est un point sur lequel nous concordons parfaitement, et auquel nous attachons même probablement plus d'importance que l'auteur, car celui-ci n'a fait que formuler l'indication générale, sans s'appesantir et sans entrer dans aucun détail. Nous ne trouvons pas le café au nombre des médicaments recommandés comme utiles dans la cachexie ; on retire pourtant d'excellents effets de son usage : il semble réveiller les forces nerveuses devenues languissantes, et donner à l'économie dans la torpeur le degré d'excitation nécessaire pour qu'elle se laisse influencer par les toniques et par les ferrugineux. C'est qu'il arrive en effet, qu'on me passe l'expression, un tel degré d'insouciance, d'inaptitude à toute assimilation, de paresse, de perte des forces radicales, qu'il faut donner à l'organisme une sorte de coup de fouet qui réveille son impressionnabilité. Or le café nous a semblé remplir assez bien cette indication.

A quelle préparation de fer M. Catteloup a-t-il définitivement donné la préférence? Après avoir successivement essayé, M. Mayer et moi, le sous-carbonate, les boules de Nancy, l'iodure, nous sommes arrivés à préférer ce dernier. Les ferrugineux ont, dans la cachexie palustre, une action très-lente, et trop souvent des résultats douteux.

Au sujet des lésions viscérales, M. Catteloup indique les moyens qu'il dirige contre l'engorgement de la rate ; nous n'y trouvons pas les frictions mercurielles, ni les frictions avec les iodures de plomb et de potassium, moyens efficaces pourtant. Quand la région est très-douloureuse, nous nous trouvons très bien d'une pommade avec extrait de belladone mêlée à la pommade mercurielle.

On voit que, dans cet article, nous avons eu deux objets en vue : de faire connaître le travail substantiel de M Catteloup, et d'y ajouter quelques-unes de nos propres recherches, de manière à donner au lecteur une idée plus complète du sujet.

F. Jacquot.

VARIÉTÉS.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. RÉCAMIER PAR M. CAFFE, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

« Chargé par la Société médicale d'émulation de Paris de rappeler sur cette tombe que le professeur Récamier fut l'un de ses fondateurs dès la première année de ce siècle, je me fais un devoir de me borner à ce souvenir, après les éloges historiques que vous venez d'entendre de la part d'hommes compétents, et qui suffisent bien pour laisser dans votre esprit l'appréciation exacte de tout ce que la science et la pratique surtout peuvent devoir à notre vieux maître, et pour vous faire déplorer la perte que nous éprouvons aujourd'hui.

» C'est avec ses émules et compatriotes Bichat, Richerand, tous les trois issus de la même province, que Récamier fit connaître à la Société médicale d'émulation ses premiers travaux dont la forme sévère et rigoureuse ne laissait point présager tout ce qu'il abandonnerait plus tard, et jusqu'au dernier jour, à l'imagination la plus luxuriante, en thérapeutique spécialement. Il n'est pas un médecin ici présent qui n'ait été plus d'une fois le témoin de ses inspirations soudaines, qui touchaient au génie en effleurant quelquefois l'erreur. Dans les moments extrêmes, dans ces cas qui font le désespoir de la logique et de la sage expérience, M. Récamier invoquait soudainement un mélange de science, de souvenir, de confiance et d'audace, qui a retenu plus d'un malade dans la vie qui aurait échappé à la raison froide d'un autre médecin.

» M. Récamier s'était ainsi habitué à compter sans cesse sur sa fortune ; jamais il ne portait un pronostic irrévocablement fatal ; il espérait toujours après les autres, mieux que les autres, et de là tentait souvent presque l'impossible ; il n'oubliait pas que les prévisions d'hommes même les plus instruits sont toujours bornées ; il savait encore que la limite extrême de la vie dans les maladies est individuelle : qu'elle ne peut pas être fixée.

» M. Récamier tirait le meilleur parti de cette ignorance peu commune, et soutenait, par des ressources improvisées, une existence qui eût déjà disparu entre des mains moins hardiment habiles ; appelé dans de semblables conditions, on était forcé de le louer jusqu'à l'admiration. M. Récamier semblait alors disposer d'une puissance moitié mystique qui obéissait à ses ordres et faisait plier confrères et malades sous l'activité de son inspiration toujours vigoureusement jeune. La vie de M. Récamier fut toujours la vie militante du praticien ; il n'eut pas le courage ou le bonheur de l'interrompre un instant pour la donner à des travaux importants dans la science ou pour laisser, ce qui a bien aussi sa consolation, un intervalle entre la vie et la mort. L'âge semblait avoir augmenté pour lui et les forces physiques et le prestige de cette imagination. La temporisation, le calme de l'esprit, la lenteur des mouvements, priviléges inhérents et obligés du vieillard, n'avaient pas accès chez lui. Il resta toujours jeune, beaucoup plus qu'il ne paraissait l'être. Lorsqu'il présentait, en 1802, à la Société médicale d'émulation, une observation technique d'ossification de la dure-mère de 2 pouces et demi à 3 pouces de longueur, étendue sur la convexité de chaque hémisphère cérébral dans la substance duquel cette ossification s'était creusé une fosse : « Je laisse aux physiologistes, disait-il en terminant cette observation, à discuter sur les conséquences qu'on peut tirer relativement aux fonctions du cerveau et de la structure de la méninge.... »

» Quelle naïve réserve ! quelle antithèse à sa nature ! elle n'était nullement capable de faire prévoir l'impétuosité d'esprit et d'action dont M. Récamier fit preuve dans les cinquante années qui ont suivi ; cette impétuosité, je n'omettrai pas de le dire sans être coupable par le cœur, l'accompagnait dans tous les actes de bienfaisance dont sa vie a été dignement remplie, et à chaque heure.

» L'indépendance, la noblesse du caractère de M. Récamier pouvait servir d'exemple assez peu suivi ; déjà en 1830 il écrivait publiquement au pouvoir qui lui avait fait dire qu'il ne pouvait pas prêter le serment exigé : « Je le puis, répondit-il, mais je ne le veux pas ; j'appartiens à la république des sciences et des lettres, et je ne relève que de ma volonté et de ma conscience. »

» La Société médicale d'émulation avait à retracer un souvenir précieux pour elle. Nos regrets, unis aux vôtres au milieu de cette pompe solennelle des funérailles, ressemblent plutôt à une sorte d'inauguration qui fait prendre à notre ancien collègue sa place dans la postérité. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA CAUTÉRISATION SOUS-CUTANÉE ; SON EFFICACITÉ DANS L'AMAUROSE.

Peu de nos lecteurs savent ce qu'il faut entendre par *cautérisation sous-cutanée*. Nous profitons de l'occasion d'une thèse soutenue ces jours derniers à la Faculté de médecine de Paris sur ce sujet pour appeler leur attention sur cette nouvelle application de la méthode sous-cutanée.

M. Philipeaux, élève distingué des hôpitaux de Lyon et en particulier de M. Bonnet, a été témoin des avantages que retire cet habile chirurgien de la cautérisation sous-cutanée dans le traitement de l'amaurose. Avant d'initier le lecteur à la pratique de son maître, M. Philipeaux fait un court historique de cette nouvelle application de la méthode sous-cutanée. M. Nanzio, vétérinaire de Naples, incise la peau et cautérise profondément avec le fer rouge les tissus sous-jacents en regard de cette incision. M. Bérard propose de traiter les tumeurs érectiles en enfonçant dans la tumeur des cautères filiformes rougis à blanc. Puis viennent les indications que nous avons données, dès 1844, dans le PROGRAMME DE NOS CONFÉRENCES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE. Rectifions en passant ce que cet historique présente d'inexact.

Ni M. Nauzio ni M. Bérard n'ont eu la moindre idée de faire de la cautérisation sous-cutanée : le premier a voulu cautériser plus profondément et de plus près ; le second a voulu faire avec des fils métalliques rougis ce que M. Lallemand avait fait avec des fils de chanvre : provoquer une inflammation plastique autour du tissu érectile. Nous relevons cette interprétation abusive de M. Philipeaux, parce qu'elle n'est qu'une application d'une manière trop fréquente d'obscurcir la véritable origine des idées à l'aide de citations de précédents qui n'y ont aucun rapport : on aime mieux partager entre plusieurs ce qui n'appartient qu'à un seul. Cette remarque a un autre motif. Elle a pour but de mieux préciser ce qu'il faut entendre par cautérisation sous-cutanée. Or ni M. Philipeaux ni son savant maître ne paraissent s'être préoccupés de cette question.

La cautérisation sous-cutanée a deux buts et elle offre deux caractères. On cautérise sous la peau en vue d'épargner cette dernière : il peut être utile de détruire un tissu ou une production sous-cutanée, tout en conservant la portion de peau qui la recouvre. Mais pour donner à ce mode opératoire le caractère de la méthode sous-cutanée, il faut encore que l'application participe du principe de la méthode, c'est-à-dire qu'elle soustraie le théâtre de l'opération à l'action du contact de l'air. Or, est-ce bien cela qu'ont eu en vue MM. Philipeaux et Bonnet? Nullement ; ils se sont bornés à rechercher les moyens d'agir sous la peau sans être obligés de la détruire. Leur procédé consiste à passer sous la peau un séton caustique, à détacher ainsi des cylindres du tissu cellulaire en rapport avec le parcours de la mèche caustique. Ce n'est donc que très-extérieurement que leur pratique peut être rapportée à la méthode sous-cutanée. Cependant la préoccupation du vrai principe de la méthode pouvait conduire à des résultats différents. Soit qu'à notre exemple, on introduise sous la peau, en un point déterminé, l'extrémité d'une tige rougie à blanc, soit qu'on se serve de l'extrémité d'un caustique, il est toujours possible de se comporter comme on le fait lorsque l'on procède d'après la méthode générale, c'est-à-dire lorsque l'on pénètre sous la peau à l'aide du pli cutané et d'une simple ponction. Nous n'avons pas besoin d'insister pour rappeler les cas assez nombreux où la vraie cautérisation sous-cutanée a rendu des services. Par elle, il nous a été permis de circonscrire l'action du caustique sur un point, sur le trajet d'un nerf, sur un ligament, sur un muscle, au pourtour d'une cavité articulaire. Par elle, nous avons vu des douleurs vives céder instantanément, des engorgements se résoudre, des tumeurs s'effacer, des kystes s'oblitérer. C'est pour nous l'analogue ou le succédané, dans certains cas, de la scarification sous-cutanée. A ce titre et à ce point de vue, la cautérisation sous-cutanée est donc une application rationnelle et légitime de la méthode dont elle dérive, et nous n'avons attendu l'inspiration de personne pour l'inscrire parmi celles qui nous ont été suggérées par la méthode mère.

Quoi qu'il en soit, voici les avantages que M. le professeur Bonnet a tirés de la cautérisation sous cutanée appliquée comme méthode révulsive au traitement de l'amaurose.

M. Bonnet forme, avec une pâte de chlorure de zinc (parties égales de chlorure de zinc et de farine), un cylindre d'une longueur un peu plus considérable que celle des parties qu'il veut traverser. Sur ce cylindre, il assujettit des fils de coton qui le dépassent de 15 à 20 centimètres. Ce cylindre est introduit dans un canal ouvert par le passage d'une aiguille à séton d'un diamètre un peu moindre que le cylindre caustique. Après vingt-quatre heures de séjour, ce caustique produit une escarre cylindrique ayant la longueur des parties traversées, et 2 centimètres de diamètre, le cylindre caustique en ayant 6 millimètres. Une suppuration éliminatrice s'établit ; après quelques jours, l'escarre commence à s'écouler, et la plaie qui succède à la chute de l'escarre a la forme d'un canal recouvert par un pont de peau intacte. D'après ces simples détails, on voit que la cautérisation sous-cutanée de M. Bonnet serait peut-être mieux désignée par le mot de *séton caustique*.

L'habile chirurgien de Lyon a employé cette pratique tantôt comme méthode destructive ou résolutive, tantôt comme simplement révulsive. C'est surtout dans le traitement de l'amaurose qu'elle a produit des succès. M. Philipeaux rapporte onze observations détaillées où l'on peut les apprécier sous leurs différents points de vue. La conclusion générale à laquelle il a été conduit est que « si l'on a affaire à des amauroses avec maux de tête, chez des sujets d'une bonne santé, la cautérisation pourra certainement les améliorer, tandis que si l'on se trouve en présence d'une amaurose liée à une détérioration de la santé générale, il faudra renoncer à la cautérisation, ou du moins en attendre des effets bien peu marqués.» — Le séton caustique s'applique à la nuque, et n'empêche pas le concours de divers moyens indiqués par les diverses circonstances étiologiques du mal.

JULES GUÉRIN.

Feuilleton.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE ET EN TOSCANE (1).

Apprécier théoriquement ou par les résultats effectifs le mérite d'une institution de haut enseignement, n'est pas chose aussi simple qu'on se plait communément à l'imaginer. Une première difficulté consiste à bien dégager ce qui caractérise essentiellement l'institution, ce qui en marque l'esprit, les tendances, ce qui en spécialise le mécanisme, de tous les éléments accessoirement susceptibles ou de la fortifier ou de l'énerver. Il importerait, en d'autres termes, de bien discerner le *but* pour diriger l'appréciation vers son objet véritable, et de distinguer, parmi les *moyens*, ceux qui s'adaptent directement au but de ceux qui n'ont avec lui aucun rapport nécessaire. Voilà pour la théorie. Quant à la pratique, l'épreuve est plus délicate encore. Il en est des institutions comme des lois et des mœurs, ou, pour dire plus encore, comme des animaux et des plantes : elles ne peuvent être semblables ni enfanter les mêmes produits dans tous les pays. Là, par exemple, où les doctrines sociales tendront à faire pénétrer l'éducation dans les couches profondes de la population, là où le principe de l'éducation à bon marché, voire même gratuite, aura poussé de profondes racines, on substituera volontiers la prééminence du travail et de l'intelligence à la prééminence de la fortune, et l'on préférera conséquemment au système des longues études, entraînant de grandes dépenses, le système des études fortes, garanties par la sévérité et la multiplicité des épreuves. Le système d'éducation pourra varier encore dans sa constitution, et variera nécessairement dans ses résultats, suivant les ressources d'instruction disponibles : dans l'espèce, par exemple, suivant que le service des hôpitaux sera actif ou languissant, que les amphithéâtres fourniront ou non des matériaux suffisants à l'étude anatomique, etc. De même, l'action des maîtres sur les élèves ne saurait être la même dans une école peu nombreuse, où le contact entre les uns et les autres est tout à fait direct, où les noms, les visages, les habitudes de vie sont également connus, et dans ces grandes pépinières comme on en voit à Paris, où la plupart des étudiants passent *incognito* à travers toute la filière des études.

Ces quelques remarques nous sont suggérées par la brochure de M. Prosper de Pietra Santa. Notre confrère, en effet, ne nous parait pas s'être assez préoccupé de cette diversité de conditions dans le parallèle qu'il a tracé de l'enseignement médical de Toscane et de l'enseignement de France, et où celui-ci, disons-le de suite, ne joue pas le beau rôle. Et tout d'abord, il eût été juste de reconnaître que cet enseignement de Toscane, si supérieur, si complet, si bien

(1) DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN TOSCANE ET EN FRANCE ; par le docteur Prosper de Pietra Santa, 1852.

HYDROTHÉRAPIE.

NOTE SUR LES EFFETS TONIFIANTS DE L'HYDROTHÉRAPIE; par M. le docteur GUETTET.

I.

On a eu tort de vanter l'hydrothérapie comme le remède à tous maux; nous appuierons cette proposition dans cet article même. Mais on aurait tort aussi de restreindre sa valeur à celle d'une simple unité parmi les moyens médicaux. Elle vaut à elle seule plusieurs des agents les plus héroïques de la pharmacopée pour l'état de maladie déclarée. Elle les surpasse tous dans la vertu de réhabiliter les organisations affaiblies et qui ne sont que maladives, soit que la souffrance tienne à une convalescence pénible après les maladies graves, soit qu'elle dépende d'une lésion moins importante et obscure, mais tenace et progressive. Seulement pour obtenir ces fruits l'emploi doit être légitime; des mécomptes terribles quelquefois payent l'oubli des contre-indications.

On a vu l'hydrothérapie remplacer avantageusement comme *tonique* et *antipériodique* le quinquina et son alcaloïde; comme *diaphorétique* à usage prolongé, les antimoniaux et les sudorifiques du règne végétal; comme *antigoutteux* à usage prolongé, les principes alcalins. Elle remplace avantageusement l'opium et ses préparations *contre* le symptôme de l'*excitation*; le musc et les antispasmodiques *contre* le symptôme du *spasme*. Dans les cas de *coma* profond, j'ai bien des fois employé utilement l'eau froide là où tous les excitants étaient sans effet, où les sinapismes ne pouvaient agir instantanément et où l'urtication avait été infructueuse. C'est d'ailleurs un fait vulgaire que rien ne réveille les sens aussi promptement que l'eau bien froide aspergée sur la peau nue. Combien de saignées enfin n'épargnons-nous pas dans des cas où elles ne peuvent être qu'un emprunt à gros intérêt sur la santé générale pour parer à un besoin momentané!... Voilà donc de plus à notre disposition un *sédatif* puissant du système circulatoire sans appauvrissement du sang. Ajoutez que moyennant une modification dans l'emploi, on fait de cet agent de sédation un agent *stimulant* énergique qui opère la stimulation locale (soit pour l'effet direct sur des parties superficielles, soit pour l'effet médical, la révulsion, la dérivation, sur des parties profondes), de même qu'il opère la stimulation générale. Ajoutez aussi que, provoqués de cette manière, les phénomènes n'ont pas l'instabilité qu'on leur connaît dans la thérapeutique ordinaire, instabilité qui oblige, quand on les veut entretenir, à invoquer l'un après l'autre tous les agents que le formulaire a classés sous la rubrique des stimulants; mais au contraire ils persistent sans épuiser le malade, ils persistent en le fortifiant, et après une durée aussi longue qu'on la juge nécessaire, ils laissent l'économie exempte de toute intoxication médicamenteuse.

S'agit-il, non plus d'un danger prochain ni d'une affection aiguë, mais d'une maladie chronique ou de ces états de langueur dont la durée est infinie et dont le caractère tenace affaisse les ressorts du moral comme il ruine la matière des organes? C'est là que l'hydrothérapie triomphe avec le plus d'éclat, parce que là le succès est presque son lot exclusif. Je n'ai pas besoin d'insister. Tous les praticiens connaissent le champ pénible et ingrat dont il s'agit ici; et la plupart d'entre eux ont volontiers livré cette partie de leur domaine à la médication nouvelle.

Parlerons-nous des névropathies? Dès qu'elles ont résisté quelque temps, elles deviennent inexpugnables; elles s'invétèrent, s'impatronisent chez le malade qu'elles dominent et exténuent de plus en plus. Bientôt les soins les plus habiles de la science pharmaco-médicale deviennent impuissants contre le mal et ses progrès. En effet, par suite de sa grande débilitation, l'économie ne suffit plus soit à une élaboration utile du médicament, soit aux impressions que celui-ci sollicite et qu'il déterminerait dans une organisation moins délabrée; elle ne peut plus agir physiologiquement en vertu de cette impression, si tant est qu'elle la reçoive. Or ce terme des ressources de la thérapeutique pharmaceutique n'est point celui où s'arrête l'hydrothérapie. Celle-ci sait, tant que la machine reste propre au jeu de la vie, favoriser le mouvement et l'augmenter progressivement, sans la briser. Elle ne se borne pas à réparer le rouage par où le désordre a commencé; tout en s'y attachant localement, elle entraîne avec ensemble tous les autres rouages; elle communique l'impulsion à tous à la fois: le mouvement est général. Dès lors la locomotive marche. Mais dans la machine organisée le mouvement c'est la vie, et la vie entretient et *répare* la machine, entretient et *répare* avec une sollicitude particulière un rouage, un organe endommagé. La force motrice et la force réparatrice en mécanique vitale sont tout un.

Toute molécule dans les corps organisés coopère au mouvement général, la vie. Sans doute la direction et la combinaison des mouvements partiels propres à chaque molécule, à chaque ordre de tissus, à chaque organe, sont distribuées à l'aide d'un appareil spécial qui est lui-même un organe important: l'appareil nerveux. Mais qu'il se borne à la substance ganglionnaire, qu'il s'y ajoute ou non des nerfs, et plus que cela, un cerveau, un cerveau humain pour distribuer la direction de relation envers les objets de l'appétit et la direction supérieure des libres volontés d'une âme; toujours est il que l'âme, le cerveau, le système ganglionnaire ne manifestent plus les actions ou phénomènes qui leur sont propres, dans des dépendances on aboutissants inertes. Il faut pour leur action un support capable, un tissu vivant, une molécule imprégnée d'une force vitale suffisante. Cette force manque-t-elle, il y a mort; est-elle insuffisante, il y a langueur. Dans les corps étiolés tout, fibres, parenchymes, nerfs, ganglions, liquides, solides, etc., souffre de cette insuffisance. Par exemple, chez les sujets dits anémiques, il n'y a pas seulement appauvrissement du sang, il y a en outre atténuation de tous les solides et diminution des forces plastiques. On introduit du fer dans le sang; soit que ce métal doive nécessairement faire partie de ce liquide, soit qu'il ne joue que le rôle d'un excitant tonique, de toute manière on voit un bon effet suivre immédiatement. Mais la preuve qu'il ne suffit pas de donner du fer pour guérir l'anémie, c'est que bientôt celle-ci reparaît quoique les doses de fer aient été portées bien au delà des proportions du fer dans les analyses du sang. Et l'induction que le fer n'est pas si indispensable à la constitution du sang qu'il paraîtrait et qu'il agit par une stimulation spéciale, c'est que son action s'use par la répétition. Alors le manganèse lui succède, dit-on, avec avantage. Ce dernier sera-t-il exempt longtemps de l'instabilité attachée aux médicaments spéciaux?... En hydrothérapie, l'anémie disparaît et se guérit définitivement sans le secours du fer ni du manganèse. Si le sang manquait de fer ou de quelque autre principe constituant, il a su le trouver dans l'aliment; et parce qu'il l'a trouvé de cette manière, au

---

coordonné, est un don tout nouveau du grand-duc, dont nous avons fait en partie les frais; de même qu'on propose encore aujourd'hui d'instituer en Toscane des lycées nationaux, semblables aux lycées de France, dont on sortirait avec le grade de bachelier ès lettres. L'institution du concours pour le recrutement du professorat, celle d'élèves internes, celle de chefs de clinique, de prosecteurs, de chefs de travaux anatomiques, sont, si nous nous ne trompons, fort connus chez nous. La distribution des matières de l'enseignement ne nous fait pas non plus l'effet d'être tirée du Kamtchatka. Mais il est très-vrai qu'en passant dans la Toscane, nos institutions ont subi des modifications importantes, qui ont eu deux buts principaux: l'un d'élever le niveau de l'éducation médicale en la prolongeant; l'autre d'en développer davantage le côté pratique. Comme ces modifications auront toujours, aux yeux du lecteur, un intérêt historique, nous les lui expliquerons brièvement.

Après un examen *assez superficiel*, dit l'auteur, sur les éléments de la philosophie, des mathématiques et de la littérature latine, les élèves sont admis à l'Université de Pise où *cinq années d'études* doivent les initier à toutes les branches de la médecine et de la chirurgie, ainsi qu'aux sciences auxiliaires. Les deux premières années sont consacrées à l'étude de l'histoire naturelle médicale, de la physique, de la chimie et de la botanique; on y joint seulement dans la seconde année des notions *élémentaires* d'anatomie et de physiologie. A la fin de cette année, l'élève passe un premier examen qui roule uniquement sur les sciences auxiliaires. Dans la troisième année, on complète l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, et l'on aborde les premiers éléments de la médecine interne et externe; vient alors le deuxième examen sur l'anatomie et la physiologie. La quatrième année est consacrée à l'étude plus approfondie de la médecine et de la chirurgie, et à celle de la thérapeutique, de l'hygiène et de la médecine légale. Elle se termine par le troisième examen, portant sur les mêmes objets. Enfin, dans la cinquième année, c'est le tour de la clinique interne et externe, des accouchements et de l'histoire de la médecine, formant la matière du quatrième et dernier examen, qui emporte le titre de docteur. Mais ce n'est pas tout, et voici le trait le plus caractéristique de l'enseignement toscan. Reçu docteur à l'Université de Pise, l'étudiant doit faire un stage à une école dite *de perfectionnement*, dont le siége est à Florence. Un même établissement, l'*arcispedale* (archi-hôpital) *del Santa Maria Nuova* offre réunis amphithéâtres, cliniques, musées, salles de dissection, bibliothèques, jardin botanique, laboratoire de chimie. Le stage est de deux années scolaires, de neuf mois chacune. Indépendamment des cours théoriques sur la pathologie médicale et chirurgicale, les accouchements, l'anatomie des régions, l'anatomie pathologique, l'embryologie, la thérapeutique générale, la chimie organique et médico-légale, l'école de perfectionnement donne des cours de clinique générale sur les maladies internes et externes et de clinique spéciale sur les maladies vénériennes, les maladies des yeux, celles de la peau, l'orthopédie et l'aliénation mentale. Et tous ces cours, théoriques et cliniques, sont distribués de telle sorte que le même élève peut les suivre sans en manquer un seul. Les deux salles cliniques ne contiennent chacune que douze lits, mais les malades qui y sont admis sont choisis par le chef de clinique entre les plus intéressants de ceux qui se présentent dans les salles d'attente de l'hôpital. Chaque salle possède les instruments d'observation les plus usités (baromètre, thermomètre, etc.). De même qu'à Pise, il existe dans les

prix d'une élaboration convenable, il se l'est assimilé plus intimement. Le fait est que la cure est plus stable. L'hydrothérapie comme le fer porte une stimulation vivifiante, qui enrichit le sang, active la circulation, développe les vaisseaux capillaires, condense les chairs. Sans s'adresser spécialement et uniquement au sang et au système circulatoire, elle ne les atteint pas moins en atteignant la molécule vivante partout où il reste à celle-ci la faculté de sentir et de réagir; elle met toutes les parties de l'organisme dans des conditions de synergie vitale, d'accroissement végétatif et de réparation spontanée.

Comment ces effets se produisent-ils?

Une *réaction* tonique des tissus vivants a lieu sous l'influence du froid convenablement dosé et par l'action de ces doses convenablement répétées. Or qui dit réaction en ce sens dit lutte victorieuse de l'organisation contre une action dépressive. L'ennemi c'est le froid, la chaleur c'est la vie (1). Le système vivant qui subit le froid sans effectuer de réaction perd la vie, et la perdra jusqu'à la mort si le froid persiste et que la réaction continue à ne point se faire. Quand, au contraire, la lutte est suivie de la victoire, quand la chaleur s'accroît sous l'impression du froid il y a exaltation de la force vitale. La répétition de ces luttes et de ces succès agrandit le mouvement et la fonction. La dépense appelle l'aliment. L'assimilation entretient, lubrifie, accroît la machine; la respiration augmente la chaleur; la force acquiert une tension plus grande; son expansion multiplie et agrandit les effets; progressivement elle devient considérable.

La partie du corps où se passent l'action de l'agent extérieur et la réaction physiologique devient le siége d'une *impression*, puis d'un *mouvement* organique, puis d'un *afflux de fluides*. Tout le monde admettra cela. Quoique ces effets paraissent bien peu de chose à l'origine, on peut en les étudiant, les répétant et les amplifiant progressivement, arriver à de grands résultats.

Puisque à l'impression se lie le mouvement, puisqu'il y a transport de fluides à la suite de cette impression, nous voyons que dans l'acte physiologique de la *réaction hydrotherapique* il y a non-seulement calorification, mais encore deux ordres de mouvements, l'un provoqué directement et localement sous l'agent extérieur, l'autre, sympathique et général, répondant au premier, comme la masse d'air confiné répond en totalité aux mouvements qu'on provoque dans une de ses parties, ou comme le fluide de tout un système électrique répond en totalité à l'étincelle produite, à l'électricité développée en un point quelconque du système.

De là résulte ce principe en hydrothérapie qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre matériellement tous les organes pour agir sur eux, et que par des applications extérieures bien calculées on les atteint physiologiquement tous d'une manière aussi complète, aussi sûre et plus inoffensive que par l'*ingestum* le plus louable livré à l'absorption et à la circulation. De là la démonstration de ce que nous énoncions plus haut, savoir que l'énergique tonification de l'hydrothérapie pousse à la fois tous les systémes organiques au mouvement de la vie et au retour des fonctions. De là ces faits fréquents dans les établissements hydrothérapiques où l'on voit la simple tonification des appareils de la vie végétative ramener à la santé des dérangements fonctionnels graves et amender d'une manière inespérée des lésions organiques mêmes.

Obs. I. — Je fus consulté il y a deux ans pour un enfant de 3 ans, d'une bonne constitution originelle, mais tombé dans le marasme à la suite de convulsions qui avaient pourtant cessé depuis un an. Cet enfant était arrivé à un tel degré d'émaciation, d'indifférence pour les jeux, pour la nourriture, pour tout, que ses parents s'étaient habitués à l'idée de le perdre bientôt quoiqu'il fût leur unique enfant et qu'ils fussent très-malheureux de ce sacrifice. On avait employé sans succès une alimentation succulente, les amers, un peu de vin. L'estomac se contractait convulsivement à la première ingestion des viandes. On le livra à l'hydrothérapie en désespoir de cause. Nous n'employâmes que les lotions froides et l'eau très-froide en boisson. Le succès fut admirable. Au bout de trois mois, l'enfant était dans un véritable état de prospérité qui ne s'est pas démenti depuis.

Obs. II. — Un sujet de 26 ans, chez qui la spermatorrhée s'accompagnait depuis six à sept ans de dyspepsie, de douleur au cardia et de céphalalgies très-intenses, fut guéri pendant son séjour chez nous de la spermatorrhée et des symptômes gastriques; mais il était encore sujet aux maux de tête lorsqu'il nous quitta. Chez lui il ne fit autre chose que de se donner de l'exercice. L'augmentation des forces physiques qui avaient commencé chez nous continua, et en même temps les céphalalgies diminuèrent au point de disparaître. Il a pu reprendre des études abstraites quatre mois apres son traitement. Il est évident qu'ici la disposition aux céphalalgies disparut par le bienfait de la nature rentrée dans ses forces.

Obs. III. — Un autre jeune homme, 24 ans, qui avait été excessivement débile toute sa vie, sortit de la maison de Saint-Seine tellement fortifié qu'il faisait tous les jours des courses considérables à pied, l'une d'elles ayant été de 32 kilomètres. Toutefois les intestins, qui étaient la partie souffrante ne fonctionnaient pas sans reproche. La guérison parfaite s'est produite insensiblement de ce côté aussi. Et six mois après sa sortie ce jeune homme possédait tous les attributs de la plus belle santé; elle s'est très-bien maintenue.

Je pourrais citer nombre de cas de ce genre; je pense qu'il serait superflu d'insister.

Dans les états de dépérissement, une fois que la molécule élémentaire des tissus vivants (muscles, nerfs, glandes, etc.) a senti l'impression d'un excitant louable et qu'elle a pu y répondre par un mouvement actif dans l'ordre fonctionnel du tissu, on peut dire que la partie est gagnée pour le médecin qui dispose de doses suffisantes de ce même excitant. En répétant et augmentant à propos l'excitation, il réveille les facultés des organes. Ceux-ci sortent de l'inertie dans laquelle ils mouraient. Leur sensibilité propre renaît et s'augmente. A cette action de toutes les molécules vivantes dans chaque tissu ou système, à cette combinaison d'action de tous les systèmes, correspond, chez l'être qui languissait, le retour d'une heureuse nutrition.

L'assimilation organique reçoit une impulsion nouvelle. L'activité des autres fonctions s'accroît à son tour; les organes étiolés se développent; la vigueur se prononce là où le marasme flétrissait la vie; l'organisation *rajeunit*, suivant l'expression pleine de force et de justesse de notre savant confrère, M. Gibert, dans son rapport académique sur l'hydrothérapie.

A cette rénovation des forces générales, à ce rajeunissement de l'économie entière se joint spontanément la réparation des lésions particulières,

(1) Nous disons *chaleur* en partant de la température zéro des thermomètres communs. A un point de vue plus spécial, la vie chez nous a son équilibre ou point normal de température à 37° c. Dans les milieux qui sont au-dessus ou au-dessous, elle maintient son degré propre par la force quelle a de produire du chaud ou du froid.

hôpitaux de Florence des places d'internes données au concours. A la fin de la deuxième année de stage, le docteur qui peut produire des certificats d'assiduité délivres par les professeurs eux-mêmes est admis aux examens de la *matricola* ou du libre exercice. Les examens ont lieu devant un jury spécial composé du *protomédico* (medecin de S. A.), de deux professeurs de l'École, de deux médecins des hôpitaux, membres de l'Académie *medico-fisica* de Florence. Ils comprennent trois épreuves, relatives : la première (orale) à des questions de médecine, de chirurgie, de médecine légale et d'anatomie pathologique; la seconde (également orale) au diagnostic raisonne de trois maladies prises au hasard dans les salles de clinique; la troisième (thèse écrite) à un sujet choisi par le candidat et sur lequel il est argumenté.

Les études médico-chirurgicales ont ainsi absorbé sept ans, dont cinq passés à l'Université de Pise et deux à l'École complémentaire de Florence. Pendant toute leur durée, des dispositions spéciales sont prises pour faciliter l'instruction pratique de l'élève, en même temps que pour garantir son assiduité. Ainsi des registres sont ouverts à différentes époques de l'année, où chaque élève inscrit son nom et son adresse; le professeur, avant de commencer sa leçon, interroge au hasard les assistants sur la leçon précédente; le professeur d'anatomie est assisté d'un prosecteur chargé de grouper les élèves dans les salles de dissection, de surveiller les préparations; l'obligation de suivre le professeur au lit du malade est imposée aux élèves de quatrième et de cinquième année; et il reçoit le soir, des chefs de clinique interne et externe, des leçons pratiques de percussion, d'auscultation, d'analyse chimique et de petite chirurgie.

Nous ne voulons pas dissimuler ce qu'il y a de bien conçu, de complet et d'harmonique, dans un tel système d'enseignement médical. Il est digne de la haute raison et de l'énergique volonté du prince qui a déjà realisé en Toscane de si beaux travaux d'hygiène publique. Son but formellement exprimé lors de la réforme médicale a été de fortifier l'instruction pratique des eléves sans nuire à leur instruction théorique; on ne saurait y tendre par des moyens plus efficaces. Cette école de perfectionnement surtout, peuplée de jeunes gens qui ont parcouru toute l'échelle des connaissances medicales et déjà pourvus du titre de docteur, est à nos yeux une création excellente. Non-seulement leur sens pratique doit s'y developper rapidement; mais encore et surtout le vaste programme qu'il leur fait parcourir pendant deux années entières, les force à ressaisir de nouveau et à embrasser dans leur ensemble de nombreux ordres de connaissances qui, trop souvent, n'entrent l'un après l'autre dans l'esprit que par substitutions, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que l'objet quotidien de la méditation, à savoir les notions exclusivement médicales. L'élève se trouve ainsi frappé des rapports réciproques de toutes les notions par lesquelles on l'a forcé de passer, des lumières qu'elles se renvoient mutuellement, des ressources d'investigation qu'elles échangent, et la science lui apparaît enfin dans sa belle et féconde unité. Un enseignement bien dirigé, bien conforme aux vues de l'institution, s'adressant à un auditoire d'élite et peu nombreux, doit porter d'inappréciables fruits. Pour couronnement, l'indépendance de vues si respectable apres sept années d'études assidues, est garantie par la commission mixte qui forme le jury d'examen au sortir de l'École de perfectionnement.

Mais l'éloge d'un pareil système implique-t-il le blâme du système français? Non, certainement. En certains points, que nous dirons tout à l'heure, nous ne

celles qui font qu'un organe ou qu'une partie quelconque est spécialement atteinte. En d'autres termes, une maladie déterminée peut guérir au moyen de la simple restauration des forces. La force vitale végétative et la force réparatrice, en biologie, se suivent. La nature tend d'elle-même à fermer une plaie, à éliminer un poison, à dominer une influence morbifique et à anéantir en nous les produits effectués de cette influence, c'est-à-dire la maladie constituée. De fait, elle triomphe par elle-même de nombreuses affections pathologiques internes ou externes; elle triomphe d'une certaine dose d'arsenic, des atteintes plus ou moins graves d'une épidémie. Mais, dans tous ces cas, les phénomènes de réparation sont en rapport avec les forces végétatives ou plastiques, comparaison faite d'un individu à un autre individu, d'un âge à un autre âge, d'une disposition à une autre disposition chez le même individu. A l'âge où les forces plastiques sont considérables, dans l'enfance et la jeunesse, une fracture est bientôt consolidée; chez le vieillard, il n'en est pas de même.

De tout ce qui précède, il résulte qu'en rendant à une organisation délabrée le ton qui lui est nécessaire, non-seulement on lui rend la vigueur et le jeu; mais que, de plus, on peut réparer une lésion spéciale, un désordre local sans aucun moyen local.

Or l'hydrothérapie réalise avec un rare succès ce rajeunissement des organes et cette réparation de désordres pathologiques, manifestation double, qui correspond au simple fait de la restauration des forces plastiques et réparatrices par la tonification générale.

Pour cet objet, le froid est, entre ses mains, un moyen énergique, l'eau un véhicule commode, l'hygiène un auxiliaire sûr et qu'elle n'oublie jamais. Elle n'introduit dans l'économie aucune substance capable d'irriter les organes, de déranger les fonctions ou d'infecter les tissus.

L'éloge que je fais d'elle comme pouvant au besoin, par son application générale, tenir lieu de toute application locale, n'a point pour but de dispenser le praticien des actions locales qu'il peut exercer avantageusement dans la nouvelle méthode. Quoique ce que j'ai dit des vertus restauratrices et des effets réparateurs de cette méthode soit parfaitement vrai, et que la facilité d'emploi qui en résulte pour beaucoup de cas ait été prouvée par des succès qui font la fortune du routinier et l'instruction du médecin, mon sentiment n'est pas plus de conseiller l'unique chapitre de la tonification pour toute l'hydrothérapie, que par exemple l'unique moyen de la gymnastique pour tous les cas en médecine ordinaire. J'ai voulu seulement isoler un instant le phénomène de la tonification de tous ceux qui peuvent se produire concurremment pour laisser voir mieux l'étendue de cette action thérapeutique. Dire ensuite qu'elle peut, dans la méthode hydriatique, être ajoûtée, toutes les fois qu'il sera utile, aux autres actions dont on dispose par l'eau froide, et que par conséquent ses effets seront joints aux leurs à titre d'adjuvants bien plus qu'à titre principal, c'est donner une juste idée des importantes ressources que l'hydrothérapie peut fournir.

Le développement de ces actions diverses m'entraînerait bien au delà des limites que je dois m'imposer. Exposer quelques-unes des conditions indispensables au bon effet des pratiques hydrothérapiques qui prennent faveur en médecine me paraît un complément plus nécessaire dans la matière. Je me propose de le fournir une autre fois. Aujourd'hui, j'ai hâte de justifier le mot par lequel, en commençant cet article, j'ai blâmé les éloges exagérés envers l'hydrothérapie. Je donnerai par là la mesure dans laquelle je désire que l'on comprenne les avantages que je viens d'attribuer moi-même d'une manière générale à cette méthode. Je viens donc signaler, pour les éloigner de son domaine, quelques-uns des cas qui n'y entrent qu'à force et quelquefois à grand tort.

II.

A. Je n'ai jamais eu la hardiesse de traiter des anévrismes internes par l'hydrothérapie; mais j'ai entendu dire qu'on en avait traité et *guéri*. S'il n'y a pas en erreur dans le diagnostic, il y a lieu de commenter le fait par cette expression très-juste d'une dame que j'ai traitée pour une affection de l'utérus, malgré la complication d'une hydropéricardite. Elle disait : « Je ne crois pas que mon cœur aille mieux, mais moi je supporte mieux mon mal. » C'est-à-dire que les forces générales augmentant, elle sentait moins de fatigue dans la locomotion, et par suite un peu moins d'oppression. Et pourtant, cette malade, qui avait une obésité séreuse, ayant fini par diminuer notablement de corpulence, j'ai eu lieu de croire que la sérosité du péricarde avait pu participer à la résorption générale. Cette personne aurait pu, à plus juste titre probablement qu'un malade anévrismateux, dire que son cœur guérissait. Je crois que dans les cas les plus heureux, l'amélioration accusée par l'anévrismateux est un état général auquel le cœur a peu ou point de part.

B. Dans les lésions viscérales graves avec destruction organique, l'application de l'hydrothérapie est un leurre d'autant plus perfide que l'amélioration générale dont nous parlons est volontiers attribuée à l'amendement de l'organe dont la souffrance causait le dépérissement du malade. Mais précisément, parce que l'ensemble des fonctions renaît, leur mouvement entraîne celui de l'organe infirme. Et ce redoublement de fonction achève de le tuer. Un hydrothérapeute empiriste des plus entreprenants et des plus habiles (il faut lui rendre cette justice) m'a dit que la phthisie pulmonaire, traitée par l'hydrothérapie, donne des résultats enchanteurs en commençant; mais que bientôt cela change et que le malade tombe avec une rapidité effrayante. La raison physiologique me fait croire bien volontiers à mon auteur, qui pouvait d'ailleurs dire avec autorité : *Experto crede Roberto*.

C. Un malade s'était rendu à Græffenberg pour une douleur ostéocope. Il y passa seize mois à braver tout ce que l'hydrothérapie et le climat rigoureux présentent de plus violent. Il en résulta qu'il eut le nez et les oreilles gelés, avec autre chose qu'on va voir. Il est vrai que la douleur ostéocope disparut et qu'elle fut remplacée par une irritation eczémateuse aux pieds et aux mains, compliquée d'un coryza chronique. Mais le revers de la médaille pour le malade, le voici : l'ayant ausculté, parce qu'il offrait une teinte un peu cyanosée à la face, je m'aperçus d'une imperfection d'occlusion des valvules sygmoïdes. Aux interrogations que je multipliai sur ce point, il fut répondu *qu'on sentait* de l'oppression et qu'on ne pouvait plus faire d'aussi forts exercices qu'autrefois. C'est-à-dire qu'un épaississement des valvules auquel le malade était peut-être prédisposé avait été positivement déterminé par les réactions exagérées qu'il aurait dû éviter. J'ai conseillé au malade de borner les applications humides à de simples pratiques hygiéniques, et de se bien garder à l'avenir d'un traitement hydrothérapique comme celui qu'il a déjà fait.

D. Dans un sentiment d'enthousiasme envers l'hydrothérapie, on a dit : « Plus de saignées! » Je suis du nombre de ceux qui regardent l'eau froide comme propre à remplacer l'émission sanguine dans une foule de cas, mais non toujours. Je donne des soins dans ce moment à une jeune personne de

---

serions pas fâché de voir la France, imitée par la Toscane, l'imiter à son tour; mais en thèse générale, il est visible que la tendance pratique de l'enseignement n'est pas moindre à Paris qu'à Pise ou à Florence, et qu'elle y trouve, à peu de chose près, la même satisfaction, quoique par d'autres moyens. On voudra bien remarquer d'abord que l'obligation du diplôme de bachelier ès sciences rend inutile chez nous une préparation de deux ans au premier examen. Les cinq années d'étude à Pise doivent donc être réduites à quatre, pour rendre le parallèle équitable. A Paris, à Montpellier, à Strasbourg, l'éducation médicale dure réellement cinq ans; seulement elle n'a pas de stage complémentaire; mais on comprendra facilement que c'est là une addition irréalisable dans les grands centres de population. Pour qu'elle ait toute son utilité, il lui faut des conditions comme celles dont elle jouit à Florence; il faut un second enseignement complet, puisqu'il a une destination particulière, plus élevé que le premier, et combiné dans toutes ses parties de manière que l'élève puisse le mettre à profit sans en perdre une parcelle. C'est sans doute la nécessité d'une double Faculté pour une même catégorie d'élèves qui a forcé à séparer l'École de perfectionnement de l'Université, à mettre la première à Pise et la seconde à Florence. Or comprend-on une émigration à jour fixe des élèves de Paris? Où les envoyer? Ils doivent, nous le répétons, trouver dans la ville qui les recevra un enseignement supérieur à celui de leurs premières années, et de grandes ressources d'instruction. Est-ce possible en France? Ou bien, veut-on que l'École complémentaire reste à Paris? Qu'on juge, par les détails donnés plus haut, des nécessités d'une telle organisation, et l'on verra ce qu'elle emprunterait de difficultés au grand nombre des étudiants et au voisinage d'une Faculté déjà considérable. L'enseignement actuel, si l'on y prend garde, est allé au-devant de tous les besoins qu'a voulu satisfaire l'École complémentaire de Florence. Un arrêté du ministre de l'instruction publique, rendu en 1846, renferme une disposition spéciale qui a pour but précisément de prévenir l'oubli successif des notions enseignées : les examens ne peuvent être subis qu'après la *seizième* inscription. L'élève est par conséquent obligé de parcourir en peu de temps le cercle entier de l'enseignement. De plus, ce que l'enseignement de France ne lui offre pas dans un *archi-hôpital*, il le met à sa disposition dans tout le cours de ses études : école de chimie, école de dissection, jardin botanique, musées de toutes espèces, bibliothèque, etc. Tout cela, en vérité, ne constitue pas de minces ressources à qui veut perfectionner son éducation pratique. Cet examen chimique et cette thèse, qui sont les épreuves capitales de l'école complémentaire, l'enseignement de France les renferme et y tient, on peut le dire, rigoureusement la main. On peut le demander à tous les élèves : le *cinquième* est devenu pour eux un épouvantail.

Nous ne prétendons pas que ce système vaille théoriquement celui d'une école complémentaire; car nous avons pour ce dernier, s'il faut le dire, un faible assez marqué. Nous n'arguons, en faveur de notre pays, que des difficultés d'application. Nous sommes d'autant plus à l'aise dans cette réserve, que nous avions nous-même plusieurs fois rêvé un perfectionnement de ce genre, ignorant qu'il eût été réalisé quelque part. Tout ce que nous avons voulu établir, c'est que les Facultés de France ne comprennent pas l'enseignement d'une autre façon que l'Université toscane, et qu'elles font tout ce qui paraît possible aujourd'hui pour en élever le niveau et en assurer le caractère pratique.

22 ans, atteinte d'une névrose liée à l'utérus. Le jour où j'ai été appelé près d'elle pour la première fois, j'ai appris que ses crises ou *attaques nerveuses*, apparaissant à intervalles inégaux, se décomposent en plusieurs *accès* qui, eux, sont réguliers et périodiques au type quotidien; tellement, qu'au sortir d'un accès, la malade annonce à la minute le retour du suivant. L'accès consiste en une céphalée atroce, accompagnée de trismus et d'une hypersthésie générale. Dans cet état, elle ne peut supporter aucun attouchement, ni même le contact d'un rideau agité par l'air. Elle passe quatre, six, huit heures dans cet état, sur son séant, ne pouvant se tenir étendue. L'attaque s'annonce plusieurs jours à l'avance par un sommeil agité, par des révasseries, par des vertiges et des tintements d'oreille. Depuis quatre ans qu'on a épuisé tout le formulaire contre cette affection, rien n'a réussi que la saignée essayée pour la première fois il y a un an. On la pratique à l'apparition des prodromes de l'attaque. Seulement, il est patent qu'à chaque saignée la malade, quoique soulagée momentanément, s'affaiblit; tandis que le mal prend plus d'empire. Les attaques, d'abord distancées de plusieurs mois, se sont rapprochées et se montrent maintenant à trois ou quatre semaines d'intervalle. Le jour où je fus consulté, les prodromes paraissaient. *J'ai ordonné la saignée.*

L'attaque ayant été ainsi conjurée, j'ai employé les exercices à l'eau froide dans des vues prophylactiques contre le retour suivant. Déjà plus d'un mois et demi s'est écoulé; il n'y a pas eu d'attaque. Seulement la jeune personne a éprouvé beaucoup de malaise au bout du laps mensuel qui marquait la période des retours habituels de l'attaque. Depuis huit jours, ces malaises ont eux-mêmes disparu. Je ne saignerai plus, soit que je sois assez heureux pour avoir détruit déjà ou perturbé les éléments de la maladie, et qu'il ne reste plus qu'à établir la santé, soit qu'il faille user de nos moyens directement pour combattre de front une ou deux attaques qui parviendraient à se manifester encore.

Je voulais, par cet exemple, venir à cette conclusion, qu'en bonne médecine l'hydrothérapie serait une sotte de se croire blessée parce qu'on appellerait à son aide la saignée, envers laquelle elle a peu de sympathie. On ne doit proscrire un moyen que quand il est mauvais ou inutile.

E. Il y a quelques semaines, je fus consulté par un homme pléthorique menacé d'une hémorrhagie cérébrale imminente. Je ne songeai point à suivre les traces de Priessnitz. *Pour tout traitement, je saignai aussitôt.*

Il y a quelques années, un malade, de tempérament apoplectique, et qui avait déjà eu des coups de sang, vint à Saint-Seine pour se guérir, je crois, d'un rhumatisme chronique. Malgré son vif désir, je le refusai et lui dis le motif pour lequel il devait cesser d'insister. Mais il n'insista que plus, offrant de se faire donner des certificats *comme quoi* il était apte à faire le traitement. N'ayant pu réussir auprès de moi, il fut ailleurs. Quelques semaines après, sa famille le pleurait et la ville le regrettait, car il était fonctionnaire public. Il était mort, m'a-t-on dit, au sortir du grand bain froid.

F. On m'a fait honneur de prétendues cures d'épilepsie. C'est une erreur des gens du monde, qui confondent volontiers des convulsions épileptiformes avec l'épilepsie. J'ai eu affaire une fois à une épilepsie sérieuse et bien caractérisée. J'ai échoué. Je n'ai pas eu lieu de recommencer, parce que je n'ai pas voulu leurrer les gens par de fausses promesses. Je ne prétends pas dire que les cures d'épilepsie, que divers hydrothérapeutes ont publiées, soient des illusions. L'échec dont je parle ne regarde que moi. Mais j'émets le vœu que toute observation qui rapporte une pareille cure soit explicite et détaillée sur les symptômes caractéristiques.

G. L'hypocondrie déroute l'hydrothérapie tout comme l'autre médecine, quoique les insuccès soient peut-être moins nombreux dans nos maisons. Quand l'hypocondrie n'est qu'une complication d'une ou de plusieurs autres maladies actuelles, en guérissant celles-ci, on met fin à celle-là. Et comme l'hypocondrie n'accompagne que des maladies chroniques, l'hydrothérapie, par son efficacité envers l'état chronique, a vraiment prise sur elle dans ce cas. Mais l'hypocondriaque, dont la maladie est imaginaire, soit qu'elle n'ait jamais été réelle, soit qu'elle ait eu sa raison d'être dans un mal qui n'existe plus, trouvera à se tourmenter au milieu de l'eau comme avec la polypharmacie.

H. De même que la phthisie confirmée, le cancer déclaré a déçu le zèle des hydrothérapeutes qui en ont entrepris la cure. Parlant à des médecins, je n'ai pas besoin de pousser plus loin la revue des cas sur lesquels l'hydrothérapie échouerait comme tout autre moyen. Ils savent ce que c'est qu'une désorganisation, qu'une production morbide, et ce que c'est que l'importance absolue et relative des organes et des fonctions. Quand une lésion sera du genre de celles qui peuvent être dominées par l'impulsion vitale, puis éliminées ou ensevelies sans retour dans les tissus d'une constitution restaurée, assurément l'hydrothérapie, comme traitement général, offrira la ressource la plus grande, à cause de sa singulière efficacité à relever les forces de l'organisme.

I. Nous nous écarterions de l'équité dans laquelle nous voulons nous tenir, si, comparant comme nous l'avons fait la solidité de la cure hydrothérapique à l'instabilité de la cure par le fer dans les cas de délabrement général avec indication particulière de réparer le sang, nous omettions de parler de la durée de traitement à laquelle nous assujettissons nos malades. Il est moins avantageux à ce point de vue, puisqu'elle se mesure toujours par des *mois*, et dans les cas où il s'agit d'une réparation considérable, le minimum est de *trois mois*. Au lieu de ce laps, la médication par le fer n'emploie souvent que quinze jours, un mois, six semaines. Cette durée lui suffit à donner une apparence de force et un teint coloré. Mais ce n'est point évidemment là une restauration de fond ni d'ensemble de l'économie. Le temps est un élément indispensable dans les œuvres de la nature pour la réparation comme pour l'évolution des produits organisés. MM. Trousseau et Pidoux ont montré une excellente vue dans leur traité de thérapeutique en conseillant l'emploi du fer pendant des années entières pour la chlorose. Mais je ne sais si le médicament a pu souvent répondre à cette sage théorie. Ordinairement, au bout d'un laps beaucoup moindre, son usage cause des accidents céphaliques, fatigue l'estomac ou devient inerte. D'ailleurs, si le fer réclamait un laps aussi considérable, l'hydrothérapie aurait encore sur lui l'avantage de la brièveté du traitement, ce dont je n'ai pas le dessein de la vanter dans ce cas.

Disons, en finissant, que l'hydrothérapie ne continuera à rendre les services qui ont déjà fait sa réputation qu'à condition qu'on évitera les modes fautifs qui se glissent dans son emploi. Ce qu'il y aura à dire à cet égard fera le sujet d'un article suivant.

On leur adresse un autre reproche; on les accuse de ne pas exercer sur les élèves une action assez directe, de ne pas surveiller assez leurs travaux et de leur apparaître seulement à de certains jours, à de certaines heures, comme des divinités. En ceci, on exagère beaucoup; la communication entre les professeurs de clinique et les élèves est plus étroite qu'on ne le dit. On oublie ensuite que la Faculté place entre elle et les élèves un grand nombre d'intermédiaires parfaitement aptes à remplacer les professeurs dans les fonctions de guide et de démonstrateur; on oublie les chefs de travaux anatomiques, les aides d'anatomie, les chefs de clinique, les chefs de travaux chimiques. Ce sont là des moniteurs parfaitement suffisants. De plus, pour obvier à l'inconvénient de ne pouvoir surveiller personnellement chaque élève, le même décret de 1846, dont il a été question tout à l'heure, a introduit une innovation des plus utiles et très-redoutée de l'élève : c'est celle qui prescrit des examens de *fin d'année*, indépendants des épreuves probatoires. On voit que l'intention a encore été la même à Paris et à Pise; le moyen seul a différé. A Pise, on surveille les élèves individuellement, parce qu'ils sont peu nombreux; à Paris, où ils pullulent, on leur demande une preuve de leurs progrès, et la série des inscriptions n'est continuée qu'autant que la preuve a été trouvée suffisante.

Nous ne terminerons pas sans une simple remarque qui ne sera pas à l'avantage de la France, et où l'on verra sans doute un témoignage de plus de notre impartialité. Dans un pays de moins de 1,500,000 habitants, l'histoire de la médecine, des cliniques spéciales sur les maladies des yeux et de la peau, sur les difformités, sur les maladies mentales, sont comptées au nombre des éléments indispensables de l'enseignement. Dans un autre pays de 33 millions de têtes, on réclame ces divers compléments depuis longues années sans pouvoir les obtenir.

A. DECHAMBRE.

—L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, qui avait mis au concours, pour l'année 1850, une *monographie de la chlorose*, a reçu quinze mémoires sur ce sujet, et a couronné celui du docteur Minervini (de Naples), secrétaire adjoint de l'Académie Pontonienne.

— La fièvre jaune faisait toujours beaucoup de ravages à Rio-Janeiro, en date des dernières nouvelles, du 14 mai, principalement sur les étrangers. Plus de 600 personnes étaient mortes de cette maladie depuis le commencement du mois, et parmi elles le secrétaire de l'ambassade française. Depuis deux jours la maladie sévissait moins; on attribuait cette amélioration de l'état sanitaire à la saison d'hiver dans laquelle on était entré.

— On dit qu'une congrégation religieuse, principalement instituée pour le soulagement des malades, et qui possède déjà plusieurs établissements en activité dans quelques départements, se propose de présenter un projet au conseil de l'assistance publique, ayant pour but de se charger du service des infirmiers et des infirmières dans les hôpitaux et hospices de Paris. On sait que ce service est l'objet des vives sollicitudes de l'administration nosocomiale.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UNE APPLICATION NOUVELLE DES MÉTAUX A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE LA CHLOROSE; lue à l'Académie des sciences le 18 mai 1852, et à l'Académie de médecine le 1er juin, par le docteur BURQ.

Dans le grand nombre de communications ou mémoires que nous avons eu l'honneur d'adresser aux Académies depuis quatre ans, en même temps que nous exposions une doctrine nouvelle sur les affections nerveuses, nous avons étudié l'action physiologique et la puissance curative des métaux appliqués à l'extérieur, et nous nous sommes efforcé de démontrer que le traitement nouveau que nous avons proposé de nommer la *métallothérapie*, est appelé à prendre rang parmi les méthodes les plus utiles et les plus sûres de la thérapeutique. Le terrain que nous avons commencé à explorer a déjà fourni toute une série de faits d'une valeur que nous croyons incontestable, et dans sa justice éclairée, l'illustre compagnie qui veut bien nous entendre aujourd'hui ne peut tarder longtemps, ce nous semble, à y suivre la commission qu'elle a instituée pour mieux juger de notre méthode et de notre traitement. Mais ce n'est encore là qu'un des côtés de la question, ou plutôt, qu'on nous pardonne le mot, qu'une partie de notre découverte. Nous allons voir, en effet, qu'en dehors de la vertu qui leur est propre et *de certaines propriétés fort remarquables et spéciales du laiton*, que nous indiquerons plus tard, les métaux, devenus à l'avenir comme une sorte de *pierre de touche*, promettent au médecin de très-précieuses indications pour l'administration rationnelle des substances métalliques.

Parmi les nombreux agents dont dispose actuellement la thérapeutique des affections nerveuses, il en est un surtout fourni par les métaux dont personne assurément ne peut être tenté de révoquer en doute l'efficacité, et qui suffirait presque à lui seul pour consoler le médecin des échecs si fréquents qu'il éprouve avec tous les autres: nous voulons parler du *fer* et de ses nombreuses préparations contre la chlorose, ou mieux, dans le traitement du plus grand nombre des névroses, car, ainsi que nous le verrons plus tard, il en est très-peu qui ne se présentent avec la plupart des signes propres à cette *prétendue maladie*.

Mais comment le fer agit-il dans la chlorose, et pourquoi ne la guérit-il pas toujours? Existe-t-il un moyen de reconnaître d'avance les cas de son indication aussi bien que ceux où il doit être rejeté? et peut-on, alors qu'il eût été tout au moins inutile, le remplacer sûrement par un autre métal?

Autant de questions qui, hier encore, eussent été vraisemblablement insolubles, mais auxquelles nos expériences sur les métaux nous permettent maintenant d'essayer de répondre.

MODE D'ACTION DU FER DANS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE.

La chlorose, nous n'avons pas encore trouvé d'exception, se présente toujours avec la plupart des phénomènes nerveux que nous avons appelés asthéniques: *l'anesthésie, l'amyosthénie et moins souvent l'aménorrhée*; mais au lieu de commander à ces derniers, elle est sous leur influence immédiate, ainsi que la dyspepsie qui la précède et les phénomènes sthéniques (spasmes, névralgies, et même souvent les désordres cérébraux) qui l'accompagnent. Elle augmente ou elle diminue *nécessairement* avec les phénomènes asthéniques, dans les mêmes proportions, et les observations les plus positives, d'accord en cela avec le raisonnement, nous ont appris que, quel que soit l'agent ou le moyen que l'on emploie de préférence, le dernier signe de la chlorose ne disparaît que lorsque *la sensibilité, la motilité, la menstruation*, et après elles *les fonctions digestives* ont repris toute leur activité.

Rien de plus facile, d'ailleurs, que de s'assurer de la vérité de cette proposition, soit que l'on suive avec attention le développement spontané de la chlorose, soit qu'on étudie les modifications que lui impriment tous les traitements, sans en excepter le fer à l'intérieur, qui ont sur elle quelque efficacité. Mais le meilleur moyen qui puisse servir à la rendre tout à fait évidente, se trouve justement dans *les applications métalliques*. Deux exemples que nous choisissons parmi les nombreuses observations de MM. les docteurs Pierre et Coffin, de MM. les internes Salneuse et Liandon, et de nous-même, observations que nous avons eu l'honneur de soumettre en plusieurs fois au jugement de l'Académie, vont servir, nous l'espérons, à mettre cette vérité hors de doute.

OBS. I. — Au mois de juin 1850, une jeune fille hystérique et chlorotique, autant qu'affectée d'anesthésie, d'amyosthénie, d'aménorrhée et de dyspepsie, était depuis deux mois dans le service de M. Rostan, vomissant chaque jour presque tous les aliments solides et même les liquides qu'on essayait de lui faire prendre. *Le fer, c'est bien à remarquer, avait été donné inutilement, ainsi que beaucoup d'autres substances, et les pilules d'oxyde de zinc avaient seules paru faire un peu de bien.*

Le hasard nous ayant amené à examiner cette malade, l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu voulut bien nous permettre de faire l'essai de notre traitement. Nous commençons par rechercher le métal convenable, et nos premières explorations nous indiquent bientôt le cuivre jaune ou laiton laminé. Puis lorsque la commission de l'Académie, lorsque plusieurs médecins de distinction, MM. Jobert (de Lamballe), Horteloup, Pasquier, Beau, Tardieu et Gosselin, que nous avions conviés à se rendre témoins des effets des métaux sur la sensibilité et la motilité, et lorsque M. Rostan lui-même et les nombreux élèves de sa clinique se sont bien assurés que ce métal, appliqué expérimentalement, fait cesser l'anesthésie et l'amyosthénie sur le lieu même de son application, et pas ailleurs.

Le *6 juin* au soir, nous faisons faire une application générale de laiton.

Le lendemain, la sensibilité générale et spéciale est aux trois quarts revenue, et la force musculaire est montée à notre dynamomètre, de 10k à 16k du côté droit. La malade se sent considérablement fatiguée de la *spoliation* que lui a faite le métal, et, le matin même, elle demande et prend avec plaisir quelques aliments qu'elle digère parfaitement.

Le soir et jours suivants, nouvelle application, la nuit, de l'armature de laiton; et dès le deuxième jour du traitement, la sensibilité et la motilité étant devenues à peu près normales, la malade, qui n'a pas eu une seule fois de vomissement depuis le 6, n'a plus assez du maximum (4 portions), et rend à la sœur de la salle toute sorte de petits services pour en obtenir quelques vivres supplémentaires.

Cinq à six jours se passent encore pendant lesquels la coloration de la peau a de la tendance à redevenir naturelle, et le bruit de souffle diminue de plus en plus dans les carotides.

Le 16 et le 17, les règles, absentes depuis plusieurs mois, reviennent si abondamment, sous l'influence du métal appliqué sur le ventre et les membres inférieurs, que la malade craint d'avoir une perte.

Le 18, sensibilité normale; pression, 40k; nous suspendons à dessein l'usage du métal, et peu à peu *l'anesthésie* et *l'amyosthénie d'abord, puis les attaques, la dyspepsie et les vomissements reparaissent, et avec ces dernières, tous les signes de la chlorose.*

26 juin. Analgésie sur les membres supérieurs; diminution du goût et de l'odorat; pression des deux mains, 20k, au lieu de 40k; faiblesse dans les jambes.

Nous reprenons les applications de métal pour ne plus les interrompre, et le retour de la sensibilité et de la motilité précède de nouveau le rétablissement des fonctions digestives, et la recomposition du sang qui en est la suite.

Au bout de deux mois, la malade, parfaitement guérie, quittait l'Hôtel-Dieu après y avoir été un mois et demi fille de salle.

Revue le 20 septembre, sensibilité normale sur tous les points; pression des deux mains, 40k; menstruation régulière et aussi santé parfaite.

OBS. II. — Le second exemple nous est encore fourni par une jeune malade de l'Hôtel-Dieu, dont l'observation a été recueillie et communiquée par M. le docteur Pierre, alors interne de M. Tardieu. Son affection était presque identique dans ses manifestations à celle de la précédente hystérique; mais chez elle *c'était l'acier*, et non le *laiton*, qui ramenait la sensibilité et la motilité.

Pendant le traitement métallique que nous lui fîmes subir sous la surveillance de M. Tardieu, et aussi un peu sous la surveillance de la commission à laquelle nous l'avions présentée, la turbulence et le mauvais vouloir de cette jeune fille, tout en venant mettre obstacle à sa guérison, servirent eux-mêmes à constater que chez elle les choses se passaient absolument comme dans le cas précédent. Ainsi la malade, un moment ramenée à la raison par de plus vives souffrances, venait-elle à se soumettre à nos prescriptions métalliques, aussitôt après les modifications en mieux de la sensibilité et de la motilité (elles ne se firent jamais attendre), les attaques et les vomissements s'en allaient, l'estomac reprenait ses fonctions et promettait une prochaine guérison de la chlorose. A ce moment, la malade se croyant guérie, ou fatiguée la nuit par les anneaux de l'armature, venait-elle à en suspendre l'usage, au bout de quelques jours, avant même qu'aucun phénomène sthénique n'eût apparu, et pendant que la malade parlait de sa sortie prochaine, l'état de la sensibilité et de la motilité nous avertissait sûrement de sa négligence et du retour prochain des accidents.

Au bout de deux mois, cette jeune fille, que nous avions déjà abandonnée à cause de son indocilité, quitta l'Hôtel-Dieu. Rentrée peu de jours après dans un service de la Charité, *elle s'y trouva aussi bien du fer à l'intérieur que la malade de M. Rostan en avait retiré peu d'avantages.*

Nous pourrions multiplier ces exemples, mais les deux si concluants que nous venons de citer nous semblent suffire. (Nous donnons plus loin les détails des deux observations.)

Ce que nous avons vu pour le métal appliqué à l'extérieur, nous l'avons observé également pour le fer et le zinc à l'intérieur, pour l'exercice, les bains, la gymnastique, etc. D'où nous concluons:

« Que la chlorose n'est qu'un symptôme de l'état nerveux, et non pas une maladie proprement dite;

» Que les hypothèses proposées généralement pour expliquer comment

agit le fer dans la chlorose, et notamment celle de son action sur la matière colorante du sang, n'ont aucun fondement;

» Que ce métal, à l'intérieur, n'agit pas autrement que le fer, l'acier, le cuivre, etc. à l'extérieur, c'est-à-dire en rétablissant la sensibilité et la motilité que nous avons toujours vues altérées dans la plupart des névroses, et leur servant de base en quelque sorte;

» Qu'il ramène directement, par une action particulière dont le mécanisme nous échappe, la force nerveuse dans les parties qu'elle avait abandonnées, et qu'indirectement il agit en dispensant la nature de tous les efforts qu'elle aurait eu à faire pour se débarrasser de l'excédant de cette force non dépensée, et prévenir son exubérance ultérieure par des désordres gastriques, soit que l'influx nerveux provienne des transformations successives que subissent les aliments, soit qu'il prenne naissance dans l'excitation cérébrale, qui aurait alors tout à redouter d'un sang trop réparateur. »

Pourquoi le fer ne guérit pas toujours la chlorose.

Plus de 150 névropathiques des deux sexes traités à l'extérieur par les métaux usuels, ou simplement soumis à des explorations métalliques, suivant la manière que nous avons indiquée plusieurs fois, nous ont offert des différences très-marquées desquelles il résulte :

Que nous pourrions tous être classés, par rapport à nos différentes aptitudes, d'après une échelle de 100 divisions ayant *le cuivre* à une extrémité et *le fer* à l'autre. Ces deux extrémités sont comme deux pôles opposés qui ne sauraient jamais se confondre; et tel qui est sensible au fer ou à l'acier, se montre insensible au cuivre et réciproquement, sans qu'on puisse dire pourquoi cette différence, et pourquoi l'anesthésie, par exemple, qui s'en va chez l'un sous l'influence du premier métal, disparaît chez l'autre avec une application de cuivre. 30 à 35 des divisions de l'échelle nous ont paru appartenir au *fer ou à ses composés* (les diverses qualités d'acier); un nombre à peu près égal est au *cuivre ou à ses alliages*, et le reste, c'est-à-dire les 30 à 35 divisions du milieu, ou le tiers moyen de l'échelle à peine, serait occupé par les autres métaux : or, argent, platine, etc.

Cette échelle n'a ni base ni sommet, et ses différentes divisions, parfaitement égales entre elles, ne marqueraient pas le degré d'activité du métal, mais bien la fréquence de son action; car deux sujets peuvent très-bien répondre au même métal ou au même alliage, et cependant y être sensibles à des degrés si différents que, tandis que quelques secondes suffiront à l'un pour voir reparaître toute sa sensibilité et toute sa motilité, il faudra à un autre une heure et même plus pour obtenir un bénéfice beaucoup moindre; des subdivisions pourraient servir au besoin à indiquer ces différences.

Sur la limite de deux métaux, les aptitudes métalliques sont quelquefois peu prononcées, et même, avant d'atteindre cette limite, il n'est pas rare de les voir dissimulées, chez les hommes surtout, par un certain état de fixité dans la force nerveuse; au même degré de l'échelle, au contraire, toutes les causes qui peuvent donner à cette force de la mobilité mettent les aptitudes en évidence. Cette circonstance, qui établit immédiatement une différence entre les hommes et les femmes, entre les sujets impressionnables et ceux qui le sont moins, a commencé à nous être révélée par des expériences en très-grand nombre que nous fîmes en 1849, sur les hystériques de la Salpêtrière, et nous l'avons mise souvent à profit pour développer de *diverses manières* les aptitudes métalliques qui étaient lentes à se révéler.

Ce qui se passe à l'extérieur, rien ne répugne à l'admettre pour l'intérieur, la raison et l'action bien connue des diverses substances sur la peau et sur le tube digestif nous y obligeraient même, si l'expérience de tous les jours ne venait en quelque sorte nous en faire une loi; et la même échelle doit nous être appliquée quant à l'action interne des oxydes et des sels métalliques.

« Dès lors, rien n'est facile comme de s'expliquer, d'un côté les succès nombreux du fer qui occupe un tiers ou même les deux cinquièmes de l'échelle, et de l'autre ses revers dans les cas où les pilules d'oxyde de zinc, par exemple, ont au contraire les meilleurs effets; et il est déjà permis de dire que lorsque ni le fer ni le zinc n'auront eu aucune action, il sera avantageux peut-être de leur substituer d'autres métaux, et notamment le cuivre. »

Dans quels cas le fer est-il utile, et quand doit-on le rejeter?

Parmi les substances nuisibles, les unes agissent chimiquement ou par absorption, en produisant des phénomènes qui sont plus ou moins incompatibles avec la vie, ce sont les poisons proprement dits, et les autres, c'est de celles-là seulement que nous voulons nous occuper, déterminent des accidents, surtout parce que, n'étant pas appropriés à la nature de l'individu malade, la tolérance ne s'en établit pas, et qu'elles provoquent une réaction proportionnée au degré de résistance qu'elles rencontrent.

Il serait donc bien important de posséder, pour les sels et les oxydes métalliques, lorsqu'ils sont destinés à être absorbés, une sorte de critérium pour établir d'avance leur degré d'appropriation, et pour nous dispenser, dans leur administration, du tâtonnement et de l'empirisme, qui firent toujours tant de tort à la science et aux malades.

Or c'est là précisément la propriété d'indications remarquables que semblent encore posséder les applications de métal, et il nous a toujours paru suffire que l'un d'eux, le fer, par exemple, eût agi extérieurement pour qu'on fût autorisé à préjuger favorablement de son action intérieure, tandis que son exclusion nous était indiquée lorsque, dans des conditions tout à fait les-mêmes, au moins en apparence, le métal opposé (le cuivre) avait franchement manifesté son action.

Exemples:

1° La malade de M. Tardieu, dont nous avons déjà parlé, se trouve bien du fer à l'extérieur, et plus tard elle guérit, ou du moins son état est bien amélioré par l'action du même métal à l'intérieur.

2° Une autre malade de M. Rostan, salle Saint-Antoine, 33, très-sensible également au fer à l'extérieur, est traitée avec succès par les préparations martiales.

3° et 4° Deux névropathiques de la clientèle du docteur Monod, madame Ev... et madame R... n'ont jamais pu supporter le fer à l'intérieur, sous quelque forme que cet habile praticien le leur ait administré, et aussi toutes les deux répondent-elles parfaitement à l'action du cuivre.

5° Une de nos malades, madame X..., sensible au fer extérieurement, a été traitée alternativement avec le même succès par ce métal à l'intérieur et à l'extérieur.

6° La première malade de M. Rostan, dont nous avons parlé, très-sensible au laiton (cuivre et zinc), ne retira du fer que des inconvénients; mais en revanche, les pilules de zinc lui firent un peu de bien.

Ces différents exemples, que nous pourrions multiplier si besoin était, nous semblent suffire pour établir qu'on se trouvera bien presque toujours, pour ne pas dire toujours, de l'usage du fer à l'intérieur, soit sous une forme, soit sous une autre, lorsque ce métal aura agi extérieurement, et qu'au contraire il faudra le rejeter, nous ne disons pas lorsqu'il n'aura pas eu d'action, car les aptitudes métalliques dissimulées que nous avons admises nous l'interdisent, mais lorsque, au lieu du fer, c'est le cuivre, par exemple, qui, dans l'exploration, aura le mieux réussi.

(La fin au numéro prochain.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE TORTICOLIS ANCIEN, TRÈS-COMPLIQUÉ, GUÉRI PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU STERNO-MASTOÏDIEN ET DU PEAUCIER; communiquée par M. CARRON DU VILLARDS.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher confrère et ami,

Quoique à deux mille lieues de vous, je n'en ai pas moins suivi avec le plus vif intérêt les diverses phases et péripéties de votre odyssée ténotomique. Grâce à Dieu, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, force est restée à la vérité. Permettez-moi donc de vous offrir un humble moellon pour ajouter à l'édifice que vous avez si laborieusement élevé, si victorieusement et si vigoureusement défendu.

OBS. — Il s'agit d'une jeune demoiselle de 14 ans, appartenant à une des premières familles de Besançon, madem. la baronne de S..., qui ayant été frappée à l'âge de 5 ou 6 ans d'un coup de froid, à la partie latérale gauche de la face et du cou du même côté, fut atteinte d'une contracture violente de la partie claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien et de la portion correspondante du peaucier. Le résultat de cette contracture fut, non-seulement d'incliner la tête sur l'épaule gauche, mais encore d'occasionner un étirement désagréable des tissus de la face, plus manifeste à l'angle externe de l'œil et à celui de la bouche. La persistance de cette lésion entraîna peu à peu la flexion de la colonne vertébrale, de telle sorte qu'à dix ans la taille était singulièrement déviée.

Pendant trois ans la jeune fille fut soumise à toute espèce de machines, martyrisée par les traitements orthopédiques les plus excentriques, et l'on obtint pour unique résultat le développement de phénomènes nerveux qui se présentèrent à la face sous la forme de tic douloureux.

Me trouvant à Besançon au mois de septembre 1848, cette jeune demoiselle me

fut présentée par M. Revillout, médecin fort distingué de cette ville, afin d'avoir mon opinion sur la nature et la curabilité de cette maladie. Après un attentif examen des parties affectées, je n'hésitai point à reconnaître que la plupart des symptômes sus-énoncés étaient produits et entretenus, par une contracture clonique et permanente de la partie claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et celle du peaucier qui formaient deux cordons très-appréciables à la vue et au toucher. Je déclarai que la section sous-cutanée des muscles contractés pouvait seule ramener la tête, la bouche et l'œil dans leur état normal, et que je pensais même qu'après la ténotomie tous les symptômes nerveux de la face disparaîtraient.

La famille demanda quelques jours pour réfléchir et solliciter une consultation composée de M. Revillout, d'un célèbre médecin de Neufchâtel, alors présent à Besançon, et de moi. Tout fut discuté et longuement controversé : le confrère neufchâtelois était opposé à la ténotomie en général, et en particulier à ce cas. Mais il fut forcé de se rendre à l'évidence des faits modernes et à la puissance du raisonnement. De cette réunion dériva le consentement de la famille, car la jeune fille, fort belle et fort précoce du reste, désirait ardemment l'opération.

Le temps me pressait, car mon départ pour l'Amérique était fixé : j'écrivis à Paris pour avoir immédiatement une machine destinée à maintenir la tête en place après la section des muscles ; on ne put, vu la brièveté du temps, me procurer que la machine de Valérius; force me fut de m'en contenter.

Aussitôt qu'elle fut arrivée je procédai à l'opération, en présence de M. Revillont et de deux chirurgiens majors de la garnison dont le nom n'existe pas dans mes notes. Comme la jeune personne avait été effrayée par des communications imprudentes, il fallut, pour calmer son excitation nerveuse, recourir à l'application du chloroforme, qui fut prompte et énergique. J'employai pour la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien le deuxième procédé que vous avez décrit : vous me dispenserez donc de le reproduire; quant aux deux cordons du peaucier, je les incisai par deux ponctions sous-cutanées au niveau du tiers inférieur du col, où ils étaient plus saillants. Dans les deux cas l'opération fut prompte et ne donna issue qu'à quelques gouttelettes de sang ; la tête, redressée immédiatement, fut placée dans l'appareil Valérius, qui fut loin de remplir ses indications et que je remplaçai par un plus simple construit à Besançon même.

Aucun accident ne vint entraver cette opération, la cicatrisation des muscles fut prompte, et j'eus la satisfaction d'apprendre avant de m'embarquer pour le long et périlleux voyage que j'accomplis depuis, que la tête de mademoiselle la baronne de S... était complètement redressée, que la déviation de la taille avait disparu, et avec elle la contraction de l'œil, de la bouche et les phénomènes nerveux qui les accompagnaient.

Mexico, le 25 mai 1852.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

IV. GAZZETTA MEDICA ITALIANA LOMBARDA.

DE L'ARSENIC EXPÉRIMENTÉ DANS QUARANTE-CINQ CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE; par M. MORGANTI.

L'arsenic essayé chez 45 malades a échoué 31 fois et réussi 14. La plupart de ces fièvres avaient une origine ancienne, avaient déjà récidivé plusieurs fois. Mais ce n'est pas seulement à ce résultat brut qu'un clinicien du mérite de M. Morganti pouvait borner ses recherches. L'habitude de manier ce médicament l'a conduit à quelques données pleines d'intérêt sur la manière de pressentir son action et sur ses effets éloignés. Ainsi :

Parmi les malades auxquels on administre l'arsenic, il en est chez qui l'on peut reconnaître au bout de quelques jours que le remède aura une action antipériodique suffisamment efficace. Par exemple, on voit cesser ces sueurs profuses qui accompagnent les fièvres intermittentes, sueurs qui souvent occasionnent la chlorose, le scorbut, un état cachectique. Il se déclare ensuite un vigoureux appétit. La teinte blanchâtre de la peau disparait, l'œil devient vif, le corps et l'esprit recouvrent leur alacrité habituelle. L'œdème ne disparaît qu'en dernier lieu de la face.

Au contraire, l'insuccès très-probable des préparations arsenicales s'annonce par les signes suivants. Il se développe à l'épigastre une douleur qui s'exaspère par le toucher et qui cesse lorsqu'on suspend le remède. Certains malades sont pris d'une toux âpre, sèche, incessante, qui cède comme par enchantement dès qu'on discontinue l'administration de l'arsenic. M. Morganti a vu une fois se manifester une angine, cinq fois une salivation abondante; et chez tous les malades de cette catégorie, outre les accès réguliers avec frisson qui persistaient en dépit du médicament, il restait un léger mouvement fébrile continuel qui indiquait la limite au delà de laquelle il eût été dangereux d'en poursuivre l'usage (1).

(1) Ces signes annoncent-ils seulement que le remède n'est pas toléré, et par conséquent ne pourrait être impunément continué assez longtemps pour guérir? ou bien prouvent-ils qu'il n'y a pas appropriation du médicament à la maladie? Le texte ne donne pas à cette question de réponse catégorique. (NOTE DU RÉD.)

Quand ces signes de contre-indication commencent à se montrer, il faut recourir au sulfate de quinine ; et c'est même une chose surprenante de voir combien il faut alors de petites doses de ce dernier médicament, et peu de durée de son emploi pour dompter des fièvres qui avaient jusque-là résisté. En tenant compte de ce fait, M. Morganti s'est demandé si l'arsenic, lorsqu'il guérit dans ces cas, ne guérirait pas en raison de la saturation quinique qui existait antérieurement chez l'individu. En effet, il est remarquable que la plupart des militaires français, chez qui l'arsenic a opéré des guérisons si promptes, avaient été précédemment gorgés de quinquina, tandis que les soldats autrichiens sur lesquels M. Morganti a pratiqué viennent à l'hôpital vierges de toute médication antérieure. De là probablement la différence observée entre les résultats si favorables des médecins français et ceux beaucoup moins satisfaisants auxquels il est arrivé relativement à la propriété antipériodique des arsenicaux.

Quoi qu'il en soit cependant, un point sur lequel l'auteur est d'accord avec M. Boudin, c'est que l'arsenic possède contre les récidives un pouvoir que le sulfate de quinine est loin d'avoir. Ces malades en ont été la preuve incontestable.

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des injections iodées dans les cavités articulaires; réflexions pathologico-pratiques*; par M. G. Borelli. 2° *Sur deux cas d'ongle incarné*; par le même. (M. G. Borelli cite trois cas de succès obtenus par le procédé très-simple qui consiste à enfoncer et à maintenir un morceau d'amadou entre le bord de l'ongle et les chairs qui le débordent, de manière à déprimer celles-ci). 3° *Inoculation de la variole*; par M. Branca. (Protestation énergique et judicieuse contre l'opinion de certains écrivains qui proposeraient de remplacer la vaccine par l'inoculation artificielle du virus variolique.) 4° *Note sur l'emploi des préparations de quinquina dans le traitement des maladies périodiques*; par M. Fenoglio. 5° *Histoire d'une gastro-entérite ; rapport intime et direct entre les phénomènes psychiques et les phénomènes organico-vitaux*; par M. Carlo. (Tristesse et sombres pressentiments s'établissant et persistant durant le cours d'une affection en apparence locale.) 6° *Guérison d'une colique saturnine, obtenue au moyen de l'opium et de l'alun en poudre*; par M. Capello Giuseppe. 7° *Sur les fissures et le spasme de l'anus*; par M. G. Borelli. 8° *De l'indispensable nécessité de guérir la syphilis qui peut exister chez le fœtus, en traitant la mère infectée*; par M. Fenoglio. 9° *Histoire d'une affection farcino-morveuse aiguë du cheval terminée par la guérison*; par M. Bossi.

NOTE SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES PÉRIODIQUES; par M. FENOGLIO.

Tout le monde sait que les diverses préparations de quinquina ne jouissent pas de la même efficacité. L'expérience a aussi appris que celle de ces préparations qui a le mieux réussi contre une certaine maladie, chez un sujet, sera infructueuse contre la même maladie chez un autre individu; de sorte qu'il est impossible au praticien d'établir, pour ces différents agents, une échelle de plus ou moins de vertu médicamenteuse, qui ne soit pas exposée à recevoir de journaliers démentis dans l'application clinique.

Or ces doutes, et les hésitations qu'ils engendrent, n'ont que peu d'inconvénient lorsque l'affection qu'on a à traiter est évidemment périodique. Une préparation a échoué, on la remplace par une autre. Du sulfate de quinine, on passe à un sel différent, puis à la décoction de quinquina, et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison ait été obtenue.

Mais il n'en est pas de même quand la nature de l'affection est obscure. Dans ce cas, si l'on n'obtient aucun effet salutaire de la préparation qui a été prescrite, on peut être induit en erreur, en conclure à tort que la maladie n'est pas de nature périodique, employer en conséquence un autre remède et abandonner le quinquina, qui seul était capable d'opérer la guérison.

A l'appui de ces réflexions, M. Fenoglio cite l'observation d'un homme âgé de 52 ans, qui présenta tous les symptômes d'une bronchite aiguë, toux fréquente, fièvre continue avec frissons de temps en temps, douleurs de poitrine vagues, dyspnée, soif, inappétence. Au huitième jour, sous l'influence des antiphlogistiques, les symptômes locaux et généraux avaient beaucoup diminué, mais non disparu, et il restait un mouvement fébrile qui s'exaspérait tous les soirs. M. Fenoglio donna deux jours de suite le sulfate de quinine ; mais n'en ayant pas obtenu de résultat, il en tira la conséquence que la fièvre était purement symptomatique de l'inflammation, et recommença le traitement antiphlogistique, la saignée, les déprimants directs, l'aconit, la digitale, le laurier-cerise. Mais tout fut inutile. Voyant que, le dix-septième jour, la fièvre et la toux continuaient à augmenter

régulièrement le soir, il revint au quinquina et ordonna le citrate et le valérianate de quinine, de chaque 10 grains (5 décigrammes). Deux doses suffirent pour juguler la maladie.

— L'indication qui découle de ces remarques ne doit jamais être perdue de vue par le praticien. Si elle a du prix dans les affections périodiques ordinaires, elle devient de nécessité impérieuse lorsqu'il s'agit de fièvres pernicieuses. Sachant qu'aucune préparation de quina n'a un pouvoir absolu et constant, il faut donc se trouver prêt à le changer contre une autre, tout en tenant compte des contre-indications qui pourraient s'opposer parfois à l'administration de tel ou tel de ces remèdes.

HISTOIRE D'UNE AFFECTION FARCINO-MORVEUSE AIGUE SUR UN CHEVAL, TERMINÉE PAR LA GUÉRISON; par M. le professeur BOSSI.

OBS. — Le 11 août, entra à l'hôpital une jument, de race allemande, âgée de 12 ans, pour une leucophlegmasie des quatre membres et une éruption de petites tumeurs isolées à la surface du corps, s'accompagnant de rougeur des muqueuses apparentes et de fréquence du pouls. (Saignée de 2 kilogrammes; bains révulsifs des membres avec l'infusion de sureau et le sel de saturne; diète.)

Le 12, l'animal tient la tête basse; les lèvres et les ailes des naseaux sont très-gonflées. Quelques boutons farcineux s'étendent, sous forme de corde noueuse, des ganglions lymphatiques sous-maxillaires (très-tuméfiés) sur les ailes du naseau, en se perdant dans les naseaux mêmes. Conjonctives fortement injectées, et offrant quelques taches pétéchiales, pouls vite et fort, respiration difficile avec râle bronchique; membres très-gonflés, évacuations alvines rares. (Deuxième saignée de 1 kilogr ; à l'intérieur, 8 grammes d'émétique et 12 de nitre dans une décoction de mauve; fumigations émollientes aux naseaux; frictions générales, couverture de laine; bains des membres; diète.)

Le soir, troisième saignée, du même poids.

Le 13, la partie inférieure de la tête est tellement tuméfiée, et il y a une si grande augmentation des symptômes précités, qu'on craint la suffocation. Pensant que la chaleur de l'écurie peut influer sur l'état de l'animal, M. Bossi le fait conduire, bien couvert, dans un petit pré qui est contigu. Les narines étaient le siége d'un écoulement sanguin purulent, adhérant aux ailes des naseaux; pituitaire épaisse, gonflée, d'un rouge violacé, parsemée d'une infinité d'ulcérations. Quelques-uns des boutons farcineux suppuraient. (Quatrième saignée; continuer les mêmes médicaments, laisser manger l'herbe en liberté; le soir, une cinquième saignée.)

M. Bossi porte le diagnostic d'une morve aiguë, compliquée de farcin.

Le 14, le gonflement du museau est un peu diminué; l'écoulement par les naseaux est abondant; les boutons farcineux suppurés forment de véritables ulcérations à bords relevés. Les membres postérieurs sont énormément tuméfiés. Il y a eu, dans la nuit, une forte hémorrhagie nasale. (Sixième saignée, même prescription, scarification des membres; le soir, septième saignée.)

Le 15, diminution notable du gonflement du museau, regard plus vif, respiration plus libre, appétit, évacuations plus abondantes. (Huitième saignée, légère; continuer l'émétique et le nitre. Le soir, on applique un séton aux côtés du cou.)

Le 16, le gonflement du museau a disparu; diminution de l'écoulement des narines, qui a pris une couleur blanche, crémeuse. Les ulcères farcineux tendent à se cicatriser. Comme il pleut, on fait rentrer l'animal à l'écurie. (Même prescription.)

Le soir, il y a de nouveau un léger gonflement du museau, et la respiration est un peu difficile.

Le 17, le museau est plus gonflé; respiration anxieuse; tuméfaction extrême des membres. On pratique une petite saignée, et on abandonne de nouveau l'animal en liberté dans le pré.

Le soir, on constate déjà une diminution marquée dans le gonflement du museau; la respiration est plus facile, l'appétit réveillé et les évacuations plus copieuses.

Le 18, amélioration considérable; les ulcères farcineux sont presque complétement cicatrisés.

Le 19, il ne reste de tous les symptômes précédents que la tuméfaction des membres postérieurs, qui diminue lentement. (Suspension des remèdes.)

Le 21, on lui donne la demi-ration.

Le 22, on le fait rentrer à l'écurie.

Le 30, on enlève les sétons. L'animal paraît parfaitement guéri; il présente seulement aux membres postérieurs des cicatrices dépilées, correspondant aux points qui ont été scarifiés.

Le 18 septembre, l'animal a été vendu : 1° par crainte de récidive; 2° à cause de sa constitution délicate; 3° parce qu'il avait déjà eu, en 1849, une broncho-pneumonie grave pour laquelle on lui dut appliquer des sétons, et que, de plus, il eut, en 1850, le farcin dont il guérit. Toutes ces maladies, y compris la dernière, l'avaient rendu peu propre à continuer plus longtemps le service militaire.

M. Bossi se demande, en terminant, s'il a eu affaire à une véritable morve aiguë compliquée de farcin, ou si ce n'aurait point été la maladie herpétique particulière maligne tendant à dégénérer en morve et farcin, et connue sous le nom de *rhinite phlycténoïde*, de Bouley.

— Désirant avoir sur ce point difficile l'avis d'un juge compétent, nous avons soumis l'appréciation de l'observation précédente à M. Rey, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Lyon, dont nous insérons avec empressement ici la réponse textuelle :

« Ce cas de morve aiguë ne me paraît pas caractérisé par des signes assez positifs. J'admettrai volontiers cette opinion qui considère la maladie comme une *anasarque avec herpès phlycténoïde* ou *rhinite phlycténoïde*.

» Dans l'anasarque du cheval, on voit quelquefois apparaître d'abord l'engorgement œdémateux des membres, suivi bientôt de la tuméfaction de la partie inférieure de la tête, à tel point que l'orifice des cavités nasales ne laisse passer l'air qu'avec difficulté; la respiration devient bruyante, des érosions se forment sur la pituitaire, parce qu'il y a complication d'herpès; un jetage jaunâtre se produit.

» Les anciens donnaient à cet engorgement de la tête, qui se montre dans l'anasarque, le nom de *mal de tête de contagion*; les modernes l'ont confondu avec la morve aiguë, qui peut en être la conséquence.

» Il y a, entre cette maladie et la morve aiguë, cette grande différence que la première se guérit spontanément, et à plus forte raison par un traitement peu énergique ; j'ai souvent réussi par l'emploi des saignées et l'injection dans les narines avec l'eau phagédénique à combattre avantageusement l'herpès. La morve aiguë bien caractérisée est incurable.

» L'observation de M. Bossi manque de détails suffisants sur les prétendues ulcérations de la pituitaire, sur leur apparition, leurs caractères, leur marche. Ce qui peut faire penser que cette membrane n'avait que des érosions dues à l'herpès phlycténoïde, c'est la prompte guérison de ces altérations de la muqueuse, *c'est leur disparition sans laisser de cicatrice apparente*.

» Le chancre ou ulcère de la morve aiguë a une tendance à envahir une grande étendue de la membrane; il se cicatrise quelquefois, mais la muqueuse ne se reproduit pas, et comme M. H. Bouley l'a fort bien signalé, il se forme alors une cicatrice d'un tissu blanc, épais, dense, à fibres rayonnées. Or tout cela n'est pas mentionné dans l'observation du professeur italien.

» Il est bien vrai que cette éruption de nature farcineuse, constatée sur plusieurs parties du corps, militerait pour la morve aiguë. Mais on l'observe aussi dans d'autres circonstances; et ce pourrait bien être encore un cas d'herpès phlycténoïde de la peau.

» Quant à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, il se montre également dans l'herpès phlycténoïde des cavités nasales.

» C'est M. Dard, vétérinaire à Paris, qui a publié le premier, dans le RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, année 1840, p. 608, la description de cette maladie, qu'il a nommée *rhinite pemphygoïde*. M. H. Bouley en a parlé plus tard dans le même recueil, année 1843, p. 804; il l'a appelée *herpès phlycténoïde*, parce que, d'après la forme de son éruption, cette maladie qui se montre sur la peau et les muqueuses doit être rangée dans les vésicules et non dans les bulles; or le pemphigus est classé parmi les affections bulleuses. »

VII. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations sur le mémoire de M. Lecchini*; par M. F. T. 2° *Observations comparatives entre la doctrine de Thommasini et celle de Buffalini*. 3° *De la réforme des prisons exigée par la morale, la politique et l'hygiène*; par M. Fornasini. 4° *Voyage chirurgical à Paris*; par M. Foresi. 5° *Sur l'hypertrophie des ventricules et l'atrophie des oreillettes du cœur*; par M. Linoli. 6° *Histoire d'une amaurose guérie*; par M. Luciani. (Après l'essai de plusieurs autres médications, c'est la strychnine à l'intérieur qui a paru avoir les meilleurs résultats dans ce cas.)

P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

DE L'IODE DANS LES EAUX DE LA SEINE ET DE SES AFFLUENTS.

M. CHATIN lit un mémoire intitulé : RECHERCHE COMPARATIVE DE L'IODE ET DE QUELQUES AUTRES MATIÈRES DANS LES EAUX (ET LES ÉGOUTS) QUI ALIMENTENT PARIS, LONDRES ET TURIN.

L'objet principal de ce mémoire est la recherche comparative de l'iode dans les eaux qui alimentent Paris, en y comprenant les affluents qui se jettent dans la Seine. L'auteur a cherché, par une série d'observations, à reconnaître s'il y a des différences appréciables dans la proportion de l'iode aux diverses saisons, et quels rapports peuvent exister entre ces variations et la pression atmosphérique, la température, l'état du ciel, la nature des vents, la quantité de pluie tombée, la hauteur des eaux à l'étiage et la somme des matières tenues en dissolution dans l'eau.

Voici quelques-unes des conclusions principales que l'auteur a déduites de ses recherches sur les eaux de Paris :

Les eaux de la Seine sont, à une époque donnée, plus iodurées près de leurs sources (Châtillon), qu'aux environs de Paris (Corbeil, Charenton).

Pendant que la proportion de l'iode diminue, celle des autres matières dissoutes dans l'eau augmente, quoique dans un rapport inverse moindre.

A Charenton, au-dessus de la Marne, la Seine est l'une des rivières dont l'eau est à la fois la plus légère et la plus riche en iode.

En aval de Paris, les eaux de la Seine ne sont pas beaucoup plus iodées qu'en amont; la masse du résidu y est au contraire notablement augmentée.

Mais ce qui distingue le plus les eaux de la Seine à leur sortie de Paris, c'est moins la quantité de matières dissoutes que leur qualité. La proportion des matières organiques et des chlorures est notablement accrue, et les sels d'ammoniaque, dont des traces existent dans la plupart des eaux, sont ici très-appréciables; on peut aussi quelquefois trouver des indices d'hydrogène sulfuré et de l'urée apportée par les égouts.

A l'exception de l'Yonne, dont les eaux sont sensiblement pareilles à celles de la haute Seine, tous les affluents de cette rivière tendent, à partir de Montereau, à accroître la somme des matières fixes, et à faire baisser la proportion de l'iode.

En raison du grand volume de ses eaux, du poids des matières terro-salines tenues en dissolution, de la faible proportion d'iode, des troubles fréquents qui nécessitent, pour beaucoup d'usages, la filtration ou le repos, la Marne doit être regardée comme le moins bon des affluents de la Seine.

Des affluents du canal de l'Ourcq, la rivière d'Ourcq, à Mareuil, est celui qui se rapproche le plus de la Seine par sa légèreté, sa forte ioduration, et la petite quantité de matières organiques.

Tous les autres cours d'eau tributaires du canal ont pour effet d'accroître la proportion de la somme des matières dissoutes et de diminuer celle de l'iode.

L'eau du puits de Grenelle est sensiblement ferrugineuse, aussi iodurée et plus légère que celle de la Seine, prise même au-dessus de la Marne.

L'eau d'Arcueil contient très-sensiblement quatre fois moins d'iode que celle de la Seine. (Commission précédemment nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre ministérielle relative à un remède secret.

— MM. ROUSSET, DESBONNE et JEANNEL adressent une observation d'accouchement prématuré artificiel. (Comm. : MM. Devilliers, Velpeau et Depaul.)

— M. DE LIGNEROLLES, de Planquery (Calvados), informe l'Académie que la femme qu'il a présentée à l'Académie le 23 mars dernier et sur laquelle il a pratiqué avec succès l'opération césarienne, est devenue de nouveau enceinte. M. de Lignerolles demande quelle devra être la conduite à tenir dans cette circonstance; devra-t-il pratiquer l'avortement ou attendre pour pratiquer une seconde opération césarienne? (Comm. déjà nommée: MM. Danyau, Cazeaux, Velpeau et P. Dubois.)

La parole est à M. Bousquet.

FIÈVRES CONTINUES.

M. BOUSQUET lit en son nom et au nom de M. Collineau le rapport suivant sur un travail de M. le docteur Chardon sur les fièvres continues.

Vous nous avez chargés, M. Collineau et moi, de vous rendre compte d'un manuscrit sans titre de M. le docteur Chardon; mais il nous a été facile de lui en donner un. On y traite des fièvres continues dont l'auteur s'est particulièrement occupé depuis près de trente ans. Les progrès qu'il y a faits ne répondent pas au temps qu'il leur a donné. Tant de travaux, tant de persévérance n'ont abouti qu'à lui faire mieux sentir son ignorance et les incertitudes de la science. Cette ignorance a cependant un avantage, c'est de se connaître. Souvent il n'y a pas d'autre différence entre le vulgaire et l'homme de science.

Quoi qu'il en soit, le mauvais succès de ses recherches n'a point éteint en M. Chardon le désir de connaître la vérité, et l'espoir de la trouver lui a fait quitter la province qu'il habite et l'a conduit à Paris. En y mettant les pieds, il a couru droit aux grands maîtres; son premier hommage a été pour M. Chomel; le second pour M. Bouillaud, à qui il s'est plus particulièrement attaché. C'est aux leçons de ce professeur, dit-il, que j'ai composé le petit travail que je soumets au jugement de l'Académie.

Il y touche trois points principaux : 1° la distinction des fièvres continues; 2° le rôle de la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde; 3° les prétentions de la thérapeutique à guérir cette maladie.

N'y a-t-il qu'une espèce de fièvre, ou y en a-t-il plusieurs espèces? En d'autres termes, toutes les fièvres continues se rapportent-elles à la fièvre typhoïde, ou en est-il qui s'en distinguent et qui n'y peuvent être ramenées? C'est la première question, question étrange qu'on n'eût pas faite sous la domination de Pinel, témoignage éclatant des fluctuations de la science et de l'anarchie des esprits! Et cependant cette question n'est pas nouvelle, comme on va voir.

A la fin du siècle dernier vivait à Genève un praticien renommé pour le bonheur de sa pratique, Louis Odier. Après avoir enseigné les officiers du département du Léman, dans des cours publics, il rédigea ses leçons et les réunit dans un petit MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE d'où il exclut rigoureusement tout ce qui sent la théorie. Il n'y confond pas, comme a fait Pinel, les fièvres intermittentes avec les fièvres continues; son sens pratique se révoltait à la seule idée de cette confusion; mais pour les fièvres continues, il n'y fait pas de différence, et les ramène toutes à la même espèce.

« Rien n'est plus embrouillé, dit-il, que la connaissance des fièvres continues » si l'on en veut faire autant d'espèces différentes qu'elles offrent de variétés; » rien n'est plus simple si on les considère comme une seule et même espèce » dont les différents symptômes tiennent à des causes accidentelles, ou à quelque différence dans le tempérament et la constitution des malades, ou enfin à » quelque circonstance particulière antérieure à la maladie. »

N'est-ce pas, messieurs, une chose consolante de voir à quelle simplicité les grands praticiens finissent par ramener l'exercice de l'art? Désabusés des promesses de la théorie, ils se réfugient à la fin dans l'observation, et rien ne peut les en faire sortir. Dans les objets de leur méditation, ils ne considèrent que ce qu'il y a de bon, d'utile, de pratique; ils n'ont qu'une pensée, qu'une ambition, de guérir leurs malades, et s'ils y parviennent ils se persuadent qu'ils ont assez fait et qu'ils en savent assez.

La pyrétologie d'Odier, des célébrités contemporaines ont essayé de la faire revivre, peut-être sans la connaître. Rien n'est plus commun dans les sciences que ces rencontres de l'esprit, et rien aussi ne prévient plus favorablement; car, à moins qu'ils ne se copient, comment deux auteurs pourraient-ils poursuivre la même erreur? On ne se rencontre que dans la vérité.

Troublé dans ses croyances, M. Chardon écrivit à M. Bouillaud et lui posa cette question que nous transcrivons :

« Toutes les fièvres décrites et classées à diverses époques ne sont-elles que » la fièvre typhoïde de nos jours se traduisant constamment par une lésion anatomique, l'éruption intestinale? »

Qu'on se figure si l'on peut l'étonnement de M. Bouillaud. C'est à lui qu'on demande s'il n'y a qu'une fièvre continue, à lui qui s'est toujours appliqué à prouver qu'il y en a plusieurs espèces distinctes; à lui qui, en 1826, publia un traité spécial sur la matière, plein de vues originales, et où il cherche à les reproduire artificiellement telles que la nature les fait; à lui enfin dont les opinions sont si bien arrêtées sur ce point qu'il vient de les consigner de nouveau dans sa NOSOGRAPHIE MÉDICALE!

Après les réponses de M. Bouillaud, M. Chardon se sent plus ferme dans ses principes et déclare hautement qu'il y a au moins deux espèces de fièvres continues, savoir : la fièvre typhoïde et la fièvre non typhoïde qui en embrasse sans doute plusieurs autres, mais on ne s'explique pas davantage.

Quoi qu'il en soit, ni la fièvre typhoïde ni la non typhoïde ne dépendent d'une lésion locale. Ici M. Chardon se sépare donc hardiment de M. Bouillaud. En dehors de cette lésion et avant cette lésion, il admet un état général; une altération du système nerveux ou du sang qui constitue proprement la fièvre.

Et c'est dans le cours de ce trouble général que s'engendrent les lésions locales qui se voient dans les fièvres continues.

Cette manière de raisonner ne diffère pas de celle des anciens et nous ramène à la doctrine des *fièvres essentielles*, question si souvent agitée et jamais jugée. On a dit que les anciens entendaient par là des maladies sans fond, des maladies en l'air, s'il est permis de parler ainsi. Erreur ou calomnie! Les anciens savaient presque aussi bien que nous que les fièvres continues, comme au reste toutes les maladies, ont leur raison d'être dans l'économie où, médicalement parlant, il n'y a que des organes et des humeurs; ils le savaient par le raisonnement, et ils le savaient aussi par le témoignage des sens. Ouvrez seulement le TRAITÉ DES FIÈVRES de Grimaud, et vous y verrez que Galien plaçait le siége de la fièvre simple dans le cœur, comme on fait encore aujourd'hui. La fièvre inflammatoire s'exerçait tout entière dans le système sanguin et dans le sang qui prenait alors une consistance inaccoutumée. Est-il nécessaire de dire l'origine d'où ils dérivaient la fièvre bilieuse et la fièvre catarrhale, et ces noms ne parlent-ils pas assez haut? Seulement les anciens étaient en général humoristes, et nous penchons vers le solidisme. Il est vrai aussi que nos doctrines, fondées en grande partie sur les enseignements de l'anatomie pathologique, sont plus pures et plus solidement établies; soyons justes envers nous-mêmes, c'est notre droit, mais ne soyons pas ingrats envers nos prédécesseurs, et ne les accusons pas d'admettre des fièvres sans lésions matérielles, eux qui parlent sans cesse de fièvres putrides et de putridité, de coction et de crises.

Dira-t-on que ces lésions sur lesquelles ils dissertaient sans fin, ils ne les connaissaient qu'imparfaitement? Et nous-mêmes en avons-nous des idées bien nettes? Savons-nous comment elles se produisent, sous quelles influences elles se forment? Savons-nous en quoi elles consistent, le rang qu'elles tiennent dans la constitution des maladies en général et des fièvres en particulier? Connaissons-nous bien la signification qu'elles ont et les conséquences qu'il en faut déduire? Plus sages, plus réservés que nous, les anciens savaient donc qu'il se forme des lésions matérielles dans les fièvres, et ils ne leur conservaient pas

moins le nom d'*essentielles* pour les distinguer des fièvres clairement symptomatiques, des fièvres de pure réaction.

Certes il y a quelque différence entre la fièvre suscitée par une violence extérieure et la fièvre primitive, spontanée, qui s'allume, pour ainsi dire, d'elle-même, et qui, une fois allumée, poursuit son cours en dépit de tous les efforts du médecin; ce qui faisait dire à Corvisart que les fièvres continues étaient bien nommées, car elles continuent toujours quoi qu'on fasse pour les arrêter : jeu de mots, peu digne peut-être de la gravité du sujet, mais on y voit la pensée d'un médecin célèbre et d'un remarquable bon sens.

La fièvre typhoïde elle-même, malgré la lésion bien connue de l'intestin, n'en est pas moins, dans cette doctrine, une fièvre essentielle. Et il faut rendre cette justice à MM. Petit et Serres qu'ils ne l'ont jamais assimilée à l'entérite ordinaire. M. Chomel a prouvé le cas qu'il faisait de la lésion anatomique en prenant dans la symptomatologie le nom qu'il lui a imposé. Et M. Bouillaud lui-même, le plus habile, le plus puissant adversaire, après Broussais, des fièvres essentielles, a bien compris que la lésion de l'intestin ne suffisait pas à rendre compte de la fièvre typhoïde; et pour suppléer au silence de l'anatomie, il a imaginé sur l'origine, sur la génération de cette maladie, la théorie que vous savez. L'inflammation qui la constitue n'en serait cependant que le prélude et comme le premier acte de ce grand drame pathologique; la fin de l'iléon en est le théâtre et le foyer, foyer complexe, composé des détritus, des débris ulcérés et gangrenés de la membrane muqueuse, à quoi il faut ajouter le pus qu'elle sécrète et le résidu de la digestion. M. Bouillaud ne peut croire que tant d'éléments d'infection restent là impunément; il les fait prendre par l'absorption, l'absorption les porte dans la masse du sang, et ainsi se répand la putridité, ainsi se forme l'élément typhoïde.

Tout, dans cette théorie, est combiné, comme vous voyez, pour dériver la fièvre typhoïde de l'inflammation, de l'ulcération de l'intestin; ce qui implique qu'elle débute la première et qu'elle engendre toutes les autres. Or c'est encore une question, et il y en a d'autres qui ne sont pas mieux résolues.

Il n'est qu'un point sur lequel tout le monde est à peu près d'accord, c'est l'existence de la lésion intestinale. Mais d'où vient cette lésion? comment s'est-elle formée? à quel moment a-t-elle paru? quel rôle joue-t-elle? Nous connaissons votre réponse : vous dites qu'elle contient en germe toute la fièvre typhoïde; mais d'autres soutiennent qu'elle n'en est qu'un accident, qu'un effet secondaire à peu près comme la pustule dans la petite vérole. Telle est notamment la ferme conviction de M. Chardon. Dans la première supposition, la fièvre typhoïde couve en quelque sorte dans l'intestin, et quand son heure est venue, elle naît à la lumière et se développe peu à peu avec tous ses attributs; dans la seconde supposition, elle éclate d'emblée, non pas avec tous ses symptômes, mais avec son caractère, avec sa nature, avec son originalité, comme la variole que nous venons de nommer, comme le choléra, comme la syphilis, etc. Et il n'est pas plus au pouvoir de l'art de la créer que de l'étreindre et de l'étouffer dans son élément générateur, que d'ailleurs on ne connaît pas.

Et voilà justement la différence entre les deux doctrines, entre ceux qui veulent ramener toutes les fièvres essentielles à l'inflammation et ceux qui tiennent à leur conserver la place qu'elles ont toujours eue avec leurs caractères et leurs vieilles dénominations; car les fièvres ont toujours eu des partisans, et on se tromperait si on croyait que leur cause est perdue.

Que la science se soit heureusement modifiée sur quelques points depuis 1816, nous le proclamons à la gloire de Broussais; mais nous le disons avec non moins de conviction, le plus sûr, le plus incontestable effet de son passage a été de diviser les médecins, d'ébranler toutes les croyances, et finalement de porter la confusion dans la science. De l'aveu même de M. Bouillaud, que nous aimons à citer, moins parce qu'il est pris à parti qu'à cause de son incontestable talent de discussion, de l'aveu de M. Bouillaud, trois pyrétologies différentes sont enseignées dans l'École de Paris. On n'y prononce plus, dit-on, le nom de fièvres essentielles, ce qui est puéril si on y conserve la chose. Les uns, ce sont sans doute les retardataires, enseignent toujours que fièvres et phlegmasies sont des maladies différentes; les autres, sans entrer dans le fond des choses, penchent à croire que toutes les fièvres continues peuvent se réduire en une seule et même maladie que, par esprit de conciliation, ils appellent indifféremment du nom de fièvre ou d'affection typhoïde; enfin, il est une troisième opinion dont M. Bouillaud est le plus glorieux représentant, où l'on enseigne que toutes les fièvres essentielles, bien que distinctes entre elles, se confondent à leur origine avec l'inflammation, toutes, disons-nous, même la fièvre typhoïde, la plus difficile à rallier.

Quelque affligeant que soit le spectacle de cette division, il l'est encore plus, à notre avis, de voir la pratique flotter au vent de la théorie un se rallier elle-même.

« Depuis trente ans que je pratique la médecine, je n'ai jamais vu, dit » M. Chardon, la véritable fièvre typhoïde céder et guérir avant le deuxième » septénaire ou le commencement du troisième, et cela quelque traitement » qu'on lui ait opposé, » soit celui de MM. Petit et Serres, soit celui de M. Bouillaud, soit celui de M. de Larroque et les autres.

La nature s'y joue du médecin et de son art, doctrine peu consolante, comme on voit; mais M. Chardon y a une telle foi, qu'il ne souffre pas d'objection. Si on lui cite des succès plus prompts, il répond, sans se troubler, qu'on s'est mépris sur le caractère de la maladie. Système de défense aussi facile que commode! Mais comment supposer qu'un professeur de clinique de la sagacité et de l'expérience de M. Bouillaud ait commis autant d'erreurs de diagnostic qu'il compte de guérisons avant le deuxième ou le troisième septénaire? C'est dans les épidémies, s'écrie M. Chardon, où les malades, plongés dans le même milieu, sont tous affectés de la même manière, c'est là que je voudrais voir MM. Bouillaud et de Larroque faire l'application de leurs méthodes.

Nous comprenons cette exigence; mais nous comprenons aussi que l'épreuve qu'on demande ne servirait à rien. Les convictions sont faites, la pratique est fixée, on est content du résultat; et malgré les variations de la statistique, chacun l'approuve en dedans, chacun croit que sa méthode est la bonne, puisqu'il n'en change pas, chacun, enfin, se couvre de ses succès, et si on en cite de plus grands, on ou les met en doute, ou l'on trouve une explication qui rétablit promptement l'égalité. Ainsi tous s'observent, tous sont en défiance les uns des autres, tous s'accusent d'illusion ou d'exagération; et le dirons-nous? ce point commun à tous est peut-être le seul sur lequel ils ont tous raison.

Ne vous semble-t-il pas extraordinaire, comme à nous, que tous ceux qui se sont avisés de discourir sur les causes, sur la génération de la fièvre typhoïde, aient trouvé la confirmation de leur théorie dans la pratique qu'elle leur a suggérée? Voilà pourtant ce qu'ils disent tous sans s'apercevoir que ces explications sont souvent opposées, de sorte que si, par hasard, l'une était la véritable, les autres seraient nécessairement fausses. MM. Petit et Serres s'imaginent que leur *fièvre entéro-mésentérique* n'est autre chose qu'une profonde atteinte aux sources de la vie, en conséquence de cette idée, ils mettent toutes leurs espérances dans les toniques, et ils affirment, après expérience, que c'est la seule médication qui ait eu des succès. M. Bouillaud, avons-nous dit, la fait venir de l'inflammation, et il appelle tous ses élèves en témoignage qu'il n'y a pas de traitement supérieur aux antiphlogistiques. Pour M. de Larroque, il n'y a ni irritation, ni asthénie; c'est le simple produit de l'accumulation et de la dégénérescence des humeurs dans les premières voies : d'où il infère que rien n'y peut être plus utile que les purgatifs, et l'expérience vient encore confirmer cette nouvelle conjecture. Ainsi l'expérience donnerait raison à tout le monde, à toutes les explications et à toutes les pratiques.

Pouvait-elle moins faire pour ceux qui, pour se tenir toujours prêts à en accepter les leçons, ferment obstinément l'oreille à toutes les promesses de la théorie? Et ici nous rencontrons les noms les plus honorables et les plus justement estimés : M. Chomel, dont la noblesse de caractère relève tant l'éclat du talent; M. Louis, si patient dans l'observation et si hardi à conclure; M. Grisolle, qui a si bien résumé les leçons de ses maîtres, etc.

Tous ces médecins et tant d'autres si bien faits pour avoir une opinion sur la nature de la fièvre typhoïde, n'en ont pas et n'en veulent pas avoir de peur d'engager la thérapeutique; ils ne repoussent pas la saignée, mais ils en usent avec modération; ils n'excluent pas les purgatifs, mais ils n'y ont recours que quand il le faut; ils ne condamnent pas les toniques, mais ils ne les emploient que quand ils en voient clairement l'indication; enfin, libres de tout engagement, ils prennent dans tous les traitements et n'en adoptent aucun à l'exclusion de tous les autres. Et eux aussi se louent de leur conduite, eux aussi parlent de leurs succès, quoique peut-être un peu plus timidement : ils croient que leur méthode vaut les autres, puisqu'ils y persévèrent; mais ils ne sentent pas au fond de l'âme cette confiance, cette sécurité qui naît de la certitude qu'on possède la vérité, ou que donnent les convictions systématiques.

En présence de tant de variations, faut-il s'étonner s'il se trouve encore des esprits qui flottent sans oser se fixer et qui, dans l'incertitude de ce qu'il faut faire, ne font rien ou presque rien? Tel était Dance, dont le nom rappelle à la fois tant d'espérances et de regrets; tel encore M. Laurent, notre honorable collègue à cette Académie. Nous avons lu de lui, dans la GAZETTE MÉDICALE, une lettre où il confiait à ses confrères qu'il n'avait jamais perdu une seule fièvre typhoïde en ville : il pratiquait à Versailles. Et savez-vous ce qu'il donnait à ses malades? Il leur donnait de l'oxicrat, rien que de l'oxicrat. Tel est encore M. Chardon, dont nous vous faisons connaître la manière de voir. Trente ans de pratique lui ont appris que la fièvre typhoïde résiste à toutes les médications. La nature, dit-il, y est insensible à tout. Il y a en elle quelque chose de nécessaire, quelque chose d'irrésistible et de fatal qui la mène et la domine. Elle a une marche dont elle ne s'écarte pas; mais la durée varie en proportion de son intensité. Les plus bénignes sont naturellement les plus courtes, et c'est ce qui a trompé les médecins. Cette bénignité, ouvrage de la nature, ils s'en sont emparés et l'ont tournée à la gloire de leur méthode.

Avec de pareils principes, on comprend que si on ne se condamne pas à l'inaction, il s'en faut de bien peu. Cependant M. Chardon s'effraye de la conséquence; il ne peut supporter l'idée que le médecin n'ait rien à faire devant un si grand péril, et pour se sauver de la contradiction, il se jette dans les lieux communs. Il y a dans toutes les maladies des états, des éléments secondaires qui viennent les compliquer, et la fièvre typhoïde n'en est pas plus exempte que les autres : tels la pléthore, l'irritation ou l'inflammation, la langueur des forces, l'épuisement, l'embarras de l'estomac et des intestins, les spasmes, la douleur, etc. Or ces états il faut les écarter; il faut les combattre partout où ils se montrent, après quoi la maladie principale, dégagée de ce qui lui est étranger, marche plus librement à sa solution. Et voilà, si nous l'avons bien compris, comment M. Chardon entend l'intervention de l'art; voilà, en d'autres termes, commend il comprend que le médecin vienne en aide à la nature dans le traitement et la guérison de la fièvre typhoïde. Si l'on trouvait qu'il est injuste envers la science qu'il cultive, nous n'entreprendrions pas de le justifier sur ce point, ce serait s'associer à ses torts; mais, après avoir rapporté ses convictions, il doit nous être permis de dire que trente ans de pratique lui donnent le droit d'en avoir.

Finalement nous avons l'honneur de vous proposer de faire écrire une lettre de remerciments à M. Chardon, d'ordonner le dépôt de son manuscrit dans vos archives et de l'engager à continuer ses recherches, sinon avec plus de zèle et de bonne foi, du moins avec plus de confiance et d'espoir. On ne cherche bien que ce qu'on espère de trouver.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

SUR UN CAS D'ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ D'HÉMORRHAGIE SÉRIEUSE SE RATTACHANT A UNE INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

M. Depaul lit un rapport sur un travail de M. le docteur Ch. Gérard, relatif à un cas d'accouchement compliqué d'hémorrhagie sérieuse se rattachant à une insertion vicieuse du placenta.

Voici l'analyse succincte de cette observation :

Une femme de 34 ans, d'une constitution délicate, qui était déjà accouchée cinq fois à terme sans accidents et qui avait fait à trois mois une fausse couche dont la cause n'est pas indiquée, était arrivé le 17 décembre 1851, vers la fin du septième mois d'une nouvelle grossesse. Ce jour-là, à la suite d'un travail qui avait eu lieu, les bras étant élevés, une hémorrhagie utérine peu considérable se manifesta (deux ou trois cuillerées de sang seulement s'étaient écoulées). Dès ce moment et malgré le repos au lit conseillé par une sage-femme, un écoulement rosé peu abondant eut lieu, d'une manière continuelle, par les parties génitales, et fut à plusieurs reprises, dans l'espace de quinze jours, remplacée par des pertes sanguines de courte durée et dont la quantité fut évaluée chaque fois à un peu plus d'un verre ordinaire.

Le 2 janvier 1852, lorsque M. Gérard fut appelé pour la première fois, tout écoulement avait cessé. L'état général était bon. Aucune douleur, aucune contraction indiquant un commencement de travail, n'existaient. La malade n'ayant pas voulu se laisser toucher, notre confrère se contenta de prescrire quelques lavements émollients, et recommanda qu'on le fit prévenir si quelque chose de particulier survenait. Deux jours après, l'écoulement rosé, dont il a été précédemment question, reparut d'une manière presque continuelle, se transformant encore de temps à autre en de petites hémorrhagies.

Le 24 janvier, la grossesse étant alors à environ huit mois et demi, quelques douleurs utérines se manifestèrent et furent presque immédiatement suivies par une hémorrhagie considérable. Appelé en toute hâte à une heure et demie de la nuit, M. Gérard trouva cette femme avec des défaillances et un malaise considérable. Une pleine cuvette de caillots était entre les cuisses ou dans le vagin. Le toucher permit de constater que le col était assez dilaté, souple et occupé par une portion de placenta considérable. Les mouvements de l'enfant n'étaient plus perçus, et il ne fut pas possible, en auscultant, d'entendre les battements de son cœur.

Quoique la dilatation fût déjà grande, il n'y avait eu que de très-faibles contractions utérines. Le sang coulait toujours et avec un redoublement notable à chaque douleur qui survenait.

Sans perdre un instant et après avoir placé convenablement la malade, M. Gérard introduisit la main droite, et trouva engagée dans le col une poche irrégulière en partie fermée par les membranes qui étaient en avant et en partie par le placenta (le quart environ de la surface de cet organe). Après avoir perforé cette poche dans sa partie placentaire, la main, introduite dans l'utérus, rencontra l'extrémité pelvienne qui se présentait. Un seul pied put être saisi; il fut facilement amené au dehors, et à l'aide de tractions exercées sur le membre correspondant, l'enfant fut promptement extrait. Il était peu volumineux et ne paraissait pas complétement à terme. Il ne donnait aucun signe de vie. Le cordon entourait deux fois la région du cou. Les divers moyens capables de le ranimer, et l'insufflation surtout, furent mis en usage. Petit à petit la respiration s'établit, quoique péniblement, et bientôt il parut suffisamment ranimé pour permettre d'espérer qu'on le conserverait. Cependant il resta faible, fut incapable de prendre le sein, et succomba le huitième jour.

La délivrance n'offrit rien d'extraordinaire; la déplétion de l'utérus fit cesser toute hémorrhagie; les suites de couches furent des plus naturelles, et vers la fin du mois, le rétablissement était complet.

Le fait qui précède et quelques autres qui ont été observés par M. Gérard le portent à établir, en principe, que, dans toute parturition compliquée d'hémorrhagie grave, la *première* indication consiste à terminer l'accouchement, soit avec la main, soit avec le forceps, selon la présentation.

M. le rapporteur regarde comme évident que la malade de M. Gérard a offert un exemple d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, avec cette circonstance que par l'un de ses bords il recouvrait une grande partie de l'orifice interne.

Tout en reconnaissant que, dans les cas particuliers qu'il a rencontrés dans sa pratique, M. Gérard, en terminant l'accouchement, a parfaitement saisi les indications, M. le rapporteur croit qu'il a eu le tort de beaucoup trop généraliser en disant que c'était par là qu'il fallait toujours commencer, car des conditions moins favorables peuvent se présenter, et la science possède pour elles d'autres procédés dont l'utilité a été constatée par l'expérience.

Personne, ajoute M. Depaul, n'a mieux compris et plus complétement indiqué tout ce qui se rapporte au traitement de ce genre d'hémorrhagie que M. le professeur P. Dubois, et c'est en rappelant en grande partie ses idées que M. le rapporteur trace la conduite qui lui paraît applicable aux diverses circonstances. Nous reproduisons textuellement cette dernière partie du rapport de M. Depaul.

Une première distinction doit d'abord être établie. La perte se déclare lorsque le travail n'est pas encore commencé, ou bien elle apparaît lorsque des contractions prématurées ou non ont déjà produit un certain degré de dilatation. Une autre non moins importante résulte de l'abondance de l'hémorrhagie elle-même, et sous ce rapport il convient de distinguer les cas où, dès le début ou par ses apparitions multipliées, elle constitue un accident grave, de ceux où, par ses minimes proportions, elle ne crée pas un danger imminent.

Disons d'abord, pour n'en plus parler, qu'il est une série de moyens tels que le repos absolu dans la position horizontale, un air frais, les boissons acidulées, etc., qui conviennent ici comme dans toutes les hémorrhagies qui peuvent compliquer la gestation. Quant à la saignée, qui est si souvent indiquée et qui produit de si bons résultats dans d'autres circonstances, je pense qu'on ne saurait être trop réservé sur son emploi, et je ne sais pas s'il y aurait grand inconvénient à la prescrire d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, je n'en comprendrais l'utilité que si un état très-pléthorique existait, et si, en l'associant aux préparations opiacées, on se proposait, en calmant certaine irritabilité de l'utérus, de prévenir des contractions prématurées, et d'augmenter les chances de viabilité de l'enfant, en reculant autant que possible le moment de son expulsion.

Entrons maintenant dans les cas particuliers, et voyons ce qui convient à chacun d'eux :

1° La perte est peu considérable, le col est fermé, rien n'indique que la contractilité de l'utérus ait été mise en jeu; que faut-il faire?

Puisqu'il y a beaucoup de raisons de penser que l'accident se reproduira, tous les efforts doivent tendre à prévenir ce résultat, ou du moins à en modérer la gravité et à calmer la contractilité utérine qui entre si facilement en action en pareil cas. Pour cela, les moyens généraux précédemment indiqués sont à peu près les seuls auxquels il convienne de s'adresser. Peut-être pourrait-on avoir recours au seigle ergoté administré à petites doses dans le but de le faire agir surtout comme hémostatique. Il arrivera quelquefois que l'écoulement sanguin s'arrêtera définitivement après une ou plusieurs apparitions, et la grossesse pourra parvenir jusqu'à son terme régulier; alors, ou bien ce qui est fort rare, le travail suivra ses diverses périodes sans que l'accident reparaisse; ou bien, ce qui est beaucoup plus commun, il se renouvellera et sera le point de départ d'indications nouvelles dont il sera question plus loin.

2° L'hémorrhagie, au contraire, est grave dès le principe, ou elle le devient par ses fréquentes répétitions; l'utérus restant d'ailleurs dans les mêmes conditions, comment l'art doit-il intervenir?

Dès le début, il faudra se conduire comme précédemment; mais bientôt, et sans attendre que l'état général de la femme indique un affaiblissement trop grand, il conviendra de recourir au tamponnement du vagin convenablement exécuté.

Ce moyen, tout mécanique, peut agir de deux façons différentes, en faisant la coagulation du sang et l'oblitération des vaisseaux que le décollement du placenta avait laissé béants, et aussi en hâtant l'apparition qui, en produisant la dilatation de l'orifice interne, ouvrira la voie à d'autres moyens beaucoup plus efficaces. Ce dernier résultat n'est pas toujours à désirer et n'est pas toujours obtenu. J'ai vu des femmes chez lesquelles le tampon, appliqué vingt-quatre et trente-six heures, avait parfaitement réussi à suspendre l'hémorrhagie, mais n'avait provoqué aucune contraction, et par conséquent aucune modification dans le col; chez l'une d'elles, la grossesse put continuer sa marche jusqu'au terme ordinaire, qui était encore assez éloigné, sans nouvelle complication.

Mais un résultat beaucoup moins heureux pourrait être observé; le col ne se modifiant pas, l'hémorrhagie rebelle au tampon pourrait continuer à se faire en partie à l'extérieur, en partie à l'intérieur, et devenir assez sérieuse pour menacer la vie de la femme. En pareille occurrence, il ne faudrait pas hésiter, quelque défavorables que fussent les conditions, à pratiquer la rupture des membranes, et si la déplétion partielle de l'utérus n'amenait pas une prompte et salutaire modification, il ne me paraît pas douteux qu'il ne fallût recourir à l'accouchement forcé, en s'aidant, suivant les cas, d'incisions multiples sur le col.

3° L'hémorrhagie est légère, mais elle a débuté avec le travail au terme régulier de la grossesse. Ou bien après s'être plusieurs fois reproduite, elle a provoqué des contractions prématurées. Dans tous les cas, et c'est ici le point capital, un certain degré de dilatation existe déjà. Quels moyens doivent être employés?

Si la femme n'a perdu qu'une très-petite quantité de sang, on pourra se contenter de lui prescrire le repos et les autres moyens généraux ordinaires, administrer 1 ou 2 grammes d'ergot de seigle pour accélérer la marche du travail et ne pas hésiter à pratiquer la rupture des membranes lorsque la dilation sera un peu grande. Ce dernier moyen me paraît indiqué dans les cas où l'écoulement sanguin, sans jamais avoir été considérable, a cependant duré assez longtemps et s'est reproduit un assez grand nombre de fois pour altérer profondément la constitution de la mère, et la placer dans des conditions qu'il importe de faire cesser aussi promptement que possible. Cette manière de procéder me paraît également justifiée par l'intérêt de l'enfant dont la vie ou la santé ne pouvait être que compromise par un séjour trop prolongé dans la cavité utérine, alors qu'une portion un peu considérable du placenta est décollée et que ce qui reste normalement adhérent peut être insuffisant. C'est d'ailleurs à l'auscultation de la circulation fœtale qu'il convient de demander une règle de conduite à cet égard. Elle seule peut permettre de prévenir l'influence fatale qui résulte quelquefois de la compression qui peut être exercée sur la masse placentaire ou sur le cordon, lorsque après l'écoulement du liquide, la partie qui doit s'engager la première est poussée contre le segment inférieur de l'utérus. Une surveillance de tous les instants devra être exercée dans cette prévision à l'aide du stéthoscope, et il ne faudrait pas hésiter à intervenir par le forceps ou la version, même dans le cas où la dilatation ne serait pas aussi complète qu'il le faut, quand les circonstances permettent d'attendre le moment opportun.

4° Comme dans le cas précédemment examiné, le travail est franchement déclaré, et le col plus ou moins dilaté, mais l'hémorrhagie est grave et ne permet pas la temporisation. Quelles sont les circonstances qui dicteront le choix que le médecin doit faire parmi les moyens qui ont été proposés?

Si l'œuf est encore intact et que la dilatation ne soit pas complète, c'est à sa perforation et à l'évacuation d'une certaine quantité de liquide qu'il faut d'abord

recourir, en même temps qu'on donne le seigle ergoté. Je crois cette manière de faire bien préférable au tamponnement du vagin, et plus d'une fois je l'ai vue réduire la perte à de si faibles proportions que j'ai pu abandonner le reste du travail à lui-même.

Mais la perforation de l'œuf soulève quelques questions sur lesquelles il est temps que je m'explique, d'autant mieux que, dans son observation, M. Gérard se déclare partisan de certaines idées qui me paraissent dangereuses, surtout en les exagérant comme il l'a fait.

Nous avons vu que le placenta pouvait se trouver, relativement au col, dans trois conditions différentes :

1° Son insertion peut être simplement latérale ; 2° elle peut être centrale, et l'orifice entièrement recouvert ; 3° l'un des bords de cet organe peut seul s'avancer sur une partie de l'ouverture qui, dans le reste de l'étendue, est tapissée par les membranes.

Jusqu'ici tous ceux qui se sont occupés de cette question ont pensé qu'il fallait soigneusement éviter le tissu placentaire, toutes les fois qu'on pouvait atteindre les membranes. Notre collègue, au contraire, ne se fait aucun scrupule de le perforer, alors qu'il lui serait facile de l'éviter, et il ne reconnaît à cette pratique aucun inconvénient, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Je n'ai pas besoin de vous dire que je ne saurais partager une semblable manière de voir. Je n'accepte pas davantage la perforation du placenta, lorsque l'orifice en est entièrement recouvert, et qu'il constitue la seule partie de l'œuf que le doigt puisse atteindre sans violence. Le procédé déjà ancien, et que, dans ces derniers temps, M. Gendrin a repris, en conseillant d'agir avec une sonde de femme, me paraît trop périlleuse pour l'enfant. Qui pourrait répondre de ne pas intéresser de la sorte quelques-uns des vaisseaux placentaires, et de ne pas ajouter aux dangers d'une hémorrhagie maternelle ceux d'une hémorrhagie fœtale? J'en excepte cependant les cas où il aurait été positivement démontré que l'enfant avait cessé de vivre. Dans la supposition contraire, j'aimerais mieux, avec M. P. Dubois, décoller une partie du placenta, si l'un de ses bords était assez voisin de l'orifice pour permettre d'atteindre les membranes sans produire trop de déchirures, et avec lui encore je donnerais la préférence au tampon, s'il correspondait au col par sa partie centrale, me proposant ainsi d'accélérer la dilatation, tout en modérant la perte, et de rendre promptement possible la terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version.

Mon opinion sur la perforation du placenta laisse facilement entrevoir que je ne suis pas plus favorable à son décollement et à son extraction prématurée, ainsi que cela a été conseillé par le docteur Simpson. Sa statistique, d'ailleurs, ne me paraît pas propre à beaucoup rassurer, puisqu'elle prouve que la plupart des enfants ont été victimes de cette manœuvre, et, quoiqu'elle ne paraisse pas avoir eu une influence très-défavorable pour les mères, j'avoue qu'il me répugne d'admettre qu'il soit indifférent de détruire toutes les adhérences placentaires lorsque le volume de l'utérus est encore considérable. Car, après tout, si l'enfant est vivant, il vaut bien mieux le laisser aussi longtemps que possible en rapport avec la circulation maternelle, soit qu'on se propose de l'extraire immédiatement, soit surtout lorsqu'il doit rester encore quelque temps dans la cavité utérine. Je sais bien que les auteurs contiennent d'assez nombreuses observations dans lesquelles on voit que l'expulsion spontanée et prématurée du délivre a pu se faire sans grand dommage, et même en apparence avec quelques résultats favorables pour la mère; mais ne fût-ce que dans l'intérêt de l'enfant, je ne crois pas que la nature doive être imitée dans cette circonstance.

Si, malgré l'écoulement du liquide amniotique ou l'emploi du tampon auquel on peut être conduit exceptionnellement, la perte continuait avec des caractères sérieux, c'est à la prompte terminaison de l'accouchement par le forceps ou la version, selon les cas, qu'il conviendrait de s'adresser. L'indication serait la même en supposant que l'hémorrhagie eût diminué; mais si on trouvait le placenta largement décollé, et que par l'auscultation on constatât que la vie fœtale est gravement compromise; dans tous ces cas, si le col n'était pas assez largement entr'ouvert, j'aimerais mieux recourir à une dilatation brusque et au peu forcée, en m'aidant surtout d'incisions multiples, que de tamponner le vagin, même avec la précaution d'exercer une compression sur la paroi abdominale. La crainte d'une perte interne même modérée, chez une femme déjà affaiblie, les dangers qu'une plus longue temporisation peut faire naître pour l'enfant, sont avec les autres inconvénients du tampon les motifs qui me le font exclure.

On aurait tort de croire que l'influence fâcheuse qu'exerce l'insertion anormale du placenta ne s'étende qu'à la période de gestation. S'il est vrai, habituellement, que tout danger disparaît avec la déplétion complète de l'utérus, il n'en est pas toujours ainsi, et plus d'une fois j'ai vu l'hémorrhagie reparaître, menacer de devenir mortelle, le devenir même quelquefois, lorsque l'enfant avait été complètement expulsé : cela s'explique par la vascularisation toute particulière du segment inférieur de l'utérus et par la tendance qu'a cette région à se moins rétracter pendant les premiers jours. Tous les moyens capables de ramener et de rendre permanent un certain degré de rétraction, doivent être mis en usage de bonne heure, car il ne faut pas oublier que les pertes antérieures ont tellement affaibli la constitution, qu'un écoulement nouveau, même modéré, pourrait devenir promptement mortel. Or le plus efficace est sans contredit le seigle ergoté; peut-être même conviendrait-il de poser en principe que son administration devrait toujours avoir lieu peu d'instants avant la terminaison du travail.

M. Depaul termine son rapport en proposant d'adresser une lettre de remerciments à l'auteur du mémoire et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Après quelques observations présentées par M. Velpeau sur l'application du tampon, que M. Depaul, suivant lui, aurait eu le tort de trop dédaigner, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. — tome XVI. — In-4°. — Paris, 1852. Chez J.-B. Baillière.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 24.)

Pour suivre l'ordre établi dans ce volume, nous mentionnerons en son rang, mais nous ne ferons que mentionner seulement, parce qu'une analyse ne saurait rien ajouter à l'importance du fait, la belle observation de *désarticulation coxo-fémorale*, qui a valu à M. Hénot un encourageant succès de plus à joindre au petit nombre de ceux qui sont enregistrés dans les annales de la chirurgie.

Cet hommage rendu au travail de l'habile chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, arrivons au mémoire de M. Larrey.

ADÉNITE CERVICALE DES JEUNES MILITAIRES.

Le mémoire de M. H. Larrey sur l'adénite cervicale mériterait d'amples développements dans lesquels nous n'eussions pas hésité à entrer s'il n'était déjà en grande partie connu de nos lecteurs par l'excellent rapport qu'en a fait M. Gimelle. L'analyse détaillée que nous en avons donnée dans le temps d'après M. le rapporteur (V. numéro du 20 avril 1850), nous dispensera de nous y étendre longuement. Toutefois, comme ce travail touche à une question de spécificité nosologique très-intéressante, nous demanderons la permission de revenir sur quelques-uns des points qui sont plus particulièrement afférents à cette question.

M. H. Larrey et tous les médecins militaires avec lui ont observé la très-grande fréquence des engorgements glandulaires de la région cervicale chez les jeunes soldats. Le nombre des sujets atteints d'adénite cervicale est, en effet, beaucoup plus considérable dans les hôpitaux militaires que dans les hôpitaux civils. Quelle est la cause de cette différence? D'où vient cette sorte de préférence que semble affecter cette maladie pour les jeunes militaires, c'est-à-dire pour une partie de la population qui peut à juste titre passer pour une des plus valides? De quelle nature sont ces engorgements? Quel degré d'affinité ont-ils avec l'affection scrofuleuse? Telles sont les questions principales que soulève le sujet de ce mémoire et à l'examen desquelles M. Larrey a consacré la plus grande partie de son travail.

D'après cet honorable chirurgien, l'adénite cervicale, chez les militaires, serait une maladie locale, une inflammation ou une subinflammation des ganglions lymphatiques, favorisés souvent par des causes générales, déterminée plus souvent encore par des causes locales. Elle serait donc, par sa nature, étrangère à l'affection scrofuleuse.

Les motifs sur lesquels M. Larrey se fonde pour distinguer l'adénite cervicale des scrofules et pour en faire une affection à part, ayant en quelque sorte sa spécificité dans les conditions mêmes où se trouvent placés les jeunes soldats qui en sont atteints, ces motifs sont : l'âge des sujets, tous âgés de 21 ans au moins, et ayant par conséquent passé l'époque de la vie qui prédispose le plus au développement des scrofules; leur constitution habituellement exclusive de toute diathèse strumeuse, les jeunes conscrits qui présentent des engorgements ou d'autres symptômes actuels de scrofules, étant déclarés impropres au service; enfin la nature même des causes et des conditions hygiéniques particulières qui en déterminent le développement.

Ces causes et ces conditions hygiéniques sont trop nombreuses et trop variées pour qu'il eût été possible, même à l'aide de l'analyse la plus rigoureuse, d'assigner à chacune d'elles le rôle et la part qui leur reviennent. Les unes générales et communes à d'autres professions, telles que les changements de nourriture, de climat, d'habitudes, les exercices nouveaux, l'action du froid et de l'humidité, etc., peuvent bien concourir pour quelque part, ou plutôt prédisposer peut-être au développement de l'adénite cervicale chez les soldats; mais elles ne suffisent sûrement pas à elles seules pour en expliquer la fréquence tout à fait exceptionnelle, car les ouvriers émigrant de provinces pauvres pour se rendre dans les centres de population et qui se trouvent à divers égards dans des conditions parfaitement comparables à celles des soldats, ne présentent que beaucoup plus rarement des exemples de cette affection. C'était donc à des circonstances spéciales et plus particulièrement inhérentes au métier des armes qu'il fallait s'adresser pour trouver les causes déterminantes de ces engorgements glanduleux du cou.

M. Larrey pense que la cause la plus commune de l'adénite cervicale des jeunes soldats est le froid humide frappant directement sur la figure et sur le cou du soldat en faction, placé dans le courant d'air établi entre les deux lucarnes de la guérite, impression d'autant plus vive qu'elle succède ordinairement à la chaleur presque toujours excessive du corps de garde, et

que les hommes en sont mal garantis par la forme de leur coiffure. Cette détermination étiologique paraît d'autant mieux fondée que ces sortes d'adénites s'observent le plus habituellement chez les soldats d'infanterie plus spécialement affectés au service des factions, et qu'on ne la rencontre que beaucoup plus rarement sur les soldats de cavalerie, et exceptionnellement chez les officiers, ainsi que chez les sous-officiers qui ne sont point astreints à ce service. La coïncidence fréquente de ces engorgements avec les ophthalmies, les coryzas, les fluxions dentaires, etc., qui sont si habituellement le résultat de la suppression brusque de la transpiration sous l'influence de l'action d'un froid intense, ajoute encore à la valeur de cette détermination. Parmi les autres causes capables de produire l'adénite cervicale, M. Larrey signale, en outre, la pression exercée sur le con par le col d'uniforme et les diverses pièces du vêtement, surtout lorsque leur action se fait sentir sur des jeunes gens inhabitnés à cette pression, et enfin l'usage abusif du tabac.

Nous insistons d'autant plus sur ces données étiologiques que c'est sur elles seules à peu près que reposerait la spécification de l'adénite cervicale des militaires; car rien dans ses symptômes, dans sa marche, dans ses divers modes de terminaison, ne la différencie d'une manière sensible de l'adénite strumeuse. Or y a-t-il dans les divers ordres de causes invoquées par M. Larrey, comme pouvant expliquer la fréquence de l'adénite cervicale chez les jeunes soldats, quelque chose d'assez spécial à la fois et d'assez distinct des influences pathogéniques communes auxquelles on a contume d'attribuer le développement des scrofules, pour mériter à cette affection une place à part dans le cadre nosologique? C'est ce qu'il convient d'examiner.

Si l'on considère les conditions hygiéniques générales au milieu desquelles la plupart des soldats se trouvent placés, on ne peut que difficilement se défendre de rapprochements qui militent plutôt en faveur des analogies que des différences que l'auteur cherche à établir entre l'affection dont il s'occupe et la maladie scrofuleuse. Que l'on en juge plutôt. Ce sont les termes mêmes du mémoire de M. Larrey que nous reproduisons : « L'âge de la conscription pour un grand nombre de soldats trop faibles encore pour supporter sans ménagement la fatigue des armes; la transition brusque de la vie des champs ou d'une existence paisible à un état contraire ; le changement d'habitudes, de régime, de nourriture et de climat; la nostalgie; une alimentation insuffisante, peu nutritive ou indigeste; l'usage des liqueurs fermentées; les variations atmosphériques; l'air froid et humide; la suppression instantanée de la transpiration; l'altération de l'air respirable et les conditions de l'encombrement dans les casernes, dans les baraques de campement, dans les corps de garde, dans les salles de police, dans les prisons et dans quelques hôpitaux même; la malpropreté dans la tenue; les excès de tous genres, et entre autres les excès vénériens; l'habitation des lieux bas et humides, mal aérés, peu ou point éclairés par la lumière du jour; les changements de garnison, d'un pays tempéré à un pays froid, dans la mauvaise saison; les factions et les services de nuit; les vents du nord et du sud-ouest; les neiges, les pluies fréquentes; les rafales de mer; le voisinage des fleuves et des rivières; celui des marais enfin, et leurs émanations miasmatiques ; telles sont, en aperçu, suivant M. Larrey, les causes générales vraiment prédisposantes des maladies du système lymphatique chez les militaires, et ainsi des engorgements glanduleux du con. » Il serait difficile de dire en quoi ces influences générales diffèrent de celles qui prédisposent communément aux scrofules. Qu'un individu atteint dans son enfance de la diathèse strumeuse et chez qui les progrès de l'âge joints à de bonnes conditions hygiéniques en auront fait disparaître les dernières traces, vienne, par hypothèse, à se trouver placé au milieu de circonstances semblables à quelques-unes de celles que nous venons d'énumérer, et que sous cette influence il survienne des engorgements glandulaires, de quel nom qualifiera-t-on ces engorgements?

Une particularité, toutefois, distingue l'affection lymphatique qui fait le sujet du mémoire de M. Larrey, et cette particularité est digne d'attention : c'est le siége d'élection de ces engorgements dans la région cervicale. C'est ici qu'il importe de faire remarquer l'influence des causes locales signalées par M. Larrey. Soit qu'on les considère comme efficientes dans le plus grand nombre des cas et comme suffisamment explicatives de la production de ces engorgements, soit qu'on ne les admette qu'à titre de causes secondaires ou accessoires, supposant une prédisposition générale acquise par une diathèse antérieure mal éteinte, ou par l'action des causes générales dont il a été question, elles ne se révèlent pas moins dans un cas comme dans l'autre d'une manière manifeste par la prédilection constante qu'affecte cette sorte d'affection strumeuse bénigne pour la région cervicale, sur laquelle s'exerce plus spécialement leur influence. C'est là peut-être ce qui constitue le caractère le plus spécial de cette affection.

Disons, du reste, que l'opinion de M. Larrey à cet égard ne diffère pas aussi radicalement de celle que nous venons d'exprimer, que pourraient le faire supposer, au premier abord, ces quelques réflexions inspirées beaucoup moins par un esprit d'opposition que par les obscurités et les difficultés mêmes de la question. M. Larrey, avec cet esprit de modération et cette sagesse qui caractérisent toutes ses productions, n'a émis une opinion différente qu'avec une grande réserve; et si l'un des objets principaux de son mémoire a été de chercher à établir la nature toute locale et en quelque sorte spéciale de la ganglionite cervicale dont sont atteints les jeunes soldats, il n'a point méconnu que dans un certain nombre de cas cette ganglionite pouvait bien se lier à l'existence d'une diathèse strumeuse latente, ou tout au moins d'une prédominance prédisposante du système lymphatique; et qu'en l'absence de tout caractère inhérent à ces engorgements eux-mêmes, il n'y avait d'autres moyens de distinguer ces cas des premiers que par la coexistence de quelques autres lésions caractéristiques de la maladie scrofuleuse ou par les commémoratifs plus ou moins suspects des malades ; — ce qui revient à dire que l'affection scrofuleuse, si bien caractérisée et si facile à reconnaître quand elle s'accompagne de tout le cortége des symptômes décrits dans tous les auteurs classiques, perd sa physionomie caractéristique à mesure qu'elle se simplifie, au point que réduite à sa plus simple expression, c'est-à-dire à l'existence d'un simple engorgement lymphatique, il devient à peu près impossible de la distinguer de l'adénite purement inflammatoire et due à une cause toute locale. C'est là uniquement ce que nous avons voulu établir en donnant, dans l'espèce, aux réserves faites par M. Larrey, un peu plus d'extension qu'il ne l'a fait lui-même.

Nous bornons à ces quelques réflexions ce que nous nous proposions de dire du mémoire de M. Larrey, nous en référant pour les autres points à l'analyse du rapport que nous avons publiée dans le temps et où l'on retrouvera l'indication des utiles déductions pratiques que l'auteur a tirées de l'étude de cet intéressant sujet.

— Nous signalerons, en passant, deux mémoires, l'un de chirurgie pratique, sur la nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles, dans le traitement des plaies par armes à feu, par M. Hutin; l'autre d'anatomie pathologique, sur les kystes synoviaux de la main et du poignet, par M. Gosselin ; deux œuvres également recommandables, ainsi qu'en témoigne assez leur insertion dans le recueil officiel de l'Académie, mais qui échappent l'une et l'autre, par les détails nombreux qu'elles renferment, à une appréciation analytique. On trouvera d'ailleurs, sur le second de ces mémoires, dans le numéro du 22 juin 1850 de la GAZETTE MÉDICALE, une note suffisamment indicative des points d'anatomie à l'aide desquels M. Gosselin a expliqué le mécanisme des kystes hydropiques et des kystes ganglionnaires de la main.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— A la suite d'un concours ouvert à Nantes par l'administration des hospices pour la construction d'un hôpital et d'une école de médecine, la commission chargée de l'examen des travaux qui lui ont été remis par les divers concurrents, a décerné une médaille de bronze grand module au projet de M. Delbrouck, architecte de Paris.

— VACCINE. La Société épidémiologique de Londres a ouvert sur la vaccine et sur la variole une enquête des plus importantes; elle a adressé à 3.000 médecins un tableau détaillé des questions qu'elle leur soumettait, avec prière de remplir les blancs par leur réponse. Nul doute que si les 3,000 médecins répondaient à l'appel, on n'arrivât à quelque résultat intéressant; mais jusqu'ici la commission n'a reçu que 1,400 réponses, et tout fait craindre que, sans manquer son but, l'enquête ne réponde pas entièrement aux espérances de ses promoteurs.

— M. Pratil, médecin, qui vient de mourir, a laissé par son testament une somme de 25,000 fr. destinée à être donnée en prix à celui qui trouvera un remède à la maladie dont les sangsues sont généralement affectées. On sait que cette maladie détruit tous les ans plus du tiers de ces animaux et les rend ainsi plus chers et plus rares.

— M. Scoutetten, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Dunkerque, est désigné pour l'hôpital de Metz.

M. Cuenry, médecin aide-major de première classe de Metz, est détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne pour la saison des eaux.

— On lit dans l'OBSERVATEUR D'AVESNES :

« Une épizootie grave sévit en ce moment sur les bestiaux de notre contrée et fait journellement des victimes. La maladie régnante est la péripneumonie.

» Un fermier de la commune du Haut-Lieu, le sieur Pierre Carlier, vient de perdre successivement tout le bétail qui garnissait son exploitation, et qui se composait de neuf vaches à lait et six génisses. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SYPHILISATION.

Quand une idée nouvelle, intéressant la santé et la morale publiques, se présente appuyée de patientes investigations; patronée par le savoir, le talent, la bonne foi; déjà propagée dans bon nombre d'esprits désintéressés la règle de tous devrait être — et la nôtre est invariablement — de lui faire au moins la faveur d'une calme et sérieuse attention. Appelé à l'improviste sur un terrain inexploré, nous ne nous croyons pas du tout obligé d'avoir sur l'heure une opinion; mais nous regardons venir les faits, nous écoutons les argumentations, nous attendons enfin que nous possédions les éléments d'un jugement éclairé. Ce procédé n'est pas aussi expéditif qu'un bon parti pris; il respire une timidité de jugement propre à faire sourire les devins de la science; mais il est raisonnable. L'excuse est suffisante; l'oracle d'Ulysse était souvent *plus sûr que celui de Calchas*. Il est surtout une chose que nous ne supportons pas dans une question scientifique, c'est la passion. Quelque louable qu'en soit le prétexte, elle ne saurait se substituer à la vraie critique sans devenir à l'instant, et dans toute hypothèse, une arme contre la vérité. Soulevée contre des idées justes, elle leur barre le passage; contre des idées fausses, elle leur laisse toute leur force en ne les attaquant pas corps à corps. C'est le dénigrement de la passion qui a fait la fortune de beaucoup d'erreurs.

Nous espérons que les esprits sensés auront compris la position que nous avons cru devoir garder jusqu'ici à l'égard de la syphilisation. Les premières indications jetées par M. Auzias-Turenne, dans la presse et les Académies, étaient bien faites, sans doute, pour exciter l'étonnement. Nous avons pensé néanmoins que le caractère honorable de notre confrère, sa profonde conviction, l'ingéniosité dont il venait de donner tout récemment la preuve dans ses recherches sur la transmissibilité de la syphilis aux animaux, commandait au moins la réserve. Nous avons attendu, et bientôt des expérimentateurs dignes de toute confiance, comme M. Sperino (de Turin), sont venus apporter à M. Auzias, dans ce journal même, un appui précieux; des savants de premier ordre, MM. Serres et Flourens, sans se faire précisément les champions de la nouvelle doctrine lui ont donné de notoires encouragements. A l'observation de ce jeune médecin allemand qui a été, l'année dernière, le sujet d'une si triste exhibition à l'Académie de médecine, M. Auzias a opposé, dans des conférences publiques, celles d'un grand nombre d'individus qu'il affirme avoir complétement syphilisés, c'est-à-dire tout à la fois rendus réfractaires à une nouvelle infection et guéris d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires. L'un d'eux même est venu affirmer à l'Institut l'exactitude du fait en ce qui le concerne. Ce n'est pas tout. Il y a maintenant à Paris parmi les classes distinguées de la société, des individus qui, naturellement discrets avec les commissions académiques, le sont moins avec leurs intimes, et déclarent avoir fait avec succès et profit l'expérience de la syphilisation. Le bruit de tous ces essais est venu jusqu'à l'autorité supérieure, qui a cru devoir instituer une commission spéciale, et ce n'est un secret pour personne que plusieurs membres de cette commission sont favorables à la doctrine de M. Auzias.

Eh bien! nous disons qu'un tel ensemble de circonstances vaut la peine qu'on s'en préoccupe sérieusement. Ceux qui par métier, comme nous, ou par devoir de position, comme un rapporteur de société savante, se font les éclaireurs de l'opinion publique, n'ont plus le droit de traiter en intrus une doctrine ainsi recommandée. Avant de la chasser, il serait convenable au moins d'examiner ses titres. A ce point de vue, nous ne saurions approuver le rapport de M. Bégin. C'est un acte d'hostilité plutôt qu'une œuvre d'examen, hostilité, non sans doute envers l'inventeur de la syphilisation, mais envers la syphilisation elle-même; hostilité intentionnelle, préméditée, *à priori*. On eût dit qu'il s'agissait d'étables d'*Augias* à nettoyer au plus vite. Aussi, M. le rapporteur ne s'est-il pas cru obligé d'être très-sévère sur le choix des procédés. D'un côté, il réduit la tâche de la commission à l'examen du fait présenté par le jeune médecin allemand dont il était question tout à l'heure; de l'autre, il enveloppe dans la réprobation et le sarcasme la doctrine tout entière. On sait que cette expérience n'a jamais été acceptée comme légitime par M. Auzias, qui l'accuse de n'être pas conforme aux règles de la syphilisation: M. le rapporteur la tient pour bonne et en tire telles conséquences que de droit; jusque-là rien que de très-naturel. mais si le pouvoir de la commission expire après l'examen de ce fait particulier, pourquoi en appeler au bon sens et à la morale publique? Si la doctrine blesse ouvertement le sens commun, pas n'est besoin de tant de précautions pour ménager la responsabilité de la commission: cent faits ne la chargeront pas plus qu'un seul. Si vous placez au contraire la question dans les faits et l'expérience, l'invocation au bon sens est de trop. Choisissez le procédé que vous voudrez, mais qu'on sache lequel! Et puis y songe-t-on bien, quand on lance à tout propos cette accusation d'immoralité? On croit ne l'adresser qu'à la doctrine, et l'on ne voit pas qu'elle glisse involontairement jusqu'à l'inventeur, dont toute la vie proteste contre de semblables qualifications. Immorale, la syphilisation? Il faut s'entendre. Oui certes, elle sera d'une affreuse immoralité si l'on démontre qu'elle n'est qu'une mystification. Mais si c'est une vérité? La vérité en soi n'est jamais immorale; il y aurait blasphème à le soutenir. Honte à nous si nous en tirons des conséquences qui aient ce caractère; mais elle, la science lui doit son respect et son culte. Elle mérite d'être honorée uniquement parce qu'elle est. Prouvez donc d'abord la fausseté de la doctrine. Toutes vos accusations tombent, si elles n'ont pas ce point de départ. Nous avons, à l'égard de M. Bégin — et nous espérons qu'il n'en doute pas — les meilleures dispositions. Nous nous joignons à ceux qui vantent l'élévation de ses sentiments; mais les sentiments les plus élevés perdent beaucoup à ne pas venir en leur lieu. M. Bégin, nous permettra-t-il de le lui dire, est devenu depuis quelque temps un peu trop sentimental. Nous avions déjà fait cette remarque lors de la discussion sur l'avortement provoqué; nous nous y sommes confirmé dans la dernière séance de l'Académie. De même qu'il avait noyé le point de science dans un sermon à l'adresse des filles contrefaites qui deviennent mères, il l'a submergé cette fois dans des lamentations sur l'*affreux tatouage* qui résulterait de l'inoculation syphilitique et sur les ferments de discorde qu'il pourrait jeter dans les ménages. Mon Dieu, ce sont là des questions pratiques qui seront bonnes à examiner quand la question de fond aura été vidée. Encore une fois, sachons d'abord si la syphilisation est un fait ou une illusion; sachons si l'on peut guérir la vérole constitutionnelle par des inoculations répétées de pus syphilitique; sachons si l'on peut, par le même moyen, rendre l'organisme à tout jamais réfractaire à l'infection. Quand nous serons sérieusement édifié sur ce point, il sera temps de rechercher dans quelle mesure devra être étendue l'application du principe. Ce pourra être une

---

Feuilleton.

LETTRE SUR LE CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS AUX HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE.

Monsieur et cher rédacteur en chef,

Il n'est point de petit événement dans tout ce qui se rapporte à l'histoire contemporaine du concours. Ce mode d'élection, jadis l'objet d'un engouement si universel, a vu, depuis quelque temps, sa popularité se restreindre à tel point que, annoncer aujourd'hui une de ses récentes conquêtes, ce sera pour beaucoup une nouvelle inattendue, et pour le petit nombre peut-être une bonne nouvelle. Voici néanmoins, mon cher rédacteur en chef, les faits qui viennent d'avoir lieu près de nous.

La ville de Saint-Étienne, longtemps dépendante, sous tous les rapports, de Lyon, a acquis, comme on sait, une importance telle, que peu de cités de troisième ordre pourraient maintenant soutenir avec elle la comparaison. Or sa population, en grande partie ouvrière, l'insalubrité de plusieurs de ses quartiers, le nombre considérable de ses usines, les travaux particulièrement malsains et périlleux de l'extraction houillère, tout réclamait dans ce centre industriel l'organisation de secours médicaux en rapport avec tant et de tels besoins.

Témoin des succès que, depuis bientôt un siècle, l'institution du concours a réalisés dans les hôpitaux de Lyon, l'administration hospitalière de Saint-Étienne pensait depuis longtemps à faire profiter ses malades du bénéfice de conditions semblables. En effet, malgré le zèle et les lumières du corps médical de Saint-Étienne, une tendance générale, préjugé sans doute, erreur si l'on veut, entraîne la plupart des malades de cette ville à venir solliciter des conseils à Lyon; et plus d'une fois, si j'en dois croire mes collègues, des malheureux destinés à subir une opération grave auraient été expédiés dans les salles de notre Hôtel-Dieu, où ils espéraient trouver de meilleurs secours.

La voix publique, dans son expression la moins contestable, se prononçant ainsi en faveur des résultats du concours, MM. les administrateurs voulurent lui donner satisfaction. Mais les places à décerner étaient occupées, et j'ajoute qu'elles étaient dignement, honorablement occupées. Les titulaires actuels et ceux qui aspiraient à leur succéder, par l'ancien mode plus facile, s'émurent de ces bruits de concours. L'intérêt des malades leur sembla tellement lié à leur propre intérêt qu'ils employèrent à les défendre une ténacité devant laquelle une volonté moins convaincue que celle de MM. les administrateurs eût infailliblement cédé. Sous tous les régimes successifs, dans tous les ministères, auprès des divers fonctionnaires qui eurent à juger la question, leurs démarches, incessamment renouvelées réussirent à la faire laisser pendante.

question de savoir si la syphilisation doit rester un moyen curatif ou devenir en outre un moyen préventif; si, en d'autres termes, elle devra être appliquée seulement aux individus actuellement en proie à la vérole, ou s'étendre à ceux que leurs habitudes de vie exposent à la contracter un jour. Le cas échéant, nous ne serions pas, on peut le croire, des moins réservé. Mais quant à présent, il s'agit d'autre chose.

Après cet acte de franchise envers la commission et son honorable rapporteur, nous ne serons pas suspect si nous adressons un conseil à l'inventeur même de la syphilisation, au promoteur d'une agitation qui, en raison de sa nature, ne saurait durer longtemps sans de graves inconvénients. M. Moreau a demandé une solution au nom *des hommes d'ordre* : c'est *de la société* qu'il a voulu dire vraisemblablement, et dans ces termes, nous partageons ardemment son désir. Or M. Auzias n'a pas jusqu'ici livré au public (on ne peut donner ce nom à l'auditoire d'un amphithéâtre) des éléments suffisants d'appréciation. Au lieu de se perdre dans des commentaires, d'envoyer des axiomes à l'Institut, il servirait mieux les intérêts de la science, qu'il confond assurément avec les siens, en racontant purement et simplement les faits sur lesquels il s'appuie. Il dit en avoir la main pleine; que ne l'ouvre-t-il une bonne fois? Nous concevons ce que peut avoir de délicat sa position envers des clients de cette sorte : il n'est pas libre d'expérimenter dans une maison de verre; mais cette excuse, bonne aux yeux de sa conscience, ne peut suffire à la conscience d'autrui; car on ne peut honnêtement appliquer la syphilisation sans en avoir reconnu formellement les bons effets. Il s'est établi depuis quelque temps dans la science des habitudes d'enquête qui attestent plus la rigueur de nos procédés scientifiques que notre confiance mutuelle. On exige l'exhibition des malades. Si cela est possible, fût-ce exceptionnellement, à M. Auzias, qu'il le fasse, sinon qu'il raconte au moins les faits. Ce sera déjà beaucoup. La science n'est pas seulement au service des curieux de l'endroit; en tout état de cause, le monde savant presque tout entier est bien obligé de s'en rapporter ordinairement à des affirmations. Le jour où l'on ne pourra plus objecter à M Auzias que l'anonymie des observations, sa cause sera gagnée, ou, si elle ne l'est pas encore, nous comprendrons qu'il s'en fie à la grande épreuve de l'avenir. Mais il faut qu'il se persuade bien qu'il n'en est pas encore là.

La discussion sur le rapport doit s'ouvrir mardi prochain; nous la suivrons avec l'attention qu'elle mérite.

A. DECHAMBRE.

HÉMATOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES D'HÉMATOLOGIE (lues à l'Académie des sciences, séance du lundi 31 mai 1852); par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER.

(Suite. — Voir les numéros 24, 25 et 26.)

MALADIES ORGANIQUES DU CŒUR.

Pour bien apprécier les modifications du sang dans les maladies du cœur, il faut admettre parmi ces dernières une division qui, bien que l'expression de la vérité, n'a cependant d'autre importance pour nous que celle d'en faciliter l'étude.

Nous appellerons maladies du cœur au premier degré celles qui ne se traduisent encore que par des phénomènes locaux, par quelques signes physiques, un peu de dyspnée et des palpitations. La constitution n'a encore subi aucune modification et, à part l'état local du cœur, l'ensemble de la santé semble satisfaisant.

Nous donnerons le nom de maladies du cœur au second degré à celles dans lesquelles la santé générale semble s'ébranler d'une manière notable. La dyspnée et les palpitations sont devenues plus fortes; enfin un léger œdème commence à se manifester aux extrémités inférieures.

Nous réservons celui de maladies du cœur au troisième degré à celles dans lesquelles la maladie est tout à fait développée avec son cortége caractéristique de symptômes; la face est devenue d'un blanc jaunâtre, cachectique; l'hydropisie est considérable, la suffocation très-forte; enfin l'individu est voué à une mort prochaine.

MALADIES DU CŒUR AU PREMIER DEGRÉ.

Les phénomènes locaux, les signes physiques constituent alors, ainsi que nous l'avons dit, l'affection du cœur. La constitution est ce qu'elle était avant. Il faut toutefois observer que dans quelques endocardites chroniques, il vient s'ajouter un léger degré d'anémie qui se traduit par un peu de pâleur de la peau et par des souffles vasculaires.

Le sang subit-il une altération dans ce groupe d'affections? C'est une étude qui n'a pas plus été faite dans ce cas que dans les deux qui suivront.

Nous avons analysé le sang de 15 sujets, 11 hommes et 4 femmes, atteints de maladies du cœur au premier degré; nous sommes donc en mesure de répondre à cette question.

Voici d'abord les résultats généraux; nous donnerons ensuite les chiffres.

Sous l'influence d'une maladie du cœur au début, la quantité d'eau contenue dans 1,000 parties de sang augmente, et par conséquent la densité diminue; les globules tendent un peu à s'abaisser, et leur moyenne est représentée par le chiffre 125; la fibrine n'est pas modifiée; enfin l'albumine contenue dans 1,000 parties de sérum éprouve également une légère diminution et, en rapport avec celle des globules, sa moyenne est 71,05. Comme conséquence de la diminution de moyenne de ces deux éléments du sang, on trouve un abaissement du chiffre moyen de la densité du sang et de celle du sérum.

Tel est le résultat général. Mais en examinant les chiffres isolément, on trouve de suite une distinction à faire. Il y a des individus qui n'ont qu'une hypertrophie simple sans lésions valvulaires; il en est d'autres, au contraire, chez lesquels les lésions valvulaires sont prédominantes et l'hypertrophie accessoire. Dans ces deux groupes les caractères du sang sont essentiellement différents.

Dans le premier, c'est-à-dire l'hypertrophie simple, le chiffre des globules est élevé, il est au maximum physiologique, il en est de même pour l'albumine et la fibrine. La densité du sang et celle du sérum sont l'expression de cette composition.

Dans le second groupe, c'est l'endocardite chronique ou la lésion valvulaire qui prédomine. En pareil cas, il existe bien souvent, surtout chez les femmes, un peu d'anémie; aussi le chiffre des globules est-il abaissé. Cette anémie, toutefois, diffère de l'anémie ordinaire, en ce qu'elle est presque

---

Le dernier acte de cette opposition est le seul que nous ayons ici à examiner. C'est une pétition au ministre de l'intérieur, rendue publique par ses signataires eux-mêmes. Invoquant avec habileté les arguments qu'on a ailleurs dirigés contre le concours, ils font surtout ressortir les considérations qui semblent le rendre plus spécialement impuissant à distinguer l'aptitude nécessaire aux médecins d'hôpitaux. Cette partie du plaidoyer est pleine de sens et de modération; elle était bien faite pour produire dans l'esprit des juges quelque hésitation. Malheureusement ensuite, la discussion de la question personnelle manque dans plus d'un passage de cette mesure, si indispensable quand on parle de soi et pour soi. On s'expose à n'être pas cru lorsqu'on affirme n'avoir pu, faute d'avertissement en temps utile, se préparer à un concours qui, notoirement, avait été affiché depuis plus d'un an. On s'expose à se voir appliquer ses propres paroles quand on dit que l'étude de la médecine « comprend une foule de détails minutieux qu'il est bon de connaître une fois, bien qu'ils soient sans utilité dans la pratique; leur connaissance exigeant beaucoup de temps et de travail ne tarde pas à s'effacer de la mémoire des praticiens les plus habiles. » On s'expose enfin à des récriminations plus acerbes que je n'ai, moi, à les formuler lorsqu'on dit que par suite du concours annoncé « les hospices de Saint-Étienne seraient livrés à l'inexpérience de quatre nouveaux docteurs étrangers à la ville, inconnus sous tous les rapports; et que la santé et la vie des personnes indigentes, au lieu d'être confiées au savoir et aux soins d'hommes sérieux et connus, comme cela s'était toujours pratiqué et se pratique ailleurs, seraient au contraire livrés aux efforts audacieux ou timides, souvent téméraires, de jeunes novices, débutant dans la carrière médicale. »

Malgré ces sinistres prédictions, l'administration des hôpitaux de Saint-Étienne marcha droit vers son but. Elle se dit sans doute que si le concours ne fait pas connaître les hommes les plus moraux, les plus charitables, il donne au moins, tel qu'il est institué à Lyon, les moyens de choisir, *parmi les hommes instruits*, ceux qui possèdent à un degré suffisant ces premières qualités. Elle sut déployer, elle aussi, une persévérance opiniâtre. Soutenue par l'énergie éclairée de son digne président, M. Colombet, dont le nom demeurera honorablement placé dans les annales du concours, elle suivit dans toutes les juridictions où ils l'avaient entraînée ceux qui s'étaient constitués ses adversaires, et obtint enfin l'autorisation d'ouvrir le concours.

Le succès néanmoins n'a qu'incomplétement, pour cette fois, répondu à cette généreuse initiative. Les candidats ont remarquablement fourni aux épreuves exigées; mais leur nombre répondait trop strictement au nombre des places à donner; de sorte que le concours s'est trouvé forcément converti en un simple examen. Toutefois cette dernière qualification ne serait justifiée qu'en partie; car il fût toujours resté au jury la faculté de ne décerner qu'une seule place, si les candidats ne leur eussent pas paru être suffisamment méritants.

Le concours pour deux places de médecins, ouvert le 5 juillet, s'est terminé le 8 par la nomination de MM. les docteurs Millon et Quioc.

Le second concours pour deux places de chirurgiens fixait plus vivement l'attention publique, en raison de la nature des épreuves, dont trois sont orales, et aussi à cause des habitudes locales. A Saint-Étienne comme à Lyon, il faut que vous le sachiez, mon cher rédacteur en chef, il s'attache à ce titre de chirurgien des hôpitaux, connu sous le nom populaire du *major*, un tel prestige,

toujours accompagnée d'une légère diminution de l'albumine et de la fibrine. Tels sont les résultats généraux et bruts ; voici maintenant la statistique de nos 15 cas.

11 hommes et 4 femmes. Sous le rapport de l'âge, 10 sujets au-dessous de 40 ans, 3 entre 40 et 50 ans, 1 entre 50 et 60 ans et 1 au-dessus de 60 ans. Sous le rapport de la nature de la maladie, nous trouvons 6 cas d'hypertrophie simple, 4 cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire accompagné d'un peu d'hypertrophie, 3 cas d'insuffisance auriculo-ventriculaire dans la même condition, enfin 2 cas de rétrécissement aortique.

Tableau de la composition moyenne du sang, avec les maxima et minima.

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SANG.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sang.	1056,26	1065,34	1049,85
Eau.	795,96 (1)		
Globules.	125,22	166	78,90
Parties solides du sérum.	76,34	102	58,76
Fibrine.	2,48	7,51	1,54

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SÉRUM.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sérum	1026,98	1037,20	1022,16
Eau	912,76		
Albumine	71,55	101,10	53,10
Matières extractives, sels et matières grasses . .	15,69	17,70	15,77

Si nous voulons pénétrer plus avant dans les chiffres isolés, nous arriverons aux résultats suivants :

GLOBULES. — Ils se sont trouvés 8 fois au-dessus du chiffre 130 ; 3 fois entre 120 et 130 ; une fois entre 100 et 110, et 3 fois au-dessous de 100. C'est surtout dans les hypertrophies simples et chez les individus d'une robuste constitution qu'on a trouvé les chiffres au-dessus de 130.

FIBRINE. — 3 fois son chiffre a dépassé 3 ; 4 fois il s'est maintenu entre 2,05 et 3 ; 5 fois entre 2 et 2,05 ; enfin 3 fois au-dessous de 2. C'est dans les endocardites chroniques que ces 8 derniers cas se sont rencontrés.

ALBUMINE contenue dans 1,000 parties de sérum. Entre les chiffres de 90 et 100, il y a eu 1 cas ; entre 80 et 90, 1 cas ; entre 70 et 80, 7 cas ; entre 60 et 70, 5 cas ; enfin au-dessous de 60, 1 cas. Ces derniers se sont surtout rencontrés dans l'endocardite chronique.

MALADIES DU COEUR AU SECOND DEGRÉ.

Les signes physiques sont plus nets, les symptômes locaux plus caractérisés ; la santé générale s'ébranle, la constitution s'affaiblit un peu ; une légère teinte anémique commence à se remarquer chez un grand nombre de sujets ; enfin plusieurs présentent un commencement d'hydropisie aux membres inférieurs.

Voici les résultats généraux de l'analyse du sang chez 24 sujets Sous l'influence d'un pareil état, la quantité d'eau contenue dans 1,000 parties de sang est plus considérable que précédemment, la densité du sang plus faible ; le chiffre des globules continue à diminuer ; sa moyenne tombe à 117 La fibrine, loin de diminuer, augmente dans beaucoup de cas, sans qu'on puisse en trouver la raison. Il n'existe pas de phlegmasie, et cependant nous avons observé le chiffre 6,46. Enfin l'albumine continue à décroître comme les globules ; sa moyenne, considérée dans 1 000 parties de sérum, est de 66,21. La densité moyenne du sang et celle du sérum sont représentées par des chiffres plus bas que dans le premier degré.

Deux circonstances dans les maladies du cœur au second degré régissent en quelque sorte la composition du sang : l'anémie et l'hydropisie L'anémie se traduit par un chiffre plus bas de globule, et l'hydropisie, dès qu'elle commence, s'annonce par l'abaissement du chiffre de l'albumine.

Voici maintenant une analyse statistique des cas :

Tableau de la moyenne générale de la composition du sang, des maxima et minima dans 24 cas.

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SANG.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sang	1052,54	1066,80	1040,88
Eau.	801,96		
Globules	117,05	149,42	54
Parties solides	77,53	99,50	61,74
Fibrine	3,46	6,46	1,25

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SÉRUM.

	Moyenne générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sérum	1027,60	1035,10	1020,16
Eau	921,31		
Albumine	66,21	103,50	53,28
Matières extractives, sels et matières grasses . .	12,48	20,85	6,00

Sur ces 24 sujets, il y eut 18 hommes et 6 femmes. 2 étaient âgés de moins de 20 ans ; 2 de 20 à 30 ; 6 de 30 à 40 ; 6 de 40 à 50 ; 5 de 50 à 60 ; enfin 4 avaient plus de 60 ans.

16 avaient une forte constitution et 8 une faible.

2 présentaient une hypertrophie simple ; 16 un rétrécissement auriculo-ventriculaire avec hypertrophie ; 1 un rétrécissement aortique avec hypertrophie ; 2 une insuffisance auriculo-ventriculaire avec hypertrophie ; enfin 3 une insuffisance aortique avec hypertrophie.

L'anémie s'est présentée 10 fois et l'hydropisie, encore peu considérable il est vrai, 11 fois.

Voici maintenant quelques détails relatifs aux principaux éléments du sang.

GLOBULES. — Au-dessus de 130, 8 cas ; entre 120 et 130, 4 cas ; entre 110 et 120, 7 cas ; entre 100 et 110, 1 cas ; au-dessous de 100, 5 cas.

Dans presque tous les cas d'anémie, le chiffre des globules se trouvait au-dessous de 120.

FIBRINE. — Au-dessus de 3,5, 9 cas (c'est une proportion considérable et dont aucune circonstance particulière ne nous rend compte) ; entre 2,5 et 3,5, 10 cas, qui occupent par conséquent les limites physiologiques maximum ; nous n'avons pas pu trouver dans les circonstances particulières de l'histoire de chacun de ces sujets la raison de ces chiffres élevés ; entre 2 et 2,5, 3 cas, et au-dessous de 2,00, 2 cas.

ALBUMINE. — Au-dessus de 90, un cas ; entre 80 et 90, 6 cas ; entre 70 et 80, 8 cas ; entre 60 et 70, 5 cas, au-dessous de 60, 3 cas.

(1) On ne met pas la quantité d'eau, attendu que les maxima et les minima n'appartiennent pas aux mêmes sujets.

que la clientèle médicale aussi bien que chirurgicale afflue forcément dans son cabinet. Médecin, quelquefois malgré lui, il accepte néanmoins le plus souvent sans résistance le profitable résultat de cette *error loci*. Aussi s'est-on généralement montré surpris cette fois du petit nombre d'aspirants à cette fonction. Toutefois indépendamment de cette circonstance, le concours a été soutenu par les candidats d'une manière à la fois brillante et solide. Le premier nommé, M. Bruny prêt depuis longtemps pour ce genre de luttes auxquelles ses facultés pénétrantes et son intelligence cultivée le rendent particulièrement apte, a montré, par un progrès très-sensible sur ses concours précédents, qu'il était réellement mûr cette fois pour occuper un poste aussi important. A son tour, M. Gallois, à qui l'on a dû tenir compte d'une préparation nécessairement incomplète, a montré, dans ce concours pour ainsi dire improvisé, ce que l'on pouvait attendre de son jugement plus rassis, de ses qualités toutes pratiques, mais séduisantes quoique pratiques. Humble fils du concours, j'ai applaudi avec attendrissement à ce nouveau pas de l'institution à laquelle je dois le peu que j'ai pu faire, et j'ai vu partir sans inquiétude sur leur avenir, ces deux lauréats rivaux et amis, ces deux talents de nature diverse, si bien destinés à se compléter l'un par l'autre.

Les délais incessants apportés à ce concours, le peu de publicité qui lui fut donnée, la perspective pour les élus d'une animadversion assurée de la part de quelques confrères de Saint-Étienne, l'incertitude des avantages d'une position tout entière à créer, telles sont probablement les raisons qui expliquent le peu d'empressement des jeunes chirurgiens à s'inscrire pour cette première lutte. Parmi ces motifs, il en est qui tiennent à la nature même des choses et dont le temps seul pourra faire justice, ou montrer la valeur. Mais l'administration n'aurait-elle pas pu remédier au plus puissant d'entre eux ? Nous le pensons. Il lui eût été facile de mettre au concours une seule place de chirurgien, au lieu de deux Elle assimilait ainsi ce poste à celui si envié, si recherché de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. En assurant à l'élu une prééminence sans partage, sans conteste, elle stimulait les ambitions les plus exigeantes qui sont toujours aussi les plus hautes capacités. Si elle eût offert un véritable sceptre chirurgical, que de mains ne se fussent pas tendues pour le saisir !

L'administration n'a pu être arrêtée par le désir de mieux assurer l'exactitude du service chirurgical : la nomination d'un aide-major destiné à succéder un jour au titulaire, à le remplacer jusque-là, en cas d'empêchement, remplissait parfaitement cette condition. Ce mode, qui fonctionne à Lyon avec un si bon résultat depuis tant d'années, pare à toutes les éventualités. — Si elle voulait deux titulaires parce qu'elle a deux hôpitaux, elle devait faire deux places distinctes là où deux aptitudes différentes conviennent ; car un chirurgien n'a ni les mêmes maladies à traiter, ni les mêmes opérations à faire, ni la même activité à déployer, ni le même genre de succès à attendre, dans un hospice de vieillards ou d'infirmes, et dans des salles consacrées aux affections aiguës. Faire alterner de six mois en six mois les deux chirurgiens de l'un de ces services à l'autre, ainsi qu'on se le propose, c'est donc le moyen de les annuler tous les deux dans une égale médiocrité ; leur vocation spéciale ne pouvant alors jamais se développer, à peine se découvrir, et leur expérience se trouvant nécessairement bornée par une limite qui les condamne à ne jamais pousser jus-

Nous ferons observer que presque toujours l'albumine s'est trouvé dans des proportions normales, et même dans des cas où il y avait déjà un commencement d'hydropisie; mais d'une autre part que tous les chiffres faibles de l'albumine ne se sont rencontrés que dans les cas où il existait déjà un peu d'hydropisie.

MALADIES DU COEUR AU TROISIÈME DEGRÉ.

Dans cette catégorie, nous rangeons tous les cas dans lesquels la maladie est déjà parvenue à un degré avancé : la dyspnée et les palpitations sont plus violentes. L'infiltration est devenue la plupart du temps considérable, et elle occupe non-seulement le tissu cellulaire sous cutané, mais quelquefois encore la cavité péritonéale et même les plèvres : en même temps, la constitution a subi une détérioration évidente ; la surface de la peau et en particulier la face est pâle, jaunâtre, et présente cette nuance caractéristique que l'on assigne à la cachexie propre aux affections organiques du cœur ; enfin, d'après l'ensemble des symptômes, il est évident que la terminaison fatale ne se fera pas longtemps attendre.

Sous l'influence d'un tel état, le sang est bien souvent profondément modifié. Voici d'abord d'une manière générale les altérations qu'il subit :

La quantité d'eau contenue dans 1,000 parties de sang est notablement augmentée, et les parties solides diminuées d'autant. Aussi la densité du sang est-elle sensiblement abaissée. Les globules sont fortement diminués et leur moyenne est représentée par le chiffre 110.

La fibrine est aux limites physiologiques inférieures, et comprise, la plupart du temps, entre les chiffres 2 et 2 5. Quelquefois même elle descend au-dessous. Dans ce dernier cas, il en résulte une disposition hémorrhagique générale. Deux fois nous avons observé un semblable fait. Mais l'altération la plus notable du sang porte sur le sérum. Sa densité est presque toujours abaissée, la proportion d'eau plus forte, et la quantité d'albumine, de matières extractives, de sels et de matières grasses, plus faible. C'est, en un mot, une modification semblable, quoique moins forte, à celle qui se produit dans la maladie de Bright chronique. Il est à noter encore que la modification du sérum est d'autant plus grande que l'hydropisie est plus considérable, plus générale, et que l'individu approche du terme fatal.

Quelle est la cause de cette diminution de proportion de l'albumine et des matières extractives? Nous allons essayer de la déduire des résultats de nos analyses, faisant observer toutefois que ce n'est qu'une théorie que nous donnons avec toutes réserves.

Remarquons tout d'abord que cette diminution est consécutive à l'hydropisie. Elle ne survient que lorsque cette dernière est déjà notable. Il est donc probable qu'elle est due à l'appauvrissement qu'a subi le sang par suite du départ de la proportion de sérosité qui constitue l'hydropisie développée mécaniquement. Une fois le sang appauvri par la production de l'hydropisie mécanique, il est probable que l'infiltration augmente beaucoup plus rapidement, et que le sérum, beaucoup moins dense et beaucoup plus riche en eau, s'infiltre plus facilement en vertu de deux causes agissant dans le même sens : la gêne de la circulation et la diminution de proportion des parties solides du sérum.

Tableau de la composition moyenne du sang dans 31 cas de maladies du cœur au troisième degré.

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SANG.

	Moy. générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sang	1050,49		
Eau	815.82		
Globules	110,03	148,55	73,50
Parties solides du sérum	71.60	81.10	52,40
Fibrine	2,55	4,47	1,30

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SÉRUM.

	Moy. générale.	Maxima.	Minima.
Densité du sérum	1025.02	1032,50	1022,30
Eau	920,76		
Albumine	64,72	76,13	53,21
Matières extractives, sels et matières grasses	14,52	26,32	10,02

Voici maintenant le résumé statistique des 31 cas qui ont fourni les éléments de ce tableau :

Sur ces 31 sujets, il y avait 19 hommes et 12 femmes; sous le rapport de l'âge, 5 étaient âgés de 20 à 40 ans, 7 de 40 à 50, 12 de 50 à 60, et 7 au-dessus de 60 ans.

20 sujets étaient atteints de rétrécissements auriculo ventriculaire gauche, avec hypertrophie ; 4 d'insuffisance auriculo ventriculaire ; 2 de rétrécissement aortique, et 5 d'insuffisance des valvules aortiques. Ces 11 derniers sujets présentaient également une hypertrophie plus ou moins considérable.

La nature des complications est surtout importante à remarquer pour rendre compte de la composition du sang. Sur ces 31 sujets, 29 étaient atteints d'hydropisie, à des degrés différents il est vrai ; 27 présentaient les caractères de ce qu'on a appelé la cachexie propre aux maladies organiques du cœur : la face pâle, jaunâtre, et la peau généralement décolorée. Ces deux complications ont existé dans presque tous les cas.

Les autres complications ont été plus rares. Ainsi 5 fois il existait un emphysème pulmonaire, 2 fois des hémorrhagies sous-cutanées. Dans ces deux derniers cas, la fibrine était tombée à un chiffre très-bas, 1.43 et 1,30. Enfin, dans un cas, il y avait complication de pleurésie ; le chiffre de la fibrine s'élevait alors à 4,47.

Voici maintenant les variations survenues dans les principaux éléments du sang.

GLOBULES. — Au dessus du chiffre 130, il y eut 9 cas; de 120 à 130, 9 cas; de 100 à 120, 5 cas, de 90 à 100, 2 cas, de 80 à 90, 3 cas; au dessous de 80, 3 cas. Les globules ont été représentés par des chiffres d'autant plus bas que la maladie était plus avancée, plus rapprochée de sa terminaison fatale, et que la teinte cachectique de la peau était plus caractérisée. En général, cependant, ainsi que nous venons de le voir, cette diminution n'a pas été très-considérable.

FIBRINE. — Cet élément diminue d'une manière très-notable dans beaucoup de maladies du cœur, et cette diminution est d'autant plus grande que la maladie est plus avancée. Sur nos 31 cas, 4 fois la fibrine était au-dessus du chiffre 3.5; 9 fois entre 2,5 et 3,5; 6 fois entre 2 0 et 2.5; et 12 fois au-dessous de 2.0. Nous ferons remarquer le nombre considérable de ces derniers cas. Il n'y eut cependant que 2 fois complications d'hémorrhagie.

ALBUMINE. — L'albumine contenue dans 1,000 grammes de sérum a notable-

---

qu'à la fin un ensemble d'aperçus cliniques de quelque valeur.

Probablement en fondant deux places, l'administration de Saint-Étienne a eu pour préoccupation d'obtenir, avec un personnel plus nombreux, des soins plus attentifs pour ses pauvres pensionnaires. C'est là une pensée éminemment louable, car partout, mais en fait de service hospitalier plus que nulle part, le principe doit être inflexible de sacrifier, s'il le faut, les hommes aux places, jamais les places aux hommes. Un seul chirurgien aurait mieux fait ses affaires ; deux feront mieux celles de nos malades : voici peut-être un peu crûment exprimée la considération qui a dirigé MM. les administrateurs.... Est-ce là une vérité? est-ce une illusion? selon moi, dans la circonstance actuelle, l'intérêt même du principe exigeait une infraction apparente à la lettre de son texte. Puisqu'on voulait importer là-bas la vraie chirurgie d'hôpital avec les secours qu'elle prodigue, les tentatives salutaires qu'elle ose, les espérances dont elle est la source, rayonnante de la popularité qui est un des plus sûrs moyens de soulager, il ne lui fallait pas lui refuser cette prééminence, cette espèce de monopole, condition de ses succès, de son existence même. Si vous voulez un pouvoir fort ne le scindez pas. Là où l'on verra vos deux consuls délibérer, un dictateur eût agi. Son isolement lui apprenant à se suffire à soi-même eût mûri hâtivement son expérience, tout en étendant sa renommée. Seul représentant de la science, il aurait su la défendre du contact trop intime que des dissentiments de rivaux, que des comparaisons obligées amènent souvent les profanes à se permettre avec elle, à son préjudice, à leur plus grand détriment. C'est le titre de chirurgien en chef unique qui a fait à Paris les Desault, les Dubois, les Dupuytren ; à Lyon, les Pouteau, les Petit, les Martin, les Bou-

chet, etc. L'administration de ... au dessous de ses exigences? ... uns pour satisfaits de recevoir ... si avec le sage esprit qui l'anim... qualité à la quantité, la pièce ... une répartition plus intelligent... programme, assurer à la ... nement de la chirurgie d'hôpit...

Saint-Étienne aurait-elle trouvé de tels hommes ... Croit-elle que ses malades ne se fussent pas te... de pareils soins? Il est encore temps d'y songer; ...e, et, comme je n'en doute pas, elle préfère la ...nique à sa rentissante moualté, elle peut, par ... des services, remédier aux défectuosités du ... bien-être de ses administrés et le sérieux ave... al à Saint-Étienne.

Lyon, 17 juillet 1852.

P. DIDAY.

— M. le docteur Blampignon, le plus âgé des médecins de Troyes, vient de mourir en cette ville. Un discours prononcé sur sa tombe par M. Bedor a retracé les principaux faits honorables de cette carrière médicale de près d'un demi-siècle.

— D'après un journal de Liége (Belgique), il existe dans cette ville une femme de 33 ans, dont la fécondité est vraiment extraordinaire. Ces jours derniers, elle a encore mis au monde trois enfants : ce sont les 22e, 23e et 24e. En neuf années de mariage, elle a eu ainsi vingt-quatre enfants du sexe féminin et très-bien portants.

ment varié. Ainsi, de 70 à 80, il y eut 10 cas; de 60 à 70, 14 cas; et de 50 à 60, 7 cas. On voit que, sur 31 cas, 21 étaient au-dessous de la moyenne. Nous devons noter en outre que les 7 derniers appartiennent aux individus chez lesquels l'hydropisie était la plus considérable et la cachexie plus avancée.

Chez un de ces 31 sujets, on pratiqua 3 saignées. Voici quelle fut leur influence sur les principaux éléments du sang.

La densité du sang, de 1056,10 dans la première, tomba à 1054,61, puis à 1053,10.

Les globules, de 138,68 dans la première, arrivèrent à 125,81, puis 120,73.

La fibrine, de 3,0 dans la première, arriva à 2,37, puis à 1,12.

La densité du sérum, d'abord à 1025,37, ne changea pas d'une manière notable, 1025,60, 1025,01.

L'albumine varia très peu, d'abord à 70, elle arriva à 69,84, puis à 66,60.

Dans un autre cas, il y eut une seconde saignée, qui donna une diminution analogue.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Il ressort évidemment, de l'analyse détaillée que nous venons de faire, un certain nombre de résultats généraux qui, à notre avis du moins, doivent être pris en sérieuse considération dans le traitement des maladies du cœur. Nous allons le démontrer en les résumant.

Dans l'hypertrophie simple du cœur, sans lésion des orifices et des valvules, le sang présente une grande richesse en parties solides, une densité considérable et une moindre proportion d'eau. Les globules sont abondants, le chiffre de la fibrine et celui de l'albumine sont assez élevés. Ces résultats expliquent les heureux effets des émissions sanguines dans cette forme d'affections du cœur; ils montrent qu'on peut les pratiquer et même y insister sans désavantage. C'est un fait de thérapeutique bien connu, du reste, mais auquel l'étude des altérations du sang vient donner une sanction nouvelle.

Dans les maladies des valvules ou des orifices, accompagnées d'hypertrophie, le sang tend à s'altérer dans un sens tout à fait inverse. A mesure que la maladie fait des progrès et que les symptômes locaux présentent plus d'intensité, et surtout à mesure que l'infiltration œdémateuse augmente, les principes solides du sang diminuent de quantité, la densité de ce liquide s'abaisse. Les globules sont représentés par un chiffre moins élevé. L'albumine et la fibrine diminuent d'une manière notable.

Quelle est la cause d'une aussi grande altération du sang? Doit-elle être placée dans la gêne mécanique apportée à la circulation de ce liquide? ou bien, ce qui nous paraît plus vraisemblable, faut-il la rechercher dans l'appauvrissement que font subir au sang, et la sortie du liquide qui va constituer l'hydropisie, et les agents thérapeutiques énergiques à l'aide desquels on cherche à combattre ce terrible accident? Peu importe, il n'en est pas moins positif que cette modification du sang doit être prise en sérieuse considération, et qu'elle doit inspirer quelques règles thérapeutiques.

La diminution de proportion des globules indique l'emploi des ferrugineux. On sait déjà depuis longtemps que, dans beaucoup de cas d'affections du cœur, les préparations martiales produisent de bons effets. L'essentiel est de distinguer les cas.

La diminution de proportion de l'albumine indique l'emploi du quinquina. La teinte cachectique de la peau, l'abondance de l'hydropisie étant les deux faits pratiques qui traduisent le mieux cette diminution de l'albumine, c'est sur eux qu'il faudra se guider pour conseiller et varier l'emploi de cet agent thérapeutique.

Quant à la diminution de la fibrine, elle indique surtout qu'il faut insister sur l'usage fréquent des viandes rôties et succulentes, d'aliments fibrineux de facile digestion. Qui ne sait, en effet, que beaucoup de médecins préconisent un tel régime dans ces sortes de maladies? La connaissance des altérations du sang vient leur donner gain de cause et nous permet d'insister sur un semblable moyen.

(La fin prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ENTORSE; communiquée par M. le docteur CHARDON.

Je viens de lire avec le plus vif intérêt, dans les numéros des 19 et 26 juin de la GAZETTE MÉDICALE, le mémoire de M. Baudens sur le traitement de l'entorse.

Comme lui, je rejette totalement comme dangereux les cataplasmes émollients et autres applications de ce genre, tièdes ou chaudes, non-seulement dans les entorses, mais aussi dans les fractures. Il y a près de trente ans que j'ai reconnu, comme M. Baudens, que ces moyens n'avaient pour effet que de favoriser le gonflement, l'extravasation sanguine dans les tissus fibreux distendus ou déchirés, et conséquemment d'augmenter la douleur et de n'empêcher nullement les accidents consécutifs. Je ne condamne pas aussi rigoureusement les saignées locales dans l'entorse que M. Baudens; bien que je les aie rarement mises en usage: elles peuvent être utiles et prévenir des accidents inflammatoires locaux; mais il ne faut pas qu'elles soient précédées ni suivies de l'application de cataplasmes émollients. Voilà tout.

Il y a bien longtemps que j'ai banni aussi du traitement des tumeurs blanches les cataplasmes émollients, et pour les mêmes motifs, parce qu'ils tendent à maintenir ou à aggraver l'engorgement blanc, l'empâtement, l'infiltration séreuse qui constitue essentiellement ce genre de tumeurs.

Cela dit, je suis vraiment et bien sincèrement fâché, moi praticien vulgaire, d'être en quelque sorte obligé, autant par amour de la science que de l'humanité, de faire connaître, en cette occasion très-opportune, ma méthode du traitement de l'entorse, qui, sans altérer le moins du monde le mérite de celle de l'honorable M. Baudens, me paraît préférable.

Tout d'abord, je m'empresse de dire que nous avons eu l'un et l'autre, presque à la même époque et dans des conditions bien différentes, le même point de départ, à savoir la conviction de l'action nuisible des cataplasmes et autres applications chaudes dans les entorses. Dès lors M. Baudens a eu recours à l'eau froide; moi j'ai employé tout simplement une étoupade de blanc d'œuf battu avec de l'alun et un peu d'extrait de Saturne. J'en enveloppe toute l'articulation; je recommande le repos le plus absolu du membre; je fais arroser quelques heures avec de l'eau très-froide, pure ou blanchie avec de l'extrait de Saturne. Un fourmillement se fait sentir, durant environ une heure ou deux, dans l'articulation; puis tout se calme comme par enchantement. L'étoupade se sèche, fait chaussette, maintient l'immobilité, et tout est conjuré. Le deuxième ou troisième jour, j'enlève cette première étoupade, qui n'a eu qu'une compression modérée, mais suffisante, et je la remplace par une autre un peu plus solide et recouverte cette fois d'un bandage roulé peu serré. Je fais mettre de nouveau le membre dans la position la plus normale par rapport à l'articulation malade, et je recommande la plus grande immobilité jusqu'à la dessiccation de l'étoupade, qui est opérée après cinq à six heures. A l'aide de ce moyen, que je maintiens au moins quinze à vingt jours, le malade peut exercer son membre et même marcher, si c'est une entorse du pied.

Avec ma méthode, j'arrive plus rapidement au même but que M. Baudens. J'ai d'abord le froid, à la première action bienfaisante duquel s'ajoute immédiatement l'action non moins salutaire de l'alun et de l'acétate de plomb, et celle aussi très-importante de l'immobilité par la compression régulière et modérée de l'étoupade.

Je n'ai jamais, en aucun temps, remarqué aucune odeur d'œuf gâté à mon étoupade, sans doute à cause de l'alun.

Je laisse aux praticiens le soin de faire eux-mêmes le parallèle des deux méthodes; je les engage même à les essayer toutes deux pour mieux apprécier celle qui mérite la préférence. Ce que je dois dire ici en toute confiance, sans crainte d'être contredit par une observation contraire, c'est que toujours tout a été conjuré dans les entorses, toutes les fois que j'ai pu employer l'étoupade une heure ou deux tout au plus après l'accident. Quand il s'était écoulé plus de temps, si une première étoupade ne maîtrisait pas bientôt la douleur et les accidents du gonflement, je la levais et faisais une application d'une douzaine de sangsues, suivies, immédiatement après leur chute, d'une nouvelle étoupade, et d'ordinaire tous les accidents locaux cédaient comme par enchantement. Voilà ce que j'ai constamment observé pendant au moins vingt-cinq ans.

Ce n'est pas tout: depuis à peu près la même époque, j'use du même moyen dans les fractures, et avec un succès constant qui a étonné plus d'un malade. Immédiatement après l'accident et sans retard aucun, autant que possible, j'enveloppe le membre fracturé dans une étoupade épaisse, bien fournie de blanc d'œuf et d'alun, mais peu serrée et sans bandage. Avec cela, le membre est convenablement placé sur des coussins et fixé dans l'immobilité par une ou deux attelles solides, avec recommandation au malade de ne pas bouger du tout jusqu'à la dessiccation de l'étoupade. Je fais arroser avec de l'eau froide les premières heures, comme dans l'entorse. Un sentiment de fourmillement plus ou moins supportable se fait sentir dans tout le membre; il dure deux ou trois heures tout au plus; puis le malade s'endort et ne ressent plus rien du tout. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, je renouvelle l'étoupade, et j'en applique une seconde, soutenue cette fois par le bandage de Scultet. Enfin, au bout de huit à dix jours que le gonflement s'est dissipé et que l'étoupade ne comprime pas assez, j'en applique une troisième plus solide, plus épaisse, quelquefois deux l'une sur l'autre, et souvent aussi quelques petites attelles de carton, soutenu le tout par les bandelettes de Scultet, et tout est fait jusqu'à la consolidation. Le membre est dans un moule solide, et peut, comme avec les autres bandages inamovibles, exercer sans danger quelques mouvements.

J'ai traité ainsi plus de deux cents fractures dans ma longue pratique, et dans tous les cas, je puis le dire, les malades n'ont jamais souffert, si ce n'est parfois de la compression des attelles solides, ce qu'il est facile de prévenir avec quelque soin. Cette absence de douleur, d'accidents consécutifs dans les fractures par ma méthode, a été cause plus d'une fois de contestations entre mes clients et moi. On me contestait l'existence de la fracture, se fondant sur l'absence de toute douleur, ce qui, disait-on, n'a pas lieu ordinairement. Depuis, pour éviter ces contestations, je ne manquai jamais de faire sentir la crépitation des fragments, soit au patient, soit à ceux qui l'entouraient, à moins que l'un des bouts osseux ne fît saillie sous les téguments.

J'applique aussi immédiatement l'étoupade dans les fractures avec plaie; seulement, pour les pansements, je fenêtre une ouverture sur l'étoupade, quand elle est sèche, au niveau de la plaie, et je n'ai eu qu'à m'applaudir aussi de cette manière d'opérer.

Enfin j'ai appliqué avec un succès non moins remarquable la même étoupade dans le traitement des tumeurs blanches, à la place des cataplasmes. Ce puissant moyen compressif et résolutif, secondé selon l'occurrence par les sangsues, les ventouses scarifiées, et assez souvent aussi par les petits et multipliés moxas japonais, m'a fait obtenir la guérison de tumeurs blanches plus ou moins anciennes et réputées incurables.

Les observations à l'appui ne me manqueraient pas, car j'en possède un très-grand nombre; je pourrai même rapporter l'observation d'un homme de 40 ans, qui fut lancé de dessus sa charrette, où il était debout, par l'emportement subit de son cheval effrayé. Cet homme, en tombant, se fractura le péroné vers la cheville et se fit une luxation complète. La plante du pied était entièrement tournée en dehors, et la malléole interne faisait saillie au travers d'une plaie.

C'était un cas d'amputation. Eh bien! à l'aide de l'étoupade, du froid soutenu et d'autres moyens indiqués, le malade a pu conserver son membre. J'ai craint une ankylose. Il est resté trois mois au lit: il a marché deux mois avec des béquilles, un an avec un bâton, et peu à peu il est arrivé à ne presque plus boiter. Et cependant, comme dans l'observation rapportée par M. Baudens, nous avons eu des érysipèles phlegmoneux avec fusées purulentes, et une exfoliation de la malléole, qui était restée baignée dans le pus.

Je suis heureux, au point de vue de l'intérêt de la science, de pouvoir étayer la méthode de traitement de l'entorse de M. Baudens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DE PARIS.

1. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février, mars 1852 contiennent: 1° *Mémoire sur une affection cérébrale qu'on peut appeler paralysie générale aiguë*; par M. Beau. 2° *Sur une nouvelle espèce de luxation du métatarse (luxation incomplète du métatarse en dehors); remarques sur les luxations déjà connues de cette partie du pied*; par M. Laugier. 3° *Nouvelles recherches pratiques sur les causes, le pronostic et le traitement de la surdité*; par M. Marc d'Espine. 4° *De la cautérisation par dilution au moyen de la potasse caustique*; par M. Bourgeois. (Il s'agit d'appliquer momentanément le crayon de potasse sur les tissus, plus ou moins longtemps, plus ou moins fortement selon les cas. Avant M. Bourgeois, ce procédé, ou du moins un fort analogue quant au résultat, a été mis en usage au moyen du caustique dit de Filhos.) 5° *Du délire de persécution*; par M. Lasègue. 6° *Mémoire sur le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfants*; par M. Duparcque. 7° *Des convulsions survenues pendant le travail d'un accouchement à terme; quelles sont les indications à remplir et les moyens à employer?* par MM. Duclos et Bouteillier fils. (S'attachant moins à la forme qu'à la cause organique des convulsions dans chaque cas, les auteurs s'éclairent de cette étude pour mieux préciser qu'on ne l'avait fait avant eux le traitement qui convient contre chacune de ces causes distinctes.) 8° *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur l'action particulière et les usages des muscles qui meuvent le pouce et les doigts de la main*; par M. Duchenne. 9° *Mémoire sur les modifications du bruit respiratoire dans la pleurésie, la marche de l'inflammation de la plèvre et sa terminaison par syncope mortelle*; par M. Thibierge. 10° *Sur un cas de néphrite calculeuse compliquée d'accidents abortifs et suivi d'expertise médico-légale*; par M. Delasiauve.

MÉMOIRE SUR UNE AFFECTION CÉRÉBRALE QU'ON PEUT APPELER PARALYSIE GÉNÉRALE AIGUË; par le docteur BEAU.

L'affection que M. Beau décrit comme constituant une forme jusqu'ici méconnue de paralysie générale, serait pour ainsi dire le pendant de celle qu'on désigne généralement sous le nom de paralysie des aliénés, ou plutôt ce serait la même affection, mais à l'état aigu. Pour mettre le lecteur à même de bien saisir les caractères de cette forme pathologique, nous résumerons l'observation qui a servi de point de départ à ces recherches, et qui est, sous le rapport symptomatologique, la plus détaillée de toutes.

OBS. — Un homme de 31 ans, d'un tempérament nerveux, avait eu en 1841 une fièvre typhoïde qui avait duré une vingtaine de jours. Il tomba de nouveau malade en 1843. Douleurs erratiques dans les grosses articulations; appareil fébrile modéré. On administra de l'ipécacuanha au début, puis des boissons délayantes. Des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur les articulations douloureuses. La maladie dura environ dix jours.

La convalescence paraissait très-franche, le sommeil était bon, le malade était au potage depuis deux jours, quand on vint lui annoncer une mauvaise nouvelle. A l'instant il pâlit; sa face s'altéra, malgré les efforts qu'il fit pour simuler la gaieté. Il fut agité toute la nuit. Le lendemain matin, 8 juin, la face était pâle; l'expression du regard avait quelque chose de singulier. Le malade *bégayait* légèrement, et de temps à autre il lui échappait des paroles sans justesse ni opportunité. Pouls à 100 pulsations; fréquents soubresauts des tendons. (Potions musquées; pédiluve.)

Le 9, aggravation des symptômes; bégayement plus apparent; soubresauts des tendons plus nombreux; idées plus incohérentes. Quand on n'excite pas l'attention du malade, il reste taciturne et paraît préoccupé. Légers mouvements convulsifs des lèvres et des joues. La fièvre persiste; marche un peu choréique. (On continue les antispasmodiques; bain à 26°; le soir on est obligé de sonder.)

Le 10, mêmes symptômes, mais plus intenses; bégayement très-marqué; tremblement des membres très-apparent quand le malade va au bain ou prend un verre de tisane. Les idées sont tout à fait dérangées. Marmottement.

Le 11, coma avec mussitation. Le sujet se réveille quand on lui parle; le bégayement est extrême. Le tremblement des membres est assez fort pour être apparent à travers les couvertures. Pouls fréquents. (Sinapisme; glace sur la tête.)

Le 12, le coma est permanent; traits profondément altérés; le marmottement et les tremblements persistent. Le sujet agite automatiquement ses mains, et les élève en tremblant comme pour prendre quelque chose. Pouls petit et très-fréquent; soubresauts des tendons. Mort dans la nuit.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Après avoir rapporté avec plus ou moins de détails sept observations, M. Beau trace le tableau symptomatologique de la maladie. En voici les traits principaux.

Les symptômes les plus apparents sont les soubresauts des tendons, arrivant bientôt au tremblement musculaire, le bégayement et le délire.

Pour bien constater les soubresauts, il faut embrasser le membre tout entier avec les mains; on sent alors frémir toutes les masses musculaires. A mesure que ce désordre de motilité augmente, il imprime aux membres, à la face, des tremblements qui deviennent facilement apparents à la simple vue. Ces tremblements sont surtout marqués quand le malade veut saisir quelque chose ou quand il essaye de marcher. Dans ce dernier cas, les mouvements des deux membres inférieurs ont quelque chose de choréique. Enfin il arrive un moment où les saccades des membres vont jusqu'à soulever la couverture.

Le bégayement est d'abord léger, et ne porte que sur quelques syllabes de certains mots; il augmente ensuite graduellement, et finit par devenir presque constant.

La forme du délire est spéciale. Le dérangement des idées commence par être partiel. Il se traduit par quelques mots qui ont l'air d'échapper au malade; la plus grande partie des réponses n'en est pas moins raisonnable. Le sujet ne parle jamais, du moins dans les premiers jours, tant qu'on ne l'interroge pas; seulement, dans la nuit, il a des rêvasseries. Le délire devient de plus en plus général; il s'accompagne d'un peu d'agitation, mais sans fureur, sans cris, sans même élévation de la voix. Ordinairement, vers le troisième jour, survient de la somnolence, qui se transforme plus tard en coma. Aussi longtemps qu'on peut réveiller l'attention du malade, on reconnaît à son état de mussitation, aux mouvements de ses lèvres, qu'il est toujours en proie à un délire sourd.

Le malade ne se plaint pas; il n'accuse aucune douleur, pas même de la céphalalgie. Appétit nul; soif peu prononcée. Constipation, quelquefois rétention d'urine. Fièvre constante, moins marquée par la chaleur de la peau que par la fréquence du pouls.

La durée de la maladie varie de trois à six jours; sa marche est essentiellement continue et progressive; elle se termine constamment par la mort.

Le caractère anatomo-pathologique le plus constant est le ramollissement de la substance corticale des hémisphères cérébraux; la pulpe céré-

brale s'enlève avec les méninges. Ce ramollissement peut s'accompagner d'injection sanguine du tissu cérébral et même de petits foyers hémorrhagiques. Les vaisseaux de la pie-mère sont ordinairement injectés. M. Beau n'a pu s'assurer si l'érosion de la pulpe cérébrale qu'on produit en enlevant les méninges vient d'une adhérence qu'elles auraient contractée avec elle ou seulement d'un simple défaut de cohésion du cerveau.

La paralysie générale aiguë s'est montrée constamment après une autre affection qui en a été pour ainsi dire la condition préparatoire. Elle se développe dans le cours des convalescences difficiles, surtout de celles des fièvres typhoïdes. Dans un cas seulement, une cause morale évidente, agissant au début d'une convalescence, en a été la cause déterminante. Jusqu'ici M. Beau ne l'a observée que chez les hommes, et l'on sait que certaines autres affections cérébrales, telles que la méningite épidémique et la paralysie générale chronique, attaquent de préférence les individus du sexe masculin.

— Il est bon de faire observer que des sept observations de M. Beau, quatre sont relatives à des fièvres typhoïdes bien caractérisées, dont la convalescence était commencée, et que l'ensemble des caractères, symptomatologiques et anatomiques, assignés par l'auteur lui-même à la paralysie générale aiguë, ne se trouve réellement que dans ces quatre observations. En effet, dans l'une des trois autres, l'autopsie n'a pu être obtenue; dans la seconde, le ramollissement de la périphérie a été douteux; dans la troisième enfin, les termes de la narration n'indiquent pas du tout que la parole ait présenté cette hésitation, ce *bégayement* qui caractérise si bien la forme chronique de la paralysie générale.

Il faudrait un plus grand nombre de faits pour autoriser à voir dans la maladie décrite par M. Beau une forme nosologique spéciale, analogue à la paralysie des aliénés. Il en serait autrement si le délire sourd, le bégayement et le tremblement ne manquaient jamais de coïncider avec un ramollissement de la couche corticale du cerveau. Mais loin de là, ces trois symptômes n'existent pas constamment alors même que la couche corticale est ramollie; et d'un autre côté on les rencontre quelquefois réunis ou isolés dans le ramollissement des parties profondes du cerveau. On peut s'en assurer en lisant les observations rapportées avec détails par MM. Andral, Lallemand et Bouillaud. Le délire sourd, avec mussitation, sans alternatives de fureur, n'est pas rare dans le ramollissement cérébral, quel qu'en soit le siége. Le tremblement a été noté par tous les observateurs qui ont eu à décrire l'encéphalite, et le begayement ou plutôt *une sorte de bégayement*, suivant l'expression de M. Beau lui-même, est loin d'être passe inaperçu. Sous un autre rapport encore, l'affection qu'il décrit marche exactement comme le ramollissement ordinaire. Au délire succède le coma, qui termine la scène. Enfin nous ne voyons pas trop comment un délire non bruyant, exempt de fureur, rapprocherait cette forme morbide de la paralysie générale chronique; car la fureur passagère est précisément un des caractères de cette dernière maladie.

Pour toutes ces raisons, il ne paraît pas qu'il y ait lieu quant à présent de modifier ni d'agrandir le cadre nosologique en ce qui concerne la pathologie cérébrale, et nous croyons que la description de M. Beau s'applique, sans changements notables, à ce que les auteurs ont appelé l'encéphalite des circonvolutions ou *de la convexité*.

SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE LUXATION DU MÉTATARSE (LUXATION INCOMPLÈTE DU MÉTATARSE EN DEHORS); REMARQUES SUR LES LUXATIONS DÉJA CONNUES DE CETTE PARTIE DU PIED; par M. LAUGIER.

Quoique peu d'années se soient écoulées depuis qu'on a commencé à publier des exemples de cette luxation, ils sont déjà devenus assez nombreux pour que les auteurs aient pu en présenter une description générale. N'a-t-on pas été un peu trop vite et un peu trop loin dans cette voie? Les cas, au nombre de cinq, qu'on connaît jusqu'ici ont-ils tous les mêmes caractères? C'est là le premier point que M. Laugier cherche à éclairer. Avec le coup d'œil sûr et attentif qu'il a déjà apporté à l'examen des autres espèces de luxations, il constate que les déplacements du métatarse ne sont pas tous de simples luxations en *arrière et en haut*. Deux des observations connues appartiennent seules à ce type. Pour les trois autres, au contraire, il y a dans chacune des traits qui les en différencient. Ainsi le premier fait de Dupuytren et celui de Smith présentent un déplacement simultané du premier cunéiforme, qui a suivi, dans son mouvement, le premier métatarsien. Dans celui de M. Mazet, les os du métatarse sont en même temps luxés, le premier en dedans, les autres en haut, le cinquième en dehors.

Il est donc vrai de dire, avec M. Laugier, que la luxation simple du métatarse en haut et en arrière n'existe que dans un très-petit nombre de cas, et que, dans les autres, les complications dont le déplacement principal s'accompagne sont tellement nombreuses, tellement variées, qu'on ne peut plus y reconnaître l'espèce bien tranchée que quelques pathologistes avaient voulu créer de toutes pièces, d'après les considérations anatomiques plutôt que d'après l'examen clinique.

Outre ces remarques judicieuses sur l'acquis de la science, M. Laugier a apporté à la question le tribut plus spécial de son expérience personnelle, en publiant l'observation d'une nouvelle variété de ces déplacements : il s'agit de la luxation latérale du métatarse en dehors. Voici le fait qui l'autorise à admettre ce genre inattendu de luxation métatarsienne.

Obs. — Un homme âgé de 61 ans descendait une échelle, qui vint à tourner. Il lâcha prise, et tomba de 4 mètres de haut sur le pied droit, placé dans la rotation en dedans. Le choc porta en entier sur la partie antérieure du bord externe du pied ou du cou-de-pied. Deux heures après, le blessé était à l'hôpital.

Le lendemain, 7 novembre 1851, M. Laugier trouva le pied tuméfié, ecchymosé à la partie antérieure et supérieure du métatarse, au niveau des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens. Son bord interne forme un angle obtus, à sinus tourné en dehors, et dont le sommet est une saillie que constitue en dedans le premier cunéiforme. Le premier métatarsien, un peu tourné sur son axe de dedans en haut, s'est porté en dehors avec tout le métatarse. Le diamètre transversal du pied est augmenté. Une des extrémités de ce diamètre répond au bord saillant du premier cunéiforme; l'autre à la saillie plus prononcée que d'habitude du cinquième métatarsien sur le côté externe du pied.

Le premier cunéiforme déborde le premier métatarsien d'environ 1 centimètre; par conséquent une partie assez étendue de sa surface articulaire est devenue sous-cutanée et peut être touchée. Le cinquième métatarsien est aussi déplacé en dehors; son articulation avec le cuboïde offre une mobilité anormale. La pression exercée sur la tubérosité de son extrémité supérieure produit une réduction partielle, suivie d'un déplacement nouveau au moment où la pression cesse. Quant au deuxième métatarsien, il ne fait aucune saillie sur le tarse; une crépitation, facile à constater, indique une fracture de cet os vers sa partie moyenne.

C'est là bien évidemment l'exemple d'une luxation *incomplète* du métatarse en dehors du tarse. Pour incomplète, il est impossible de le nier : cela est dans la nature même de la lésion; car nous ne pensons pas qu'on produise jamais une observation de pareille luxation *complète*. Le mécanisme de sa production se comprend parfaitement, d'après le récit du blessé, en admettant que le choc violent résultant de la chute a jeté l'extrémité antérieure des métatarsiens en dedans, et par suite leur extrémité postérieure en sens inverse, en dehors.

Bien qu'il soit téméraire de généraliser la conséquence de ce qui s'est observé dans un seul cas, on est bien fondé à présumer, vu la profondeur de la mortaise osseuse qui enclave de l'un et l'autre côté la tête du second métatarsien, qu'une luxation du métatarse dans le sens transversal n'est guère possible qu'à la condition d'une fracture préalable ou simultanée de ce deuxième métatarsien.

Il nous reste à faire connaître la fin de l'observation de M. Laugier. La réduction fut extrêmement facile et prompte; par une pression exercée en même temps sur le côté externe du métatarse, d'une part, et d'autre part, sur le bord interne du tarse. La crépitation fut entendue et sentie d'un côté à l'autre de l'articulation tarso-métatarsienne, et ne laissa dans l'esprit des assistants aucun doute sur la multiplicité des déplacements et sur leur sens. Le malade avait d'abord été chloroformisé.

Toute difformité cessa à l'instant même. Le membre fut mis dans un bandage immobilisant. Aucun accident ne se déclara. Aujourd'hui, treize jours après la blessure, il persiste encore du gonflement.

MÉMOIRE SUR LE RAMOLLISSEMENT BLANC AIGU ESSENTIEL DU CERVEAU CHEZ LES ENFANTS; par le docteur DUPARCQUE.

Le but de l'auteur est de démontrer l'existence, chez les enfants, d'un ramollissement essentiel, primitif, consistant uniquement dans la diffluence du tissu encéphalique sans destruction proprement dite, sans phlegmasie initiale, sans liaison directe avec quelque autre condition matérielle appréciable. Voici du reste comment l'auteur définit lui-même ce qu'il entend par essentialité du ramollissement. « Nous ne voulons pas dire par là que l'altération se développe d'elle-même d'emblée, comme par une sorte de désorganisation chimique, de fermentation organique, de modification spontanée de nutrition, etc., thèse susceptible pourtant d'être défendue... Nous admettons que le ramollissement dont il s'agit peut avoir sa cause prochaine dans une modification ou *altération de la vitalité propre* de l'organe qui en est le siége. Ce serait une sorte de *névrose* ou *névralgie initiale*, mais qui aurait pour effet immédiat concomitant, la modification organique ou anatomique qui constitue le ramollissement. »

On sait tout le parti qu'on a voulu tirer de la couleur du ramollissement pour en déterminer la nature, et toutes les discussions qui se sont élevées au sujet du ramollissement blanc. M. Duparcque, avec beaucoup de raison, cherche ailleurs, à savoir, dans la symptomatologie, les éléments d'une étude différentielle. La couleur uniforme des portions ramollies, la

diffusion de l'altération, qui rejoint, par dégradations progressives, les portions saines, tout cela indique déjà une lésion spéciale différente du ramollissement phlegmasique ordinaire, et l'anatomie prouve en outre qu'elle ne se lie pas à quelque autre condition pathologique appréciable, telles que la présence d'une hydrocéphalie. Seulement, sous ce rapport, M. Duparcque n'apporte à la question que deux faits nouveaux; car l'autopsie n'a pu être pratiquée que deux fois sur les quatre observations qui lui sont propres. Mais l'appareil symptomatologique apporte une nouvelle lumière. Le voici en quelques mots: somnolence plutôt qu'assoupissement, céphalalgie, intégrité de l'intelligence, surexcitation de la sensibilité spéciale et générale, intégrité des facultés locomotrices, et avec cela fraîcheur de la peau, absence absolue de fièvre, ralentissement très-remarquable du pouls, conservation de l'appétit, excrétions normales. On peut voir, en effet, qu'il y a, entre ce tableau et celui qui, dans les auteurs, est rattaché au ramollissement cérébral même blanc, de très-notables différences. L'intégrité de l'intelligence et du mouvement, la surexcitation de la sensibilité et l'apyrexie complète méritent surtout d'être remarquées. Ajoutez que, dans tous les cas, la maladie a eu des allures intermittentes, surtout au début.

Il n'est pas aisé de savoir si, parmi les faits dont la science est aujourd'hui en possession, il n'en est pas qui puissent contredire les vues de M. Duparcque, car, pour affirmer le caractère essentiel de la lésion, il demande trois conditions difficiles à réunir: « 1° absence plus ou moins complète, pendant la vie, des symptômes propres aux affections auxquelles on pourrait attribuer le ramollissement comme effet secondaire; 2° symptômes particuliers ou spéciaux; 3° existence, à l'autopsie, du ramollissement blanc seul, à l'exclusion de toutes autres lésions anatomiques ou altérations organiques se rapportant aux affections primordiales auxquelles on pourrait rattacher le ramollissement comme effet ou suite. » Ce concours de circonstances est rare chez l'adulte, plus rare chez le vieillard, et l'auteur affirme qu'on n'en possède qu'un exemple bien avéré chez l'enfant; on le devrait à M. Deslandes. Nous croyons devoir nous borner au rôle d'historien. Ne pouvant entreprendre une tâche de critique sans des vérifications que le temps ne nous permet pas. Nous pouvons dire seulement que la spécialité des symptômes jointe à la spécialité de l'altération crée véritablement une forme spécifique de ramollissement que nos recherches personnelles et nos souvenirs nous portent, quant à présent, à admettre.

A. Dechambre et P. Diday.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

SUR LES FORMES QUE PREND LA FIBRINE DANS LES INFLAMMATIONS.

M. Monneret adresse, par l'entremise de M. Andral, qui en a présenté l'analyse, un mémoire sur les formes que prend la fibrine dans les inflammations.

Les études auxquelles je me livre depuis plusieurs années sur les produits de l'inflammation m'ont conduit, dit l'auteur, à quelques propositions générales qu'on peut résumer de la manière suivante:

La fibrine ne se présente dans l'interstice des tissus ou à leur face libre que dans deux conditions morbides, l'inflammation et l'hémorrhagie.

Dans le premier cas, la fibrine s'extravase en solution dans la sérosité du sang, et bientôt après passe à l'état solide et corpusculaire. Examinée au microscope à un grossissement de 5 à 600 diamètre, elle affecte toujours une des trois formes suivantes: 1° la forme *fibrillaire;* 2° la *granuleuse;* 3° la *celluleuse.* Les deux premières représentent la forme primordiale, élémentaire et immuable de la fibrine.

1° La fibrine fibrillaire est constituée par des fibres excessivement fines, droites, parallèles, réunies en faisceaux plus ou moins nombreux et traversés parfois par d'autres faisceaux semblables plus ou moins régulièrement espacés. Les fibres sont très-distinctement formées de nucléoles très petits disposés en série linéaire, tout à fait pareilles aux fibres de la tunique moyenne des artères, des valvules sygmoïdes, des veines et des muscles de la vie organique. Elles sont très-rapidement et très-fortement rétractiles; en quelques minutes elles se réduisent à un très-petit volume.

2° La forme granuleuse est déterminée par l'agglomération de granulations sphériques, presque de même dimension et plus petites que toutes celles qui appartiennent aux tissus pathologiques. Elle constitue des masses irrégulières de différentes grandeurs et se trouve souvent dans le même plasma mêlée à la forme précédente, en laquelle elle ne se transforme pas.

3° La forme celluleuse est caractérisée par la présence de la cellule appelée granuleuse ou composée. Une enveloppe commune réunit huit à douze nucléoles qui se dissocient et se dissolvent par l'action de l'acide acétique. Cette cellule est une manière d'être nouvelle et pathologique de la fibrine, qui n'appartient qu'à l'inflammation.

Les fibrines fibrillées et granulées ont exactement les mêmes propriétés. Solubles dans l'acide acétique, fortement rétractiles, elles se montrent toujours identiques à elles-mêmes; dans toutes les sérosités des phlegmasies, dans la concrétion qui se forme à la surface de la peau dénudée, dans le plasma des plaies réunies par première intention, dans les plaques molles du muguet, tout aussi bien que dans la fausse membrane de la bouche ou du larynx enflammés; dans les pustules varioliques où cette fibrine ne paraît que du sixième au douzième jour pour opérer la cicatrisation du derme; enfin dans les concrétions plastiques de la pie-mère, du péritoine et des parenchymes enflammés.

La fibrine, dans tous ces cas, remplit les espaces interfibrillaires des tissus, et ainsi rejetée hors des voies de la circulation, amène l'oblitération des vacuoles organiques, comme elle le fait en grand pour toute une tunique séreuse. Elle subit alors différentes vicissitudes: 1° elle joue le plus ordinairement le rôle d'une substance intermédiaire, d'un support dans lequel pénètrent les vaisseaux de nouvelle formation qui proviennent du tissu phlogosé; 2° ou bien la sérosité fournie par les vaisseaux dissocie les éléments de la fibrine qui est alors résorbée; 3° souvent elle reste à l'état granuleux ou fibrillaire, devient plus dense et plus serrées comme dans les adhérences, les plaques laiteuses et certaines indurations; 4° enfin elle reçoit par les vaisseaux qui la traversent et qui appartiennent au tissu voisin les éléments normaux qui entrent dans la constitution des cicatrices dont les tissus se sont régénérés.

Les fibrines fibrillaire, granuleuse et celluleuse ne s'organisent jamais: elles sont condamnées à rester ce qu'elles sont à leur sortie des vaisseaux phlogosés et à ne jamais prendre d'autre forme. Les vaisseaux qui les traversent peuvent seuls les atrophier et les faire disparaître ou y jeter deux produits, les uns physiologiques, les autres morbides.

Les produits physiologiques sont le résultat de la sécrétion variable et propre à chaque tissu duquel sortent les vaisseaux. C'est ainsi que l'on trouve dans le plasma cicatriciel de la pustule varioleuse l'epithélium à toutes les périodes de développement; et dans le croup, dans le muguet, la même formation, dans le poumon enflammé chroniquement, la mélanose, etc. Jamais on n'observe dans la fibrine déposée la moindre trace d'une transformation quelle qu'elle soit. L'action dynamique, vitale, des vaisseaux propres fait tout; la fibrine n'y joue que le rôle fort secondaire de support.

Les produits hétéromorphes, tels que le pus, le tubercule, le cancer, peuvent y être déposés: 1° par le seul fait de l'endosmose quand les fausses membranes sont récentes ou anciennes, mais alors de consistance médiocre; 2° par sécrétion spéciale des vaisseaux qui traversent la fibrine. Ici encore, jamais de transformation de cet élément en un autre.

De plus, la fibrine concrète retenant toujours de la sérosité et recevant d'ailleurs par endosmose toutes les liqueurs voisines, peut, par son contact avec l'air, ou avec des humeurs acides, subir une troisième altération. Il y naît des végétaux dont les formes sont assez variables et parmi lesquelles on distingue surtout des *sporotrychium* et le *penicillum glaucum.* Les fausses membranes de la diphthérite et du muguet, aussi bien que celles que l'on trouve à la surface de la peau et ailleurs encore, constituent une sorte de tente et de réceptacle pour ces végétations nouvelles. On obtient les mêmes résultats avec la fibrine, que l'on expose à l'air ou que l'on acidifie légèrement.

4° La fibrine sortie des vaisseaux par hémorrhagie se présente également comme le concrétum phlegmasique, sous la forme fibrillaire, mais les fibres en sont plus grosses, moins régulières, et n'ont plus une forme striée aussi distincte ni aussi élégante que l'autre fibrine. Jamais on n'y voit mêlée la cellule granuleuse de l'inflammation. J'ai observé cette fibrine dans des caillots sanguins jaunâtres que le cerveau renfermait depuis longtemps; dans une caverne pulmonaire hémorrhagique; dans des tumeurs anévrismales et dans des indurations cérébrales jaunâtres que l'on aurait prises, sans le secours du microscope, pour des cicatrices cérébrales. La fibrine hémorrhagique n'appelle point le travail de vascularisation comme le fait si rapidement la fibrine extravasée par inflammation. On ne voit jamais la moindre tendance de la part de cette fibrine à se transformer en tissu homologue ou hétérologue, ni à faire les frais de la plus mince régénération cicatricielle. Il faut pour cela que le travail phlegmasique intervienne et verse l'autre fibrine. Les différences qui existent entre le plasma phlegmasique et l'hémorrhagique sont donc assez tranchées.

Il résulte enfin, de ces observations, que la présence d'une quantité de fibrine, quelque minime qu'elle soit et appréciable seulement par le microscope, suffit pour établir d'une manière irréfragable l'existence d'une inflammation, quand il s'y ajoute une cellule granuleuse.

La sérosité du tissu cellulaire des membres œdématiés, ou du liquide obtenu par la thoracentèse, m'a permis de reconnaître des inflammations ignorées jusqu'alors, et par contre, je n'ai rencontré aucune trace de fibrine dans les sérosités des phlyctènes, des sudamina, des bulles et de quelque production pathologique qu'on aurait été disposé à rapporter à l'inflammation.

On peut donc en clinique, et par une observation très facile et rapide, tirer des inductions précieuses, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, de l'étude de la fibrine à l'aide du microscope.

ADDITION A L'UNE DES SÉANCES PRÉCÉDENTES.

ANALYSE DU SANG VEINEUX D'UN CHEVAL AUQUEL ON A PRATIQUÉ LA SECTION DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES.

M. Clément, préparateur de chimie à l'École d'Alfort, communique une note sur les analyses du sang veineux d'un cheval auquel on avait coupé les pneu-

mogastriques, et sur la coloration rouge artérielle de ce même sang six heures après la section, pour servir à l'histoire de la respiration et de la nutrition.

La section des nerfs pneumogastriques a pour effet d'éteindre la combustion pulmonaire et de modifier le sang.

Les conclusions brutes à tirer de ces faits, c'est que la section des nerfs pneumogastriques : 1° transforme le poumon en un organe de pure exhalation : 2° fait diminuer l'eau dans le sang ; 3° fait augmenter l'albumine : d'où on doit inférer, au point de vue de la physiologie, que lorsque la respiration est anormale :

1° Il y a combustion dans le poumon, à l'entrée de l'air dans cet organe;

2° Que cette combustion se produit aux dépens de l'albumine du sang veineux;

3° Que, dans cette même combustion, il se forme de l'eau, qui passe dans le sang des artères pendant qu'une partie de l'albumine devient fibrine;

4° Que, comme conséquence, le sang artériel est plus aqueux, moins albumineux et plus fibrineux que le sang des veines;

5° Que lorsque la respiration est rendue anormale par la section des pneumogastriques :

La combustion pulmonaire s'affaiblit, puis s'éteint;
L'albumine n'est plus brûlée ni modifiée en fibrine;
Que le poumon ne produit plus ni eau ni fibrine;
Que le sang alors devient moins aqueux et plus albumineux.

Relativement à l'augmentation de la fibrine, après la section des nerfs, et à la couleur rouge artérielle, qu'a offertes le sang de la jugulaire, les conclusions sont :

1° Pour l'augmentation de la fibrine, que si l'assimilation s'affaiblit en même temps, et aussi vite que la vie pulmonaire, le principe fibrineux du sang doit augmenter, et qu'il doit diminuer, au contraire, si la vie des organes se prolonge plus de temps que celle des poumons,

2° Pour la coloration artérielle du sang de la jugulaire, que le sang qui rougit encore dans le poumon, reste rouge quand il ne brûle plus rien dans la trame des tissus mourants et passe rouge dans les veines; qu'au contraire, il reste noir lorsqu'il circule dans des tissus encore vivants, et qui lui enlèvent un peu de l'oxygène de ses globules.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend des états de vaccination pour les départements du Morbihan, de la Haute-Loire et d'Indre-et-Loire.

— M. CHABERT expose à l'Académie que dans toute l'Amérique du Centre et dans les provinces mexicaines de Tabasco, Chapas, Iucatan, Oasaca et autres, la plante précieuse connue sous le nom de *huaco*, qui est un spécifique contre la morsure des reptiles venimeux, est employée par les médecins et par les habitants, dans une foule de maladies, et est considéré, en outre, dans toutes ces provinces, comme un spécifique de la rage. M. Chabert met à la disposition de l'Académie une certaine quantité de cette plante pour en faire des expériences. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux, plus MM. Renault et Delafond.)

— M. FRÉMINEAU, interne à l'Hôtel-Dieu, adresse un mémoire sur l'anesthésie comme moyen d'immobiliser l'œil, dans les opérations qui se pratiquent sur cet organe. (Comm. : MM. Velpeau et Malgaigne.)

— M. FORGET (de Strasbourg) communique un cas singulier de grossesse anormale,

Il s'agit d'un kyste fœtal utéro pelvien et de l'expulsion du squelette d'un fœtus, partie par la cavité du col utérin, partie par un abcès de la fosse iliaque externe. (Comm. : MM. P. Dubois, Danyau et Depaul.)

— M. TEISSIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une observation de morve aiguë virulente, développée spontanément chez une femme et recueillie dans son service à l'Hôtel-Dieu. (Com. : MM. Renault et Rayer.)

— M. GOUYON (de Clermont-Ferrand) adresse un instrument en forme de pince courbe, qu'il nomme dilatateur du larynx, et qu'il se propose d'employer dans le croup. (Comm.: M. Larrey.)

— M. DELIOUX adresse, par l'entremise de M. J. Guérin, un mémoire relatif à l'application des injections iodées au traitement de la dyssenterie chronique.

FONGUS HÉMATODE DES ANIMAUX.

M. HUZARD lit un rapport sur un mémoire de M. Leblanc, intitulé : DU FONGUS HÉMATODE OU SANGUIN OBSERVÉ CHEZ LE CHEVAL, LE BOEUF ET LE CHIEN.

Ce travail a principalement pour objet l'étude d'une tumeur sanguine non organisée, que l'auteur a observée chez trois chevaux à la face interne de l'avant-bras. L'auteur attribue le développement de ces tumeurs à une altération que les organes éprouvent par un froissement longtemps continué ou incessamment répété. Elles ne seraient, suivant lui, que la suite de la transformation en tissus fibreux plastiques et peut-être cancéreux des organes sur lesquels la tumeur s'est développée.

M. le rapporteur, tout en faisant des réserves sur quelques points de doctrines énoncés dans le travail de M. Leblanc, propose pour conclusion d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

RAPPORT SUR UN FAIT RELATIF A LA SYPHILISATION.

M. BÉGIN, au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et Bégin, rapporteur, lit le rapport suivant :

Messieurs, dans la séance du 18 novembre dernier, notre honorable collègue, M. Ricord, présenta à l'Académie un jeune médecin allemand, qui s'était soumis à des inoculations syphilitiques répétées, dans le but de vérifier sur lui-même les idées émises relativement à la syphilisation, et qui, à la suite de ces expériences, se trouvait atteint de plusieurs ulcères vénériens primitifs et de syphilide papuleuse.

Cette communication a vivement ému l'Académie, parce que, d'une part, elle touchait à ce point de doctrine, très-important, de la dégénération du virus syphilitique, sous le rapport de sa transmissibilité, par la succession de ses manifestations morbides, et que, d'autre part, elle offrait un exemple très-intéressant des résultats possibles d'une pratique demeurée jusque-là dans l'ombre, et désignée sous le nom de *syphilisation*.

Lors de la présentation de M. L..., qui était à la fois l'expérimentateur et le malade, un de nos collègues demanda avec quel pus l'inoculation avait été pratiquée, et sur quels organes. Cette question n'ayant pu être suffisamment résolue, séance tenante, et les phénomènes morbides qui s'étaient succédé offrant des complications assez nombreuses, vous avez confié l'examen de ce fait à une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et moi.

Cette commission s'est occupée immédiatement de l'accomplissement de sa tâche, et ce rapport, dont elle m'a fait l'honneur de me charger, vous aurait été soumis depuis longtemps si différentes circonstances n'en avaient retardé la rédaction. J'espérais que d'autres faits annoncés viendraient éclairer davantage la question soulevée par celui qui nous était déféré. D'autre part je croyais nécessaire d'attendre le résultat du traitement que M. L... allait commencer, et de compléter ainsi son observation. Enfin, j'avais lieu de présumer que la discussion étant ouverte, la presse médicale nous fournirait des documents affirmatifs ou contradictoires dont je sentais le besoin.

Malheureusement l'attente de votre commission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles, sont restées également sans effet. Notre sujet lui-même, M. L..., ne s'est plus présenté; et dans cette pénurie de documents dont nous aurions aimé à nous entourer, notre silence eût pu se prolonger encore, si toute chose ne devait avoir un terme, et surtout si nous avions pu supposer qu'un avenir prochain nous donnerait ce que nous avions vainement demandé et attendu jusqu'ici.

La syphilis est une de ces affections exceptionnelles qui touchent pour ainsi dire à tout dans l'existence de l'homme : santé individuelle, moralité, intérêts, relations intimes dans la famille, police médicale, médecine légale, il n'est presque pas de point de la vie particulière ou de la vie sociale qui ne doive être pesé dans les considérations qu'elle fait naître.

L'observation communiquée à l'Académie soulève les deux questions principales suivantes :

1° Celle de la transmissibilité ou de la contagion possible des accidents secondaires de la syphilis ;

2° Celle de la valeur du traitement prophylactique ou curatif des affections vénériennes, par l'inoculation syphilitique.

Afin de préciser exactement les faits, votre commission a convoqué, le 30 novembre, M. L...; après avoir entendu avec un grand intérêt son récit, elle a minutieusement examiné sa personne, et a reçu de lui une note écrite, dont je vais reproduire sommairement les principaux détails.

Dans le but de donner une plus grande exactitude à un moyen hygiénique proposé contre les chancres dont la durée ne dépasse pas le dixième jour, M. L... se fit, pendant les mois de décembre 1850 et janvier 1851, tous les cinq jours à peu près, une inoculation de pus chancreux, dont il obtenait la cicatrisation dans les quatre jours, au moyen de lotions avec l'eau fraîche.

Trois mois après cette première série d'expériences, le 2 mai, un ami de M. L..., également médecin lui-même, le consulta pour un chancre induré qu'il avait contracté dix-sept jours auparavant, et qui siégeait à la lamure de la base du gland. Après un peu plus d'un mois d'existence, le 17 mai, ce chancre était cicatrisé : le traitement mis en usage n'est pas indiqué.

Vingt-trois jours plus tard se montra, sur l'ami de M. L..., une roséole que des douleurs avaient précédée, et qui s'accompagna bientôt d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs du côté gauche, des ganglions sous-maxillaires des deux côtés, et des ganglions axillaires superficiels et profonds du côté droit. Presque en même temps, c'est-à-dire le septième jour de l'éruption cutanée, apparurent à chaque amygdale une ulcération profonde, et à la longue des gerçures. Cet organe, de même que l'ensemble de la cavité buccale, était peu enflammé.

Ces nouveaux accidents furent guéris en trente-quatre jours, à dater de la manifestation de la roséole.

C'est pendant cette période, le vingt-deuxième jour de l'existence des chancres amygdaliens, que notre expérimentateur résolut de s'inoculer la matière qu'ils fournissaient. A cet effet, deux heures après avoir bien nettoyé la surface de l'amygdale gauche, il y recueillit la sérosité à peine purulente qui venait de se

former, et l'inséra, avec une lancette neuve, par une piqûre très-superficielle, à la face antérieure de son bras gauche.

Les dix premiers jours depuis l'inoculation se passèrent sans que rien de particulier fût observé; mais le lendemain M. L... aperçut une petite papule de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un rouge rose, d'une dureté remarquable, sans aréole ni douleur, mais en y touchant très-fortement.

Vers le quinzième jour, cette papule, progressivement agrandie, jusqu'aux dimensions d'une lentille, se couvrit de croûtes, qui se réunirent en une seule, sous laquelle existait une sérosité rougeâtre.

Cette sérosité fournit à M. L... la matière de quatre inoculations, qui furent répétées tous les cinq jours pendant vingt jours; ce qui forma un total de vingt introductions successives du produit morbide.

Cependant l'ulcère primitif, aplati et conservant la forme ronde, atteignait la grandeur d'une pièce de 1 fr., lorsque tout à coup, quarante-cinq jours après la première inoculation, survint, avec des douleurs lancinantes, avec une accélération du pouls, jusqu'à 130 pulsations à la minute, un commencement d'inflammation et d'induration des bords de l'ulcère, et il se forma des cordes dures, radiées, qui se couvrirent de papules.

Sans qu'aucun traitement spécial fût intervenu, l'ulcère diminua ensuite. A trente-sept jours de l'invasion des derniers accidents se manifestèrent dans les jambes, le sternum et les côtes, des douleurs rhumatoïdes qui retinrent l'expérimentateur au lit pendant cinq jours, puis cédèrent tout à coup, sous l'influence d'une sueur abondante, suivie de l'éruption de papules en grande quantité sur tout le tronc.

A dix jours de là, le 10 octobre, l'auteur de cette curieuse observation se disposait à commencer un traitement hygiénique, ainsi qu'il l'appelle, lorsque son attention fut attirée sur la doctrine de la syphilisation. Il s'enquit du fondateur de cette pratique, et rapporte ainsi l'entretien qu'il eut avec lui:

« Pour syphiliser un homme, lui aurait-il été dit, et pour le guérir de la syphylis constitutionnelle, il faut tout au plus neuf inoculations faites avec trois pus différents. On choisit d'abord un bon pus, puis un moins bon, et enfin un mauvais Avec chacun de ces pus on fait trois inoculations, à une semaine d'intervalle à peu près, ce qui suffit à syphiliser un homme pour ce pus. Après ces neuf inoculations, on peut prendre du pus d'un chancre le plus phagédénique, sans produire aucun résultat par l'inoculation. Ces inoculations doivent être faites avec une lancette ayant la forme d'une très-grosse aiguille, et en piquant jusqu'au vif, ce qui a le très-grand avantage de ne faire qu'un petit trou, dans lequel le pus chancreux s'étend très-lentement, tandis qu'avec les lancettes ordinaires, on fait une plaie triangulaire qui donne tout de suite naissance à un chancre très-étendu. »

En conséquence de ces assurances et de ces explications, notre jeune médecin se soumit publiquement, le 17 octobre dernier, dix-sept jours après l'éruption générale de papules qui termina la seconde phase de ses expériences, à une inoculation nouvelle, au côté externe du bras gauche, pratiquée par l'auteur même de la doctrine syphilisatrice. Le pus fut pris au deuxième chancre d'un monsieur en cours d'expérience lui-même: ce chancre datait de vingt jours, et provenait du soixantième chancre à peu près d'un autre individu, que, huit jours plus tard, on présentait comme syphilisé.

Malheureusement, à huit jours de là, ce chancre inoculateur était devenu phagédénique; il y avait eu erreur: le pus ne possédait pas les qualités voulues, et l'expérience risquait de manquer dès l'origine.

Impatient de corriger cette erreur, M. L.... se hâta de se faire pratiquer, toujours publiquement, avec une lancette, deux inoculations nouvelles, l'une au bras gauche, au-dessus de la première, l'autre au prépuce, avec du pus d'un chancre primitif tendant au phagédénisme.

Il serait impossible de suivre l'auteur de cette narration dans la minutieuse énumération qu'il trace des inoculations qui succédèrent à cette dernière. Les dates, les provenances du pus, les régions sur lesquelles les insertions eurent lieu, sont notées avec le plus grand soin; rien ne manque aux généalogies des différents ulcères. Ce qui suffira pour l'Académie, c'est de savoir que vingt chancres furent ainsi déterminés, à des intervalles très irréguliers, tantôt avec des épingles, tantôt avec des lancettes, par l'auteur lui-même ou par d'autres personnes; les trois dernières inoculations ne dataient que de deux jours, lorsque M. L... se présenta devant votre commission.

De ces chancres, douze avaient pour origine la première inoculation ou ses produits, et huit la seconde inoculation, celle du chancre primitif, ou ses descendants.

L'auteur résume les faits observés sur lui-même, dans les propositions suivantes:

1° Des douze chancres ayant la première origine, ceux qui ont excédé le dixième jour sont tous devenus phagédéniques, à l'exception d'un seul, placé à la verge.

Des huit autres, provenant de la seconde source, un seul, qui se trouvait au centre du phagédénisme, est devenu phagédénique.

2° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi.

3° Le phagédénisme tient en partie au siége des chancres.

4° Les premiers chancres n'influent en rien sur la grandeur des suivants, et réciproquement; seulement le développement des derniers se ralentit.

5° Enfin les inoculations n'ont pas eu d'influence directe sur le développement de la syphilide constitutionnelle.

Ces commémoratifs étant constatés, M. L.... s'est prêté avec la plus grande complaisance à l'examen de sa personne.

Ce jeune médecin est âgé de 27 ans, blond, d'une structure élancée, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Jusqu'à l'époque de ses expériences, il a joui d'une bonne santé et n'a jamais eu d'affection vénérienne. On remarque sur lui les lésions suivantes:

1° Au bras gauche, cicatrice encore légèrement indurée du chancre n° 1, lisse, rougeâtre, non douloureuse et de l'étendue d'une pièce de 1 franc. — En dehors de cette cicatrice, au côté externe du membre et sur une ligne à peu près verticale, neuf plaies chancreuses, dont quatre à fond grisâtre, étendues, encore en progrès ou seulement stationnaires, et cinq d'un aspect moins défavorable, ou en voie de réparation plus ou moins avancée.

2° Au bras droit, six ulcères, dont quatre présentent un caractère phagédénique térébrant très-prononcé, et les deux autres offrent de moins mauvaises dispositions.

3° A l'avant-bras gauche, trois piqûres datant de deux jours, déjà rouges, mais non encore ulcérées.

Sur les deux bras, par suite du rapprochement des piqûres d'inoculation, plusieurs ulcères sont devenus confluents; une inflammation aiguë et douloureuse les entoure; la suppuration qu'ils fournissent est abondante; le fond de la plupart d'entre eux est grisâtre; leurs bords sont épais, non indurés, mais taillés à pic et légèrement dentelés. L'ensemble de ces lésions présente, ainsi qu'on le dit en chirurgie, un mauvais aspect.

4° Sur tout le corps, et particulièrement sur le tronc, est répandue une éruption abondante, consistant en papules squammeuses, cuivrées, et sur quelques points en pustules d'ecthyma plat ou lenticulé, dont quelques-unes présentent, sous leurs croûtes, un commencement de suppuration.

D'ailleurs, sauf un certain degré d'amaigrissement et un aspect de souffrance générale, la santé de M. L... paraît satisfaisante; il est rempli de courage et de confiance, et annonce l'intention de recourir enfin contre sa maladie, déjà ancienne et devenue sérieuse, aux moyens réguliers de la thérapeutique.

Nous regrettons de n'avoir pas revu M. L...; mais quel qu'ait été le résultat du traitement qu'il a pu mettre en usage, ce résultat ne saurait altérer en rien les enseignements fournis par les expérimentations auxquelles il s'est livré.

M. L... s'accuse, dans sa note, de n'avoir pas observé exactement les règles de la syphilisation, et semble en cela infirmer sa propre observation. Qu'il se rassure: la méthode est élastique. Les chancres peuvent être donnés, dit son auteur, suivant trois modes: 1° les uns après les autres; le second quand le premier est à sa fin; le troisième quand le second est à sa fin, et ainsi de suite; 2° successivement encore, mais avec cette particularité que le second est donné quand le premier est à son milieu, et, 3° enfin tous à la fois, de manière qu'ils marchent tous ensemble. Dans le premier cas, il faut, pour que la syphilisation devienne complète, le moins de chancres et le plus de temps: le troisième nécessite le moins de temps et le plus de chancres; le second tient le milieu, soit pour le temps, soit pour le nombre de chancres nécessaires à la *syphilisation* (1). M. L..., a donc procédé conformément aux préceptes, et doit avec d'autant plus de raison cesser de s'imputer les accidents dont il est victime, qu'il a été primitivement inoculé de la main du maître, et avec du pus choisi par lui.

N'est-il pas remarquable, pour le dire en passant, qu'après avoir supporté des inoculations de pus chancreux, répétées pendant deux mois, tous les cinq jours, ce qui implique douze inoculations au moins, plusieurs paraissant avoir été multiples, M. L. se soit montré plus tard si disposé à recevoir encore et à conserver sa syphilis? Ses premières expériences n'auraient-elles pas dû lui faire croire qu'il était, ou peu apte à contracter cette affection, ou définitivement syphilisé?

Sous le rapport doctrinal sérieux, celui de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis, l'observation qui vous a été communiquée n'a manifestement pas une valeur considérable. Elle manque d'une description suffisamment exacte et précise des lésions auxquelles l'expérimentateur a puisé le pus dont il s'est servi. En supposant d'ailleurs, ce que les circonstances du fait ne démontrent pas, que l'ulcère de l'amygdale, origine de la syphilis constitutionnelle développée chez M. L..., fût réellement secondaire, une observation isolée, individuelle, ne pourrait détruire l'autorité d'un grand nombre d'observations authentiques et d'expériences directes, donnant des résultats contraires.

Il faut reconnaître, cependant, que la nature ne se prête que difficilement, en pathologie surtout, à des règles absolument invariables. Mais s'il peut paraître téméraire d'affirmer que les accidents secondaires ne peuvent *jamais* devenir la cause de manifestations vénériennes, d'une forme quelconque, il serait plus erroné encore d'admettre que ces transmissions sont de règle commune. La règle très-générale est en faveur du premier cas; ce qui ne veut pas dire que les variétés de constitution des sujets, leur aptitude si différente à l'absorption des produits virulents, les modes divers et la durée des contacts, et enfin l'état d'intégrité ou de lésion des organes exposés à la contagion, ne puissent, à la rigueur, entraîner les exceptions, toujours rares, et qui ne doivent être admises qu'après une analyse sévère des faits. Celui que nous avons eu à examiner ne nous semble pas de nature à modifier, sous ce rapport, les doctrines qui ont cours dans la science.

Au point de vue pratique, les expériences de M. L... et leurs conséquences pèsent, au contraire, d'un grand poids dans une question qui serait des plus graves si le bon sens général ne commençait à en faire justice: celle de la préservation ou de la guérison de la syphilis par la vaccination syphilitique.

L'inoculation de la syphilis a été faite, depuis un siècle, dans des intentions très-différentes.

(1) Archives générales de médecine, 4e série, t. XXVI, p. 419.

1° Pour éclairer certains points de théorie, et particulièrement ceux relatifs à l'existence du virus syphilitique, à sa transmissibilité non-seulement dans l'espèce humaine, mais de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme.

2° Dans le but, également scientifique, de déterminer si tous les accidents primitifs attribués à la syphilis sont dus à la même cause, transmissibles au même degré, s'ils le sont à toutes les périodes de leur durée, et si, dans ces transmutations, ils se reproduisent sous la même forme.

3° Pour établir si le virus syphilitique, combattu par des médications appropriées, ou altéré par l'action de l'organisme, et donnant lieu à des accidents secondaires ou tertiaires, conserve encore ou perd entièrement la propriété de se transmettre.

4° Enfin, et tout récemment, pour préserver de la syphilis ou pour la guérir.

L'Académie ne peut s'attendre à l'exposition et à la discussion, dans ce rapport, des différentes parties d'un problème aussi compliqué.

Il suffira de lui rappeler que l'étude scientifique du virus vénérien a conduit quelques personnes, non pas seulement à le rapprocher des autres virus, qui exercent leurs ravages dans l'espèce humaine ou dans les espèces animales les plus voisines, tels que ceux de la variole, de la vaccine, de la morve et de la rage, mais à exagérer ce rapprochement jusqu'au degré d'une assimilation complète, suivie des conséquences d'application pratique les plus étranges.

Le point de départ de la *syphilisation* est un raisonnement fondé sur un fait peut-être vrai, mais dont la conclusion n'est nullement justifiée. L'homme, a-t-on dit, ne peut être atteint de la syphilis constitutionnelle qu'une fois pendant sa vie; *donc*, si on la lui communique artificiellement, on le mettra à l'abri de la contracter. C'est l'inoculation vénérienne opposée, par induction de ressemblance, à la vérole, comme on oppose à la variole, d'après les faits démontrés, l'inoculation variolique. Malheureusement la syphilis n'a pas encore sa vaccine.

Pour préserver de la syphilis, deux systèmes principaux sont préconisés.

Dans le premier, il ne s'agit que de mettre les sujets à l'abri d'accidents consécutifs, soit pour les chancres primitifs dont ils sont actuellement atteints, soit peut-être, pour tous ceux qu'ils pourront contracter plus tard pendant le cours de leur vie, en créant dans leur organisme une immunité absolue et perpétuelle contre l'infection. Dans ce dernier cas, qui est encore douteux, il y aurait, selon l'auteur, à discuter l'opportunité d'inoculer d'avance tous les jeunes gens, sans attendre qu'ils aient pris de chancre, de même qu'on vaccine tous les enfants, par mesure de prudence, avant qu'ils aient eu lieu de s'exposer à la contagion variolique.

Le second système élève plus haut ses prétentions. Il s'agit pour lui de mettre pour toujours les sujets à l'abri de tout accident vénérien, primitif ou secondaire. « Si l'on ne peut arriver, dit l'auteur de ce système, à la syphilisation qu'en passant par la syphilis primitive, et par l'état syphilitique constitutionnel, on peut dire, théoriquement, qu'elle guérit plutôt qu'elle ne prévient la syphilis primitive et la syphilis constitutionnelle; mais on doit la considérer pratiquement comme prophylactique, et comme curative de la syphilis primitive et de la syphilis constitutionnelle. »

Les moyens d'exécution sont en rapport avec les indications à remplir.

Dans le premier système, il y aurait lieu d'abord de rechercher si, à l'instar du véritable vaccin, à l'instar du pus chancreux, à l'instar du virus morveux, on ne réussirait pas à conserver dans des tubes le fluide prophylactique spécial, avec ses propriétés d'inoculabilité. En cas d'insuccès, on pourrait rechercher et choisir un certain nombre de syphilitiques tertiaires, qu'on soulagerait de temps à autre avec de l'iode, et qui constitueraient des réservoirs providentiels de vaccin syphilitique toujours à la disposition des médecins, et dont quelques-uns se feraient probablement volontiers alors de leur maladie un objet de lucre.

C'est un genre d'industrie philanthropique et moral, auquel notre siècle, si fécond cependant en inventions, n'avait pas encore songé.

Dans le second système, l'application ne présente ni entrave ni restriction. « Le virus syphilitique étant, dit son auteur, le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique, on *devrait* syphiliser : 1° tous ceux qui ont la syphilis, n'importe sous quelle forme; 2° toutes les filles publiques; 3° tous les militaires et tous les marins; 4° tous ceux qui passent leur vie ensemble et en grand nombre (prisons, bagnes, manufactures, etc.) (1); 5° Enfin, *tous ceux* qui peuvent être exposés à la contagion. On pourrait éteindre dans le monde la syphilis par une syphilisation universelle (2). »

Ne croyez pas, messieurs, que j'ajoute un mot; je cite textuellement : le *résumé* de la doctrine est : lorsque tout le monde sera saturé de vérole, la vérole n'existera plus nulle part.

En considérant les conséquences irrémédiables et funestes qu'entraînent, non pas quelquefois, mais très-fréquemment à leur suite les accidents vénériens primitifs, les plus légers en apparence; en se rappelant ces histoires lamentables, inscrites dans tous nos livres, de sujets des deux sexes conduits au tombeau à travers mille douleurs, s'infectant mutuellement, et ne procréant que des enfants destinés à ne pas vivre ou à ne vivre que malingres ou infirmes; en observant autour de nous des familles, je dirais presque des populations, affaiblies ou entachées d'affections scrofuleuses profondes, par suite de la transmission incessante du virus syphilitique arrivé à son dernier degré de dégénérescence; quand on a sous les yeux, même dans les grandes villes, malgré les progrès incontestables de la thérapeutique spéciale à ces maladies, tant d'exemples d'accidents syphilitiques à tous les degrés, qui résistent aux traitements les mieux appropriés, administrés par les praticiens les plus habiles; lorsque tous ces faits se groupent devant l'esprit, peut-on ne pas frémir à la pensée qu'il puisse être permis de se jouer avec un mal aussi terrible, de le faire naître, de le transmettre ou d'augmenter son intensité de gaieté de cœur?

Bien qu'elles aient rendu à la science d'incontestables services, les inoculations vénériennes ont toujours leurs dangers : elles exposent, comme les contagions fortuites, à des accidents dont le médecin peut ne pas être le maître, et qui entraînent alors l'altération irrémédiable et fatale de la constitution des sujets. Il faut donc, sinon les proscrire absolument, du moins les restreindre à certains cas très-exceptionnels, où il s'agit, soit d'affections très-graves, compromettant la vie, et dont la nature incertaine et la direction de traitement ne peuvent être autrement déterminées, soit de certaines questions médico-légales, relatives à l'infection par suite d'attentat aux mœurs ou de tout autre action. On cite des exemples d'innocuité après l'inoculation syphilitique, on prétend avoir des moyens assurés d'arrêter ses effets, de même qu'on cite des exemples de personnes qui se sont exposées à la contagion fortuite sans être infectées, ou qui, l'ayant été une ou plusieurs fois, à des degrés même très-graves, ont conservé jusqu'à une vieillesse avancée la santé la plus florissante; mais ces exemples heureux, si multipliés, si ordinaires qu'on les admette, empêchent-ils le danger d'exister, et peuvent-ils autoriser le médecin à y exposer qui que ce soit sans les motifs les plus sérieux?

Permettez-moi de rapporter, à l'occasion de ces conséquences possibles de l'inoculation syphilitique pratiquée sur des vénériens, un fait authentiquement établi. A une certaine époque, l'inoculation du pus de la blennorrhagie était devenu, pour quelques praticiens, une sorte de préliminaire obligé du traitement de cette affection. Dans un hôpital civil du midi de la France, des accidents se manifestèrent à la suite de cette opération, en assez grand nombre pour éveiller la sollicitude de l'autorité militaire. Plusieurs malades avaient vu leur état se compliquer et s'aggraver. Un entre autres, atteint de blennorrhagie, entré à l'hôpital dont il est question, le 3 décembre 1843, n'en sortait que le 12 avril suivant, non complétement guéri, et se présentait le 30 mai à l'hôpital militaire de Lyon pour y être traité de l'ulcère opiniâtre et de mauvais aspect qu'il portait à la cuisse, et qui avait pour origine la pustule d'inoculation. Les militaires de la garnison n'entraient qu'avec la plus grande répugnance dans cet hôpital; une enquête eut lieu, et le médecin traitant dut être invité à cesser de pratiquer sur nos soldats des expériences auxquelles, en aucun cas, ils ne doivent être soumis.

A l'occasion des vaccinations préservatrices de la syphilis constitutionnelle, pratiquées en 1848 à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, je relèverai une erreur qui s'est glissée dans la relation de ces opérations, malgré le caractère de consciencieuse réserve que leur imprima leur auteur, et les précautions qu'il prit pour assurer l'exactitude de leurs résultats. Le sujet de la onzième observation, le nommé J. Th., qui avait un chancre au milieu du fourreau, et qui fut inoculé le 26 juin, est signalé dans une lettre certificative du médecin en chef d'un autre hôpital civil, à la date du 12 janvier 1849, comme exempt de tout symptôme vénérien. Or il résulte de la déclaration postérieure de ce même homme, incorporé dans le 12[e] de ligne, qu'à l'époque de la rédaction de ce certificat il portait un chancre à la verge. Plus tard, en 1851, à Belle-Ile-en-Mer, il était présenté pour la réforme du service militaire comme atteint, en outre d'une luxation ancienne du cubitus, de pustules muqueuses au scrotum, de blennorrhagie chronique avec incontinence nocturne d'urine, et de nombreuses cicatrices de chancres au gland et à la couronne.

Un mot d'explication devient ici nécessaire : d'une part, Th., dans la crainte probablement d'être expulsé d'un hôpital où les vénériens ne sont pas admis, a dissimulé son état; de l'autre, le médecin qui délivra le certificat de patente nette, n'apporta pas à l'examiner une très-grande sévérité. « Je dois dire cependant, ajoutait-il en terminant sa lettre, que le sieur Th. m'a dit avoir quelque chose (ce sont ses expressions) sur le gland, au moment de son entrée à l'hôpital : c'était une rougeur avec un suintement séreux; mais la maladie (une pleuropneumonie, qui a motivé son entrée à l'hôpital) l'a débarrassé très-vite de cette rougeur. Mon attention n'étant pas fixée sur ce point, je n'ai pu vérifier de quelle nature était ce bouton; mais son mode de terminaison me paraît prouver qu'il n'avait rien de syphilitique. » Et pourtant, deux années plus tard, Th. avait une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées.

Cette erreur est-elle la seule dans laquelle des médecins de bonne foi soient tombés? Les résultats désastreux de l'inoculation syphilitique observés sur M. L... sont-ils rares? Si l'on se rappelle l'histoire funèbre et souvent citée de ces trois étudiants en médecine qui, pour démontrer la réalité du virus vénérien, niée par la doctrine physiologique, s'inoculèrent ce virus; si l'on parcourt nos publications médicales périodiques, et surtout si l'on tient compte du sentiment qui porte à laisser dans l'ombre de pareils revers, on sera porté à répondre par la négative à ces questions.

J'ai vu, indépendamment de M. L..., deux autres syphilisés ou prétendus tels : un d'eux portait sur différentes parties du corps, à la suite de plus de soixante inoculations, autant de cicatrices d'un gris brunâtre, arrondies, tranchant sur le fond très-blanc de la peau, et lui donnant un aspect tigré. Chez l'autre, les deux bras étaient couverts, au milieu de leur région externe, de huit à dix cicatrices étendues, les unes d'un rouge cuivré, d'autres croûteuses, et de plus récentes encore incomplètes.

Mais la pratique de l'inoculation vénérienne fût-elle innocente, où seraient

(1) Cet etc. donne lieu à penser, après les énumérations qui le précèdent. S'appliquerait-il aux pensionnats de filles et de garçons, aux séminaires, aux congrégations religieuses, etc.?

(2) Consultez, pour le premier système : GAZETTE MÉDICALE, 3[e] série, tome IV, p. 775 et 776. — Pour le second, ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 4[e] série, tome XXVI, page 450.

ses avantages ? La syphilis, traitée méthodiquement à l'origine de ses manifestations, est-elle donc une maladie assez ordinairement opiniâtre et rebelle pour qu'il soit raisonnable d'en acheter la guérison au prix des stigmates que cette opération laisse à sa suite ? Comment ! tandis qu'il est de précepte fondamental en thérapeutique de prévenir ou d'effacer autant que possible les traces que la vérole peut laisser à sa suite, on trouverait indifférent de les multiplier sans règle ni mesure, et d'imprimer en caractères ostensibles, indélébiles, sur le corps d'un malade la preuve de lésions dont il aura plus tard tant d'intérêt à ne pas paraître avoir été atteint ? Qui oserait prévoir toutes les conséquences que peut entraîner, pour l'homme ou pour la femme arrivés à la maturité de l'âge, et disposés à contracter des unions légitimes, la présence d'un tatouage hideux, accusateur des écarts de leur jeunesse, qui infirmera leur moralité, jettera un doute légitime sur la pureté de leur sang, inspirera nécessairement la répugnance ou le dégoût, et sera recherché peut-être, comme je l'ai vu pour un père de famille, afin de soutenir des imputations odieuses concernant quelques maladies de sa femme ou de ses enfants ?

A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. On comprend la vaccine et l'inoculation variolique, parce qu'elles préservent d'une maladie à peu près inévitable, toujours grave, lorsqu'elle se développe spontanément, et très-souvent mortelle en temps d'épidémie. On comprendrait encore une opération, non dangereuse, qui mît à l'abri de la rage ou de la morve, encore bien que ces affections chez l'homme soient accidentelles, mais parce que nul ne peut être assuré de ne pas se trouver dans le cas d'en être atteint, et qu'elles sont presque fatalement suivies de la mort. Mais pour se prémunir contre une maladie qu'il est possible d'éviter, et que l'on guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer par se la donner avec des circonstances aggravantes et avec tous les dangers qu'elle comporte, ou pour la guérir en multiplier d'abord les accidents, se saturer d'un virus pour mieux l'éteindre, c'est ce que ni la raison ni la science ne sauraient admettre.

Telles sont, messieurs, les réflexions que l'observation de M. L... a suggérées à votre commission, et qu'elle m'a chargé de vous présenter. Sa mission était d'examiner un fait et de vous en rendre compte ; elle s'en est acquittée de son mieux ; mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations, en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis.

— Plusieurs membres demandent la parole sur ce rapport.

M. LE PRÉSIDENT propose, vu l'importance de ce rapport et de la discussion qui va s'en suivre, de le faire préalablement imprimer et distribuer. La discussion serait ainsi renvoyée à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

M. RICORD demande seulement à présenter quelques renseignements sur l'état de M. L... Il résulte des détails donnés par M. Ricord que, chez M. L..., la syphilis a suivi très-régulièrement toutes ses évolutions ordinaires, et qu'il en est maintenant aux symptômes tertiaires.

FAITS RELATIFS A LA MÉDICATION FERRUGINEUSE.

M. QUEVENNE lit un extrait d'un mémoire ayant pour objet l'étude des phénomènes qui s'accomplissent dans différentes parties de l'organisme et surtout dans l'estomac pendant l'administration des ferrugineux.

Dans cet extrait, l'auteur expose quelques faits nouveaux qu'il a été conduit à observer dans cette étude. Ces faits sont relatifs au tartrate ferrico-potassique, au mode d'action des préparations ferrugineuses insolubles, comparé à celui des sels solubles, et aux modifications que subit l'iodure de fer dans l'économie.

M. Quevenne résume l'exposé de ces faits dans les propositions suivantes :

1° Lorsque l'on introduit dans l'estomac du tartrate ferrico-potassique, s'il se trouve en même temps dans cet organe des aliments ou du suc gastrique, il y a précipitation d'une forte proportion du fer.

2° Le fer métallique très divisé, ingéré en même temps que les aliments, introduit plus de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique que les sels de ce métal administrés dans la même condition.

3° Lorsqu'on administre l'iodure de fer, il commence aussitôt à s'établir dans l'économie un départ entre les deux éléments du composé, comme M. Cl. Bernard l'avait déjà constaté chez les lapins. Dix minutes après l'ingestion si le sel a été pris à jeun, quinze minutes après s'il a été ingéré avec les aliments, l'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment que quarante-huit heures après environ les trois quarts de la quantité de métalloïde ingérée sont déjà ressortis de l'économie par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

4° Le fer réduit par l'hydrogène, dont l'usage a été proposé par MM. Mignelard et Quevenne en 1840, et dont l'emploi constitue aujourd'hui un fait acquis à la thérapeutique, est une préparation supérieure par sa pureté et son état de division moléculaire à la limaille, qu'elle est destinée à remplacer.

MALADIES DU FOETUS.

M. MOREAU, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, présente le cadavre d'un fœtus qui est venu au monde avec une hydropisie ascite considérable.

M. DEPAUL fait remarquer que la pièce pathologique présentée par M. Moreau est tout à fait semblable à celle qu'il a montrée lui-même à l'Académie le 26 février 1850, et qui a été le point de départ d'un travail ayant pour titre : RETENTION D'URINE CHEZ L'ENFANT PENDANT LA VIE FOETALE, ÉTUDIÉE SURTOUT COMME CAUSE DE DYSTOCIE.

Les cas de la nature de ceux dont il s'agit, ajoute M. Depaul, soulèvent deux questions également importantes, l'une relative aux difficultés qui peuvent se présenter pendant la parturition et qui dépendent du volume exagéré de l'abdomen, l'autre se rattachant à un point de physiologie mal déterminé jusqu'à ce jour, la sécrétion et l'excrétion urinaires pendant la vie fœtale.

J'ai fait voir, dans le mémoire en question, comment la ponction devait être méthodiquement pratiquée. Je crois avoir également démontré que la distension de la vessie dépend d'un obstacle de forme variable qui peut siéger en différents points du canal de l'urètre, et que c'est elle qui, par les pressions qu'elle exerce sur les vaisseaux de l'abdomen, produit une hydropisie ascite, et souvent même une infiltration générale. C'est ce que l'on observe sur l'enfant que M. Moreau met sous les yeux de l'Académie, et c'est ce que j'avais déjà remarqué sur l'un de ceux qu'il m'a été donné d'observer. Comme M. Moreau je dus recourir à une double ponction : par la première, évacuer la sérosité péritonéale ; par la seconde, l'urine accumulée dans la vessie, considérablement hypertrophiée ; seulement, tandis que dans son observation, l'enfant se présentait par le pelvis, dans la mienne c'est la tête qui s'engagea la première, et on comprend pourquoi les difficultés durent être plus grandes.

J'avais établi enfin que la sécrétion urinaire commence de bonne heure, que l'urine est excrétée par les contractions de la vessie, que la cavité de l'amnios en est le réservoir ultime, et que l'une des principales origines du liquide amniotique était précisément l'urine incessamment fournie par le fœtus. De nouvelles recherches chimiques, entreprises de concert avec M. Regnault, d'autres considérations physiologiques et anatomo-pathologiques que je me propose de soumettre plus tard à l'Académie, ont complétement confirmé mes inductions premières.

DÉSARTICULATION DE LA MOITIÉ LATÉRALE GAUCHE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, présente à l'Académie une jeune fille de 17 ans, à laquelle il a pratiqué, l'année dernière, la désarticulation de toute la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure, et chez laquelle, malgré cet énorme délabrement, il ne reste presque aucune trace de l'opération. Le nerf facial a été respecté, de sorte que les paupières et les lèvres ont conservé leurs mouvements et le visage sa régularité.

L'examen anatomique de la tumeur a fait reconnaître un ostéosarcome de l'os maxillaire, et le microscope a constaté de nombreuses cellules cancéreuses et surtout une multitude de noyaux caractéristiques.

NOUVEL IRRIGATEUR VAGINAL.

M. MAISONNEUVE présente ensuite un nouvel irrigateur vaginal construit d'après ses indications par M. le docteur Gariel, et qui permet aux malades atteintes d'affections de l'utérus de pratiquer dans l'intérieur du vagin des irrigations continues, en restant couchées dans leur lit ou sur une chaise longue, et sans mouiller en aucune façon leur lit ou leurs vêtements.

Cet instrument (fig. 1) consiste en un long siphon de caoutchouc vulcanisé, muni à son extrémité vaginale : 1° d'une ampoule dilatable qui retient l'eau dans l'intérieur du vagin et l'empêche de s'écouler par la vulve ; 2° d'un tuyau de décharge destiné à conduire dans un vase préparé à cet effet l'eau qui a baigné le col de l'utérus.

La manière de s'en servir est fort simple.

1° Près du lit où doit reposer la malade, on dispose une table sur laquelle on place une chaise, et sur cette chaise on met un seau d'eau tiède.

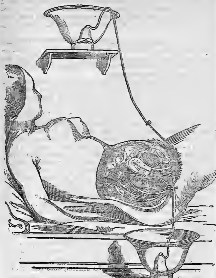
2° On remplit d'eau le siphon flexible, puis, après avoir fermé le robinet d'écoulement, on plonge dans le seau préparé l'extrémité du siphon, qui est munie d'un suçoir.

3° La malade, couchée sur son lit, introduit elle-même dans le vagin l'extrémité ampoulaire du siphon ; elle dilate ensuite l'ampoule en pressant sur le réservoir d'air, et maintient cette dilatation en fermant le robinet.

4° Enfin, elle dispose l'extrémité du tuyau de décharge dans une cuvette vide et elle ouvre le robinet d'écoulement (fig. 2).

L'eau contenue dans le seau coule dans le vagin ; retenue dans cet organe par l'ampoule dilatée, elle baigne le col de l'utérus et s'écoule par le tuyau de décharge sans mouiller aucunement ni les parties extérieures ni les garnitures du lit.

M. Maisonneuve affirme que les irrigations prolongées faites à l'aide de cet instrument lui ont donné d'excellents résultats dans un grand nombre d'af-



fections graves de l'utérus et principalement dans les affections inflammatoires.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS DE LA SYPHILIS; par M. CONSTANTIN JAMES. — Un in-8. — Paris, 1852; chez Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

Personne, on peut le dire sans crainte d'un démenti, n'était mieux placé que M. James pour aborder cette question, l'une des plus graves qui aient jamais, non pas préoccupé, mais mérité de préoccuper les praticiens. Ses précédents travaux sur les eaux minérales, les excellents rapports qui en étaient résultés entre lui et les médecins des sources thermales, le mettaient naturellement en possession de faits nombreux dont la confrontation réciproque aurait presque suffi à la solution du problème, alors même que l'habile écrivain qui les a mis en œuvre se fût borné à les grouper au hasard. Dirons-nous cependant que M. James ait complétement réussi dans sa tentative? Non, sans doute, et lui-même il connaît trop bien la matière pour croire l'avoir épuisée d'un seul coup. Puis, indépendamment de ces lacunes presque obligées dans un premier essai, quelques aperçus théoriques pour le moins contestables ont parfois égaré l'auteur dans le domaine de la syphilis de convention qu'on croyait à tout jamais fermé par la main de M. Ricord. L'analyse détaillée de cet intéressant opuscule nous fournira plus d'une occasion de le constater.

Une excellente division, qui restera comme jalon pour les recherches ultérieures, sert de base à ces considérations pratiques. Déterminant la valeur clinique des eaux minérales dans le traitement de la syphilis, M. James envisage la médication thermale d'abord comme moyen diagnostique de cette affection; puis comme moyen de la guérir; enfin comme moyen préservatif et auxiliaire du traitement mercuriel. Nous suivrons nous-même cette classification pour faire connaître et pour apprécier les données qui résultent des investigations qu'elle a suggérées.

Certaines eaux, dit M. James, jouissent de la propriété de démasquer la syphilis qui demeurait latente au sein de l'organisme. Le fait est aussi précieux pour la pratique que pour la théorie; il paraît incontestable. A la veille d'un voyage, sur le point de se marier, un homme qui compte dans sa carrière quelques antécédents suspects peut, j'ajoute qu'il doit et même qu'il devrait plus souvent qu'on ne le fait, désirer savoir à quoi s'en tenir sur son état de santé spéciale. Or il est plus d'une circonstance où un médecin expérimenté et consciencieux (et par cela même qu'il réunit ces deux qualités) sera dans l'impossibilité de lui donner sur ce point une réponse positive. La science ordinaire n'en fournit effectivement pas le moyen. Eh bien! ce moyen existe. « Il existe, dit M. James, sûr, facile, infaillible. » On devine qu'il ne s'agit pas d'autre chose que des eaux minérales.

La manière dont elles opèrent est facile à comprendre. Le principe minéralisateur, en pénétrant dans l'organisme « provoque une excitation générale et profonde; il *heurte à toutes les portes*, met en mouvement toutes les humeurs, remue toutes les fibres et détermine un travail interstitiel et dépuratif qui aboutit au dehors par une sorte d'ébullition. » Ce langage, que plus d'un médecin trouvera trop naïvement coloré, est cependant celui qui expliquera le mieux à ses clients l'effet qu'on peut attendre des eaux données en pareil cas. La fièvre thermale a réellement ce précieux privilége d'appeler au dehors les manifestations morbides, de déterminer ces crises significatives dont il est question, et elle les produit parfois avec une violence dont le présent travail offre un curieux exemple, et qui pourrait effrayer celui qui ne serait pas prévenu de leur possibilité. Mais *dans quelles circonstances* et avec quel *degré de certitude* les eaux opèrent-elles cette révolution? Voici deux points touchant lesquels nous avons, sur les conclusions de l'auteur, quelques réserves à présenter.

Une distinction capitale eût, ce nous semble, dû être faite d'abord relativement à la *situation syphilitique* de l'individu qui demande à être éclairé sur son avenir. En effet :

On il n'a encore eu que des accidents primitifs, un chancre (1);

On bien il a déjà offert quelques symptômes de syphilis constitutionnelle.

Dans le premier cas, rien n'est plus simple que de savoir son sort : il n'est point nécessaire d'agir; il suffit d'attendre. Si au bout de six mois le malade, vivant de sa vie habituelle, n'a vu apparaître aucun signe de vérole, à plus forte raison si le chancre ne s'était pas induré, il peut se considérer comme guéri et apte à devenir père. Je n'en excepterais que le cas où le mercure a été administré durant le cours de l'accident primitif.

Cette opinion, je le sais, n'est rien moins qu'universellement admise; et M. James aura encore pour lui bon nombre de praticiens lorsqu'il soutiendra la possibilité de voir éclore des symptômes constitutionnels après *vingt ans* d'une santé parfaite. J'ai moi-même constaté récemment par une expérience personnelle l'influence de ce préjugé. Ayant eu besoin, il y a six semaines, de suivre un traitement hydrothérapique pour une affection gastro-intestinale qui menaçait de prendre des allures chroniques, je ne vis pas sans quelque étonnement avant la première douche l'honorable et très-savant docteur de l'établissement me tirer à part : « Je vous dois un conseil d'ami, me dit il; vous avez eu un chancre d'inoculation l'année dernière; nos eaux pourraient vous faire sortir une poussée constitutionnelle; ne craignez-vous point les conséquences de cette épreuve? » — « Confrère, répondis-je, je n'ai qu'un mot à répondre : mon chancre est guéri depuis douze mois, sans que j'aie rien vu paraître; ouvrez le robinet! » Et de fait l'hydrothérapie suivie pendant plus d'un mois a rétabli mes fonctions digestives, sans troubler par la moindre apparition suspecte la profonde sécurité dont je continue à jouir par rapport à la vérole.

Le second cas est bien autrement délicat. Depuis que M. Ricord s'est donné l'insigne honneur d'oser dire vrai sur la question des récidives, on sait (et je n'ai pas été le dernier à imiter la bonne foi de mon maître) qu'une rechute possible pèse longtemps, presque toujours, sur la tête de celui qui a été atteint de symptômes constitutionnels; et cela quelque actif et prolongé qu'ait été le traitement. Or si, pendant un de ces intervalles, qui sont en apparence la santé mais qui ne peuvent plus être la sécurité, l'individu veut savoir à quel point il peut se croire guéri, la médication thermale sulfureuse est effectivement, comme le dit M. James, le meilleur *criterium* auquel il puisse se soumettre. Il trace avec sagesse les règles à suivre à cet égard, afin que ce moyen de vérification éclaire le diagnostic sans porter de préjudice. Ainsi les sources les plus puissantes conviennent

(1) J'écarte à dessein la blennorrhagie comme cause possible de syphilis constitutionnelle. Bien que M. James la mette au nombre des antécédents infectants, bien qu'il semble se plaindre de ce qu'on ne la traite plus aujourd'hui par le mercure, j'honore trop en lui l'homme de talent et l'élève de Ricord pour consentir à voir dans de tels passages autre chose que ces concessions dont on ne peut toujours se défendre quand on sait qu'on sera lu par les gens du monde, auxquels il vaut mieux inspirer trop peu que trop de sécurité.

lorsque l'affection est très-ancienne. Si, au contraire, elle est de date récente, on préférera les eaux moins actives; car l'effet des premières ne serait pas alors sans danger. Sous ce rapport, les préceptes détaillés que contient cet opuscule sont empreints d'une prudence qui en rendra la méditation très-fructueuse, même aux médecins les plus expérimentés.

Mais ce *criterium* est-il infaillible? Nous avons déjà vu, dans une citation précédente, que M. James le considère comme tel. Et, pour qu'il ne reste aucun doute sur sa pensée, il ajoute plus loin (p. 16) que « s'il n'est survenu, durant le traitement thermal, d'autres phénomènes que ceux qui résultent de l'excitation minérale ou de maladies étrangères à la syphilis, on doit regarder l'épreuve comme terminée et la guérison comme définitive. » Il y aurait, je crois, un véritable péril pour la santé publique à donner une solution pareille dans des termes aussi absolus. Mais pour faire bien comprendre les motifs et les bornes de notre divergence à cet égard, il importe d'entrer dans quelques explications.

Une récidive de syphilis constitutionnelle n'éclate pas dans des conditions tellement imprévues qu'on ne puisse, en tenant compte de l'époque où elle paraît, pénétrer la cause qui a mis en jeu la diathèse latente jusqu'alors. D'après l'observation, on doit compter parmi ces causes les émotions morales ou très-subites ou très-profondes, les fatigues et surtout la privation de sommeil, les excès alcooliques, une maladie fébrile, un régime devenu tout à coup trop ténu, ou trop succulent, etc., etc. Mais il est deux influences que l'expérience démontre être particulièrement décisives : ce sont le passage d'un climat à un autre; puis les changements de saison, et notamment le retour du printemps (qui repeuple annuellement à coup sûr le cabinet du médecin spécialiste). Or, à bien considérer l'action des eaux minérales, on voit qu'elles jouent justement le rôle de l'un de ces agents d'évolution ; mais d'autant plus précieux qu'on peut les employer à volonté, dans des conditions choisies, avec les auxiliaires que la prudence permet de leur ajouter, au degré et pendant le temps qu'on le désire. On reconnaît, en outre, que leur effet physiologique sur l'organisme se rapproche beaucoup de celui des deux causes que nous venons de signaler comme les plus puissantes. A ces divers titres, leur usage constitue donc une épreuve répondant à plus d'un besoin et bien digne d'être prise en considération. Mais leur jugement est-il sans appel? Celui qui est sorti de la piscine avec un verdict d'acquittement n'a-t-il plus à craindre les rigueurs d'une autre juridiction ? Pour le soutenir, il faudrait croire que la diathèse syphilitique est toujours à chaque moment également bien préparée à de nouvelles décharges ; il faudrait surtout admettre que les sollicitations artificielles de nos médications équivalent en pouvoir aux efforts lentement combinés qui amènent les crises dépuratives; il faudrait, en un mot, soutenir que le médecin peut toujours dicter à la nature le sens et l'heure précise de ses réponses..... Nous admirons ceux qui ont cette foi ; mais nous ne sommes plus d'un âge où l'on puisse la partager..... Revenons au livre de M. James.

Non-seulement l'emploi des eaux minérales est un élément de diagnostic; mais encore il coopère activement à la guérison des accidents qu'il a servi à mettre en lumière. C'est la seconde partie de la division de l'auteur, et celle où il se montre le mieux avec les qualités d'excellent observateur que nous avons déjà trouvées en lui. Il signale avec infiniment de sens deux circonstances éminemment différentes qui peuvent s'offrir dans l'application de la médication. « Les accidents qu'on a à combattre n'ont, dit-il, effectivement pas tous ni la même nature, ni la même gravité. Les uns ne sont, en quelque sorte, que le résidu de la maladie, et ils persistent quand bien même la cause qui les a produits a disparu ; ceux-là guérissent par la seule action des eaux. Les autres, au contraire, dépendent non plus du passage, mais de la présence actuelle du virus dans l'organisme; dans ce cas, les eaux seront impuissantes à guérir par leur seule vertu intrinsèque, et il faudra leur adjoindre l'emploi des spécifiques. »

D'accord avec M. James sur ce grand principe, nous ne le serions peut-être pas tout à fait sur son application. Ainsi, parmi les phénomènes qui ont une origine syphilitique, il range la *goutte militaire*, puis une sorte de pharyngite qu'il dit n'avoir vu décrite ni indiquée nulle part (1). A nos yeux, ni l'un ni l'autre de ces symptômes n'ont de relation, même par l'origine la plus éloignée, avec un état diathésique syphilitique. Nous appliquerions plus volontiers ces remarques à quelques accidents vraiment syphilitiques, mais qui restant ou récidivant *seuls*, sans qu'aucun autre signe accuse la persistance de l'intoxication, dépendent d'une susceptibilité particulière de la région qui en est le siége et n'indiquent plus du tout les remèdes antisyphilitiques. Tels sont, par exemple, les tubercules muqueux qui s'obstinent à reparaître à l'arrière-bouche et ne reparaissent que là ; les squammes cuivrées qui, toute autre manifestation syphilitique éteinte depuis longtemps, récidivent opiniâtrément à la paume des mains. Voilà les symptômes, réellement syphilitiques d'origine, mais passés à l'état de simple affection locale, auxquels s'applique plus justement, selon nous, l'observation de M. James, et que le traitement thermal modifie avantageusement.

Ces réserves ne signifient point que la même médication ne convienne pas aux suintements urétraux chroniques et à la pharyngite purement inflammatoire. M. James expose parfaitement bien comment elle doit être administrée dans ces cas si difficiles, et si fréquemment inaccessibles aux efforts de la médecine pharmaceutique.

Quant aux phénomènes plus graves qui sont les effets d'une infection encore en puissance actuelle, c'est là que les conseils de l'auteur sont surtout précieux. Il fait voir comment, alors qu'elles seraient impuissantes employées seules, les eaux minérales peuvent préparer et aider l'action des médicaments spécifiques, du mercure et de l'iode. Sous cette influence sagement combinée, on voit céder des accidents qui avaient résisté jusque là aux essais thérapeutiques les plus rationnels. Mais il ne faut pas suivre cette voie en aveugle. Souvent les premiers effets du traitement thermal exaspèrent les symptômes. Cesser alors momentanément ; mêler aux bains minéraux des bains d'eau tiède ; recourir même aux antiphlogistiques; faire ensuite intervenir les médicaments spécifiques tout en recommençant graduellement l'usage des eaux, tels sont les préceptes que M. James énumère, d'après son expérience, et ce qui vaut mieux encore, d'après de nombreuses observations que les médecins des thermes les plus accrédités se sont empressés, sur son invitation, de lui faire parvenir. C'est dans ce riche, cet unique amas de documents qu'il a pu puiser de quoi improviser, pour ainsi dire, au profit de ses lecteurs, des règles qui ne s'acquièrent en général que par une longue pratique, au prix de tâtonnements pénibles et de plus d'un mécompte.

Sous un troisième rapport, l'importance de la médication thermale méritait d'être rappelée aux praticiens. Le remède antisyphilitique par excellence, le mercure, ne s'administre pas toujours sans devenir la cause d'accidents plus ou moins sérieux. Le plus fréquent et le plus tenace est sans contredit la stomatite. Or les eaux minérales agissent, dans cette circonstance, de deux manières également, quoique diversement bienfaisantes; et M. James a le mérite d'avoir bien spécifié ce qui appartient à chacune d'elles.

En premier lieu, les eaux, notamment les sulfureuses, guérissent la salivation déterminée par des traitements mercuriels antérieurs. Puis, et surtout, les malades qui font usage de ces eaux peuvent, pendant la durée de leur administration, prendre du mercure sans que la salivation se reproduise.

Ce double avantage, qui n'est que la manifestation, dans des conditions diverses, de la même influence, ne peut être mis en doute, tant les autorités qui en ont confirmé à M. James la réalité sont nombreuses et respectables, tant leur opinion sur ce point s'est explicitement formulée. M. Fontan attribue ce résultat « à ce que le principe sulfureux neutralise l'excès du principe mercuriel, et en forme un sulfure de mercure insoluble et par suite inerte. » Nous repoussons cette explication ; car si elle était juste, quelques parcelles de soufre, introduites n'importe par quelle voie, devraient prévenir toute chance de salivation. Le fait même de la préservation par les eaux n'en est pas moins vrai, mais il s'interprète bien mieux au moyen de l'activité supplémentaire que leur action locale et générale détermine dans les sécrétions de l'organe cutané. — Il faut bien dire aussi que, confiants à l'excès dans leurs ondes favorites, beaucoup de médecins thermaux ne donnent le mercure qu'avec une parcimonie bien plus capable que toute théorie chimique ou physiologique de faire comprendre pourquoi le ptyalisme est si rarement observé par eux.

On peut voir, par cette analyse sommaire, à combien de questions négligées jusqu'ici touche le livre de M. James. Pour créer la science sur ces points encore inexplorés, il fallait se garder à la fois de la précipitation qui veut devancer l'expérience et de l'excès de réserve qui remet toujours le jugement au lendemain. Par l'heureuse pénétration de son esprit investigateur, M. James a su remplir, aussi bien qu'elle pouvait l'être en l'absence de tout travail antérieur, cette double condition; et les recherches ultérieures que son initiative pourra susciter sur ce même sujet montreront à coup sûr de plus en plus toute l'utilité, tout le mérite de ce premier essai.

P. DIDAY.

(1) J'ai décrit cette lésion dans le cours de mon travail sur *un état inflammatoire simple* pouvant simuler la syphilis constitutionnelle. (V. GAZ. MÉD., p. 304, année 1846.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA SYPHILISATION.

Ce ne sont pas les partisans de l'examen, ce ne sont pas ceux qu'on appelle les protecteurs de la syphilisation, qui ont engagé l'Académie dans la discussion de la doctrine; c'est le rapport de sa commission. Il pouvait être dans les désirs de l'Académie de ne pas aborder une question aussi délicate, aussi grave, avant de posséder de plus nombreux éléments d'appréciation; personne ne l'eût blâmée de cette réserve. Mais il ne fallait pas, à l'occasion d'un fait particulier, repousser la doctrine entière au nom du bon sens et de la morale. Du moment où l'on mettait le pied sur ce terrain, on devait y marcher avec les procédés réguliers de l'examen scientifique. En vain dit-on que le rapport ne présente pas de conclusions générales. On oublie que le débat n'est pas emprisonné dans les conclusions. Les conclusions sont seules proposées au vote de l'Académie; mais le corps du rapport peut être discuté depuis la première ligne jusqu'à la dernière. En soutenant, il y a huit jours, qu'une discussion était devenue nécessaire; en ajoutant qu'on la devait à la bonne foi, au talent, à l'autorité des hommes qui ont jusqu'à présent préconisé ou encouragé la syphilisation, nous n'avons pas songé un instant aux interprétations malveillantes; nous avons eu la ferme conviction de remplir un devoir, et c'était assez pour nous. Aujourd'hui nous nous en félicitons plus que jamais; nous sommes assuré par de nombreux et précieux témoignages d'avoir répondu au sentiment de presque tous les esprits sérieux. A la dernière séance de l'Académie, qu'est-il arrivé? A part quelques mots de M Velpeau, adversaire systématique (il s'en vante) de la syphilisation, deux orateurs ont pris la parole. et réellement, si nos élucubrations avaient quelque crédit, nous pourrions retrouver en entier dans notre dernier article le canevas de leur discours. L'un, qu'on n'accusera pas de s'être compromis par amour pour la GAZETTE MÉDICALE; l'autre, dont la ferme raison et l'autorité précoce ne seront pas niées de l'Académie qui vient de l'admettre, très-jeune encore, dans son sein. La scène changera peut-être mardi prochain. Cela est probable en effet. Cependant le premier inscrit est M. Ricord. Se posera-t-il en contempteur cavalier de la syphilisation? Viendra-t-il soutenir que c'est là une doctrine bonne à enterrer sans inspection ni vérification de décès? Nous en demandons bien pardon à notre ami, mais nous l'en défions! Si un tel rôle pouvait le tenter, nous le prierions de méditer auparavant les lignes qui suivent: « Dans des questions aussi graves, étudiées par des hommes qui se respectent, IL FAUT VOIR, VOIR AVEC CALME ET SANS PRÉVENTION. Les doctrines et les systèmes ne doivent faire qu'une sage opposition, *sans s'exposer à être rappelés à l'ordre par des faits nouveaux;* mais ils ne doivent accepter que ce qui est rigoureusement démontré. » Voilà ce qu'a écrit M. Ricord lui-même dans sa trente-deuxième lettre sur la syphilis; — à propos de quoi? à propos de la syphilisation! Ni les orateurs de l'Académie, ni nous-même, n'avons dit autre chose.

On affecte de tout confondre. On mêle ce qu'il y a, dans la syphilisation telle que l'a entendue l'ardent inventeur, de téméraire, d'inquiétant pour la santé publique, avec ce qu'elle peut contenir, sauf démonstration, de raisonnable et d'applicable; on associe violemment le fait scientifique avec la théorie pure et avec les déductions pratiques, et l'on forme avec le tout une sorte de monstre hideux, venimeux, féroce, dont on ne saurait trop fuir le contact. Là est l'injustice. De quoi s'agit-il au fond? De savoir: 1° si des inoculations successives de pus virulent amènent la décroissance successive des chancres qui en résultent, jusqu'à un état d'immunité complète, qui serait le signe de la syphilisation; 2° si la syphilis constitutionnelle, par laquelle font nécessairement passer les pratiques de la syphilisation, disparaît à mesure que les inoculations se multiplient, et peut être traversée assez rapidement pour n'avoir pas le temps de porter le désordre dans les organes; 3° enfin si, la syphilis constitutionnelle existant préalablement, on peut la guérir par les inoculations. Eh bien! supposez un instant que tout cela soit vrai, non pas même absolument et sans exception, mais seulement d'ordinaire. Est-ce que la pratique serait entraînée inévitablement aux extrémités que n'a pas craint d'envisager une fois M. Auzias? Est-ce qu'elle serait fatalement condamnée à la prophylaxie? S'imagine-t-on qu'il était besoin de si grands et si sévères avertissements pour rappeler que la syphilis n'est pas un mal nécessaire comme la variole, et ne fait pas naître un si impérieux besoin de moyens prophylactiques? Non pas, entendez-nous bien, qu'un bon vaccin antisyphilitique, s'il était jamais découvert, ne fût un grand bienfait — et c'est encore M. Ricord qui le dit en termes chaleureux dans un passage cité par M. Depaul; — mais les moyens actuels de la syphilisation sont trop loin de cet idéal pour trouver leur application hors d'une absolue nécessité. N'est-il pas évident encore que la démonstration du fait scientifique n'impliquerait aucunement l'application exclusive de la syphilisation au traitement de la syphilis constitutionnelle? Le mercure et l'iodure de potassium n'en seraient pas moins des agents précieux, auxquels il faudrait s'empresser de recourir; mais ils ont leurs moments d'impuissance, et c'est alors qu'on serait heureux de disposer d'une autre ressource. Laissez les enthousiastes caresser d'autres espérances: c'est le propre des inventeurs; ou plutôt blâmez-les de leurs excès, montrez le danger des perspectives où ils se perdent, corrigez-les, si vous pouvez: à la bonne heure; mais regardez toujours, car c'est votre devoir, s'ils ne partent pas d'un fait réel. Déjà même la sphère des exagérations se réduit. M. Auzias avait autrefois déclaré, dans une lettre à M. Ricord, qu'il n'entendait soumettre à sa méthode que les individus *très exposés* à la syphilis, et *surtout ceux qui en sont atteints à des degrés divers;* il a fait savoir, en outre, qu'il est disposé à abandonner à peu près toute la prophylaxie. La question se concentre donc d'elle-même, et rentre insensiblement dans les limites où nous regrettons qu'on ne l'ait pas renfermée tout d'abord.

Mais cette question, comment l'examiner? Nous avions dit à ceux qui veulent étouffer la syphilisation sans procès: *Mais si c'est une vérité?* On nous répond: « *Et si c'est une erreur?* Pour le prouver, il faudra faire d'innombrables victimes. » Le motif est des plus respectables et présenté avec modération; mais il prouve, ou qu'il est bien difficile de mesurer exactement sa pensée et ses expressions, ou que nous avons été bien maladroit. Non, nous n'imposons pas à la commission le devoir d'expérimenter sur l'homme; non, nous ne voulons pas exercer cette indigne pression sur sa conscience. Dans une question où la morale se mêle à la science, nous n'exigeons rien d'autrui, parce que nous-même nous ne sommes disposé à rien accorder; et celui qui écrit ces lignes le dit sans intention de blâme envers qui que ce soit, il eût reculé même devant des inoculations bien antérieures à celles de M. Auzias. Ce sont là des actes qui ne relèvent que

---

Feuilleton.

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN PROVINCE.

DEUXIÈME LETTRE (1).

A M. le docteur A. Dechambre, rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.

On dit et on répète sur tous les tons que la médecine est un sacerdoce, une mission divine, une vocation sacro-sainte; mais n'est-ce pas aussi une profession, et celui qui l'exerce n'a-t-il pas le droit de compter sur son produit pour vivre? Le médecin n'acquiert-il pas assez chèrement le privilége de se consacrer au bien de ses semblables et perd-il rien de sa dignité quand il exige la rémunération de ses peines, le prix de ses veilles, de ses angoisses, des périls auxquels il s'expose? Le prêtre n'est pas moins vénéré quoiqu'il vive de l'autel, et le haut fonctionnaire ne voit pas son autorité compromise parce qu'il touche de gros émoluments. Et pourtant on ne nous pardonne pas que nous fassions payer nos services. Cette injustice des individus à notre égard, cette ingratitude que rien n'explique, nous la retrouvons encore de la part de la société tout entière, toutes les fois que ceux qui la représentent ont à statuer sur les intérêts de notre art. C'est à ce point qu'on se demande comment il se fait qu'il se rencontre encore un jeune homme qui, voyant toutes les carrières ouvertes devant lui, consente à opter pour la nôtre, dont l'accès est le plus difficile et l'avenir si précaire. On cherche vainement la raison d'une telle préférence, et il faut y voir presque un dessein providentiel.

Vous croyez peut-être dans votre inexpérience, noble cœur, que ce titre de *docteur en médecine*, but de toutes vos aspirations, vous assurera une position en rapport avec ce qu'il vous coûtera de sacrifices de toutes sortes, de répugnances vaincues, d'études arides, etc. Erreur! erreur dont on ne s'aperçoit, hélas! que lorsqu'elle est déjà irréparable.

Le public attend de nous toutes les vertus, toute espèce de dévouement, non pour nous en faire un mérite, mais comme l'acquit d'une dette que nous aurions contractée envers lui. Le médecin qui marchanderait ses services et voudrait conserver quelque peu d'indépendance ameuterait l'opinion, habituée à disposer de lui. Naturellement on doit supposer qu'en échange de tant de sujétion, la société nous gratifie d'honneurs et de récompenses. Mais non. Par une étrange contradiction, la médecine est regardée de nos jours comme une profession ordi-

(1) Voir le n° 8.

de l'appréciation individuelle. Mais, à tort ou à raison, des expériences existent; commencées sur les animaux, elles ont été étendues à l'espèce humaine; on les a consignées dans les livres, dans les journaux; quelques-uns de leurs auteurs peuvent fournir des renseignements verbaux. C'est de n'avoir tenu aucun compte de tous ces éléments et d'avoir néanmoins formulé une réprobation générale contre la doctrine, que nous avons blâmé la commission. L'énumération des documents a été faite par les deux académiciens qui ont critiqué le rapport; elle n'est pas courte, et encore n'est-elle pas complète. Aux observations ou expériences de M. Auzias lui-même, de M. Sperino, du docteur L..., de MM. Marchal (de Calvi), Laval, Galligo, Nottini, Zélaschi, il faut ajouter les expériences de M. Puche à l'hôpital du Midi, et de M. Thiry à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. On voit que nous ne choisissons pas. Nous mettons au jeu le blanc et le noir, le pour et le contre, car MM. Puche et Thiry ont conclu contre la doctrine de la syphilisation. Quand donc on nous appelle des syphilisateurs, on seulement des protecteurs de la syphilisation, on altère notre pensée, on dénature nos intentions. Le jour où il sera démontré que la syphilisation est une erreur, nous serons aussi à notre aise pour le reconnaître que qui que ce soit au monde. Eh! n'avons-nous pas déjà donné la preuve de ce dégagement entier de nos convictions? Qui a le premier signalé l'insuffisance des faits allégués par M. Auzias, contesté ses interprétations, rappelé les faits contraires à sa doctrine? C'est nous, c'est la GAZETTE MÉDICALE! C'est elle encore qui, la première, a montré les imperfections du travail de M. Sperino et cherché à rétablir la vraie signification de ses expériences; et c'est elle qui, tout récemment, a jeté des doutes sur la valeur de l'observation de M. Zélaschi. Et nous pouvons ajouter (car c'est notre savant collaborateur M. Diday qui est en cause ici) que la critique n'a été nulle part plus sensée ni plus forte, en même temps qu'amie de l'examen. N'importe, elle aime la syphilisation, cette capricieuse GAZETTE MÉDICALE! Elle la protége! Nous ne savons ce qu'en pensent les vrais syphilisateurs; mais nous inclinons fort à croire qu'ils ne sont pas du même avis. Qu'ils veuillent bien croire à notre impartialité, c'est tout ce que nous leur demandons.

Enfin la discussion est engagée, et elle a déjà montré que tout n'est pas aussi clair qu'on voulait bien le dire. Dans le ravage porté au sein des expériences jusqu'ici publiées, quelques-unes sont restées debout, qui commandent au moins l'examen et appellent des explications. Certains faits affirmés par les syphilisateurs sont reconnus exacts, au moins dans un grand nombre de cas; par exemple, le défaut d'accidents constitutionnels après un temps assez long; on explique cette immunité par le défaut d'induration des chancres qui ont fourni le pus; mais l'explication va heurter à son tour l'opinion de syphilographes qui accordent au chancre non induré autant de virulence qu'au chancre induré. Les uns reconnaissent que l'organisme peut arriver à un état de saturation syphilitique qui le rend impropre, pour le moment du moins, à contracter de nouveaux chancres, même par inoculation; mais d'autres ne voient dans l'immunité des filles publiques comptant de nombreuses années de service, que le résultat d'une sorte d'imperméabilité dont jouiraient des organes endurcis, etc. Au milieu de ces opinions différentes ou contradictoires, nous tâcherons de bien préciser la question en ce qui concerne spécialement la doctrine et le fait de la syphilisation, et de tenir un juste compte des documents acquis. Notre jugement n'ira que jusqu'où les documents le conduiront; il ne les dépassera ni dans un sens ni dans l'autre. Il a déjà été et il sera sans doute encore question de la *vaccination antisyphilitique* de M. Diday: sur ce point spécial, nous regarderions comme une sorte d'usurpation de répondre à sa place; il décidera lui-même de l'opportunité de son intervention.

A. DECHAMBRE.

HÉMATOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES D'HÉMATOLOGIE (lues à l'Académie des sciences, séance du lundi 31 mai 1852); par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24, 25, 26 et 30.)

SCORBUT.

Les trois principes immédiats importants du sang, les globules, l'albumine et la fibrine peuvent être modifiés dans leur quantité soit isolément, soit deux à deux, soit simultanément tous les trois.

Nous avons successivement étudié: 1° la diminution des globules qui se traduit au dehors par l'ensemble morbide auquel on a donné et auquel nous conservons le nom d'*anémie*. Nous avons étudié et cherché à préciser les nombreuses circonstances capables de produire cette modification du sang. 2° La diminution de l'albumine du sérum du sang, diminution qui se traduit par des hydropisies aiguës et chroniques et qui se manifeste également dans des circonstances fort différentes. 3° Reste la diminution de proportion de la fibrine: c'est elle que nous allons étudier ici, et c'est à cette diminution de proportion que nous donnerons le nom d'*état scorbutique*, état que nous ne confondrons pas avec le scorbut.

ÉTAT SCORBUTIQUE.

Dans l'état normal, le chiffre de la fibrine est 2,5 sur 1,000 parties de sang. Les limites physiologiques peuvent être placées entre 2 et 3. Il faut donc que le chiffre de la fibrine soit tombé au-dessous de 2 pour admettre que cet élément du sang est diminué.

Cette diminution peut être un état symptomatique commun à un certain nombre de maladies aiguës ou chroniques. Elle peut aussi constituer toute la maladie; alors elle est une variété du scorbut proprement dit.

ÉTAT SCORBUTIQUE SYMPTOMATIQUE DE MALADIES CHRONIQUES OU DE MALADIES AIGUES.

MALADIES CHRONIQUES. — On rencontre cette diminution dans un certain nombre de cas d'anémies, de maladies de Bright, d'hydropisies et de maladies du cœur. Un mot de détail sur chacun d'eux est nécessaire, car la fréquence avec laquelle cette diminution se produit est loin d'être la même dans ces diverses affections.

A. *Anémies*. Dans 8 cas d'anémie dont nous avons donné l'histoire, une seule fois la fibrine est tombée au-dessous de 2.

B. *Maladies de Bright*. Sur 15 cas aigus, une seule fois, et une seule fois également sur 13 cas chroniques.

C. *Hydropisies par diminution de l'albumine*. Dans 11 cas aigus, 2 fois la fibrine est tombée au-dessus de 2, et 2 fois également dans les 12 cas d'hydropisie cachectique.

D. *Maladies du cœur*. C'est surtout dans ces affections que la fibrine

---

naire, presque comme un métier, et l'on ne voit dans le médecin qu'un homme qui *vend* les soins qu'on requiert de lui, ni plus ni moins qu'un artisan mû par l'appât du salaire. Cette appréciation est devenue si générale qu'on a coutume à présent de demander au médecin—quand on croit lui devoir quelque chose—une note détaillée comme un mémoire ou une facture. Il y a même cette différence tout à notre détriment: c'est qu'il est loisible au marchand de refuser sa marchandise et à l'ouvrier son travail, tandis qu'à nous on nous dénie le droit de nous dérober à des exigences tyranniques. Aucun moment du jour ne nous appartient. Notre sommeil, nous le devons au premier venu. Je ne veux certes pas récriminer contre des obligations auxquelles nul de nous ne songe à se soustraire; mais du moins je réclame, pour prix d'une vie de labeurs et d'abnégation, l'admiration et le respect qu'inspirent dans d'autres sphères de bien moindres mérites. Où est la profession qui se laisse pressurer comme la nôtre, et qui accepte sans protestation un rôle de plus en plus intolérable?

Dans le pays que j'habite, les honoraires sont au rabais. Comme partout où la population ouvrière est nombreuse, l'aisance est fort rare: je veux dire cette aisance qui laisse un peu de superflu, et sur laquelle le médecin ose revendiquer ce qui lui est dû. La majorité des clients peut donc être considérée comme indigente, et par conséquent improductive d'honoraires. Je me suis demandé bien souvent pourquoi les communes qui se chargent de la subsistance de leurs pauvres, et pourvoient aussi, dans certaines limites, aux frais de leurs maladies, croient pouvoir se décharger de toute responsabilité pour ce qui est des soins médicaux. On parle d'une loi sur l'*assistance publique*; peut-être réparera-t-elle l'injustice que je signale. Non-seulement c'est un impôt onéreux que nous supportons arbitrairement, mais encore sa répartition est d'une inégalité choquante. Je prouverai, en effet, tout à l'heure qu'il pèse presque entièrement sur un petit nombre, et encore sur les plus nécessiteux d'entre nous. La question d'humanité est hors de cause dans cette discussion; car, quoi qu'il advienne, jamais la philanthropie du médecin ne fera défaut au malheureux. Je n'accuse que les institutions sociales d'être iniques à notre égard.

Ainsi, tandis qu'on prodigue de riches traitements aux fonctionnaires de tous les degrés, on impose la gratuité à notre corps pour la plupart des services publics qu'il est appelé à rendre, et quant à ceux que l'État rétribue, c'est avec tant de parcimonie qu'il serait en quelque sorte plus désirable pour notre dignité qu'ils ne fussent pas rémunérés du tout.

Nous avons été témoin, dans ces derniers temps, des abus auxquels ont donné lieu les sociétés de prévoyance qui se sont fondées de toutes part. Le principal motif de leur existence étant de parer aux éventualités de la maladie, le premier et plus important rouage était sans conteste le médecin. Eh bien! on a vu la concurrence abaisser de telle façon le taux des honoraires, que le rouge me monte au front quand je songe à la dégradation que n'ont pas craint d'infliger à notre profession d'imprudents confrères. Mieux vaudrait encore, je le proclame avec amertume, se sacrifier tout entier que de se prostituer en détail.

Et s'il plaisait à toutes les classes de la société de s'assurer ainsi mutuellement contre les chances de la maladie, qu'on songe au rôle qui reviendrait au médecin! Les barbiers d'autrefois eussent été de grands seigneurs comparés à nous.

Dans certaine localité que je ne veux pas nommer, il existe un hôpital. De

tend à diminuer. Aussi sur 15 cas au premier degré, 3 fois la fibrine est descendue au-dessous de 2. Dans 23 cas au deuxième degré, 5 fois, et dans 31 cas au troisième degré, 12 fois. Ainsi sur ces 69 cas, la fibrine a diminué 20 fois d'une manière très-notable. Il ressort également de ces chiffres que c'est à mesure que les maladies du cœur approchent de leur terminaison fatale, que la fibrine tend à diminuer.

Il y a quelques autres affections dans lesquelles la diminution de la fibrine survient aussi consécutivement; telles sont la syphilis constitutionnelle, les affections cérébrales anciennes, les paraplégies remontant à plusieurs années et approchant de leur terminaison fatale. Nous ne pouvons que signaler ces faits, il ne nous a pas été donné de faire des analyses de sang dans de telles circonstances; mais l'examen des symptômes prouve jusqu'à l'évidence que cette diminution a lieu.

Maladies aiguës. — Il est un certain nombre de maladies aiguës dans lesquelles la fibrine diminue d'une manière constante. Il est bon toutefois de faire observer que dans ces affections la diminution de fibrine ne se produit que dans deux circonstances bien déterminées: 1° quand ces maladies aiguës se prolongent et durent très-longtemps; c'est ce qui a lieu dans beaucoup de fièvres typhoïdes, dans les suppurations prolongées; 2° dans certaines formes spéciales de ces maladies: telles sont la variole hémorrhagique, la rougeole hémorrhagique et la scarlatine hémorrhagique, la fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes hémorrhagiques. Enfin on doit peut-être faire une classe à part de la fièvre jaune et de certaines fièvres intermittentes. Le sang n'a pas été analysé, il est vrai; mais d'après les phénomènes qui se produisent, il est à présumer que la diminution de la fibrine est considérable.

Les caractères de l'état scorbutique symptomatique sont au nombre de deux, qui sont: 1° la production d'hémorrhagies sous-cutanées ou à la surface des membranes muqueuses; 2° une débilité relativement plus considérable de toutes les fonctions. Ce sont des faits sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister.

SCORBUT IDIOPATHIQUE.

Dans un certain nombre de cas bien évidents et dont la quantité est heureusement beaucoup moins considérable qu'autrefois, la modification survenue dans la fibrine arrive d'une manière primitive; elle constitue toute la maladie, elle est en un mot le caractère anatomique de l'affection.

Cette modification de la fibrine n'est pas toujours semblable à elle-même, et la différence de résultat que l'on obtient dans l'analyse du sang des scorbutiques oblige en quelque sorte à établir une triple distinction dans le caractère anatomique de cette maladie.

Si l'on prend, en effet, un certain nombre de malades atteints de ce qu'on est convenu d'appeler scorbut et qu'on étudie l'ensemble des phénomènes qui le traduisent au dehors, on trouve que l'expression symptomatique se présente sous deux formes bien distinctes:

1° Le scorbut aigu;
2° Le scorbut chronique.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur cette expression symptomatique dont la description se trouve dans tous les traités de pathologie. Mais ce qui est important, c'est de savoir si ces deux expressions symptomatiques correspondent à la même altération du sang. Nous ne possédons pas un grand nombre d'éléments pour résoudre la question, mais nous pensons l'avancer cependant avec le petit nombre d'analyses que nous avons faites.

1° Scorbut aigu. — Dans le scorbut aigu, le sang ne présente aucune modification appréciable. Des hémorrhagies se produisent dans diverses parties du tissu sous-cutané et des membranes muqueuses, les malades sont affaiblis, des douleurs vagues et continues existent dans les membres, et cependant la quantité des globules, celle de l'albumine et de la fibrine, ne sont pas changées, elles oscillent dans les limites physiologiques, bien plus, dans quelques cas même la proportion de fibrine est notablement augmentée. Il faut cependant qu'elle ait subi une modification quelconque dans sa texture, dans ses proportions physiques, puisqu'elle permet au sang de filtrer à travers les parois des vaisseaux capillaires, ce qu'elle ne fait point dans l'état normal. On invoque en pareil cas l'augmentation de proportion de soude, et on admet que cette quantité étant accrue, la fibrine se dissout plus facilement, devient plus fluide, moins facilement coagulable et permet ainsi la filtration du sang. Sans contredit il en est ainsi dans quelques cas, et nous admettons volontiers que toutes les fois que l'on trouve un sang plus fluide, moins facilement coagulable, à demi diffluent, et que dans ce sens la proportion de fibrine est dans les limites physiologiques, il y a nécessairement une augmentation de proportion de soude, augmentation de proportion dont la conséquence est l'altération physique de la fibrine. Mais de bonne foi en est-il de même quand on trouve la fibrine augmentée de quantité ou normale, et que le sang est facilement coagulable et avec des propriétés tout à fait physiologiques.

L'augmentation de proportion de la soude dans le sang n'est pas encore démontrée, et nous ne connaissons pas de faits bien positifs et irrécusables qui permettent de la reconnaître. Et cependant, on est tout à fait porté à l'admettre, attendu qu'elle est en rapport avec l'étiologie bien connue du scorbut aigu dans beaucoup de cas (usage exclusif des viandes salées) et avec les résultats également bien positifs de la thérapeutique dans la plupart des cas (méthode acide). Nous allons, du reste, revenir dans un instant sur ce dernier sujet.

Quoi qu'il en soit, voici les faits que nous possédons, et qui démontrent bien la nature de l'altération du sang dans le scorbut aigu.

Il y a quatre ans, nous avons lu, à l'Académie des sciences, un mémoire relatif à la composition du sang chez 6 femmes de la Salpêtrière, atteintes de scorbut aigu.

Chez ces 6 femmes, 3 fois la fibrine était au-dessus des limites physiologiques, et 3 fois ses proportions étaient normales.

Depuis ce temps, nous avons observé deux faits, dont voici le résumé et les analyses.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Homme de 48 ans. Scorbut semi-aigu, remontant à six semaines.	Homme de 21 ans. Scorbut aigu, remontant à un mois et ayant débuté par l'affection des gencives.
Densité	1050,30	1057,75
Eau	786,80	783,75
Globules	142,82	125,05
Parties solides du sérum	67,88	89,00
Fibrine	2,50	2,20

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SÉRUM.

Densité	1026,53	1031,60
Eau	920,00	898,40
Albumine	64,80	89,66
Matières extractives et sels	14,40	11,90

tout temps un médecin et un chirurgien étaient attachés à ce petit établissement; chacun d'eux recevait une *indemnité* de 300 fr. C'était peu assurément. Cependant les annales de la cité ne disent pas que jamais ces deux places aient manqué de postulants. Mais voici que l'une d'elles devenant vacante par la mort du médecin, l'administration, après avoir laissé s'écouler une année et avoir ainsi gagné 300 fr., avise le moyen de faire une nouvelle économie. Elle réunit ces deux services en un seul, et décerne au chirurgien le titre de *médecin en chef*, avec une augmentation de traitement de 100 fr. par an. Mais en même temps, la commission, considérant dans sa sagesse que, pour être médecin en chef, on n'en est pas moins tributaire de tout le cortége des maladies qui affligent l'espèce humaine, et voulant assurer aux malheureux confiés à ses soins les secours de l'art, la commission, dis-je, a jugé à propos de désigner un médecin adjoint, en lui allouant une somme de 100 fr. par..... an. Voilà certes un exemple assez significatif du degré de considération que nous accordent certaines gens. Il arrivera probablement un jour que la même administration, frappée de ce qu'il y a d'insolite à rétribuer des médecins dans un asile ouvert à la charité, supprimera tous émoluments, et ne trouvera pas moins des candidats pour des fonctions de plus en plus honorifiques.

Il en coûte d'avouer que de pareilles atteintes à la dignité du corps médical ne pourraient pas se commettre, si nous refusions de nous en rendre complices.

La loi veut que les décès soient constatés par un homme de l'art : d'où la nécessité pour chaque commune de rétribuer un médecin chargé de cette fonction. Dans la ville dont je viens de parler à présent, les praticiens, sans nul concert préalable—il y en a si peu entre eux—se prêtent avec la plus admirable complaisance à une petite mystification consacrée par les années, et qui, au préjudice de l'un d'eux, exonère la cité d'une obligation à laquelle, sans cela, elle ne pourrait se soustraire.

Voici comment nos honorables confrères ont réussi à s'empêcher l'un l'autre d'obtenir la place de *médecin vérificateur des décès :* quand un de leurs malades vient à trépasser, ils délivrent à la famille un certificat, au vu duquel l'autorité permet l'inhumation; mais si d'aventure le défunt s'est privé de l'assistance d'un médecin, alors s'élève le conflit. Personne ne veut se déplacer pour faire la corvée. Dans ce cas, survient un *réquisitoire de M. le maire* qui enjoint à l'un des médecins de l'endroit d'accomplir la formalité voulue par la loi. Mais qui payera cette visite? La famille du décédé, si bon lui semble; car rien ne l'y oblige, et de ce menu détail M. le maire ne se préoccupe nullement. Il y a dans tout cela, dira-t-on, de l'arbitraire gros comme une montagne, un procédé révoltant : c'est possible, et je confesse que c'est là l'impression que j'en ai ressentie personnellement; mais il est malheureusement vrai qu'il se trouve des médecins qui se complaisent à la soumission et ne se soucient guère de ce qu'ils doivent à l'honneur du corps, non plus qu'à leurs intérêts collectifs.

Enfin, et ceci est le comble de l'abjection, je connais un chef-lieu d'arrondissement, siége d'une garnison nombreuse, et où la prostitution compte un personnel assez raisonnable. La police y exige les garanties que réclame partout la santé publique. On s'imagine sans doute qu'un médecin est chargé *ad usum* par l'autorité de la visite des filles publiques, et que le caractère de son investiture officielle protége sa dignité contre le dommage que pourrait y porter la

Dans ces deux cas, la fibrine occupe les limites physiologiques inférieures, mais aussi la maladie tendait à passer à l'état chronique.

SCORBUT CHRONIQUE.

Dans le scorbut chronique, les choses se passent d'une manière tout à fait différente que dans le scorbut aigu. La fibrine est constamment modifiée, et cette modification consiste dans une diminution de quantité; c'est une diminution analogue à celle qui se produit dans l'état scorbutique symptomatique des diverses maladies chroniques. L'augmentation de proportion de la soude arrive-t-elle en même temps que la diminution de fibrine se manifeste? Cela est possible, nous dirons même que cela est probable; mais la démonstration est encore à faire.

Quoi qu'il en soit, voici les analyses de deux cas de scorbut chronique, dont un a été saigné deux fois.

ANALYSE DE 1,000 GRAMMES DE SANG.

	Homme de 32 ans, commis. Scorbut chronique remontant à quinze mois, et dont la cause est inconnue.	Homme de 23 ans, sorti récemment de l'infanterie de marine, où il a contracté le scorbut chronique. Cette maladie remonte à dix-huit mois.	
		Analyse avant le traitement.	Analyse après deux mois de traitement.
Densité du sang. . .	1060,33	1061,46	1059,88
Eau.	763 54	765,93	778,05
Globules	152,97	176,21	135,79
Parties solides du sang	81,69	56,54	84,02
Fibrine.	1,85	1,32	1,14

ANALYSE DE 1,000 PARTIES DE SÉRUM.

Densité du sérum. .	1026,22	1020,61	1029,10
Eau	909,55	931,24	902,40
Albumine.	75,84	57,61	85,62
Mat. extract. et sels.	14,61	11,15	12,24

Ce qui frappe dans ces deux observations, ce sont les résultats suivants: 1° le chiffre extrêmement élevé des globules avant le traitement, chez les deux malades, et l'abaissement chez le second, après un traitement de deux mois par la méthode acide et un régime convenable; 2° dans le deuxième cas, le chiffre très-bas de l'albumine avant le traitement et son élévation après. Ce qui probablement est la conséquence de l'alimentation tonique et des vins généreux qui lui avaient été administrés.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

La connaissance de la composition du sang éclaire certainement la thérapeutique du scorbut. Pour bien comprendre la corrélation entre ces deux ordres de faits, il est indispensable de considérer à part le scorbut aigu et le scorbut chronique.

SCORBUT AIGU. — La conservation du chiffre normal de la fibrine et quelquefois son augmentation de quantité, le chiffre souvent élevé des globules, l'intégrité de celui de l'albumine justifient l'emploi d'une méthode longtemps tombée dans l'oubli, et que des succès assez nombreux ont justifiée. Cette méthode, c'est l'emploi d'une ou même de deux saignées générales au début de la maladie. Lind, Sydenham l'avaient déjà préconisé en pareille circonstance. M. le professeur Cruveilhier y insiste beaucoup dans son traité d'anatomie pathologique. Dans les scorbuts aigus qui ont fourni le sang de nos analyses, M. le docteur Fauvel, à l'hospice de la Salpêtrière, s'est très-bien trouvé également de l'emploi de cette méthode. Enfin, nous-mêmes n'avons eu qu'à nous en louer. Presque toujours cette émission sanguine, que justifie du reste l'état général des individus atteints, a été suivie d'un amendement notable dans les symptômes.

Après la saignée, le repos, une hygiène bien entendue, et surtout la méthode acide, constituent le traitement le plus convenable pour combattre la maladie.

SCORBUT CHRONIQUE. — La méthode qui réussit le mieux en dehors des soins hygiéniques, qui exercent du reste une influence immense dans le traitement du scorbut, est certainement la méthode acide.

Cette méthode consiste dans l'emploi des acides végétaux sous toutes les formes, l'acide citrique, l'acide acétique, l'acide tartrique, ou plutôt dans l'emploi des aliments végétaux frais dont ces acides font la base active. Si nous parlons ici de cette méthode, à l'égard de laquelle nous n'avons aucune prétention à revendiquer, c'est uniquement parce qu'elle s'explique d'une manière très-simple par la supposition de l'augmentation de proportion de soude dans le sang.

Voici, en effet, comment on s'en rend compte: tous les acides végétaux introduits dans l'estomac, à l'exception toutefois de l'acide oxalique, sont absorbés, passent dans le sang, où ils sont brûlés, et sortent par les urines à l'état d'acide carbonique combiné avec la soude du sang, c'est-à-dire de carbonate de soude. L'effet de l'introduction et de la combustion des acides végétaux est donc la formation du carbonate de soude qui est éliminé par les urines, et par conséquent la soustraction d'une certaine quantité de soude au sang.

Si donc le scorbut consiste dans une augmentation de proportion de la soude du sang, l'emploi des acides végétaux doit avoir pour conséquence la guérison de la maladie, puisqu'il soustrait l'excès du principe qui la constitue précisément. Nous avions donc raison d'avancer que la réussite du traitement et l'explication qu'on en donne étaient jusqu'à présent les raisons les plus évidentes pour faire admettre la théorie de l'augmentation de soude.

Il ne faut pas croire toutefois que la méthode acide soit toujours suivie de succès: ainsi, dans un des deux cas dont nous avons analysé le sang, deux mois de traitement n'ont amené absolument aucune amélioration dans les symptômes ni aucune augmentation dans la proportion de fibrine; il a seulement augmenté l'albumine et diminué les globules. Encore est-on en droit de se demander si ce n'est pas le traitement hygiénique auquel a été soumis le malade, l'alimentation tonique, le vin, etc., qui a produit ce résultat plutôt que la méthode acide, qui cependant a été rigoureusement observée.

CONCLUSIONS.

1° Dans la plupart des maladies chroniques, ou bien spontanément à la suite de modifications hygiéniques de diverse nature, les trois principaux éléments du sang, c'est-à-dire les globules, la fibrine et l'albumine peuvent augmenter ou diminuer isolément, deux à deux, ou tous trois simultanément. Ces associations dépendent de la nature des maladies ou de l'espèce de modificateurs auxquels les individus ont été soumis.

---

nature de ses fonctions. Eh bien! non; il n'en est rien. C'est un des nôtres qui, sans mandat spécial, traite de gré à gré avec les maisons de tolérance, à tant par visite et par.... tête. Qui sait si bientôt ce service ne sera pas mis en adjudication *avec publicité et concurrence*?

Tout ceci est de l'histoire et j'en garantis l'exactitude.

Or c'est par de semblables condescendances que le médecin se dégrade. Si encore, en compensation de ses intérêts personnels qu'il offre en holocauste à la société, celle-ci lui vouait une considération proportionnée à son dévouement, il pourrait s'en consoler; mais non; qu'on en soit bien persuadé; plus le médecin s'efface, plus il fait abnégation de soi, et plus aussi il perd de son prestige aux yeux du public. C'est pourquoi je jette le cri d'alarme: *caveant consules!*

En France où beaucoup plus que dans toute autre contrée d'Europe, la médecine est déchue de son rang, la société nous exploite de deux manières. Les places honorifiques qui mettent le praticien en évidence et le recommandent sont dévolues à ceux qui sont en faveur auprès de l'autorité; ce sont habituellement les heureux et les satisfaits dont on veut accroître l'importance. Les fonctions rétribuées reviennent encore aux mêmes à titre de dédommagement. De telle sorte qu'il se trouve dans chaque localité au moins un médecin pour lequel tout va pour le mieux et qui ne comprend pas que ses confrères ne se contentent pas de son bonheur. Quant au service des pauvres, cette mission de charité qui s'accomplit dans l'ombre, qui n'a que Dieu pour témoin et le contentement de soi pour récompense, il est réservé tout entier au praticien modeste et ignoré qui ne connaît de la clientèle que les mansardes et les haillons.

Parmi tous les supplices inventés par le Dante dans son enfer fantastique, y en a-t-il un plus cruel que celui du médecin condamné au spectacle perpétuel de la misère, quand lui-même souffre en secret les plus dures privations, et qu'il ne peut offrir au malheur qu'une compassion stérile?

Je vais quitter ce chapitre, sur lequel il y aurait encore tant à dire, pour aborder un sujet d'un autre ordre.

De toutes les plaies qui rongent notre profession, la tolérance qu'on accorde à l'*exercice illégal de la médecine* n'est certes pas la moindre. Il s'agit ici d'une maladie par *cause externe*, le parasitisme. Qui songe à en réprimer les innombrables abus? De temps à autre quelques condamnations insignifiantes sont arrachées aux tribunaux. Mais le gros de cette armée immonde se prélasse dans l'impunité. Pourquoi? parce que les puissants et les hauts seigneurs de notre corps n'en ressentent point les atteintes et que les humbles reculent devant les dégoûts d'une dénonciation individuelle. Au demeurant, l'opinion publique ne manque jamais de déverser le blâme sur celui qui a le courage de combattre à visage découvert l'empirique imposteur qu'elle a pris sous son patronage.

Aussi, quel spectacle!

Ici, c'est une misérable matrone, dont les antécédents se perdent dans la fange d'un lupanar, qui se persuade et qui fait accroire au vulgaire stupide qu'elle possède des arcanes contre tous les maux; une courtisane éhontée qui, partant d'un point de vue assez original, en vérité, confond dans une même catégorie tous les *gros ventres* de l'un et de l'autre sexe pour s'en attribuer la

2° Les globules diminuent dans le cours de la plupart des maladies chroniques, dont la durée se prolonge, et en particulier les maladies organiques du cœur, la maladie de Bright chronique, la chlorose, la cachexie paludéenne, les hémorrhagies, les émissions sanguines considérables, les flux, la dernière période de la tuberculisation, la diathèse cancéreuse. Les globules diminuent également toutes les fois que des individus ont été soumis à une alimentation insuffisante ou insuffisamment réparatrice, à une aération insuffisante, à l'humidité, à l'obscurité, etc., etc.

3° L'albumine du sérum du sang diminue dans un certain nombre de circonstances, qui sont la maladie de Bright, la cachexie paludéenne, les maladies du cœur au troisième degré, les anémies symptomatiques considérables, la diathèse cancéreuse. L'albumine diminue encore à la suite d'une alimentation insuffisante.

4° La fibrine est conservée à l'état normal et quelquefois augmentée dans le scorbut aigu. Elle diminue dans le scorbut chronique et dans l'état scorbutique symptomatique d'un certain nombre de maladies chroniques. C'est dans les maladies organiques du cœur que cet état scorbutique est le plus fréquent et le mieux caractérisé.

5° Dans tous les cas précédents, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente, et devient beaucoup plus considérable que dans l'état normal.

6° La diminution de proportion des globules se traduit spécialement par les phénomènes suivants : décoloration de la peau, palpitations, dyspnée, bruit de souffle au premier temps du cœur et à la base de cet organe, bruit de souffle intermittent dans les artères carotides, bruit de souffle continu dans les veines jugulaires.

7° La diminution de proportion de l'albumine, alors même qu'elle n'est pas très-considérable, lorsqu'elle a lieu d'une manière aiguë, détermine rapidement la production d'une hydropisie. Lorsque cette diminution a lieu d'une manière chronique, elle détermine également la production d'une hydropisie ; mais il faut qu'elle soit bien plus considérable que quand elle est aiguë. Considérée d'une manière générale, l'hydropisie est le caractère symptomatique de la diminution de proportion de l'albumine du sang.

8° La diminution de proportion de fibrine se manifeste par la production d'hémorrhagies cutanées ou muqueuses.

9° Dans l'anémie symptomatique d'hémorrhagies considérables, de l'alimentation insuffisante, de flux abondants, l'altération du sang est caractérisée par la diminution de la densité, l'augmentation de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal ou quelquefois une légère diminution de l'albumine, la conservation du chiffre normal de la fibrine.

10° Dans la chlorose, qui est une affection tout à fait distincte de l'anémie, et qui en diffère sous sept rapports divers qui ont été mentionnés plus haut, les altérations du sang peuvent manquer complétement. Quand elles ont lieu, elles consistent dans l'augmentation de proportion de l'eau, la diminution des globules, la conservation du chiffre normal ou l'augmentation de l'albumine, la conservation ou l'augmentation de la fibrine.

11° Dans la maladie de Bright aiguë, les altérations du sang consistent dans la conservation du chiffre des globules, la conservation du chiffre de la fibrine et la diminution de l'albumine. Dans la maladie de Bright chronique, il y a diminution du chiffre des globules, diminution de l'albumine et conservation du chiffre de la fibrine, ou même diminution.

12° La plupart des hydropisies regardées comme essentielles sont dues à la diminution de proportion de l'albumine du sang. Elles sont aiguës ou chroniques, et reconnaissent la plupart du temps pour origine une cause matérielle, qui consiste dans une déperdition quelconque des parties solides ou liquides de l'organisme.

13° Dans les maladies du cœur, le sang s'altère de plus en plus à mesure que les individus atteints approchent de la terminaison fatale. Les altérations de ce liquide consistent dans la diminution simultanée des trois éléments du sang, globules, albumine, fibrine, et dans l'augmentation de l'eau.

14° Dans le scorbut aigu, le sang ne subit aucune modification appréciable de ces principes. Dans le scorbut chronique, la fibrine est notablement diminuée de quantité, et parfois les globules considérablement augmentés. Dans l'une et l'autre forme, l'augmentation de proportion de soude du sang explique tous les faits ; mais elle n'est point encore démontrée.

15° Toutes les modifications précédemment étudiées exercent une grande influence sur la thérapeutique de ces divers états morbides. Chaque élément du sang est modifié par une méthode thérapeutique spéciale. La diminution de proportion des globules est combattue par les ferrugineux ; la diminution de proportion de l'albumine, par le quinquina et l'alimentation tonique et fortifiante ; la diminution de la fibrine et l'augmentation de la soude du sang, par l'alimentation tonique et les acides végétaux.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UNE APPLICATION NOUVELLE DES MÉTAUX A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE LA CHLOROSE ; lue à l'Académie des sciences le 18 mai 1852, et à l'Académie de médecine le 1er juin, par le docteur BURQ.

(Suite. — Voir le n° 29.)

Par quel autre métal peut-on remplacer le fer à l'intérieur, lorsqu'il est nuisible ou sans effet?

Les succédanés du fer, si toutefois il nous est permis de les appeler ainsi, sont encore en bien petit nombre, et nous ne connaissons que l'oxyde de zinc qui mérite véritablement ce titre. Mais aussi est-ce parce que le métal qui, après le fer, aurait rendu vraisemblablement le plus de services, inspire faussement, peut-être, tant de craintes aux malades et aux médecins, qu'il n'a dû venir qu'à l'idée d'un bien petit nombre de praticiens d'en faire usage.

Nous n'avons nous-même aucun fait particulier à faire connaître sur l'emploi du cuivre à l'intérieur, parce que nous ne sommes pas placé de manière à avoir jamais pu l'expérimenter en toute sûreté ; mais que nos confrères ou nos maîtres dans les hôpitaux consentent à faire l'essai de ce métal sous une forme appropriée, ainsi que celui des métaux or, argent, platine, etc., qu'ils auront vu agir à l'extérieur, après avoir été forcés de

---

compétence exclusive et se créer une spécialité nouvelle dans les annales de l'aberration de l'esprit humain.

Là, c'est un grossier paysan, tout ahuri d'être pris au sérieux, qui après avoir, à l'aide de procédés mystiques, réduit des fractures et des luxations *absentes*, est devenu graduellement le guérisseur en renom de la contrée, traitant avec la plus parfaite quiétude les affections les plus graves au moyen de quelques herbes qu'il récolte sur son chemin. Les malades meurent, il est vrai ; mais le public est convaincu qu'ils seraient *bien plus morts* entre les mains d'un médecin.

De toutes parts les pharmaciens usurpent nos droits et transforment ouvertement leurs officines en cabinets de consultations, au grand préjudice de la santé publique. J'en connais qui ne conçoivent aucun scrupule à délivrer des médicaments actifs sans ordonnance et des potions insignifiantes pour des cas graves qui nécessiteraient promptement l'intervention de l'homme de l'art. Combien n'ai-je pas vu déjà de pneumonies et de fièvres typhoïdes parvenues à la seconde et à la troisième période, qui n'avaient été traitées jusqu'alors que par des pharmaciens et sur de simples renseignements ! Ces faits déplorables, que je cite à la charge de leurs auteurs et sans songer à en faire peser la lourde responsabilité sur une profession que j'estime et que j'honore profondément, ces faits sont de notoriété publique et se renouvellent en province à toute heure du jour.

Et l'autorité laisse faire avec la plus stoïque indifférence.

Que s'il était question du moindre délit prévu par nos codes et non du crime de meurtre par le fait de l'exercice illégal de la médecine, sans aucun doute la répression serait prompte et énergique ; mais en pareille matière, les parquets sont frappés de cécité et de surdité incurables.

Les gens du monde s'arguent volontiers du principe de liberté qui règne dans la pratique des professions ordinaires pour l'étendre abusivement à l'art de guérir, et revendiquent en faveur de tout malade le droit de confier à qui bon lui semble le soin de sa guérison. Étrange raisonnement ! auquel j'ai vu maintes fois applaudir par des hommes que la loi a préposés à la garde de ses prescriptions et au maintien de nos droits.

Rien n'égale l'incurie des magistrats à l'endroit de l'exercice illicite de la médecine. Sans aucune sollicitude pour les besoins les plus précieux de la société, ils laissent la santé publique tomber aux mains ignorantes de tous les médicastres improvisés qui font la honte de notre temps. Mais si je déplore un semblable déni de justice, je m'indigne contre l'apathie des sociétés médicales, et surtout des jurys médicaux, qui devraient et qui pourraient efficacement protéger notre profession contre les envahissements dont elle a tant à souffrir.

Mais voici venir encore ce préjugé qui consiste à regarder comme indigne de nos préoccupations tout ce qui touche à nos intérêts matériels. On pourrait, entends-je souvent dire, nous supposer animés par un mobile sordide. Argument faux, s'il en fut jamais ; car, outre que nous avons le *droit* de sauvegarder nos priviléges, ce n'est pas seulement *pro aris et focis* que nous agirions. Il est aussi de notre *devoir* de veiller à la salubrité des populations, et d'éclairer l'autorité sur les objets qui sont essentiellement de notre domaine.

renoncer au fer et au cuivre, et nous avons lieu d'espérer qu'un jour la thérapeutique se trouvera enrichie de plusieurs agents métalliques non moins sûrs qu'otiles. La malade de M. Rostan, qui était très-sensible an laiton (cuivre, 2 parties; zinc, 1), avait éprouvé du bien de l'oxyde de zinc administré en pilules; que serait-il donc arrivé si on lui avait donné, soit des limailles de fer et de cuivre dans la même proportion qui sert à faire le laiton, soit un sel à double base de zinc et de cuivre, s'il en existe?

Mais pour que les métaux puissent arriver à donner dans cette nouvelle voie tous les résultats que chacun peut et doit en attendre, il faut que la détermination des différentes aptitudes ne soit plus une difficulté pour personne. Sans doute les explorations métalliques faites, ainsi que nous les avons conseillées, c'est-à-dire avec de petites plaques de métaux différents qu'on applique successivement sur les surfaces anesthésiques et amyosthéniques jusqu'à ce qu'on soit arrivé à trouver le métal qui fait revenir la sensibilité et la motilité, sont ordinairement faciles et servent d'ailleurs une fois pour toutes; mais quelquefois ce simple tâtonnement ne laisse pas que de demander une certaine habitude, et peut même présenter une véritable difficulté lorsqu'il s'agit de déterminer le métal pour une affection autre qu'une affection nerveuse. C'est pour obvier à ces inconvénients que nous avons entrepris une série d'expériences avec un galvanomètre très-sensible dont les poignées habituelles sont remplacées successivement par des cylindres ou des bracelets de différents métaux. Les résultats auxquels nous sommes arrivé ne sont encore ni assez nombreux ni assez sûrs pour donner plus que des espérances, mais tels qu'ils sont ils suffisent pour encourager d'autres expérimentateurs à nous imiter; et afin que ces dernières lignes ne soient pas perdues, nous dirons « que tous les physiologistes qui ont tenté de saisir la force nerveuse avec les galvanomètres, pourraient bien ne devoir la plupart de leurs déceptions qu'à ce que, leurs poignées étant toujours de même métal, ils ne pouvaient obtenir que bien rarement des résultats identiques. »

Je me résume et je dis :

« La chlorose, ainsi que la dyspepsie qui la précède, n'est jamais que le symptôme d'un état ou d'une maladie nerveuse; elle arrive consécutivement et presque nécessairement sous l'influence des phénomènes asthéniques : anesthésie, amyosthénie, aménorrhée, etc., qui caractérisent la plupart des affections nerveuses, et se guérit de même par n'importe quel moyen ou quel agent qui ramène la sensibilité, la motilité, la menstruation, etc., à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit pas autrement qu'une armature de ce même métal par exemple. Une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions, et bientôt le sang retrouve dans les aliments eux-mêmes et pas ailleurs tous les éléments nécessaires à sa reconstitution. »

Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme minéral, dont elle serait une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend capables d'exercer une action spéciale directe sur la force nerveuse, de l'attirer vers eux quand on les applique à la surface du corps, et de la mettre en mouvement lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable.

Cette propriété variable pour les différents métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer presque autant d'aptitudes métalliques qu'il existe de métaux. De là il résulte que, dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets d'un métal à l'intérieur ou à l'extérieur, tandis qu'un autre, qui se serait très-bien trouvé au contraire de l'usage d'un second métal, n'éprouve rien du premier, si même il ne lui arrive des accidents de son administration intérieure. L'ignorance de ces aptitudes, et d'ailleurs la presque impossibilité de les constater avant que les métaux ne fussent entrés dans la voie nouvelle que nous leur avons ouverte, fut souvent nuisible, et il importerait qu'à l'avenir on pût éviter, dans l'administration des substances des sels et des oxydes métalliques, les tâtonnements et l'empirisme. Si nous ne faisons pas erreur, les applications extérieures des métaux, déjà si utiles par elles-mêmes, sont très-propres pour cela, et désormais ces nouveaux agents, devenus en outre comme tout autant de pierres de touche (à de nouvelles choses il faut de nouveaux mots, ou tout au moins étendre la signification de ceux qui existent), par l'heureuse rivalité qui semble exister entre leur action intérieure et leur action extérieure, seraient d'un grand secours non-seulement pour nous éclairer dans le choix des anciennes formules, mais aussi pour nous aider sûrement à en créer des nouvelles.

Messieurs les membres de l'Académie, tel est le nouveau travail que j'ai demandé à avoir l'honneur de vous lire. J'aurais bien voulu n'aborder cet important sujet qu'avec tous les détails qu'il comporte; mais comme vous ne vous êtes pas encore prononcés sur mes précédentes communications, j'ai dû me borner cette fois à une simple note, me réservant de lui donner plus tard toute l'extension qu'elle mérite, comme aussi d'y introduire toutes les modifications qu'une plus longue expérience aura rendues nécessaires. Maintenant, messieurs, permettez-moi de mettre à profit la faveur qui m'est accordée aujourd'hui pour vous rappeler brièvement quelques travaux déjà anciens et vous dire les titres, bien que modestes, que je crois avoir à votre haute bienveillance.

Mes premières communications, l'Académie s'en souvient peut-être, ont eu pour but de prouver l'efficacité, disons mieux, la presque spécificité des anneaux de cuivre jaune contre les accidents nerveux du choléra. Lorsque nous avons commencé nos expériences sur les cholériques, nous n'avions d'autre titre et d'autre recommandation qu'un peu de zèle, et cependant, je dois m'empresser de le reconnaître, plusieurs membres éminents de la compagnie, MM. Rostan, Husson et Martin-Solon à l'Hôtel-Dieu, M. Michel Lévy au Val-de-Grâce, ont bien voulu comme M. Nonat, alors notre maître à l'hôpital Cochin, accorder à notre activité qui se produisait à la fois dans ces trois hôpitaux une bienveillante protection dont nous ne perdrons jamais le souvenir. En revanche, qu'il nous soit permis de dire que, quelque limités qu'aient été les services rendus par les métaux à cette funeste époque de 1849, tant à cause du petit nombre d'armatures dont nous pouvions seulement disposer, que du peu de temps que nous avions à consacrer à chacun de ces établissements hospitaliers (Val-de-Grâce, Hôtel-Dieu et Cochin), cependant ils ne peuvent être encore totalement oubliés, ni de M. Rostan qui, dans ses leçons cliniques sur le choléra (GAZ. DES HÔP., 8 nov. 1849), les recommande à ses élèves en ces termes : « *Vous avez vu ce moyen employé dans nos salles presque toujours avec succès;* » ni de M. le professeur Lévy, dont un des aides les plus distingués, M. le docteur Masselot, a publié des observations où l'on voit les phénomènes nerveux les plus rebelles disparaître ou revenir presque à volonté par l'application ou l'enlèvement prématuré des anneaux de coivre; ni enfin de M. Nonat qui, pendant toute l'épidémie de 1849, se reposa presque toujours

---

Je conclus par une citation empruntée à M. Ed. Carrière (Suppl. au DICT. DES DICT. DE MÉD., art. *Médecin*) :

« Le médecin est investi d'un sacerdoce et vit d'une industrie. » Et j'ajoute en manière d'aphorisme :

Que, pour être fondé à exiger d'un homme de la dignité, il faut au préalable lui assurer le nécessaire.

Cette sentence est peu poétique assurément, mais je la tiens pour incontestable.

Belfort, 10 juin 1852.

Dr ALEX. MAYER.

— Par décision du 21 avril 1852, M. Méry, chirurgien-major du 34e de ligne, est nommé médecin principal de l'hôpital militaire de Thionville.

— ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DE TURIN. Cette Académie a composé son bureau pour l'année courante de MM. Demichelis, président; Sachero, vice-président; Garbiglietti, secrétaire général; Peyrani et Porporari, secrétaires particuliers; Bertini, trésorier; Demarchi, archiviste.

— On sait que la fièvre jaune sévit en ce moment à Rio-de-Janeiro. Le ministre de la marine, pour préserver nos équipages des atteintes du fléau, a décidé que les bâtiments de guerre français adopteraient comme point de relâche Bahia, au lieu de Rio de-Janeiro, pendant la durée de la maladie.

— Les journaux anglais parlent d'une épidémie de fièvre jaune qui aurait éclaté dans nos colonies des Antilles. Il est vrai que quelques cas isolés se sont manifestés, principalement parmi les soldats de la garnison; mais ces cas ont cessé et n'ont présenté aucun caractère épidémique.

— ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Dans le semestre qui finit à la fin de mars 1852, il est mort à Londres 28,445 personnes, ou 491 de plus que dans les semestres précédents; mais en revanche 1,019 de moins que dans le semestre correspondant de 1851. La différence porte principalement sur la coqueluche la rougeole, la bronchite, la pneumonie et l'apoplexie. En revanche, la variole, la scarlatine et surtout l'érysipèle ont fait un plus grand nombre de victimes. La variole compte 236 décès et l'érysipèle autant; enfin la fièvre puerpérale a enlevé 252 femmes. Relativement à l'âge, 12,723 ou 44,71 p. 100 avaient moins de 15 ans, 9,571 ou 33,63 p. 100, de 15 à 60 ans; et le reste, ou 6,050, 60 ans et au delà. Relativement au sexe, 14,411 décès parmi les hommes, contre 13,944 parmi les femmes. Plus d'un sixième de cette mortalité a été constaté dans les hôpitaux, hospices et établissements de bienfaisance. Le nombre des naissances a été de 11,984 plus élevé que celui des décès, augmentation énorme qui annonce une émigration rapide vers la moderne Babylone de l'Angleterre.

sur nous du soin de décramper les cholériques de ses salles. Peut-être aussi l'Académie se rappelle-t-elle encore que dans une de ses séances du mois d'octobre de 1849, deux médecins, MM. Durand et Defaucomberge, ont eu l'honneur de l'informer qu'à Biesles où ils avaient été envoyés en mission, les armatures avaient si bien et si souvent réussi entre leurs mains, que dès qu'il y avait ensuite un cholérique dans une famille, les habitants du pays, presque tous ouvriers couteliers, improvisaient des anneaux avec des bandes de melchior qu'ils ont tous en abondance, et les appliquaient d'urgence sans même attendre leur arrivée.

Après l'étude et la démonstration des effets du cuivre sur les phénomènes nerveux du choléra, nous nous sommes occupé en plusieurs fois d'abord des effets *physiologiques*, puis de l'action curative des applications extérieures de métal dans toute une grande classe de névroses. La nouvelle doctrine et le nouveau traitement de ces affections sont fondés, la première sur le rôle que nous avons cru reconnaître à l'anesthésie et à l'amyosthénie dans la production des phénomènes névralgiques et spasmodiques, et le second sur les propriétés nouvelles qu'un hasard heureux, puis des expériences multipliées, nous ont permis de constater dans les applications métalliques pour rétablir dans la majorité des cas la sensibilité et la motilité, *lorsque leur altération n'est due à aucune cause organique*, ou mieux les fonctions nerveuses dont elles sont les deux plus larges expressions. Différents auteurs, en première ligne MM. Gendrin et Beau, se sont occupés les premiers de l'anesthésie, mais nul seul, M. Macario, a dit quelque chose de l'amyosthénie, et personne, que nous sachions, n'a considéré l'un ou l'autre phénomène qu'au point de vue de la symptomatologie, et nullement de l'étiologie des affections nerveuses. Dans notre doctrine, au contraire, l'anesthésie et l'amyosthénie, ainsi que tous les autres phénomènes que nous avons appelés asthéniques, l'*aménorrhée*, la *dyspepsie*, la constipation, etc., sont la cause immédiate de tous les désordres névralgiques et spasmodiques et même des désordres intellectuels d'un certain nombre de folies; elles constituent l'une et l'autre une sorte de *pouls nerveux* propre en tout temps à donner des notions exactes sur le degré et la nature de la maladie, et quel que soit l'agent auquel on ait donné la préférence dans le traitement, « *il doit, pour être efficace, avoir une action directe ou éloignée, mais certaine, sur l'anesthésie et sur l'amyosthénie, sans quoi il pourra bien ne pas empêcher la guérison spontanée, mais il ne sera certainement pour elle d'aucune utilité.* » Les applications de métal, la commission de l'Académie en a des preuves nombreuses, sont très-propres pour cela, et tout à l'heure nous avons essayé de démontrer que les préparations martiales, quoique données à l'intérieur, n'agissaient pas autrement que nos armatures. Ce que nous avons fait pour le fer et pour le zinc, une autre fois il nous sera plus facile encore de le faire pour la strychnine, la gymnastique, l'hydrothérapie, l'électricité, la médication révulsive, etc., etc., et les bains, surtout lorsqu'ils sont donnés dans une baignoire dont le métal se trouve approprié à l'individu malade.

Maintenant je n'ajoute plus qu'un mot. Si l'Académie veut bien songer à toutes les difficultés que j'ai eu à surmonter pour créer et faire construire tous les appareils et instruments qui servent au nouveau traitement, et à la somme de bienveillance qu'ont dû me valoir mes efforts pour qu'il m'ait été possible de démontrer en divers lieux l'action physiologique et curative des métaux en applications extérieures; si elle veut bien considérer, en outre, les sacrifices de toute nature, ceux de temps surtout, que mes nombreuses expériences et mes recherches ont dû me coûter, et par conséquent la nécessité où je me suis trouvé de renoncer de bonne heure aux succès et aux avantages divers que l'on obtient quelquefois sans dépenser plus de temps ni de soins et sans emprunter plus à soi-même, j'ose espérer que dans la question ardue et épineuse non moins qu'importante que j'ai soulevée, et à laquelle j'ai déjà voué ma vie et toutes mes espérances, cette savante compagnie voudra bien enfin m'accorder la seule récompense que j'aie ambitionnée jusqu'ici, je veux dire une preuve de bienveillance ou d'intérêt pour mes recherches.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DE PARIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent: 1° *Mémoire sur la suppuration bleue, avec des recherches nouvelles sur la pyogénie et la composition du pus*; par M. Pétrequin. 2° *Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie*; par M. Dubreuilh. 3° *Du développement spontané de gaz dans le sang, considéré comme cause de mort subite*; par M. Durand-Fardel. 4° *Note sur les fonctions des muscles peauciers du cou*; par M. Foltz. 5° *Cystite aiguë, tumeur abdominale de nature douteuse, complications, guérison*; par M. Renouard. 6° *Extirpation d'une tumeur cancéreuse du sein chez l'homme par l'emploi de l'acide sulfurique monohydraté uni au safran*; par M. Vignolo. 7° *Mémoire sur l'existence du manganèse dans le sang, sur son rôle dans l'économie animale et sur la préparation de quelques nouveaux produits pharmaceutiques de fer et de manganèse*; par M. Burin du Buisson. 8° *Nouvelles recherches sur le rachitisme*; par M. Michel Rambaud. 9° *Considérations critiques sur l'électro-puncture, par l'électricité par courant centrifuge ou centripète, et sur l'électrisation des extrémités nerveuses dans leur application à la médecine*; par M. Duchenne.

MÉMOIRE SUR LA SUPPURATION BLEUE; par M. PÉTREQUIN.

Ce singulier phénomène de la suppuration bleue, plusieurs fois étudié par les physiologistes et les chimistes, n'a pu encore être expliqué. L'hypothèse dont il a été tout d'abord l'objet de la part de savants très-distingués, celle de la présence, dans le pus, d'un composé analogue au bleu de Prusse, est tombée devant l'expérience, comme on peut le voir dans un travail de M. Conté publié par la GAZETTE MÉDICALE en 1842, et nous ne sachions pas qu'on ait procédé depuis à de nouvelles vérifications. M. Pétrequin ayant eu sous les yeux, en 1851, l'exemple d'une suppuration *verte, tirant sur le bleu*, commença d'abord par examiner le pus au microscope; mais cet examen n'apprit rien sur le phénomène en question. On constata seulement que les globules du pus étaient nombreux, circulaires ou elliptiques, souvent irréguliers dans leurs contours; que les *noyaux* étaient assez régulièrement circulaires; que les *nucléoles*, les *globules pyoïdes*, les *granules* et les *lamelles de fibrine concrète* se présentaient sous le même aspect que dans le pus ordinaire. Sans pousser plus loin l'investigation microscopique, M. Pétrequin se retourna du côté de la chimie; mais d'abord il constata une différence entre la couleur du pus et celle des pièces d'appareil. Le pus lui-même, qui était crémeux, fétide et nauséabond, n'était pas, comme il a été dit, précisément bleu, mais d'une teinte verte ou gris verdâtre. Les pièces de pansement offraient deux teintes: l'une superficielle, évidemment bleue ou d'un vert bleu; l'autre plus profonde, sensiblement verdâtre. Il importait donc d'étudier séparément le pus et les pièces de pansement: c'est ce que fit l'auteur, assisté de M. Burin du Buisson, pharmacien chimiste à Lyon.

Les expérimentateurs avaient quelque motif d'attribuer la coloration gris verdâtre du pus à la présence du sulfure de fer, ou peut-être de sulfures alcalins; mais cette vue allait contre l'opinion de physiologistes très-éclairés, qui nient absolument l'existence du fer dans le pus; elle allait, par suite, contre un principe de physiologie qui compte aussi d'habiles défenseurs, à savoir que les voies circulatoires sont parfaitement closes et ne peuvent laisser passer à travers leurs parois les globules sanguins, qui seuls pourraient mêler du fer au produit de la suppuration. Le pus serait donné uniquement par le sérum, lequel transsudant à travers les parois des capillaires enflammés, entraînerait avec lui une certaine quantité de fibrine dissoute, destinée à se transformer en globules de pus. Ne pouvant nous engager ici dans une discussion sur la pyogénie, non plus que sur les conséquences que le principe de l'emprisonnement rigoureux des globules entraînerait relativement à la nutrition et aux sécrétions, nous nous en tiendrons à la question de fait, et nous rappellerons seulement, avec M. Pétrequin, que des chimistes d'une grande autorité admettent la présence de composés ferreux dans le pus. « Lorsqu'on brûle, dit Berzélius, le charbon difficile à incinérer que laisse le pus, on obtient, comme en brûlant celui de la matière colorante du sang, une cendre d'un jaune rouge, qui, indépendamment de sels, contient aussi de l'acide ferrique. Pearson a trouvé de l'oxyde de fer dans le résidu de l'incinération du pus. Burdach range la *cendre rougeâtre et ferrugineuse* que donnent également le pus et le sang parmi les analogies qui rapprochent ces deux liquides. Preuss donne comme un caractère distinctif entre le pus et le mucus cette particularité qu'on trouve de l'oxyde de fer dans les cendres du pus, tandis qu'il n'y en a pas dans celles du mucus.

Une remarque se présente tout de suite à l'esprit: la chimie a des procédés trop sûrs, en ce qui concerne la recherche du fer, pour qu'on puisse expliquer par quelque vice dans les expériences l'opinion de ceux qui n'ont pas trouvé de composés ferreux dans le pus. Il est probable, au contraire, que le pus n'était réellement pas ferrugineux. Et comme une erreur n'est pas plus admissible de la part de ceux qui affirment avoir trouvé du fer,

on arrive à penser que les deux ordres d'expériences n'ont pas eu lieu dans des conditions identiques, et la supposition la plus naturelle est que le pus dans lequel le fer a été constaté était sanguinolent, tandis que l'autre était parfaitement pur. Le mot *sanguinolent* n'est peut-être pas très-exact; car il peut se faire encore que des globules de sang, primitivement mêlées au pus, aient disparu en y laissant du fer. Ce n'est là, disons-nous, qu'une supposition; mais à s'en tenir au fait, il paraît du moins avéré que le pus tantôt contient du fer et tantôt n'en contient pas; et comme on ne voit pas que le fer puisse venir d'autre source que de la partie globulaire du sang, il est difficile de ne pas admettre que cette partie ne contribue pas quelquefois, d'une manière ou d'une autre, à la formation du liquide qu'on recueille sous le nom de pus. Il suffit même de réfléchir aux conditions ordinaires de la suppuration, particulièrement à l'état d'hypérémie qui la précède et aux déchirures vasculaires qui doivent résulter de la distension des parties enflammées, pour comprendre qu'il en doit être ainsi le plus souvent. Seulement, et c'est une distinction qu'il ne faut pas perdre de vue en physiologie pathologique, puisque le pus peut exister dans ses éléments caractéristiques sans adjonction de composés ferreux, la présence du fer, et par là même l'intervention des globules sanguins dans la suppuration, ne fait pas partie essentielle du phénomène et doit être considérée comme accessoire, quelque fréquente d'ailleurs qu'elle puisse être. Considéré en lui-même, ce fait ne suffirait donc pas à ébranler le principe de l'imperméabilité des vaisseaux capillaires par les globules sanguins; le pus se formerait sans intervention des globules quand les capillaires ne seraient que distendus par le sang; il contiendrait des globules sanguins, et par suite du fer, quand les capillaires auraient été rompus en quelque point. Et nous répétons ce que nous disions à l'instant, que la rupture peut avoir eu lieu à une certaine époque du travail inflammatoire, sans laisser de trace apparente au moment où l'on recueille le pus, sans empêcher enfin ce liquide d'être blanc et crémeux.

On voudra bien remarquer que la question dont nous venons de poser les termes n'a pas une connexion nécessaire avec celle qui fait l'objet du travail de M. Pétrequin. Il s'agit de savoir pourquoi le pus est quelquefois bleu ou verdâtre; rien n'empêche de se placer en dehors de toute théorie pour rechercher l'élément chimique de la coloration, et l'on pourrait prouver que cet élément est fourni en tout ou en partie par les globules sanguins, sans contrarier en rien l'opinion qui exclut les globules de la formation *régulière* du pus. Ce serait du pus, *plus* du sang, ayant subi certaines réactions chimiques; voilà toute la conséquence qu'il y aurait à en tirer. C'est pour cela que nous ne suivons pas l'auteur — non pourtant sans quelque regret — dans sa très-habile dissertation sur le rôle des globules dans la nutrition et les sécrétions, et que nous nous attachons seulement à ses expériences.

M. Pétrequin commence par prouver que du pus louable, blanc et crémeux, dégagé de toute impureté, et pris sur divers malades, peut contenir du fer. Incinéré dans une capsule de porcelaine, ce pus a laissé une cendre rougeâtre offrant l'aspect du peroxyde de fer. Le résidu a été soumis à l'action de l'acide nitrique monohydraté; puis, après avoir ajouté de l'eau distillée et obtenu une solution presque complète, on a fait évaporer jusqu'à siccité. Le nouveau résidu a été dissous dans l'eau distillée, et, après ébullition, on l'a fait passer sur un filtre préalablement lavé à l'eau distillée, puis à l'eau pure acidulée, puis à l'eau pure, pour enlever tout soupçon d'impureté. Trois parts ont été faites de ce liquide filtré et toutes trois ont donné les réactions du fer. La première, avec quelques gouttes d'hydrosulfate d'ammoniaque, a fourni un précipité noir floconneux qui s'est déposé au fond du vase; la deuxième, avec de l'hydro-ferro-cyanate jaune de potasse, a donné lieu à une réaction bleue, et au bout de quelques jours il s'est précipité du cyanure de fer d'un beau bleu; la troisième, avec de l'ammoniaque, a fourni deux précipités: l'un en flocons bruns, rougeâtres, qui, par leur pesanteur spécifique, ont promptement gagné le fond du vase (oxyde de fer); l'autre en flocons blancs, d'une densité beaucoup moins grande (magnésie). D'autres expériences rapportées un peu plus loin ont également décelé la présence du fer. En outre, MM. Pétrequin et Burin du Buisson ont trouvé dans le pus une notable proportion de manganèse qui se rencontre aussi, comme on sait, dans le fluide sanguin. Du pus en grande quantité a été incinéré et traité comme ci-dessus. On a alors séparé le fer par le benzoate d'ammoniaque, puis séparé le benzoate de fer par le filtre. Le liquide filtré a été évaporé à siccité, et le résidu salin divisé en deux parts: l'une, chauffée avec la potasse caustique, a donné une belle coloration verte (par la formation du manganate de potasse) qu'une goutte d'acide faisait passer au rose; l'autre, fondue au chalumeau avec du verre de borax, a communiqué à ce dernier une belle couleur violette.

C'est au fer seulement et non au manganèse que l'auteur fait jouer un rôle dans la production du pus *vert*. On se rappelle que ce pus était en même temps fétide; il répandait une odeur d'hydrogène sulfuré. On devine dès lors l'explication des auteurs. *La réaction de l'hydrogène sulfuré sur le fer du pus a déterminé dans le liquide une coloration verdâtre due à la formation du sulfure de fer.* Berzélius dit expressément que la teinte verte « caractérise le sulfure de fer disséminé en molécules très-déliées dans les solutions. » Chose un peu singulière! les auteurs qui, ont fait, comme on vient de voir, de nombreuses expériences sur le pus de divers malades, ne disent pas avoir constaté directement l'existence du fer, ni par conséquent avoir vérifié leur explication, chez le sujet qui a fourni le pus verdâtre. Ils paraissent avoir déduit la présence de l'acide hydrosulfurique uniquement de l'odeur et de la coloration noirâtre des bandelettes de diachylon, et la présence du fer, dans ce cas particulier, uniquement du résultat constant des expériences entreprises sur d'autres malades. La formation du sulfure de fer leur a semblé dès lors une conséquence nécessaire de la réaction.

Mais une démonstration plus directe est donnée en ce qui concerne la coloration des pièces de pansement. Partant toujours de l'idée théorique que cette coloration était due au sulfure de fer, les auteurs ont imaginé de la reproduire artificiellement. Voici l'expérience. « Une portion de ce pus fétide fut étendue sur la partie moyenne d'une longue compresse de toile, de manière à former une couche peu épaisse, mais large de 4 à 5 centimètres sur 6 à 7 de long. Un bout de linge fut trempé dans une solution très-étendue de sulfate ferreux, et dès qu'il fut imprégné, on le tint élevé de façon à ce que le liquide découlât et descendit peu à peu par son propre poids à la rencontre de la couche purulente. Aussitôt qu'il rencontrait cette dernière, il y avait réaction: il se produisait çà et là des colorations vertes, en forme d'arborisations irrégulières. C'était un sulfure de fer à l'état naissant, produit par la réaction des composés sulfureux du pus sur le fer de la solution. » Quand le sulfure était produit en grande quantité, la teinte devenait sombre et noirâtre. C'est ce qui arriva également chez la malade, un jour qu'elle fut pansée avec des linges imbibés d'une solution de lactate de fer, à la dose de 1 gramme sur 500 grammes d'eau. Le lendemain, le linge, au lieu d'être vert, se trouvait d'un noir bleuâtre. Dans une autre circonstance, la solution n'étant que de 5 centigrammes de sel par 500 grammes d'eau, les pièces d'appareil devinrent d'un vert bleu foncé.

Enfin, nous avons dit que les taches du linge, chez la malade en question, vertes dans la couche profonde, étaient *bleues* superficiellement. Relativement à la cause spéciale de cette dernière coloration, l'auteur n'est pas arrivé à des résultats précis. La matière colorante rougit par l'acide nitrique et bleuit par l'ammoniaque; elle ne se comporte donc pas comme le bleu de Prusse, mais comme la teinture de tournesol ou le sirop de violette, en un mot comme les matières colorantes bleues d'origine végétale. Mais d'où vient-elle? M. Sédillot s'était déjà demandé si la composition des pièces de pansement jouait ici un rôle spécial (GAZ. MÉD., 1850, p. 658); M. Pétrequin a repris cette idée, et voici à quoi il est arrivé. Avec la charpie et les compresses de l'hôpital, la coloration bleue était manifeste chaque matin. Elle manquait, ou au moins était masquée, quand on employait des compresses trempées dans une solution métallique susceptible de donner une réaction fortement colorée, comme celle de sulfate de fer ou de sous-acétate de plomb. Le pansement avec du papier mou supprimait la coloration, qui reparaissait dès qu'on revenait au pansement avec les linges. On prit un des linges qui avaient été colorés en bleu, on le lava à l'eau distillée après l'y avoir fait bouillir, avec la précaution de le rincer à plusieurs reprises. On s'en servit ensuite pour panser la plaie; la coloration bleue ne se montra pas. On revint à la charpie et au linge de l'hôpital, la coloration reparut. L'influence des pièces de pansement était donc évidente. Fallait-il s'en prendre à certaine préparation dont les blanchisseuses se servent pour *passer au bleu* le linge lessivé? On est censé employer l'indigo ou le bleu de Prusse; mais à cause du prix élevé de ces substances, on se contente ordinairement du tournesol en pains. Un linge fut passé au bleu de tournesol, après l'avoir d'abord lavé à l'eau distillée; il servit ensuite au pansement. Il n'y eut pas de réaction bleue; mais quand on pansa avec le linge ordinaire, on s'aperçut que le phénomène de la coloration bleue avait cessé entièrement. Le pus était devenu moins fétide, et la plaie tendait à la cicatrisation.

On voit que ce phénomène reste encore assez obscur. On sait d'ailleurs que la couleur bleue n'appartient pas aux globules purulents, puisque, si l'on filtre le liquide, le sérum seul reste coloré, et M. Sédillot a réussi à reproduire artificiellement la coloration bleue avec de la sérosité dont il faisait, durant plusieurs jours, arroser des compresses à pansement placées sous une cloche. Ce qui paraît, quant à présent, ressortir des expériences de M. Pétrequin, c'est qu'il n'y a pas, à proprement parler, de suppuration *bleue*. Le pus, au lieu d'être bleu, est *vert*, et la couleur bleue n'est due qu'à une réaction qui se passe sur les linges à pansement, au contact de la sérosité filtrée, pour ainsi dire, à travers les pièces de l'appareil. Voilà du moins l'opinion la plus probable.

NOTE SUR LES FONCTIONS DES MUSCLES PEAUCIERS; par M. FOLTZ.

Ces deux muscles, si exceptionnellement remarquables par leur situation, ne sont-ils, comme les classiques l'enseignent, qu'un organe d'expression pour les passions diverses? M. Foltz ne leur attribue pas une fonction aussi bornée. Selon lui, ils ont pour usage principal de contrebalancer l'action de la pression atmosphérique de manière à assurer la continuité et la régularité de la circulation veineuse du cou, et l'exercice libre et facile des mouvements du larynx et de la trachée-artère.

M. Foltz rappelle d'abord que, par leurs rapports et leur position, les peauciers s'étalent au devant du cou comme une toile légèrement concave en avant. Or, quand une fibre musculaire courbe se contracte, son premier effet est le redressement. En conséquence, les peauciers en se contractant se redresseront et gonfleront le cou comme pour l'effacer. L'expérience faite avec le galvanisme par la méthode de M. Duchenne donne ce résultat; mais on voit le phénomène d'une manière à la fois plus facile et plus sensible chez une personne maigre qui contracte volontairement ces muscles. Les creux sus-claviculaires et sus-hyoïdiens s'effacent alors.

D'ailleurs, la nature de leurs fibres pâles comme celle des muscles de la vie organique montre qu'ils jouissent, outre la contractilité volontaire, d'une contractilité permanente tonique.

Ainsi, la contraction des peauciers opère une tendance à la production du vide dans les organes creux situés derrière eux, tels que les veines et le canal aérien. Cette action est d'autant plus nécessaire pour assurer la circulation veineuse dans les jugulaires que ces veines parcourent un long trajet dans une région où des mouvements nombreux et étendus favorisent leur aplatissement, et qu'elles ne présentent, pour résister à la pression de l'atmosphère, aucune de ces connexions protectrices dont M. Bérard a si bien montré l'existence relativement aux autres veines de même importance. La nature y a pourvu, et beaucoup plus efficacement, puisque c'est d'une manière active, à l'aide des muscles peauciers.

La même protection est réalisée pour le larynx et une portion de la trachée par les peauciers. Jusqu'ici les anatomistes l'avaient attribuée à l'aponévrose cervicale; mais cette toile fibreuse ne peut servir que d'intermédiaire à l'action des peauciers. Comment, en effet, serait-il possible qu'un tissu non élastique comme celui de l'aponévrose se tendît dans une forte inspiration, c'est-à-dire au moment où ses attaches inférieures se rapprochent des supérieures? Elle devrait se creuser, au contraire. D'ailleurs, pourquoi se creuse-t-elle dans la fosse jugulaire? C'est parce que, dans cet endroit, les peauciers manquent. Enfin, la veine jugulaire externe si volumineuse est située *en dehors* de l'aponévrose cervicale; elle ne pouvait donc être protégée contre la pression atmosphérique que par le peaucier.

La pression de l'air extérieur agit constamment; mais il est cependant des cas où elle s'exerce plus fortement et où l'action défensive des peauciers est plus spécialement mise en jeu. Ainsi:

Dans l'inspiration, les peauciers préviennent l'aplatissement des veines du cou, et y attirent même le sang comme dans une sorte de diverticulum.

Les peauciers, à ce que l'on savait déjà, prennent une part active à l'expression des passions. Par une sage prévoyance de la nature, les mêmes muscles qui concourent à exprimer le rire ou la colère, concourent à en atténuer, lorsqu'ils sont portés trop loin, les effets pernicieux sur l'économie. Dans le rire immodéré, par exemple, où l'expiration reste parfois si prolongée, la congestion des veines du cou que les peauciers tiennent dilatées, prévient la congestion cérébrale jusqu'à ce que le sang reprenne son cours à travers les poumons.

Dans le chant, non-seulement leur contraction produit les mêmes effets relativement à la circulation veineuse, mais encore elle facilite les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, et concourt à l'ampliation du tuyau aérien, laquelle est nécessaire à la production des notes basses.

A un point de vue tout opposé, il est convenable d'apprécier la part que la dilatation des veines cervicales produite par les peauciers peut prendre à l'introduction accidentelle de l'air dans ces mêmes veines. Non-seulement, en effet, la contraction des peauciers tient ces veines immobiles dans la dilatation, mais encore elle agit pour y attirer, soit le sang, soit l'air extérieur, à la manière d'une pompe aspirante. Il faut donc éviter d'ouvrir ces veines, ou ne le faire qu'après avoir appliqué une compression entre la blessure et le cœur, ou après avoir fait préalablement la ligature du vaisseau.

SUR L'EXISTENCE DU MANGANÈSE DANS LE SANG HUMAIN; par M. BURIN DE BUISSON.

Nous avons rapporté plus haut quelques expériences de MM. Pétrequin et Burin de Buisson touchant la présence de manganèse dans le sang humain. Le présent travail est destiné à asseoir ce fait sur des bases plus larges, et à en faire ressortir les conséquences pratiques. C'est un puissant renfort apporté à ceux qui déjà ont apporté un large contingent à la question, plus spécialement à MM. Millon et Hannon (de Bruxelles). Les expériences extrêmement curieuses et précises de M. Burin ne pourraient être reproduites en entier sans envahir plus d'espace qu'il ne nous en reste; elles ne sont pas, d'autre part, de nature à être résumées. Nous nous contenterons donc d'en faire connaître le résultat.

1° Le manganèse fait, comme le fer, partie constituante des globules du sang humain.

2° Toutefois, le sang contient de quinze à vingt fois plus de fer que de manganèse.

3° Dans la chlorose et l'anémie, il n'y a jamais diminution de la moindre quantité, soit du fer, soit du manganèse contenus dans les globules, mais bien réellement diminution dans la quantité des globules que renferme le sang à l'état de santé. Il en faut conclure que l'hématosine ou matière colorante du sang ne subit aucune modification dans les maladies de ce fluide, et qu'elle ne saurait ni perdre, ni prendre une quantité quelconque de fer ou de manganèse, sans cesser d'exister aussitôt comme hématosine, opinion parfaitement d'accord avec celle de M. Hannon, que nous avons eu occasion d'exposer en son temps.

4° Conséquemment, le fer administré seul n'est pas capable de guérir radicalement toutes les chloroses, parce que seul il ne peut pas reconstituer de la matière colorante rouge. Il est nécessaire d'y joindre la manganèse, comme on le fait maintenant à Lyon et dans tout le midi de la France; et c'est souvent parce que les préparations ferrugineuses des pharmacies contiennent du manganèse, qu'elles réussissent si bien.

Nous devons ajouter que M. Burin de Buisson, d'accord avec M. Hannon sur la nature propre de la chlorose et les effets des préparations ferrugineuses, s'en sépare sur la théorie de l'action thérapeutique des métaux. M. Hannon croit que l'hématosine est formée de toutes pièces par les aliments, et M. Burin, que les aliments ne donnent que les principaux éléments de l'hématosine, lesquels, versés dans le torrent circulatoire et mis en contact avec l'atmosphère par les cellules du poumon, sont transformés en matière colorante rouge. Ce serait donc, suivant lui, dans le fluide sanguin même que l'hématosine serait formée.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent: 1° *Histoire naturelle et médicale de la saponaire officinale, du narcisse des prés, du tussilage, de l'arnica montana*; par M. Martin Lauzer. 2° *De la ligature substituée à l'instrument tranchant*; par M. Massé. 3° *De l'opium à hautes doses dans certaines maladies*; par M. Terrier. 4° *Recherches sur l'ammoniaque et les propriétés thérapeutiques du guano*; par Récamier. 5° *De l'emploi extérieur du tartrate d'antimoine et de potasse*; par M. Chrestien. 6° *Extraction des fragments d'une sonde en gutta percha rompue dans la vessie; réflexions sur ces sondes*; par M. Montozon. 7° *De l'oxyde d'argent contre la métrorrhagie*; par M. Terrier. 8° *Composition chimique du pus avec des applications à la thérapeutique*; par M. Pétrequin. 9° *Grenouillette, autoplastie par glissement*; par M. Jobert. 10° *De l'opération du strabisme*; par M. Tavignot. 11° *De l'application du forceps au détroit supérieur*; par M. Godefroy. 12° *Anévrisme cirsoïde guéri spontanément*; par M. Demarquette. 13° *Des maladies des follicules vulvaires et de leur traitement*; par M. Huguier. 14° *Des taches méningitiques ou cérébrales, de leur valeur séméiologique*; par M. Troyes-Escounet.

DE LA LIGATURE SUBSTITUÉE A L'INSTRUMENT TRANCHANT; par M. MASSÉ.

Nous extrairons seulement de ce travail ce qui a rapport à une aiguille imaginée et employée avec succès par Récamier pour porter la ligature *à travers* le pédicule des tumeurs situées dans des conduits profonds.

Partant de ce principe que, pour agir vite, la ligature doit traverser le pédicule d'une tumeur, et non pas se borner à l'encercler, Récamier avait dû se préoccuper du moyen de satisfaire à cette indication lorsque la tumeur est située hors de la portée du doigt, dans le rectum, par exemple. Il y parvenait à l'aide d'une aiguille de construction particulière, que M. Massé appelle aiguille en sonde de Belloc.

Cette aiguille, longue, effilée en fer de lance, courbée seulement à sa partie supérieure, est creusée, à son côté concave, d'une gouttière, ou plutôt d'un canal, dont les deux bords tendent à se rapprocher de manière à retenir, à enchâsser pour ainsi dire un ressort de montre, qui peut y glisser sans jamais en sortir.

A cette aiguille s'adapte un manche qu'elle traverse de part en part, de

manière à présenter à la partie inférieure de ce manche l'ouverture de son petit canal.

Un ressort de montre glisse, comme on vient de le dire, dans ce canal : ce ressort doit être au moins deux fois plus long que l'aiguille; son extrémité supérieure, arrondie pour ne point couper, et garnie d'un peu d'étain s'il est nécessaire, est percée d'un œillet oblong assez large pour recevoir un double fil.

Le complément nécessaire de cet instrument est un gorgeret faiblement recourbé à chacune de ses extrémités, et garni à l'intérieur d'une couche épaisse d'étamage.

Grâce à cet instrument, toute tumeur accessible au toucher devient accessible à la ligature; qu'elle soit retranchée jusque dans l'arrière-gorge, qu'elle soit cachée dans les profondeurs du rectum ou du vagin, pourvu qu'un doigt exercé puisse la reconnaître et la limiter, l'aiguille en sonde de Belloc peut en traverser la base par autant de fils qu'il est nécessaire pour l'étrangler, la flétrir et la faire tomber.

Prenons un exemple.

Il s'agit d'une tumeur carcinomateuse, située profondément sur la paroi postérieure du rectum, d'une tumeur à base large comparativement à son volume, tumeur qu'on ne saurait enlever avec les ongles ni arracher ou broyer avec des pinces : sa profondeur la rend inaccessible au caustique et au bistouri, et la ligature seule peut en faire justice. Or voici comment on doit procéder.

L'aiguille en sonde de Belloc est armée de son ressort, que l'on pousse jusqu'à la pointe, de manière qu'elle la dépasse un peu et la puisse masquer. On la saisit alors de la main droite. Le doigt indicateur de la main gauche est introduit dans le rectum et va reconnaître la limite inférieure de la tumeur; puis l'aiguille est introduite et poussée le long du doigt indicateur, qui lui sert de guide. Dès qu'elle est arrivée au point où l'on juge nécessaire de la faire pénétrer dans les tissus, un aide retire un peu le ressort de montre pour démasquer la pointe de l'instrument, et l'on pousse; aussitôt le doigt indicateur, qui a présidé à l'introduction de l'aiguille, est porté vers la limite opposée de la tumeur pour présider à la sortie. Dès qu'il en a senti la pointe, le manche et le ressort sont remis aux mains d'un aide intelligent, et l'opérateur, tenant toujours le doigt indicateur de la main gauche sur la pointe de l'aiguille, saisit le gorgeret de la main droite, l'introduit et le place de façon qu'il puisse recevoir cette pointe. Là les rôles changent : l'aide qui tenait l'aiguille prend et maintient le gorgeret, et l'opérateur s'empare de l'aiguille et du ressort; il pousse le ressort, qui rencontre le gorgeret et que le gorgeret sollicite à descendre. En manœuvrant avec précaution, on peut ainsi faire arriver le ressort jusqu'en dehors du rectum. Un aide alors passe dans son œillet le double cordon qui doit servir à la ligature; puis l'opérateur, saisissant l'extrémité inférieure du ressort, l'attire et le force à venir se replacer, tout armé de ses fils, dans l'aiguille qui lui sert de coulisse. Enfin l'aiguille elle-même est retirée, et la base de la tumeur se trouve traversée par deux fils qui peuvent servir à l'étrangler. Il va sans dire que si la base de cette tumeur a quelque étendue, si, suivant les principes énoncés plus haut, elle doit être partagée en plusieurs pédicules par plusieurs doubles cordons, les seconds, les troisièmes, etc., sont passés de la même manière; en sorte que l'on peut étrangler et détruire ainsi toute une couronne carcinomateuse située profondément dans le rectum.

EXTRACTION DES FRAGMENTS D'UNE SONDE EN GUTTA PERCHA ROMPUE DANS LA VESSIE; RÉFLEXIONS SUR CES SONDES; par M. MONTOZON.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur le double enseignement qui résulte de cette observation : enseignement relatif à l'usage chirurgical des sondes en gutta percha; enseignement relatif au mode ingénieux d'extraction qui a réussi dans ce cas.

OBS. — M. Cl., âgé de 77 ans, obligé de se sonder souvent pour une paralysie de vessie, faisait usage des sondes de gutta percha, fabriquées par M. Cabirol. Il les employait depuis le mois de juin 1851, lorsque, dans la nuit du 31 octobre, il s'aperçut, en voulant en retirer une, qu'elle s'était rompue vers le tiers inférieur de sa longueur. La rétention d'urine se déclara, et M. Montozon dut procéder à l'extraction. L'extrémité rompue était éloignée du méat urinaire de plus de 8 centimètres. Le médecin n'ayant à sa disposition qu'une érigne très-fine, imagina de l'introduire, comme dans une gaîne, dans le fragment de sonde qui était resté aux mains du patient. Il le poussa ainsi dans l'urètre à la rencontre du fragment qui y restait engagé; puis s'étant assuré que les deux extrémités de sonde étaient bout à bout et parfaitement ajustées, il poussa l'érigne, et lui faisant faire un mouvement de bascule, il accrocha avec une grande facilité la portion de sonde engagée. Mais en la retirant, il reconnut qu'il n'était ainsi venu qu'un petit fragment de 2 centimètres environ. Il recommença l'opération, et parvint à en retirer un second de 5 centimètres.

Cependant il restait encore dans le canal une longueur de 8 centimètres en deux fragments. On abandonna l'idée de l'opération de la boutonnière, parce qu'on savait, par une expérience antérieure, que le malade ne pouvait supporter une sonde à demeure. Enfin en essayant, avec le doigt introduit dans l'anus, de faire progresser la sonde d'arrière en avant, on réussit, à l'aide de pressions sagement ménagées, à lui faire parcourir dans ce sens toute la longueur du canal, et à l'amener ainsi au dehors. Le malade urina librement, et l'accident n'eut aucune suite sérieuse.

Nous ne jugeons pas nécessaire de reproduire ici les réflexions de M. Montozon sur l'emploi en chirurgie des sondes de gutta percha. On comprend que, dictées par le souvenir d'un pareil accident, elles ne doivent présenter rien que de très-défavorable à l'usage d'un agent qui, en effet, a produit jusqu'ici plus de fâcheux résultats qu'il n'a rendu de vrais services, mais que des perfectionnements ultérieurs peuvent toutefois doter d'un avenir plus beau que son passé.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

DES PLIS DE LA MAIN ET DU DÉVELOPPEMENT OCCIPITO-FRONTAL DU CRANE, CONSIDÉRÉS COMME CARACTÈRES DISTINCTIFS DES DIVERSES RACES HUMAINES.

(Extrait des instructions demandées par M. le ministre de l'instruction publique pour une expédition scientifique qui va se faire dans l'Amérique du Sud, sous la direction de M. Émile Deville.)

M. SERRES lit, pour la partie anthropologique, une instruction dont nous extrayons les deux passages suivants relatifs, le premier à l'étude des plis de la main comme caractère distinctif des diverses races humaines, et le second au développement occipito-frontal du crâne, selon l'ancienneté des périodes des races humaines.

Quoique la main de l'homme ait été le sujet de beaucoup d'études de la part des anatomistes, il reste encore, dit M. Serres, quelques points à éclairer. De ce nombre sont les plis de la main et l'espèce d'M que leur ensemble représente.

Plus on étudie l'organisation humaine, plus on y découvre des faits qui, minimes en apparence, acquièrent de la valeur quand on les observe comparativement sur les diverses races. Les replis de la main, que la chiromancie a rendus autrefois si célèbres, sont particulièrement dans ce cas.

Parmi ces plis, dont j'ai indiqué ailleurs les rapports avec les articulations des doigts, il en est un qui échappe à cette explication physique et dont l'existence n'est pas constante chez les races humaines; c'est celui qui de la base de l'éminence thénar se rend au sommet du pli formé par les articulations des premières phalanges des trois derniers doigts. Je l'ai nommé *pli caucasique*, parce qu'il existe sur toutes les variétés de cette race. Peu prononcé chez la race mongole, il manque complétement chez la race éthiopique et paraît également absent chez les sous-types humains plus élevés qui paraissent en dériver. C'est du moins ce qui résulte d'une observation très-curieuse faite, en Abyssinie, par M. d'Abbadie, sur plusieurs milliers de mains que ce savant voyageur a observées chez les Abyssins. Il a constamment remarqué l'absence du pli caucasique.

Si les Américains du Sud tirent leur origine de la Polynésie, l'absence ou la présence de cette ligne fournirait une indication précieuse.

Nous ferons remarquer, à cette occasion, que chez les Américains du Nord que nous avons observés à Paris, la ligne caucasique était faiblement indiquée de même, au reste, que chez les Chinois.

Parmi les observations dont la cranioscopie a été l'objet, depuis Camper et Blumenbach, il n'en est pas de plus curieuse que celle faite par M. l'abbé Frère, chanoine actuel de la cathédrale de Paris. Cette observation porte sur le développement occipito-frontal du crâne, selon l'ancienneté des périodes des races humaines. En dehors des inductions historiques qu'en a déduites ce savant théologien, il en ressort le fait important, savoir :

Que plus un type est ancien ou primitif, plus le crâne est développé à la région occipitale et aplati à la région frontale. Les progrès de la civilisation semblent avoir eu pour effet de bomber la région antérieure, en affaissant de plus en plus la région postérieure. La nombreuse collection de paléontologie humaine dont M. l'abbé Frère a fait don au Muséum, et qu'il a recueillie sur les races de l'Europe, montre les divers temps de la marche progressive de ce développement.

Or les têtes plates, en Amérique, offrent le terme le plus élevé de cette configuration, ce qui vient à l'appui de l'opinion qui les considère comme les habitants primitifs du nouveau monde. L'étendue du terrain où l'on découvre leurs os (du Brésil à la côte occidentale de l'Amérique), semble confirmer cette supposition.

Une collection de crânes, montrant les degrés divers de cette configuration, ainsi que leurs rapports avec les crânes des autres variétés américaines, offrirait le plus grand intérêt, sous le double rapport de l'anthropologie et de l'eth-

nologie. Nous en recommandons la recherche à nos voyageurs, en les invitant à préciser, autant que possible, l'ancienneté des crânes qu'ils pourront se procurer.

Dans tous les cas, ce sont les têtes plates que l'on doit prendre pour *criterium* dans l'étude de la cranioscopie américaine.

Une semblable collection, faite sans idées préconçues, serait plus utile à la science que certains travaux que l'on publie présentement aux États-Unis pour combattre l'unité humaine, établir la pluralité des espèces d'hommes et la pluralité des centres de sa création.

La plupart de ces travaux, qui, suivant la remarque de M. Thomas Smith, ont pour but d'attaquer la Bible et d'infirmer les témoignages de l'Écriture sainte, ne font que reproduire les assertions, déjà jugées, de lord Kaimes, de Montbaddo, de Moscati, de Voltaire, de J.-J. Rousseau et de Bory-Saint-Vincent.

Afin de compléter les résultats obtenus à l'aide du daguerréotype et du moulage, nous recommandons à M. Deville une étude comparée des nuances de la peau.

On sait que, chez les Américains du Sud, la coloration de la peau est brune ; que chez les Américains du Centre, elle devient cuivrée et passe au rouge, à mesure que l'on s'avance vers le Nord. On sait de plus que, dans ces trois zones américaines, ces trois nuances de coloration se trouvent mélangées. Il serait très-important d'avoir un tableau de ces mélanges chez les Américains du Sud, en le rapprochant de la coloration de Paris.

Si l'on pouvait déterminer à quelles variétés de races ou de mélanges de races se rapportent les colorations observées, on aurait des données probables sur l'origine des populations.

THÉORIE DE LA VISION CONFUSE ET DE L'IRRADIATION.

M. TROUESSART, professeur des sciences physiques au lycée de Brest, communique à l'Académie une note contenant quelques propositions relatives à la théorie de la vision confuse et de l'irradiation.

Voici ces propositions :

Les myopes à l'œil nu et tous les autres yeux armés d'une loupe voient multiplier et sans coloration la flamme d'une chandelle (et la chandelle elle-même au voisinage de la flamme), à toute distance plus grande que celle de la vision distincte. Le nombre et la séparation des images augmente avec la distance. Cette multiplicité d'images ne se produit pas, comme on sait, dans l'œil artificiel ou chambre obscure ordinaire. Il y a seulement alors sur l'écran de verre dépoli, pour les distances trop grandes ou trop petites, une confusion de l'image, dont les apparences s'expliquent très-bien pour la théorie des *cercles de dissipation* de Jurin, confusion que l'on peut d'ailleurs augmenter ou diminuer conformément à cette théorie, en augmentant ou diminuant l'ouverture du diaphragme qui représente la pupille. Mais on reproduit la *multiplicité des images*, comme dans l'œil, en plaçant, soit devant, soit derrière l'objectif de la chambre obscure, un *écran percé de petits trous*. Toutes les images se superposent et se réduisent à une seule, à la distance focale. Elles sont multiples, plus ou moins superposées, à des distances plus grandes ou plus petites, exactement comme pour l'œil. La conclusion est simple et pour ainsi dire forcée : l'œil est une chambre obscure, devant ou derrière l'objectif de laquelle est un *écran réticulé*, c'est-à-dire présentant des *pleins* et des *jours*, des taches *opaques* et des parties *transparentes*. La pupille en se *contractant* peut toujours, pour les bonnes vues et *entre des limites* très-écartées, réduire toutes les images à une seule. Pour les myopes et les presbytes cela est impossible ; il leur faut ou une *petite pupille artificielle* percée dans un écran ou une lentille concave ou convexe. Mais pour les meilleures vues, à de très-grandes ou à de très-petites distances, il y a toujours un certain degré de confusion produit par la superposition seulement partielle des images multiples. La partie commune détermine une *image fausse* plus étroite et plus vive, entourée d'une aréole plus pâle, formée par les parties *non communes* des images, de là l'*irradiation*. Les franges ou bords multiples des objets très-éloignés, ainsi que les diverses apparences que présentent les corps minces, les fentes étroites, les fils de couleur différente vus côte à côte, les espaces annulaires, etc., s'expliquent très-facilement par cette même théorie.

SUR L'ACIDE ACÉTIQUE OU VINAIGRE CONSIDÉRÉ COMME ANTIRABIQUE.

M. AUDOUARD lit une note sur l'acide acétique ou vinaigre considéré comme antirabique.

Voici sur quels motifs l'auteur se fonde pour proposer ce moyen.

Baumes raconta le fait suivant, il y a près de cinquante ans, à la Société de médecine pratique de Montpellier :

Une truie ayant été mordue par un chien devint enragée. Le propriétaire la fit enfermer dans la loge et lui fit servir, par un trou fait au plancher, du son pétri avec du vinaigre. La truie s'en nourrit et fut guérie.

A l'appui de ce fait, l'auteur rapporte celui qui est consigné dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES et un fait consigné dans les œuvres de Pline, où il est question de guérisons de la rage obtenues par une macération de nids d'hirondelles dans du vinaigre.

M. Audouard pense que ces faits doivent être accueillis avec réserve et seulement comme propres à éveiller l'attention des observateurs qui se livreront à de nouvelles expériences. Pour éviter la répugnance que la vue d'un liquide inspire aux hydrophobes, on ne doit pas administrer le vinaigre sous forme liquide tant aux hommes qu'aux animaux, mais sous forme solide et d'aliments. Or le moyen d'administration le plus simple, le plus commode, celui que l'on trouve dans tous les pays, c'est du pain imbibé de vinaigre. L'enragé, toujours disposé à mordre, saisira avec avidité ce pain dans lequel il trouvera son sauveur, et le pain lui-même, aliment ordinaire, inspirera plus de confiance et moins de répugnance que les médicaments, que le patient ne prend qu'en revenant sans cesse à l'idée qu'il va mourir.

DU PHOSPHATE DE CHAUX DANS SES RAPPORTS AVEC LA NUTRITION DES ANIMAUX ET LA MORTALITÉ DES ENFANTS.

M. le docteur MOURIES adresse un mémoire sur ce sujet, qu'il résume en ces termes :

Au milieu de quelques expériences faites dans le but d'affirmer par des résultats chimiques, la belle loi de la mutation des éléments dans les tissus vivants, le rôle du phosphate de chaux, dit l'auteur, s'est révélé sous un jour tout nouveau et si important au point de vue de l'hygiène publique que j'ai dû en faire une étude séparée. Il résulte de ce travail que le phosphate de chaux forme et nourrit les os sans contredit, mais que c'est là un rôle secondaire ; son action principale consiste à provoquer et entretenir l'irritabilité vitale dans les animaux comme dans certaines plantes ; aussi le trouve-t-on dans le sang en quantité déterminée, mais variable suivant la chaleur de l'animal, sa jeunesse, son activité vitale ; aussi les oiseaux meurent plus rapidement que les quadrupèdes par l'insuffisance de ce sel ; aussi en contiennent-ils deux fois plus quoiqu'ils aient quatre fois moins d'os à nourrir. Enfin les faits prouvent que la quantité de phosphate de chaux nécessaire à l'animal n'a aucun rapport avec le chiffre des besoins du tissu osseux, et qu'il se trouve souvent en raison inverse de ce chiffre ; mais qu'il est en raison directe de la chaleur de l'animal.

Il résulte que là est évidemment une des causes des maladies et de la mortalité énorme des enfants, de ceux surtout qui sont nourris dans les villes. En effet, de l'avis de tous les savants, sans une quantité suffisante de phosphate de chaux, un enfant ne peut se développer ni vivre, et d'après les analyses les plus simples, les plus évidentes, ce sel se trouve en quantité insuffisante dans l'alimentation des enfants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Sept rapports de médecins inspecteurs, savoir : sur les eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), par M. le docteur de Morineau ; de Cransac (Aveyron), par M. le docteur Anzony ; de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Pétuissat ; de la Motte (Isère), par M. le docteur Dorgeval-Dubouchet ; de Sail-les-Château-Morand (Loire), par M. le docteur Bellety ; de Pietropola (Corse), par M. le docteur Carlotti ; de Chaudesaigues (Cantal), par M. le docteur Dufresse de Chassaigne ;

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en mars dernier dans la commune d'Havange (Moselle), par M. le docteur Chollot, de Briey ; un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bouzy (Marne), par le docteur Landouzy, de Reims ;

3° Plusieurs envois d'échantillons et notes sur des remèdes secrets et spécifiques sur la rage ;

4° Enfin divers états de vaccinations de plusieurs départements.

Le même ministre fait hommage à l'Académie de 80 exemplaires du premier volume de l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE, pour être distribués à ses membres.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'IODE ET DES IODURES VOLATILES.

M. LANGLEBERT adresse une note sur un nouveau mode d'administration de l'iode et des iodures volatiles, au moyen de trochisques semblables à ceux que l'on désigne sous le nom de *pastilles du sérail*. Voici la formule de ces trochisques :

Prenez : Charbon de braise pulvérisé. . 20 grammes
Azotate de potasse pulvérisé. . 3 —

Mêlez intimement et passez au tamis fin ; puis ajoutez :

Iode. . . . . 10 grammes.

Mêlez de nouveau en triturant.

Le mélange étant parfaitement fait, ajoutez-y une quantité suffisante d'un mucilage *très-léger* de gomme adragant pour faire pâte ; puis divisez cette pâte en 20 trochisques.

Faites sécher rapidement au soleil ou à l'étuve et conservez dans des flacons bien bouchés.

Chaque trochisque contient 50 centigr. d'iode.

Pour employer ces trochisques, il suffit de les allumer par leur sommet et de les placer sur le marbre d'une cheminée ou d'une table de nuit. La combustion

continue d'elle-même en vaporisant lentement l'iode dans l'atmosphère de la chambre.

(Commissaires : MM. Rostan, Gibert et Gaultier de Claubry.)

— M. LAFORÊT, de Lavit (Tarn-et-Garonne), adresse une histoire d'un cas de suicide par arme à feu chez une femme. (Comm. : MM. Ferrus et Falret.)

— M. DESIDÉRIO (de Venise) adresse un mémoire écrit en italien sur le choléra.

— M. le docteur DUCHESNE adresse une lettre dans laquelle il rappelle, à l'occasion de la note de M. Bouchardat sur le pain de maïs et sur l'introduction du gluten dans cette panification, qu'il a eu le premier l'idée de cette addition. Ce fait se trouve consigné dans un paquet cacheté déposé le 17 novembre 1851 sur le bureau de l'Académie des sciences.

— M. CHARAULT, préparateur de physique au lycée Napoléon, adresse un mémoire sur les eaux minérales de la Herse, situées près de Bellême (Orne). (Com. des eaux minérales.)

— M. le comte de SAINT-GERMAIN (de Lille) adresse une traduction de deux mémoires écrits en italien par M. le docteur Pozzi. Le premier est intitulé: NOUVEAU SYSTÈME MÉDICAL; le deuxième: NOUVELLE SCIENCE VÉTÉRINAIRE. (MM. Pâtissier et Renault feront un rapport verbal sur ces deux mémoires.)

—L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bégin.

SYPHILISATION.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la lettre suivante de M. AUZIAS-TURENNE comme un document faisant partie de la discussion.

Monsieur le président,

Puisque je ne peux pas défendre la syphilisation devant l'Académie pendant que cette question est en cause, je vous demande la permission de faire mes réserves sur le rapport de M. Bégin et sur les quelques mots de discussion qui l'ont suivi. Voici ces réserves rédigées en propositions succinctes:

1° Le premier paragraphe de ce rapport laisse entendre que j'ai moi-même infecté M. L... par des inoculations de pus syphilitique; du moins plusieurs personnes l'ont compris ainsi. La vérité est que M. L... avait déjà la vérole lorsque je l'ai vu pour la première fois et que je ne lui ai pratiqué qu'une seule inoculation. Depuis cette inoculation que j'ai faite dans le but de commencer son traitement, M. L... m'a échappé, malgré la promesse qu'il m'avait faite de me laisser compléter sa syphilisation si je la commençais.

2° M. Bégin relate très-inexactement ma conversation avec M. L... Si M. Bégin avait eu plus d'indulgence pour moi, il n'aurait pas accueilli un récit qui me fait dire des choses absurdes.

3° Je n'ai pas commis de méprise sur la nature du pus que j'ai inoculé à M. L... La responsabilité de la syphilisation mal faite revient tout entière aux inoculateurs qui m'ont suivi; M. L... n'est pas la seule personne à propos de qui j'ai eu à regretter l'intervention d'inoculateurs peu exercés en syphilisation.

4° M. Bégin suppose qu'il y a dans la syphilisation une saturation syphilitique. Cela est de la théorie toute pure. Cette saturation n'existe pas plus que la saturation variolique chez celui qui a eu la petite vérole.

5° M. le rapporteur ne paraît pas connaître d'autre écrit sur la *syphilisation* que le mémoire publié par moi dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, en juin et août 1851. Or, à l'époque de sa publication, ce mémoire était composé depuis une année (c'est celui qui a été communiqué à la Société de chirurgie le 20 novembre 1850). Je ne lui ai fait subir dans les ARCHIVES d'autre suppression que celle des observations et n'y ai ajouté d'important qu'un résumé du premier mémoire de M. Spérino. Ce travail date donc réellement de deux années. Depuis lors, j'ai écrit d'autres choses sur le même sujet. M. Spérino a également publié dans la GAZETTE MÉDICALE du 4 octobre 1851, le plus remarquable article qui ait paru sur la syphilisation. M. Bégin a sans doute ignoré cet article en même temps que ceux des Galligo, des Zélaski, etc. Ce défaut de documents est fort à regretter chez M. le rapporteur.

6° M. Bégin a confondu avec les écrits touchant la syphilisation un savant travail de M. Diday sur un *procédé de vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle*. C'est une confusion fâcheuse.

7° Les deux faits que M. Bégin cite avec celui de M. L... et sur lesquels il glisse rapidement ne sont pas défavorables à la *syphilisation*.

8° Quant au fait de M. L... en lui-même, je renvoie à la savante et spirituelle appréciation qu'en a faite M. Spérino dans la GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES (Turin, 8 déc. 1851).

9° Le rapport de M. Bégin est écrit en nom collectif. Néanmoins M. le rapporteur y combat les doctrines individuelles de MM. Ricord, Lagneau et Velpeau au nom desquels il parle. La *syphilisation* seule pourrait mettre MM. les commissaires d'accord; car, à titre de fait général, elle rend parfaitement compte de leurs dissidences.

10° M. Ricord a dit à l'Académie: 1° que M. L... avait des accidents tertiaires; 2° que M. L... avait réitéré sans succès sur lui-même les inoculations de pus d'accidents secondaires; 3° que les inoculations du pus de chancres primitifs réussissaient sur lui aussi bien que dans le commencement de ses expériences. Le premier et le deuxième point sont conformes aux données de la syphilisation et j'y crois. Mais j'en appelle sur le troisième point de l'assertion de M. Ricord à un examen plus attentif fait par M. Ricord lui-même.

11° Enfin, me serait-il permis de prier M. le rapporteur de s'expliquer clairement sur cette phrase du rapport à laquelle je n'ai rien compris: « On a fait autour de nous beaucoup de bruit et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles sont restées également sans effet. »

M. LE PRÉSIDENT prévient les membres inscrits ou qui se proposent de se faire inscrire pour prendre la parole dans cette discussion, que, dans l'intérêt des débats, la question devra être scindée en deux parts; l'une relative à la syphilisation, l'autre à la question de la transmissibilité des accidents secondaires. La question à l'ordre du jour d'aujourd'hui est la syphilisation.

La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE : Je ne commencerai pas, messieurs, sans m'associer pleinement à la forte et légitime réprobation dont M. Bégin a frappé certaines conséquences de la doctrine de la syphilisation, telle qu'elle a été présentée jusqu'à ce jour. Conserver précieusement des sujets atteints de syphilis tertiaire, comme des réservoirs perpétuels de vaccin syphilitique, ce n'est peut-être encore qu'une idée excentrique, plus propre à exciter le rire que l'indignation; mais prescrire l'inoculation du vrai virus sur une large échelle, à tous ceux qui peuvent être exposés à sa contagion, c'est une doctrine contre laquelle on ne saurait trop s'élever; et je le fais d'autant plus volontiers, que son auteur, M. Auzias-Turenne, la répudie lui-même formellement aujourd'hui, et m'a déclaré que sa plume avait été plus loin que sa pensée.

Ainsi, en ce qui regarde la syphilisation purement préventive, je me rangerai sans réserve de l'avis de M. Bégin. Mais dans la même réprobation, il a enveloppé la syphilisation curative; et peut-être est-il allé trop loin. Dans tous les cas, sa conclusion aurait besoin d'être justifiée; et c'est ce qu'il n'a pas fait. Dans tout son rapport, il s'est attaché uniquement à la syphilisation préventive, et j'ai été surpris de voir un esprit aussi sévère appliquer aussi facilement à une doctrine des arguments exclusivement développés contre une autre. Voilà un premier point par où le rapport me semble avoir péché. En voici un autre.

Que l'on rejette, au point de vue de la moralité, la syphilisation préventive, je le comprends, je l'admets, je fais écho. Mais à côté de la question morale, il y en a une autre, c'est la question de fait, la question scientifique pure; et j'ai regret de dire que le rapport ne l'a pas suffisamment approfondie. La commission semble avoir flotté dans une indécision fâcheuse, au sujet de la mission qui lui était confiée.

« Sa mission, dit M. le rapporteur, était d'examiner un fait et de vous en rendre compte; elle s'en est acquittée de son mieux, mais elle aurait cru dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales, votre jugement sur une pratique dont vous n'êtes pas directement saisis. »

Mais comment concilier une déclaration si précise avec cette conclusion assurément très-générale :

« A aucun titre, de prophylaxie ou de traitement, l'inoculation syphilitique ne peut donc se justifier. »

« Malheureusement, dit le rapporteur, l'attente de votre commission et mes désirs personnels ont été trompés, du moins en grande partie. On a fait autour de nous beaucoup de bruit, et rien ne nous a été directement communiqué. Des invitations pressantes, des promesses formelles, sont restées sans résultat. »

Certes, je n'irai pas ici contester une assertion aussi formelle. Cependant, M. Auzias prétend qu'il a offert à M. Bégin en personne toutes les communications qui seraient en son pouvoir, et que cette offre n'a pas été accueillie.

M. BÉGIN : Cela est tout à fait inexact.

M. MALGAIGNE : Eh bien! je suis bien aise d'avoir fourni à M. Bégin l'occasion de cette réponse, et il y a certainement eu erreur de la part de M. Auzias. Mais d'un autre côté, je lis dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 9 décembre 1851, une lettre de M. Marchal (de Calvi), qui raconte que M. Laval s'est mis à la disposition de la commission et a poussé le zèle jusqu'à se rendre auprès d'un des commissaires, dont il a été assez mal reçu. M. Marchal protestait dès lors publiquement contre cette façon d'agir. Il est au moins bien certain que M. Laval a été vu, examiné, inoculé sans succès par M. Ricord, l'un des commissaires.

M. RICORD : Je proteste, et je m'expliquerai à cet égard.

M. MALGAIGNE : Soit, mais enfin le fait a été publié il y a plus de six mois; il est resté sans contradiction aucune, et assurément c'était un fait considérable; il valait bien la peine d'être signalé et démenti dans le rapport. Il me paraît impossible également que M. le rapporteur n'ait rien su des expériences faites au Val-de-Grâce par M. Marchal, et qui ont été, dit-on, interrompues par ordre supérieur. Enfin, il y a plus d'une doctrine en matière d'inoculation syphilitique; celle de M. Diday est à cent lieues de celle de M. Auzias. Le rapport les confond dans des objections communes, dans une réprobation commune, sans même dire clairement en quoi elles diffèrent, sans rechercher si elles reposent sur quelque chose ou sur rien. En un mot, je le répète, la question de moralité a totalement éclipsé la question scientifique.

Et cependant, messieurs, cela ne doit pas être. La pratique peut être dangereuse et le fait demeurer vrai; s'il en est ainsi, il faut admettre le fait en rejetant la pratique. Bien plus, en insistant si fort sur le danger de la pratique, on semble accorder que le fait sur lequel elle se fonde est réel; car s'il était faux, la pratique serait bien vite ruinée par cela même. C'est pourquoi, puisque la question se trouve portée devant l'Académie, il m'a paru qu'il fallait l'aborder résolument, aller au fond des choses, rechercher ce qu'il y a de réel et d'imaginaire; et c'est là ce que je me suis proposé.

Il y a, comme l'a bien dit M. Bégin, deux doctrines différentes en matière d'inoculation syphilitique; celle de M. Diday, celle de M. Auzias.

M. Diday est un élève de M. Ricord. Il avait appris de son maître cette loi pa-

thologique : que la syphilis constitutionnelle n'attaque l'homme qu'une seule fois. Il y a huit ans que M. Ricord formulait cette loi devant l'Académie ; je désirerais, pour mon compte, qu'il l'eût complétement démontrée. Quoi qu'il en soit, M. Diday, placé à la tête d'un service de vénériens à Lyon, se demanda si, en inoculant la syphilis constitutionnelle, on n'aurait pas des résultats analogues à ceux du vaccin, savoir, un effet purement local, qui préserverait de l'infection générale. Mais où prendre ce vaccin d'un nouveau genre? M. Diday songea à inoculer le sang. Et même, pour plus de prudence, il ne voulut pas prendre du sang de sujets atteints de syphilis secondaire; il prit du sang de la syphilis tertiaire. Jusque-là nous ne sommes pas sortis de l'hypothèse. Voici les faits :

16 sujets atteints de chancres récents reçurent donc sous l'épiderme, à l'aide d'une lancette, et par une piqûre pareille à celle de la vaccination, du sang pris sur un sujet atteint d'accidents tertiaires. Toutes ces piqûres guérirent promptement; il n'y eut donc aucun effet local. Quant aux résultats généraux, les 16 inoculés furent suivis pendant six mois, neuf mois, un an, et jusqu'à quatorze mois. Un seul eut des accidents secondaires; mais celui-là, lors de son inoculation, avait déjà un chancre induré. M. Bégin en a signalé un second dans son rapport. Resteraient 14.

Mais c'est ici que l'on peut signaler à la fois la vanité de pareilles expérimentations, et surtout des conclusions qu'on ose bien en déduire. 15 sujets sur 16, comme le croyait M. Diday, avaient résisté à l'infection générale. Mais cette série s'écartait-elle de la règle ordinaire? L'expérimentateur n'en savait rien. Pour s'éclairer, il ne songe pas à recueillir des faits; il est plus facile de ramasser des opinions. M. Diday s'adresse donc à six syphiliographes contemporains, et en reçoit les réponses suivantes :

M. Cazenave dit que la syphilis constitutionnelle, lorsqu'on n'a pas employé le mercure, doit survenir. . . . . 18 fois sur 20
M. Repiquet. . . . . 12 fois sur 20
M. Cullerier. . . . . 10 fois sur 20
M. Danmes. . . . . 6 fois sur 20
M. Puche. . . . . 4 fois sur 20
M. Rattier, *pas une seule fois sur* 20, lorsque les chancres ont été guéris en quarante jours, sans engorgement ganglionnaire.

Or, sur les 16 inoculés, 9 ayant eu des ganglions engorgés, sans phénomènes secondaires, M. Diday se tient pour content, et regarde son expérimentation comme très-concluante.

Une objection restait toutefois; les sujets avaient-ils été revus assez longtemps après le début de leurs chancres? M. Diday n'en savait rien encore; il songe à s'adresser aux autorités. Mais probablement à raison du désaccord de ces premières autorités, il s'en tient à une seule, celle de M. Ricord; et M. Ricord interrogé répond que le temps le plus long qui puisse s'écouler entre le chancre et la vérole constitutionnelle est de *six mois*. M. Diday s'en fia à cet oracle; et c'est alors que, sûr de l'efficacité de son vaccin, et voyant déjà la syphilis disparue du globe, il songeait, pour les générations à venir, à entretenir quelques *vérolés précieux*, comme eût dit Rabelais, pour en conserver le germe et le vaccin au monde.

Assurément, Messieurs, s'il fallait s'en rapporter à une autorité en fait de syphilis, je n'en sais pas de meilleure que M. Ricord; mais malheureusement l'autorité est ici en désaccord avec les faits. Pour ne pas sortir du rapport même, le cas de M. L... est tout à fait concluant; la date des chancres est certaine; et les phénomènes secondaires n'ont paru que huit mois et vingt jours après. Les résultats qui ont séduit M. Diday sont donc jusqu'à présent d'une nullité radicale.

On voit d'ailleurs combien cette *vaccination*, comme l'appelle M. Diday, diffère de l'inoculation de M. Auzias. Je n'insisterai pas davantage sur cette erreur innocente d'un esprit ingénieux; personne que je sache ne l'a prise au sérieux; et je n'en aurais même rien dit, si elle n'avait été mentionnée dans le rapport même.

La doctrine de M. Auzias est tout autre, et paraît aussi avoir eu une origine différente. Depuis 1844, M. Auzias s'était attaché à transplanter la syphilis sur les animaux, et notamment sur les singes. Dire combien il éprouva de difficultés d'abord, et de déboires ensuite, quand il crut avoir réussi, ce serait faire le plus bel éloge de sa persévérance. On lui nia ses réussites; plusieurs chirurgiens de mérite les nient même encore. Je crois, pour mon compte, qu'il a réussi : et ce n'est pas un petit honneur d'avoir résolu ce difficile problème, où avaient échoué J. Hunter et M. Ricord. Après de longs essais, il crut s'apercevoir que les chancres qu'il produisait sur les mêmes animaux par des inoculations nouvelles allaient en s'affaiblissant; si bien qu'à la fin le singe devenait incapable de contracter aucun chancre; il était *syphilisé*. Ce fait une fois acquis, il se demanda s'il se représenterait chez l'homme; et après de nombreuses recherches parmi les prostituées, il en rencontra un certain nombre qui, après avoir subi plus ou moins fréquemment la syphilis, y étaient devenues complétement réfractaires, et qui étaient même recherchées sur la place, à raison de cette immunité. On voit tout de suite la portée de ce fait; seulement, est-il bien démontré? Ce qu'il faut ajouter, c'est que déjà, à la maison de Saint-Lazare, M. Castelnau l'avait vérifié sur plusieurs prostituées, et même avait donné à cette immunité singulière le nom de *saturation syphilitique*. Je ne pense pas qu'il ait encore publié ses observations; mais je n'élève à cet égard aucun doute. Seulement, M. Castelnau regarde cet état comme plein de dangers; M. Auzias avance, au contraire, qu'il s'accompagne de la santé la plus florissante. Quoi qu'il en soit pour tous les deux l'immunité existe.

Alors M. Auzias eut l'idée d'expérimenter sur l'homme comme il avait fait sur les animaux, et il dit avoir nombre de fois réussi. Je reviendrai sur ces expériences nouvelles; seulement, je note le point où il était arrivé quand il publia, en 1851, le mémoire dont il est fait mention dans le rapport.

Ce mémoire, messieurs, est vraiment quelque chose d'étrange. Avec des expériences nombreuses et sur les animaux et sur l'homme, l'auteur se borne à ce qu'il appelle *neuf séries*, et qui se réduisent en définitive à neuf expériences. Si on les parcourt dans son mémoire, elles sont tronquées, incomplètes, sans valeur. D'où cela peut-il venir? Le rédacteur en chef des ARCHIVES, effrayé de voir la place que tenaient des détails d'une longueur et d'un ennui démesurés, fit des coupures un peu au hasard, et M. Auzias laissa faire. Le trait est curieux et utile à signaler pour ceux qui s'occuperont plus tard de l'histoire de la syphilisation. J'ai vérifié moi-même la réalité de ces retranchements, en retrouvant les expériences tout au long dans le manuscrit certifié par le secrétaire de la Société de chirurgie.

Mais ces lacunes réparées, les expériences sont-elles beaucoup plus concluantes? J'ai regret de le dire; mais il n'y a rien de moins concluant au monde. J'en ai fait l'analyse contradictoirement avec M. Auzias; de son propre aveu, la première, la troisième, la huitième, la neuvième, ne servent en aucune façon au but qu'il s'est proposé. Dans la deuxième, certaines inoculations échouent; mais il suivait alors un mauvais procédé; il n'avait pas imaginé sa doctrine; les insuccès peuvent donc être mis sur le compte du procédé. Dans la quatrième, le singe subit quatre inoculations en seize jours, et meurt dix jours après; il n'y a vraiment rien à conclure. Dans la sixième, l'animal subit trois inoculations, et plus tard est atteint de syphilis constitutionnelle; cela ne prouve rien encore pour la syphilisation. Restait donc la cinquième, mutilée dans les ARCHIVES, où, en effet, il paraît que le singe était devenu peu à peu réfractaire; puis la septième, car les choses semblent s'être passées de la même manière. Je ne veux pas pousser la critique trop loin.

Vous avez entendu dans le rapport l'histoire de M. L...; elle est fort triste, et en aucun cas la syphilisation ne devrait s'en vanter. Eh bien! M. Auzias y trouve un motif de triomphe; dans une leçon du 7 décembre, publiée par la GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE, il s'écriait :

« Quant à l'observation de L..., dont on a fait tant de bruit contre la syphilisation, *elle plaide au contraire pour la nouvelle doctrine; il faut l'interpréter convenablement.* »

Et plus loin, comme tous les sectaires enthousiastes, regardant l'avenir comme à lui, il ajoutait :

« Ce que je voudrais savoir est ce qu'est devenu M. L... Il n'a pas dû tarder à être guéri de ses chancres. »

La réponse à cette prophétie est écrite dans le rapport.

Un dernier sectateur de la syphilisation est M. Laval, qui a soutenu récemment à la Faculté une thèse sur ce sujet, sous ma présidence. M. Laval a expérimenté sur lui-même; il est parvenu, dit-il, à se syphiliser; c'est pourquoi sa thèse ne saurait être passée sous silence. Mais quand on veut la soumettre au contrôle d'une critique sérieuse, elle est peut-être encore au-dessous des travaux précédents. M. Laval est un jeune homme, qui, après avoir *médité profondément*, c'est lui qui le raconte, sur les résultats annoncés par M. Auzias, imagina de plein saut une théorie; et, ajoute-t-il naïvement, *j'y ai peu changé depuis*. La théorie trouvée, il s'inocule le virus du chancre; il a fait huit inoculations en vingt et un jours, passe rapidement sur le reste, et établit des préceptes pratiques qui recommandent de séparer chaque inoculation par un intervalle de dix à quinze jours. On se demande comment une expérience faite dans des conditions si opposées a pu engendrer une doctrine pareille. Il y a bien encore quelques mots sur un autre étudiant qui s'est pareillement syphilisé, mais sans détails et sans dates; en sorte que tout examen est impossible. La *doctrine* de M. Laval (car il a aussi sa doctrine, et il traite avec un profond dédain celle de M. Auzias), cette prétendue doctrine n'a donc d'autre valeur que celle d'un rêve produit par une imagination échauffée. Toutefois, telle qu'elle est, elle a eu l'honneur d'être appliquée au traitement de la syphilis secondaire, au Val-de-Grâce, par un chirurgien qui a fait ses preuves, par M. Marchal (de Calvi). Car il faut dire que M. Laval la propose surtout comme *méthode unique de traitement* de la syphilis constitutionnelle; et M. Marchal, comme on pouvait s'y attendre d'un esprit aussi généreux, repousse absolument la syphilisation préventive.

M. Laval a donc pu recueillir dans ce service 18 observations. Voyons comme il en rend compte :

« Parmi ces 18 malades syphilitiques,

7 avaient des macules (roséole, psoriasis);
4 avaient des pustules et des vésicules (ecthyma secondaire, eczéma);
4 avaient des papules muqueuses.

» L'induration du chancre persistait encore chez le plus grand nombre, et tous avaient les ganglions cervicaux indurés. Sept avaient des chancres indurés, de 20 à 25 jours d'invasion. Une ou deux inoculations, selon la *méthode indiquée*, firent entièrement disparaître tous ces accidents. Les chancres indurés furent cicatrisés le vingtième jour ou plus après la première inoculation; les produits secondaires, tels que pustules, vésicules et plaques muqueuses, avaient commencé par se dessécher deux ou trois jours après l'inoculation, et disparurent entièrement du septième au dixième jour. Un ulcère de la langue, profond, large, à base indurée, était entièrement cicatrisé au bout de six jours. *Les chancres d'inoculation ont duré ensemble cinquante jours en moyenne. Aucun de ces hommes, traités par l'inoculation, n'est encore revenu à l'hôpital. J'espère*, ajoute M. Laval, *qu'ils resteront guéris; il peut se faire cependant qu'ils aient, avec le temps, une éruption de roséole syphilitique, mais sans autres accidents.* » (p. 23.)

Si ces résultats étaient bien prouvés, en effet, ils mériteraient une attention sérieuse. Mais avec quelle inconcevable négligence ils sont exposés ! Il y a 18 malades, on ne donne de renseignements pathologiques que sur 15. Le traitement est encore laissé plus au hasard s'il est possible; *une ou deux inoculations*, voilà tout ce qu'on en dit. Il en résulte tout au moins que ces une ou deux inoculations, d'une durée de *cinquante jours en moyenne*, n'ont pas été si insignifiantes qu'on semble le faire entendre. Puis enfin, ces malades sortent; entrepris en novembre, leur sortie n'a guère pu avoir lieu avant janvier; et le 22 mars, on s'applaudit qu'ils ne soient pas rentrés à l'hôpital ! Et ou *espère* qu'ils seront guéris, sauf peut-être une roséole; et l'on affirme qu'ils n'auront pas d'autres accidents.

Enfin j'aurais à citer encore un mémoire de M. Spérino (de Turin), qui affirme avoir syphilisé avec un entier succès *cinquante deux* filles publiques, et déjà d'autres critiques ont reproché à M. Spérino le défaut de détails précis, sans lesquels les observations se réduisent à la valeur de simples affirmations.

Voilà, messieurs, autant que j'ai pu le réunir, tout le bagage scientifique de la syphilisation; il est léger, et jamais peut-être doctrine ne s'est proclamée avec une pareille insignifiance de preuves. Je le répète donc, s'il fallait porter dès à présent un jugement sur la doctrine, je n'hésiterais pas à la rejeter, faute de preuves, sauf à elle à s'en mieux munir dans l'avenir. Mais au-dessous de la doctrine, qui n'est pas suffisamment mûrie, il y a cependant quelque chose que je ne peux pas rejeter aussi facilement et sans vérification : ce sont les faits allégués, ce sont les expériences déjà faites et que l'on offre de répéter. Voilà ce qui prend un caractère plus sérieux, et ce qui ne me permet pas d'adhérer, quant à présent, à la condamnation absolue et sans appel formulée par la commission.

Dans la dernière séance, lorsque M. Ricord vous exposait l'opiniâtreté de M. L... à poursuivre ses inoculations, beaucoup en ont ri, et j'en ai ri moi-même, bien que ce fût une histoire fort triste à tous les points de vue. Mais pourquoi M. L... persiste-t-il dans cette périlleuse pratique? Il se peut qu'il ait, lui aussi, ses vues théoriques; mais il a vu, par-dessus tout ceci, on il peut avoir vu des sujets syphilisés. L'un de ces sujets est M. Laval, qui aurait été inoculé sept fois par M. Ricord, sans contracter un seul chancre. Cela a été dit, professé, imprimé; cela n'avait pas encore été contesté, et je suis heureux que M. Ricord nous éclaire enfin sur ce point, parce que si la syphilisation n'est qu'une mystification, ou plutôt une illusion pure, je désire fort en voir débarrasser à tout jamais la science. Mais jusqu'à ces éclaircissements, je l'avoue, le fait était si grave que je m'en sens encore ébranlé. Or M. Laval se serait mis à la disposition de la commission ; n'est-il pas à regretter que ses avances aient été si mal reçues?

M. Auzias, de son côté, est plus riche de faits que son mémoire ne le semble dire. A l'époque où ce mémoire fut publié, M. Auzias avait, m'a-t-il dit, syphilisé nombre de sujets pris cette fois dans la race humaine. Une lettre par lui adressée à l'Institut le 18 novembre 1850, et consignée dans la GAZETTE MÉDICALE, mentionne très-explicitement des *observations entreprises sur l'homme.* Pourquoi donc ne les a-t-il pas encore publiées? Pourquoi, au lieu de les mettre en avant dans son mémoire, semble-t-il s'attacher à en dérober la connaissance à ses lecteurs? Il a eu tort, à mon sens; mais il faut bien savoir que ces premiers essais sur l'homme étaient entourés de périls peu ordinaires, et que l'auteur, par exemple, a été dénoncé une fois au procureur de la République. Quoi qu'il en soit, j'ai demandé à M. Auzias à quel chiffre pouvaient se monter ses essais sur l'homme : eu ce moment, à plus de *trois cents*. La plupart, atteints de chancres, n'ont été syphilisés que jusqu'à guérison de leurs chancres, jusqu'à préservation de la syphilis constitutionnelle. Cette préservation, je ne la donne pas comme bien prouvée, les sujets ne se trouvant encore qu'à trois mois, qu'à six mois, et les plus anciens à un an de date de l'apparition de leurs chancres. *Dix-sept* seulement auraient été conduits à une syphilisation absolue, et telle qu'on ne peut plus leur donner ni chancres ni blennorrhagies. Je n'affirme rien, je dis ce qui m'a été raconté par M. Auzias; mais j'ajoute qu'il m'a paru plein de loyauté et de bonne foi. Et d'ailleurs, il n'eût pas mieux demandé que de faire ses preuves devant la commission : non pas sans doute qu'il eût produit devant elle tous ses malades; on sait aussi combien peu se prêteraient à une pareille exhibition; mais il en avait trois qui s'y seraient prêtés : deux hommes et une femme. En ce moment même, il traite un gentilhomme d'un nom qui a marqué dans l'histoire contemporaine; celui ci, qui prétend avoir le courage de ses opinions en syphilisation comme en politique, consentirait à se faire voir à une commission. Le traitement est au quinzième jour, et devra durer à peu près deux mois.

Eh bien! messieurs, en face de pareilles assertions, de pareilles offres, faites par un homme qui, je le répète, m'a paru de la plus entière loyauté; je ne les accepte pas sans doute, car il peut se tromper; mais suis-je en droit, sommes-nous en droit de les rejeter sans examen *à priori* ? Et l'on ne saurait dire que M. Auzias a fait des offres tardives à un moment où elles ne peuvent être acceptées; car il a demandé des juges à l'Institut, et il faut dire même qu'à l'Institut la chose a paru plus sérieuse qu'à votre commission. Bien plus, il a demandé à M. le préfet de police l'autorisation d'essayer la syphilisation à Saint-Lazare. M. le préfet a nommé au préalable, bien entendu, une commission présidée même par notre honorable président. Est-ce que, devant ces vérifications solennelles, on peut porter un jugement absolu, définitif?

Je vais plus loin, messieurs : j'ai parlé, d'après M. Laval, des faits de guérisons obtenues au Val-de-Grâce par M. Marchal (de Calvi), qui même s'était engagé à les communiquer à cette Académie. Tels qu'ils ont été rapportés, ils n'ont pas une grande valeur. Ne serait-ce pas uniquement la faute du rédacteur. J'ai vu M. Marchal; il croit à ses succès, il est enthousiaste de la méthode.

UNE VOIX : Il l'est toujours.

M. MALGAIGNE : Qu'il le soit toujours, c'est une autre affaire; probablement n'a-t-il pas toujours tort, et en cette occasion je suis très-curieux de savoir s'il a tort ou raison. Ajouterai-je, messieurs, que depuis que l'autorité supérieure s'est opposée à la continuation de ses succès, on cite plusieurs officiers qui sont sortis de l'hôpital pour terminer leur syphilisation en ville?

Et enfin les faits de M. Spérino, je ne voudrais pas, bien entendu, qu'ils fussent admis trop légèrement; je ne voudrais pas non plus qu'ils fussent rejetés trop à la légère. Si je suis bien informé, M. le préfet de police a fait demander un rapport sur ces faits à Turin; le rapport sera soumis à la commission médicale. Et si par hasard, je n'en sais rien, mais si par hasard il était démontré que M. Spérino est parvenu à syphiliser une bonne partie des filles publiques de Turin, s'il y avait lieu en conséquence de concevoir une espérance semblable pour toutes nos grandes villes, quel bienfait pour la salubrité publique!

Ici ce serait de la syphilisation préventive, soit; si elle était reconnue efficace et sans danger, je l'accepterais encore bien pour les filles publiques. Mais ce à quoi je m'attache surtout, avant toute explication, c'est à la constatation des faits; et les faits constatés, c'est à leur application à la thérapeutique. Car, je le confesse, donner la syphilis à un individu qui ne l'a pas, sous le prétexte de l'en préserver à l'avenir, cela soulève mes plus fortes et mes plus intimes répugnances; mais je ne vois aucune difficulté de morale et de conscience à inoculer le venin à un homme qui l'a déjà, si cela peut aider à sa guérison. M. le rapporteur dit bien, et avec toute raison, que le traitement ordinaire guérit l'immense majorité des véroles secondaires; mais il avoue aussi, et tout le monde sera de son avis, qu'il est des cas rebelles. Eh bien, si l'inoculation devait fournir une ressource pour ces cas rebelles, il faudrait encore l'accepter comme un bienfait.

Je me résumerai en peu de mots. Je n'ai rien vu par moi-même en fait de syphilisation; je suis pareillement incompétent pour la soutenir et pour la proscrire. Je la considérerais comme immorale, son efficacité fût-elle démontrée, si on l'appliquait comme préventive à des individus sains, dans des conditions ordinaires; loin de là, appliquée à des individus syphilitiques, en vue de les guérir, je la considérerais comme un bienfait. Mais avant tout, je veux que les faits soient vérifiés; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien avertis que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vraiment scientifiques; comme aussi à ceux qui la voudraient rejeter sans examen, je dirai que les faits annoncés sont trop considérables pour être traités avec un pareil dédain; en un mot, et c'est là ma conclusion, qu'ils veulent être vérifiés, et qu'ils le veulent impérieusement.

M. BÉGIN entre dans quelques explications sur les divers points énoncés dans la lettre de M. Auzias. M. Auzias, dit-il, me reproche d'avoir dit qu'il avait donné la vérole à M. L... Je n'ai point dit cela; j'ai dit seulement que M. Auzias s'était trompé en inoculant M. L..., qu'il avait pris un pus pour un autre. C'est du moins ce que je tiens de M. L... lui-même.

M. Auzias me reproche d'avoir confondu le système de M. Diday avec le sien. Il n'en est rien. J'ai parfaitement indiqué les différences qui existent entre ces deux systèmes.

Quant au fait de M. Laval dont on me reproche de n'avoir pas tenu compte, je ne l'ai pas considéré, en effet, comme ayant une valeur suffisante dans l'espèce; il faut beaucoup plus de temps qu'il ne s'en est écoulé depuis ses premières inoculations pour juger s'il sera préservé ou non d'accidents consécutifs.

M. Bégin répond ensuite au reproche d'insinuation malveillante qui lui est fait au sujet de l'une des phrases de son rapport où il parle de bruits, de promesses sans effets, etc., en disant qu'en effet après les engagements pris par MM. Auzias, Laval et L... de se mettre à la disposition de la commission, aucun d'eux ne s'est présenté.

On a reproché enfin à la commission de n'avoir pas examiné scientifiquement les faits relatifs à la syphilisation. L'Académie ne demandait pas à la commission de formuler un jugement sur cette méthode. Elle a eu devoir dire son opinion. L'Académie est maintenant en possession de la question; libre à elle de l'apprécier comme elle l'entendra.

M. Bégin termine en répondant au reproche que lui a fait M. Malgaigne de n'avoir point parlé de l'inoculation comme méthode curative; il prouve par une citation de son rapport qu'il en a parlé.

M. VELPEAU : On a parlé d'un membre de la commission qui avait mal reçu M. Laval. Ce membre, c'est moi-même. Lorsque M. Laval est venu me trouver pour me faire part de l'expérience qu'il venait de faire sur lui-même, j'avoue que je n'ai pu m'empêcher de lui dire crûment ma pensée à cet égard. Je l'ai fait peut-être dans des termes qui ont pu lui paraître peu flatteurs, et que je me dispenserai de reproduire ici.

L'Académie n'a pas oublié M. L.... Elle se souvient qu'il lui a été présenté comme atteint de syphilis constitutionnelle par inoculation. Dans la relation qu'il a faite lui-même de sa propre observation devant l'Académie, il a dit s'être inoculé du pus recueilli sur l'amygdale d'un de ses amis, atteint de syphilis constitutionnelle. C'était sur ce fait que l'Académie avait à se prononcer. Pour moi, c'est à ce point de vue seulement qu'il avait de l'intérêt, et je déclare que sur ce point j'étais suffisamment édifié. Mais nous n'étions pas chargés d'examiner la question de la syphilisation. La commission n'avait pas à s'en occuper, d'abord parce que l'Académie ne le lui avait pas demandé; en second lieu, parce que la question ne mérite réellement pas d'être examinée. Une autre raison enfin, c'est que, pour mon compte, je ne crois pas que ce soit là une question susceptible d'être jugée. M. Laval ne peut plus être inoculé, dit-on; mais depuis combien de temps a-t-il contracté le premier chancre? Qu'est-ce qui dit qu'il ne pourra pas être inoculé dans six mois, dans un an, dans dix, dans

vingt ans; car, quoi qu'on en ait dit, rien ne prouve que la vérole constitutionnelle ne puisse se manifester dix, vingt, trente ans après les symptômes primitifs. Pour moi, j'en suis convaincu. Je crois donc qu'il eût été beaucoup plus sage pour l'Académie de ne se point occuper de cette question. Il faut laisser à la syphilisation, comme à tant d'autres idées jetées dans le monde sans plus de fondement, faire son temps sans l'encourager ni la combattre.

M. Depaul : Messieurs, après le remarquable discours de M. Malgaigne, dans lequel se trouvent une partie des observations que je me proposais de faire sur le rapport de notre très-honoré collègue, M. Bégin, la mission que je m'étais donnée sera plus courte et plus facile à remplir. J'avoue cependant qu'après les manifestations sympathiques qui ont accueilli le travail de notre rapporteur, j'ai un peu hésité avant de me mêler à ce débat; car mieux que personne je comprends tout ce qu'a d'entraînant l'autorité de sa parole et de sa haute raison. Mais, après avoir entendu la lecture de ce rapport et depuis, après l'avoir sérieusement médité, il m'a semblé que l'inspiration et le simple raisonnement s'étaient plus d'une fois substitués à l'observation rigoureuse, et que les considérations qui en font la base ne légitimaient pas les conclusions qu'il renferme implicitement.

Je viens donc demander à notre très-savant rapporteur la permission de me placer à un point de vue un peu différent du sien, et de ne pas admettre tout ce qu'il a dit au sujet de la syphilisation, la seule question que je me propose d'examiner.

Mais, comme M. Malgaigne, il est bien entendu que je n'entends m'occuper que de la syphilisation curative; j'avoue que, pour les raisons qu'il a données, je repousse d'une manière absolue toute tentative relative à la syphilisation prophylactique.

Je désire, d'un autre côté, que l'Académie sache bien quelle position j'accepte dans la discussion : les médecins qui ont suivi les différentes phases de la syphilisation sont partagés en trois camps. Dans le premier, je place M. Auzias et ceux qui accordent à cette méthode thérapeutique ou préventive une confiance complète, j'en crois le nombre fort restreint. Dans le second, je range ceux qui, sans examen suffisant ou avec un parti pris, la considèrent comme immorale, impuissante et ridicule; enfin, dans le troisième, et c'est celui dans lequel je prends place, se trouvent les hommes qui, ne se sentant pas suffisamment éclairés, eroient pouvoir demander à une expérimentation sage et prudente, la solution d'un problème qui intéresse à la fois la science et l'humanité.

Je me permettrai d'abord de faire remarquer que la commission a complètement changé le terrain sur lequel l'Académie avait voulu se placer. En effet, à l'occasion du malade que M. Ricord vous présenta (séance du 10 novembre dernier) comme une victime de la syphilisation, M. Velpeau, soulevant une question incidente relative à la possibilité de l'inoculation des accidents secondaires, laissa entrevoir que, dans son opinion, M. le docteur L..., qui était l'objet de la présentation, était un nouvel exemple de cette transmission. Ce fut pour rechercher ce point tout spécial dans ce cas particulier, que la commission fut instituée.

Je ne rechercherai pas ce qui a pu changer sa véritable direction, et transformer, en un sévère réquisitoire contre la syphilisation, les lumières qu'elle devait apporter dans la question des inoculations secondaires; mais, puisque le fait est accompli, voyons si, du moins, elle a apporté, dans la mission qu'elle s'est volontairement donnée, toute la prudence et toute la sévérité d'investigation qui conviennent à un corps savant qui vient *spontanément* donner son opinion sur une doctrine nouvelle. Le fait me paraît d'autant plus grave, que l'Académie des sciences est, depuis longtemps, officiellement saisie de la même question, sur laquelle, sans doute, elle prépare un rapport, et que tout récemment M. le préfet de police, qui est le gardien naturel de tout ce qui intéresse l'hygiène publique, et dont la sollicitude a dû être nécessairement éveillée par les diverses communications qui lui ont été faites, a sagement agi, à mon sens, en la mettant sérieusement à l'étude par la nomination d'une commission spéciale.

M. le rapporteur se plaint, en débutant, de la pénurie de matériaux dans laquelle il s'est trouvé. Il a vainement espéré, dit-il, que la presse lui fournirait des documents affirmatifs ou contradictoires. Il aurait adressé des invitations pressantes, il aurait fait des promesses formelles aux personnes intéressées, sans doute; tout lui aurait fait défaut; et après l'avoir entendu, on pourrait croire que tout le bagage relatif à la syphilisation se borne à l'observation de M. L.....

M. Malgaigne vous l'a déjà fait remarquer, ni la presse, ni les zélés partisans de cette méthode n'ont mérité les reproches qu'on leur adresse; des faits nombreux ont été publiés, des sujets d'expérimentation se sont présentés; des tentatives d'inoculation ont été faites publiquement à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Ricord, par M. Ricord lui-même; M. Ricord est membre de la commission, et le rapport ne dit pas un mot de ces expériences!

M. Sperino, homme spécial, qui dirige la Syphilocome de Turin, a fait connaître le résultat de cette méthode appliquée publiquement sur 52 prostituées; son travail a été inséré dans les Annales de la syphilis, juill. 1851. D'après l'auteur, les résultats sont favorables, et on les passe sous silence, sans la moindre discussion!

M. Galligo, de Florence, qui a été longtemps à la tête d'un hôpital de syphilitiques, a publié en 1851, dans un journal dont le titre m'échappe, ce qu'il a observé sur le même sujet.

Dans la même année a paru, dans la Gazette médicale des États sardes, un mémoire de M. Nottini, médecin de l'armée piémontaise. A tort ou à raison, il reconnait les avantages de la syphilisation. Pourquoi ne pas s'expliquer sur ces travaux?

La Gazette Médicale de Paris (juillet 1852) emprunte à la Gazette Médicale des États sardes une observation de M. Zélaschi, ayant pour titre : Syphilis primitive et constitutionnelle chez l'homme, guérie au moyen de la syphilisation. L'auteur y raconte avec de nombreux détails comment les premières tentatives dirigées par lui restèrent sans effet, et comment un succès complet fut obtenu lorsque, d'après les conseils de M. Sperino, les inoculations furent poussées avec plus d'activité. M. Zélaschi s'est-il trompé dans son appréciation? La commission aurait dû nous le faire savoir.

M. Malgaigne vous a rappelé un fait très-curieux, relatif à certaines filles publiques qui, après avoir exercé pendant un certain temps leur triste profession, semblent se syphiliser naturellement par les inoculations accidentelles auxquelles elles sont exposées. Ce fait, que plusieurs personnes paraissent avoir observé, a d'abord été signalé par un homme dont l'opinion est loin d'être favorable à la syphilisation: je veux parler de M. de Castelnau. Il méritait bien la peine qu'on le discutât!

Il a aussi, et avec raison, beaucoup insisté sur ce qui s'est passé dans le service de M. Marchal de Calvi, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, jusqu'à l'époque où, par ordre de l'autorité supérieure, les tentatives de syphilisation y furent interdites.

Mais, messieurs, ce que j'ai beaucoup plus de peine à m'expliquer, c'est que la commission ne soit pas entrée dans de très-grands détails sur tout ce qui se rapporte à M. le docteur Laval. Ce jeune médecin, qui n'était alors qu'élève, fut conduit à la clinique de l'hôpital des Vénériens par M. Auzias, qui l'avait syphilisé. M. Ricord, acceptant le défi qui lui était porté d'inoculer sur le sujet le pus de tel chancre qu'il lui plairait de choisir, se mit à l'œuvre en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareil cas. Je n'ai pas besoin de dire s'il prit ce qu'il crut être la première qualité, et si les inoculations furent convenablement faites pour assurer leur succès. Tout le monde connaît son habileté. Mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les premiers résultats ne parurent pas très-concluants, puisqu'il recommença ses tentatives à sept reprises différentes. Je pourrai bien ajouter que MM. Auzias et Laval, et avec eux plusieurs médecins et élèves qui étaient présents, affirment que toutes ces tentatives ont complétement échoué, que tout ce qui aurait été obtenu aurait consisté en de petites pustules qui se seraient très-rapidement desséchées sans ulcération et suppuration, et que M. Ricord lui-même en serait publiquement convenu. Mais je dois à la vérité de dire que notre collègue, à qui j'en ai parlé dans le temps, m'a assuré n'avoir jamais fait une semblable déclaration, pour lui, ce qu'il a produit étant bien des chancres, seulement avec une forme particulière. J'avoue que je ne comprends pas bien cette distinction, et puisque son opinion sur ce sujet était très-arrêtée, comment se fait-il que, dans une occasion aussi solennelle, il ne se soit pas empressé de dissiper tous les doutes par de nouvelles inoculations, faites avec le produit des premières? Cela surprendra, j'en suis sûr, tous ceux qui connaissent sa doctrine sur ce point.

Ajouterai-je encore que parmi les documents qui ont été transmis à M. le préfet de police se trouve une lettre de M. Seutin, qui est loin d'être défavorable aux idées de M. Auzias? M. Ricord, qui fait partie de la commission spéciale nommée par ce magistrat, aurait bien pu, ce me semble, en faire connaître l'esprit à notre rapporteur. Mais non, tout a été laissé de côté, jusqu'aux expériences sur les animaux, qui ont cependant mis leur auteur sur la trace de la syphilisation de l'homme, et, à cette occasion, qu'il me soit permis de faire observer que l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi, après avoir longtemps nié qu'on pût transmettre la syphilis aux animaux, est loin d'être aussi positif dans la dernière édition des Œuvres de Hunter, qu'il a annotée.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, qu'en vous présentant il y a quelques mois M. le docteur L..., notre collègue, M. Ricord vous dépeignit son état avec des couleurs si sombres, que beaucoup d'entre vous durent le croire bien près du tombeau; j'avoue que j'avais conçu moi-même sur son compte de très-sérieuses inquiétudes, et je déclare que ma surprise et ma joie ont été grandes quand je l'ai vu au commencement de la séance venir prendre place au milieu de l'auditoire qui nous écoute; je puis assurer que son apparence extérieure n'a rien que de très-rassurant. Cela vous étonnera, sans doute, si vous vous rappelez que M. Ricord vous disait, dans la dernière séance, que rien n'avait pu le enrriger, et que depuis qu'il avait cessé de réclamer les soins de M. Auzias, il se soumettait à chaque instant à de nouvelles inoculations syphilitiques.

Je comprends, jusqu'à un certain point, la répugnance de l'honorable M. Bégin pour la doctrine nouvelle, lui qui n'a à se reprocher ni tentative de syphilisation ni inoculations syphilitiques d'aucune espèce; mais je ne puis admettre que M. Ricord ait le droit d'être aussi difficile. Ceux qui ont suivi sa pratique ou qui ont étudié ses écrits savent combien il s'est efforcé de populariser les inoculations et d'en tirer parti pour distinguer entre eux les accidents réputés primitifs, ou pour éclairer certains point d'hygiène, de médecine légale, etc., il les a quelquefois tellement multipliées sur le même individu, dans le but de vérifier les faits de M. Frike, de Hambourg, par exemple, qu'il me paraît s'être beaucoup rapproché, sans le vouloir, de la pratique de la syphilisation.

La coloration des cicatrices qui succèdent aux inoculations et qui donnent à la peau un aspect tigré, ne me paraît pas constituer un argument très-sérieux, quand on songe que cet état est passager, et qu'il doit en être de ces cicatrices comme de celles que laissent les pustules varioliques, et qui, d'abord rouges, ne tardent pas à prendre la teinte générale de la peau.

Je crois en avoir dit suffisamment pour prouver que la commission n'a pas en le droit de se plaindre de n'avoir su où puiser des renseignements. Les sources étaient nombreuses. Elle n'avait qu'à exercer son droit de critique et d'appréciation.

Mais revenons au fait du docteur L..., la seule base sur laquelle le rapport s'appuie, et cherchons si du moins on lui a donné sa véritable signification.

Dans le but d'expérimenter un traitement de son invention et qu'il appelle hy-

giénique, notre confrère s'inocule en différentes fois et dans l'espace de deux mois (décembre 1850 et janv. 1851), douze chancres. Trois mois après, il prend sur l'amygdale d'un de ses amis qui, à la suite d'un chancre induré, avait vu des accidents secondaires, se développer une sérosité à peine purulente qui était fournie par une plaie qui durait depuis vingt-deux jours, et il s'inocule de nouveau avec succès. L'ulcération produite fournit la matière de quatre inoculations répétées tous les cinq jours pendant vingt jours.

Ce fut le 17 octobre 1851, alors que des accidents syphilitiques constitutionnels existaient, que M. L... s'adressa à M. Auzias. Je passe la conversation qui aurait eu lieu entre ces deux confrères, car ce que M. L... affirme, M. Auzias le nie, et d'ailleurs là n'est pas le point capital. M. Auzias promit la guérison par la syphilisation et fit une première inoculation avec du pus fourni par le soixantième chancre d'une autre personne qui était en cours d'expérience. A cela seul s'est bornée l'intervention de notre confrère; et peut-on raisonnablement lui imputer ce qui est advenu depuis? Il répond avec raison que ce n'est pas avec une seule inoculation qu'on syphilise un homme, qu'il n'entend accepter la responsabilité que de ce qu'il a fait lui-même, et il me paraît d'autant plus fondé à se retrancher derrière cet argument, que M. L... s'accuse, dans la note qu'il a remise à la commission, de n'avoir pas observé les règles de la syphilisation, et ôte par conséquent toute valeur à son observation. Pour mon compte, je pense qu'un fait médical qui est également répudié par l'expérimentateur et par celui qui se soumet à l'expérience (quand surtout c'est un médecin), n'a aucune valeur, et que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de ne pas s'en occuper.

Toutefois, il ne faut pas se le dissimuler; en admettant que dans les faits déjà connus il y ait quelque chose de favorable à la syphilisation, il règne encore beaucoup d'obscurité sur des points très-importants. Pendant combien de temps exercera-t-elle son action? Guérit-elle définitivement la syphilis constitutionnelle? ou n'a-t-on pas à craindre de voir plus tard les accidents éclater de nouveau? L'expérience seule peut prononcer. Permettez-moi, en terminant, de vous lire les quelques lignes suivantes; elles sont extraites d'un livre que M. Ricord ne récusera pas. (Traité des maladies vénériennes, par M. Ricord, pages 537 et suiv.).

Mais quels contrastes dans la science et dans ceux qui la pratiquent! Car, tandis que les plus beaux encouragements sont donnés d'un côté, de l'autre, le blâme, ou tout au moins le ridicule, sont les seules récompenses. Ainsi, lorsque chaque année on étale une liste des nombreuses médailles que l'Académie de médecine accorde à ceux qui, en propageant la vaccine, s'opposent aux ravages de la petite vérole, on voit la même Académie éprouver une sorte de gêne lorsqu'on vient offrir à son jugement quelque remède pour arrêter un fléau bien autrement affreux. Sans doute, dans les moyens proposés pour prévenir la vérole, les coupables spéculations du charlatanisme ont eu, jusqu'à présent, la plus grande part; mais est-ce à dire qu'il en a toujours été ainsi et qu'il en sera toujours de même? Non sans doute, et, dans le siècle où nous sommes, et auquel nous devons appartenir, les sottes préventions d'une prétendue morale fausse et mesquine, ne nous permettent plus de regarder les maladies vénériennes comme une punition que le ciel a réservée au libertinage et que l'homme sage doit respecter... Non le véritable sage, le moraliste vertueux et philanthrope dira, avec de Horne, qu'il faudra regarder comme le véritable bienfaiteur du monde, comme le conservateur de l'espèce la plus respectable, la plus souvent sacrifiée, celui qui découvrira le véritable secret de nous préserver de la contagion la plus terrible qui ait jamais menacé l'humanité. Honneur aussi à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, qui n'a pas craint de mettre au concours cette importante question: « Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? »

Je fais ici le vœu que cet exemple ne soit pas perdu et que des questions semblables soient de nouveau posées et moins restreintes; car il est certain que les moyens qui sont et devront être les plus efficaces resteront presque toujours en dehors de ceux qui sont exclusivement du ressort de la police médicale proprement dite.

Convenez-en, messieurs, cela contraste singulièrement avec ce que M. Ricord demande aujourd'hui à l'Académie, mais j'espère encore que vous ne vous laisserez pas entraîner. Votre propre dignité exige que vous ne précipitiez pas un jugement qui, d'ailleurs, n'est pas sans appel, et qui pourrait être cassé par l'expérience. S'il y a quelque chose de vrai dans la syphilisation qu'on vous propose de repousser, vous regretteriez d'en avoir entravé la marche; si c'est une chimère, la science et l'humanité ne perdront rien à ce qu'on le démontre par une expérimentation sage et prudente.

La parole est réservée à M. Ricord pour répondre au commencement de la séance prochaine.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1852; par M. le docteur Verneuil, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DES CAVITÉS NASALES ET DES SINUS DU CHEVAL, AVEC DES CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES; par M. Arm. Goubaux, professeur d'anatomie à l'École d'Alfort.

Nous donnons un long extrait de ce travail, à cause de certains points qu'il renferme, et qui sont susceptibles de jeter quelque lumière sur l'anatomie et la pathologie des sinus chez l'homme.

DES SINUS.

(Synonymie. — *Petites fosses nasales* (Bourgelat); *arrière-fond des cavités nasales.*)

Les sinus sont des cavités plus ou moins spacieuses et anfractueuses, à la formation desquelles concourent quelques-uns des os de la face et du crâne, et qui communiquent avec les cavités nasales proprement dites au moyen de l'ouverture située à la partie supérieure du méat moyen.

On n'a pas toujours admis un même nombre de sinus, ainsi qu'on peut le voir dans les anciens ouvrages d'anatomie vétérinaire (1). Aujourd'hui au contraire, et depuis longtemps déjà, on s'accorde généralement à admettre trois sinus de chaque côté : (a) un *sinus sphénoïdal*, (b) un *sinus frontal*, et (c) un *sinus maxillaire*, composé de deux parties, l'une supérieure et l'autre inférieure.

On a donné à chacune de ces cavités le nom de l'os qui la renferme, ou plutôt le nom du principal des os qui concourent à sa formation. La description que je vais faire de chacun de ces sinus en particulier démontrera ce que je viens de dire.

(a) Sinus sphénoïdaux. — Comme leur nom l'indique, ces sinus sont situés dans l'épaisseur du sphénoïde, dont ils occupent le corps ou la partie moyenne, qui offre beaucoup plus d'épaisseur que les parties latérales ou les ailes de cet os.

Il n'est pas exact, dans l'immense majorité des cas au moins, de dire que les sinus sphénoïdaux sont au nombre de deux, l'un droit et l'autre gauche, et qu'ils sont séparés l'un de l'autre par une lame osseuse médiane qu'on a appelée *sphénoïdale*. Ces sinus sont souvent plus nombreux; j'en ai quelquefois compté cinq, et leur séparation n'a pas toujours lieu de la manière qu'on a indiquée, et, par exemple, il n'est pas rare de trouver les différentes cavités qui les constituent séparées par des cloisons osseuses complètes, et ayant une direction, sinon transversale, du moins oblique relativement à la ligne médiane. Cependant ces différentes parties peuvent non-seulement communiquer entre elles, mais encore avec celles du côté opposé.

Les sinus sphénoïdaux peuvent aussi, en s'accroissant, en s'étendant en avant ou en bas dans l'épaisseur du palatin ou de l'ethmoïde, communiquer avec le sinus frontal et la partie supérieure du sinus maxillaire; mais je ne pense pas qu'à l'imitation de Bourgelat, on puisse admettre l'existence de sinus palatins et de sinus ethmoïdaux. Dans ce cas, c'est toujours au-dessous de la masse latérale de l'ethmoïde que se fait cette communication, par une sorte de canal dont les dimensions sont variables.

C'est ainsi que tous les sinus d'un même côté, j'en excepte cependant la partie inférieure du sinus maxillaire, peuvent communiquer les uns avec les autres et avec les cavités nasales proprement dites.

Quand les sinus sphénoïdaux, enfin, communiquent ensemble, celui du côté gauche avec celui du côté droit, par la destruction plus ou moins complète de la cloison, ou des cloisons quand il y a un plus grand nombre de sinus, ils établissent une communication entre les sinus du côté gauche de la tête avec ceux du côté droit, à l'exception toujours de la partie inférieure du sinus maxillaire.

Il est une objection que je prévois, et qu'on pourrait faire relativement à ce que j'ai signalé précédemment, que les sinus sphénoïdaux ne communiquent pas toujours entre eux.

On pourra demander quelle est la nature de la membrane qui tapisse alors ces cavités. Cette objection est spécieuse, mais je vais y répondre néanmoins. Est-ce que primitivement, dans le jeune sujet, il existe des sinus sphénoïdaux? Non. Il faut donc qu'ils commencent à se former, et leur développement a lieu par l'apparition de cellules qui peu à peu s'agrandissent et communiquent enfin, ou ne communiquent pas, ainsi que je l'ai déjà dit, non-seulement entre elles, mais encore avec le sinus frontal et la partie supérieure du sinus maxillaire, par l'intermédiaire de semblables cellules qui se sont développées aux dépens de l'ethmoïde et du palatin. Or il est évident qu'à cette époque la membrane muqueuse n'avait pas l'étendue qu'elle présente à une époque plus avancée de la vie.

Au reste, les faits d'observation ne se discutent pas, et celui dont je parle est de ce nombre.

(b) Sinus frontal. — Ce sinus est pair; il se développe dans chacune des moitiés latérales du frontal. Il est d'abord très-petit; mais il communique en dehors, en avant et en bas avec la partie supérieure du sinus maxillaire du même côté, et présente ensuite une capacité d'autant plus grande qu'on examine des têtes ayant appartenu à des animaux plus âgés.

Le sinus frontal d'un côté est toujours séparé de celui du côté opposé par une cloison médiane, rectiligne ou plus ou moins déjeté, soit à droite, soit à gauche. Dans le jeune âge, cette cloison est formée par une lame osseuse qui appartient à chaque sinus en particulier, et l'on peut alors isoler chaque moitié latérale du frontal sans voir l'intérieur du sinus, soit d'un côté, soit de l'autre. C'est là un fait d'observation assez remarquable; car le canal médullaire de chacune des moitiés latérales du métacarpien principal du bœuf, qui est d'abord particulier à chacune de ces deux moitiés, attendu qu'il y a à leur point de contact une double cloison osseuse que l'on peut voir facilement sur un os de jeune sujet, n'en constitue plus, à une certaine époque de la vie, qu'une seule qui se perfore dans une étendue plus ou moins considérable : d'où résulte alors une communication entre les deux canaux médullaires, qui d'abord étaient complétement distincts.

Les deux lames qui concourent à la séparation des sinus frontaux, au con-

---

(1) Bourgelat a décrit des sinus *maxillaires*, *zygomatiques*, *palatins*, *frontaux*, *ethmoïdaux* et *sphénoïdaux*.

traire, s'accolent, se réunissent, n'en constituent plus qu'une seule, et jamais il n'y a aucune communication entre ces deux sinus.

La cavité du sinus frontal n'est pas seulement susceptible d'augmenter de capacité avec l'âge, ainsi que je l'ai dit; mais la disposition même de cette cavité présente quelques variations. Ainsi on la trouve, chez presque tous les sujets, incomplètement divisée par des cloisons qui de la paroi inférieure se portent à la face interne de la paroi supérieure, et font très-probablement l'office de colonnes ou de supports destinés à lier entre elles les différentes parties de ce sinus. On voit quelquefois ces cloisons incomplètes, dont la direction est variable, se diviser dans leur longueur et se rendre à la fois à la paroi supérieure et à la paroi postérieure. Ces divisions des cloisons sont dues à leur destruction plus ou moins complète.

En haut, le sinus frontal recouvre un peu la face interne de cet os, qui forme la partie antérieure du crâne; mais il ne s'étend jamais au delà, et ne pénètre jamais par conséquent dans l'épaisseur du pariétal.

Il n'en est pas de même de sa partie inférieure, que l'on voit quelquefois s'étendre dans l'épaisseur de l'extrémité supérieure du sus-nasal.

On voit, en pénétrant dans le sinus frontal, la masse latérale de l'ethmoïde, et un peu en avant, l'extrémité supérieure du cornet supérieur.

La communication du sinus frontal avec la partie supérieure du sinus maxillaire est une chose constante; elle est excessivement large.

En résumé, ce sinus, qui est principalement formé par le frontal, est constitué par un plus grand nombre d'os à mesure qu'il augmente de capacité; ces os sont : l'ethmoïde, le cornet supérieur et le sus-nasal.

(c) Sinus maxillaire. — C'est celui de tous les sinus qui offre le plus de capacité. Il est constitué non-seulement par le grand sus-maxillaire, mais encore par les cornets, le lacrymal, le zygomatique et le palatin. On lui reconnaît *deux parties*, l'une *supérieure* et l'autre *inférieure*, que Vitet considérait, avec quelque fondement, comme deux sinus distincts, auxquels il donnait le nom de *sinus maxillaire supérieur* et de *sinus maxillaire inférieur*.

1° *Partie supérieure du sinus maxillaire.* — Elle répond à la partie supérieure du cornet ethmoïdal, au lacrymal, au zygomatique, au palatin et au grand sus-maxillaire, et se continue directement et très-largement avec le sinus frontal du même côté.

Sa forme est extrêmement irrégulière; sa cavité est très-anfractueuse à sa partie inférieure, qui répond aux racines des deux dernières dents molaires supérieures. C'est en raison de ses rapports avec les deux dernières dents qu'elle acquiert un développement d'autant plus considérable que ces dents sont moins profondément implantées dans leurs alvéoles, ou que les animaux sont plus vieux.

Les deux parties du sinus maxillaire sont séparées l'une de l'autre par une lame osseuse que M. Girard a appelée *sus-maxillaire*, et qui, de la face interne du *grand sus-maxillaire*, où elle semble prendre naissance, se continue sans interruption avec la base du cornet inférieur, qui se replie sur elle-même de dedans en dehors.

2° *Partie inférieure du sinus maxillaire.* — Ce sinus particulier, dont la première description est attribuée à Flandrin par Girard fils (1), a été étudiée avec soin par Lafosse et par Vitet. Il est formé par le grand sus-maxillaire et par la partie supérieure du cornet inférieur. Sa partie moyenne répond entièrement, ou peu au dessus de l'épine zygomatique, au grand sus-maxillaire. L'étendue de la partie inférieure du sinus maxillaire est parfaitement limitée en arrière; mais avec l'âge, elle peut augmenter, ainsi que sa capacité, en se prolongeant en avant et en bas.

Son intérieur est divisé incomplètement de has en haut, d'arrière en avant et de dedans en dehors, par le conduit sus-maxillaire qui le traverse. On peut, en passant au-dessus de ce conduit, pénétrer de la portion externe dans la portion interne du même sinus.

MM. Girard, Rigot et Lavocat ont répété depuis Flandrin que ce sinus se développe vers l'âge de 7 à 8 ans, et on dit qu'il ne tarde pas à communiquer avec le sinus maxillaire supérieur par la destruction de la lame osseuse qui les sépare l'un de l'autre. Vitet a nié formellement cette communication, et Lafosse ne la considérait pas comme constante. De toutes ces assertions contradictoires, quelle est celle qui est vraie, qui repose sur l'observation?

Déjà en 1843, d'après l'observation que, dans le cas de collections purulentes dans les sinus, ces collections peuvent exister, soit dans la partie supérieure, soit dans la partie inférieure du sinus maxillaire, j'ai fait un examen du sinus maxillaire inférieur sur un certain nombre de têtes, et je n'ai jamais remarqué aucune communication.

J'ai trouvé souvent un amincissement considérable de la *lame osseuse sus-maxillaire* dans une partie de son étendue, parfaitement limitée, mais dans des endroits variables. Cette cloison était devenue très-transparente; elle avait presque complètement disparu, mais laissait en contact, par sa surface adhérente, la muqueuse qui tapisse chacune des parties de ce même sinus. Rigot m'avait engagé à faire connaître ces observations, et avait modifié, dans ses leçons, la description qu'il a faite de ce sinus dans son anatomie. Depuis cette époque, j'ai examiné un très-grand nombre de cadavres, et jamais, je le répète, je n'ai vu cette communication, même chez les chevaux arrivés à l'extrême vieillesse.

Si les auteurs que j'ai cités ont examiné des têtes après la macération, il n'est pas étonnant qu'ils aient trouvé une ouverture, puisque, ainsi que je l'ai dit, la lame osseuse peut disparaître dans un point quelconque de son étendue; mais cette ouverture n'existait pas primitivement : elle était fermée par la membrane muqueuse qui tapisse chacune des parties du sinus maxillaire.

Il est encore une question à examiner : c'est celle du développement de ce sinus maxillaire inférieur. La plupart des auteurs ont admis que ce développement n'a lieu que vers l'âge de 7 à 8 ans. Cette opinion ne repose pas sur des observations exactes; elle a été émise par Flandrin d'abord, suivant Girard fils, et elle a été reproduite ensuite sans contrôle par tous les auteurs qui lui ont succédé. Comment l'admettre, en effet, si l'on songe que ce sinus est formé à la fois par le grand sus-maxillaire, et par la partie supérieure du cornet inférieur?

Évidemment ce sinus, ou la partie inférieure de ce sinus maxillaire, est développé du moment où les os de la face sont formés; il n'a pas, il est vrai, le développement qu'il aura plus tard, car c'est sa portion externe qui répond à la partie supérieure du cornet inférieur qui a d'abord le plus de capacité, et l'autre ne se développe qu'à une époque plus avancée de la vie, lorsque les dents molaires auront fait leur éruption. Il n'est pas besoin, au reste, de m'étendre plus longuement sur ce sujet; il suffit, pour avoir la preuve de ce que j'avance, d'examiner la tête d'un poulain de 6 mois, par exemple.

La non-communication de cette partie avec la supérieure, que Lafosse, d'après des observations pathologiques, ne considérait pas comme constante, justifie la recommandation de cet hippiatre, qui conseillait de briser la lame osseuse avec une tige en fer, lors de la trépanation des sinus, afin que les liquides injectés dans le sinus frontal puissent s'écouler par la partie inférieure du sinus maxillaire comme par un *égout*.

La perforation de cette lame osseuse, ou plutôt de la membrane muqueuse qui fermait la partie où elle avait été détruite, explique le passage des collections purulentes du sinus frontal et du sinus maxillaire supérieur dans le sinus maxillaire inférieur, puisque de tous c'est celui qui occupe la position la plus déclive.

Lafosse a fait judicieusement observer que quelquefois, mais rarement, la partie inférieure du sinus maxillaire est elle-même divisée en deux parties par une cloison osseuse; mais chez les vieux chevaux, cette cloison, qui répond entre la troisième et la quatrième dent molaire, primitivement complète, permet, par suite de sa destruction, une communication directe entre les différentes parties qui concourent à la formation de ce sinus.

Quant à cette autre observation du même auteur, qu'il *arrive aussi quelquefois, mais plus rarement encore, qu'il y a des chevaux dans la tête desquels il ne se rencontre point du tout de cloison*, j'avoue n'avoir jamais eu l'occasion de faire cette remarque, et cette particularité n'a sans doute été observée que dans des cas morbides, par suite de la destruction de la lame osseuse qui résulte de la fusion du cornet supérieur avec le grand sus-maxillaire, lame osseuse que M. Girard a appelée *sus-maxillaire*.

COMMUNICATION DES SINUS AVEC LES CAVITÉS NASALES PROPREMENT DITES.

J'ai dit, en décrivant le méat moyen, que c'est à sa partie supérieure que se trouve l'ouverture qui fait communiquer les sinus d'un côté de la tête avec les cavités nasales proprement dites; j'ai indiqué sa forme particulière, les variétés qu'elle présente quant à ses dimensions et les os qui la limitent.

Du côté de la partie supérieure du sinus maxillaire, cette ouverture, qui représente le plus ordinairement une fente semi-circulaire, étendue d'arrière en avant et de dedans en dehors, est formée par la partie supérieure du cornet supérieur, qui est concave, et par la partie correspondante du cornet inférieur, qui est convexe.

C'est au moyen de cette ouverture que les sinus frontal, sphénoïdal et les deux parties du sinus maxillaire communiquent avec les cavités nasales proprement dites.

Dans l'immense majorité des cas, la communication de la partie inférieure du sinus maxillaire est tellement étroite que souvent de l'eau, introduite dans l'intérieur, ne s'écoule pas par les cavités nasales. Je n'ai pas besoin de dire que c'est la portion interne de ce sinus maxillaire inférieur qui correspond à cette ouverture.

Une seule fois j'ai observé une ouverture de communication entre ce sinus et les cavités nasales, comme dans le bœuf et le mouton, près de la partie supérieure du cornet inférieur, dans le méat moyen.

Usages des sinus. — Les sinus contiennent de l'air; ils paraissent principalement destinés à augmenter le volume de la tête sans augmenter son poids, et l'air qui les remplit donne une telle force de résistance aux os dans lesquels il est contenu, qu'en raison de son élasticité, ces os ne peuvent être fracturés que difficilement.

Ceci est tellement vrai que les sinus sont beaucoup plus développés chez les animaux qui se défendent avec la tête que chez les autres; et par exemple, parmi nos animaux domestiques, ils sont beaucoup plus développés dans le bœuf, dans le mouton, dans la chèvre et dans le porc, que dans le cheval, dans l'âne et dans le chien.

L'étude des sinus présente un grand intérêt au point de vue de la pathologie et de la chirurgie, et jusqu'à présent les auteurs, à l'exception de Bourgelat, ne l'ont pas fait assez sentir. C'est un tort, car beaucoup de praticiens auraient pu se rendre compte de symptômes particuliers et les rattacher à la véritable cause qui leur avait donné naissance. Que de chevaux, par exemple, ont été abattus pour cause de morve, qui n'avaient autre chose qu'une carie dentaire dont l'exis-

(1) Girard fils a consigné ce fait dans un Extrait d'une notice sur la vie et les ouvrages de P. Flandrin, directeur adjoint et professeur d'anatomie de l'École royale vétérinaire d'Alfort. (Recueil de médecine vétérinaire, t. II, p. 50, année 1825.) Flandrin n'a pas parlé de ce sinus dans son Précis de l'anatomie du cheval, à l'usage des élèves des écoles royales vétérinaires, imprimé en 1787, et je n'ai pu nulle part ailleurs trouver cette description.

Au reste, Flandrin naquit en 1751, et Lafosse avait publié en 1749 son Traité sur le véritable siége de la morve, et les moyens d'y remédier.

tence se traduisait par un écoulement nasal et simultanément par un engorgement des ganglions lymphatiques intermaxillaires!

Il est donc utile d'étudier quels sont les rapports des dents molaires de la mâchoire supérieure avec les cavités nasales proprement dites et avec les sinus.

Toutes les dents molaires, sans exception, répondent en dedans à la paroi externe des cavités nasales proprement dites. Les quatre dernières répondent en outre, savoir : la troisième et la quatrième à la partie inférieure du sinus maxillaire, et la cinquième et la sixième à la partie supérieure du même sinus. Cette simple indication suffit pour faire comprendre que, dans le cas de carie de ces dents, l'inflammation peut se propager, soit dans les cavités nasales proprement dites seulement, soit à la fois dans celles-ci et dans les sinus.

Plusieurs fois, à l'autopsie des chevaux sacrifiés pour les travaux anatomiques, j'ai constaté ce fait, et j'ai vu, dans ces circonstances, des altérations morbides de la membrane muqueuse qui les tapisse. Je n'ai pas besoin de m'étendre davantage sur ce sujet, le chirurgien en fera son profit, et déjà mon honorable collègue et ami, M. le professeur H. Bouley, a tiré de ce fait anatomique des déductions pratiques précieuses, dans un *savant mémoire sur les maladies de l'appareil dentaire dans les herbivores* (1).

J'ajouterai encore quelques mots relativement à la chirurgie.

Dans le cas de morve et dans le cas de collections purulentes dans les sinus, on pratique la trépanation de ces cavités, et je crois, avec Lafosse, qu'on devrait toujours, dans ces circonstances, faire deux ouvertures : l'une sur le sinus frontal, en traversant la table externe de cet os vers la partie moyenne, et l'autre sur la partie inférieure du grand sus-maxillaire, au-dessus de l'épine zygomatique. Il faudrait ensuite établir la communication entre les deux parties du sinus maxillaire, en perforant la lame osseuse qui les sépare, si elle n'avait pas été détruite dans un point quelconque de son étendue.

De cette manière, les liquides injectés dans le sinus frontal pourraient facilement s'écouler par la partie la plus déclive des sinus.

Je me borne à indiquer les deux points principaux où les trépanations peuvent être faites, j'aime mieux ne pas aller au delà, car il faut une très-grande habitude pour savoir que, chez les animaux âgés, on peut perforer le frontal dans une autre partie de sa surface, beaucoup plus inférieurement que je ne l'ai indiqué.

II — Anatomie pathologique.

QUELQUES REMARQUES SUR LES CORPS ÉTRANGERS DES MEMBRANES SÉREUSES; par M. le docteur LEBERT. (Communiquées à la Société de biologie dans la séance du 19 juin 1852.)

Nous avons eu occasion d'observer ces tumeurs dans le péritoine, dans la tunique vaginale chez l'homme, à la surface de la plèvre pulmonaire et du péritoine hépatique chez le cheval. Nous trouvons de plus plusieurs faits de ce genre relatés dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE de ces dernières années et nous attirons surtout l'attention sur deux communications, l'une faite par M. Deville (2) et l'autre par M. Barth (3).

Nous trouvons une analogie de structure et de formation entre ces corps libres des membranes séreuses et ceux que l'on rencontre dans les kystes synoviaux du poignet, et une analogie tout aussi frappante avec les phlébolithes. Nous pouvons aller plus loin et dire que, abstraction faite des différences fondamentales de structure, le mode de formation des corps étrangers articulaires rentre encore dans la loi générale de la formation de tous ces produits. Vouloir admettre qu'un corps étranger se forme d'emblée comme un corps libre au milieu d'une cavité est non-seulement contraire aux lois physiologiques générales et à celles de la nutrition en particulier, mais contraire aussi à l'observation. Que ce soit une membrane séreuse, une membrane synoviale articulaire, une membrane synoviale d'une bourse muqueuse ou la membrane interne d'une veine uvarique, ces corps étrangers se forment toujours comme une espèce de bourgeonnement soit de la membrane interne, soit plutôt, dans la généralité des cas, du tissu sous-séreux. La petite grosseur, à mesure qu'elle s'accroît, proémine davantage dans la cavité libre, se coiffe pour ainsi dire de cette membrane qu'elle a poussée en devant d'elle, se pédiculise, le pédicule s'amincit de plus en plus et finit par se rompre, et alors le corps étranger probablement ne s'accroît plus et subit la plupart du temps des changements rétrogrades. Nous laissons de côté à présent les corps cartilagineux qui, se formant dans la synoviale, y constituent les corps étrangers articulaires. Nous ne nous arrêterons pas davantage aux corps riziformes des kystes synoviaux du poignet ; nous dirons seulement en passant, pour y revenir avec détails par la suite, que nous avons eu entre les mains les pièces très-curieuses décrites dans la thèse de concours de M. Michon (4), et desquelles il résulte que ces corps riziformes, avant d'être libres, sont constitués par de véritables végétations, provenant de la surface interne de ces kystes. Nous allons comparer tout à l'heure entre eux les corps des membranes séreuses et les phlébolithes.

Les corps libres des membranes séreuses présentent chez l'homme et chez les animaux dans les diverses cavités, la plèvre, le péritoine, la tunique vaginale, des caractères à peu près analogues ; leur volume varie entre un grain de chènevis et un petit pois au commencement de leur développement et ne dépasse pas généralement le volume d'une noix ; cependant nous avons vu présenter à la Société anatomique une tumeur de ce genre, ayant le volume d'une bille de billard. En moyenne ils ne dépassent même pas le volume d'une grosse noisette ou d'un œuf de merle, leur forme étant généralement ovoïde. Quant à l'enveloppe séreuse qui, après les avoir entourés, leur sert de pédicule, on l'observe de préférence dans les petites tumeurs de ce genre; mais je l'ai vu aussi bien conservés dans des tumeurs déjà volumineuses de la cavité péritonéale. Lorsqu'on a débarrassé ces tumeurs de cette couche enveloppante de tissu cellulaire, on leur reconnaît une surface lisse et luisante, et si l'on a affaire à des corps déjà parfaitement libres, leur teinte est d'un blanc mat légèrement bleuâtre. Cependant, à un examen attentif, on reconnaît encore sur un point de leur circonférence une espèce de hile qui correspond probablement à leur pédicule d'implantation. On ne constate généralement leur présence qu'à l'autopsie lorsqu'ils sont situés dans les cavités profondes du corps, et leur symptomatologie est encore inconnue. Lorsqu'ils ont leur siége dans la tunique vaginale, ce qui n'est pas très-rare, on les sent roulants sous le doigt, à côté d'un des testicules; ils paraissent alors former un troisième testicule. Tel était, entre autres, le cas d'un malade que M. Chassaignac a d'abord présenté à la Société de chirurgie, et auquel il a ensuite fait l'extraction de ce corps étranger qu'il a eu l'obligeance de me remettre. Nous verrons tout à l'heure à quel point sa structure a été intéressante.

Ces corps ovoïdes, de 1 à 3 centim. de long sur 2/3 à 2 centim. de large, lisses et luisants, sont d'une consistance ferme et élastique et rebondissante si on les jette contre un corps dur; mais quel n'est pas l'étonnement de l'observateur qui les voit pour la première fois lorsqu'en les fendant dans le sens de l'axe longitudinal, il s'aperçoit qu'ils sont entièrement composés de couches concentriques, emboîtées les unes dans les autres, ressemblant à celles de l'oignon d'une plante liliacée. Toutefois ces couches concentriques ne sont pas aussi indépendantes les unes des autres que les lamelles de l'oignon ; cependant avec quelque effort on parvient à les décoller. A l'œil nu le nombre de ces couches ne paraît guère dépasser quinze à vingt ; mais à l'examen microscopique on peut se convaincre que chaque couche est encore décomposable en un certain nombre de lamelles accolées les unes aux autres. Plus on se rapproche du centre de la tumeur, plus les cercles deviennent étroits, et dans quelques corps on voit deux centres juxtaposés, autour de chacun desquels il y a tout un système de lamelles concentriques. Que le centre soit unique ou double, on le trouve bien souvent occupé par une masse dure, crétacée, offrant tantôt l'aspect lisse et uni d'une petite pierre, tantôt celui d'une concrétion grenue ou grumeleuse; sa dureté varie entre la consistance pierreuse et celle d'un mortier peu consistant, ou à celle du mastic des vitriers. Débutant par la partie centrale, la concrétion peut occuper depuis un espace de quelques millimètres seulement de diamètre jusqu'à la majeure partie du corps ovoïde, au point qu'alors quelques rares lamelles concentriques emboîtent un vaste noyau dans lequel la structure lamelleuse est devenue méconnaissable.

Lorsqu'on soumet les diverses parties de ces corps à l'examen microscopique, on ne voit que les fibres du tissu cellulaire dans l'enveloppe ; lorsquelles persistent, les lamelles sont formées par deux substances dont l'une, amorphe finement granuleuse, sert de base à l'autre et d'union en même temps entre les lamelles juxtaposées. Cette substance basique est parsemée de fibres qui s'entre-croisent dans tous les sens, ordinairement englobés pour ainsi dire dans la gangue intermédiaire, mais qui quelquefois paraissent faire relief au-dessus d'elles. Ces fibres ou plissements fibroïdes sont étroits, irréguliers, non réunis en faisceaux. Lorsqu'au contraire l'élément fibroïde fait relief sur la substance intermédiaire, il se compose de fibres beaucoup plus larges, à contours réguliers, ressemblant au tissu élastique des artères. On voit même un certain nombre d'extrémités libres de ces fibres; mais quel que soit le réactif que l'on mette en usage, on n'aperçoit point de noyaux dans leur intérieur, ce qui écarte la supposition qu'il pourrait s'agir des fibro-cellules de la substance musculaire organique. Quant à la concrétion pierreuse ou en forme de mastic ou de mortier, on n'y trouve que des granules très-petits, résistant à l'éther et à l'alcool ainsi qu'à l'acide acétique et incomplétement solubles dans la potasse et dans les acides concentrés. Une fois j'ai trouvé au centre d'un de ces corps étrangers de la tunique vaginale des masses cristalloïdes de 1/50 à 1/20 de millim. de largeur, qui, traités avec les acides concentrés, dégageaient d'abord beaucoup de bulles de gaz et faisaient voir ensuite dans l'intérieur de chacun de ces corps un emboîtement concentrique, en tout semblable à celui que présentait en grand la coupe de la tumeur et ressemblant tout à fait à des corps du même genre que j'avais décrits dans ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE comme provenant de la face interne d'un kyste ovarien que j'ai fait figurer ensuite dans l'atlas de cet ouvrage (pl. XI, fig. 10) et qui, plus tard, ont été décrits par les micrographes allemands sous le nom de corps amylacés. Je reviendrai tout à l'heure avec détail sur ce fait.

Ce ne serait pas ici la place de donner une description détaillée des phlébolithes; mais je dois dire que j'ai souvent été frappé par le fait, qu'en comparant entre eux un certain nombre, de ceux qu'on trouvait les passages entre des petites pierres arrondies, surtout ovoïdes, lisses ou montrant une espèce de hile, d'autres pisiformes et d'autres d'apparence presque pédiculée. Ce fait m'a frappé également dans les beaux dessins des phlébolithes qui se trouvent dans les planches de Carswell, et je recommande surtout à l'attention des anatomistes les f.es 3, 4 et 7 de la fig. 2 de la 3e planche des tissus analogues. Cet auteur ajoute à sa description cette phrase remarquable qu'on les trouve entourés d'une espèce de membrane séreuse (*they are contained in a serous envelope*). Nous trouvons également dans l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE d'Andral (1) un passage remarquable qui vient à l'appui de notre manière de voir. En parlant des phlébolithes, il dit que ce sont des corps étrangers calcaires qui poussent au devant d'eux la paroi interne de la veine, qui sont alors comme pédiculés, et il les

(1) RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, t. XX, p. 673 et 880.
(2) BULLET. DE LA SOC. ANAT., 1851, p. 120.
(3) Même bullet., année 1852, p. 55.
(4) Michon, THÈSE DE CONCOURS SUR LES TUMEURS SYNOVIALES DU POIGNET, etc. Paris, 1851.

(1) Andral, PRÉCIS D'ANAT. PATHOL., t. II, p. 412.

compare aux corps étrangers des articulations. Rokitansky (1) signale également le fait qu'on les trouve quelquefois accolés étroitement à la surface interne de la veine et qu'on les rencontre ainsi dans des poches latérales des veines ; mais nous cessons d'être d'accord avec cet auteur, dont l'opinion a été à peu près généralement adoptée en Allemagne, lorsqu'il envisage ces productions comme des coagulations sanguines concentriques. Pour nous l'identité de structure qui existe entre ces couches concentriques des phlébolithes et des corps étrangers des membranes séreuses est d'un grand poids ; nous ne trouvons qu'une différence secondaire dans le fait que les premiers n'atteignent guère les grandes dimensions des derniers et ont une disposition plus précoce à la calcification ; mais on rencontre également les degrés intermédiaires entre ces corps intraveineux pédiculés, adhérents, mous, d'autres déjà détachés, encore mous, calcifiés au centre, et d'autres enfin complétement calcifiés, mais toujours entourés de ces mêmes couches concentriques. Il arrive cependant, comme dans les couches concentriques des corps étrangers des membranes séreuses, qu'avec le temps elles deviennent plus diffuses, que des cavités irrégulières s'y forment et qu'en un mot leur aspect typique s'efface. Nous citerons enfin un fait, pour nous d'une grande importance, c'est celui de la coexistence des phlébolithes dans les veines ovariques et de corps étrangers dans le péritoine, les uns et les autres à structure à peu près identique chez le même malade, dans l'observation intéressante de M. Barth qui a eu la bonté de mettre toutes ces pièces à notre disposition. Il reste encore des observations ultérieures à faire sur les premières périodes de développement des phlébolithes ; mais dans une dissection de veines renfermant des phlébolithes, faite en commun avec M. Leudet, nous avons trouvé tous les degrés intermédiaires depuis la simple saillie ou végétation intraveineuse comme point de départ des phlébolithes.

Quelques observateurs superficiels ont cru expliquer la formation des corps étrangers du péritoine en les regardant comme des corps fibreux de l'utérus qui seraient tombés dans la cavité abdominale. Rien de plus différent, pourtant, que la structure des deux sortes de productions, sans compter qu'un des siéges de prédilection de cette production est la tunique vaginale chez l'homme. De plus, parmi les observations de corps étrangers du péritoine, que renferment les bulletins de la Société anatomique, deux se rapportent à des hommes. L'un a été communiqué en 1849, par M. Letixerant (2) ; l'autre est sans contredit l'observation la plus complète de ce genre que nous possédions : c'est le fait remarquable communiqué par M. Deville (3), où c'était également chez un homme que plusieurs corps étrangers se trouvaient dans le péritoine. Nous ne partageons pas la manière de voir de notre honorable collègue et ami, d'après laquelle ces corps se formeraient par la saillie d'un appendice graisseux qui se coifferait pour ainsi dire d'une enveloppe épaissie du péritoine, et qui après s'être pédiculisée finirait par se détacher et par devenir un corps flottant et libre.

Nous allons, en terminant ces courtes remarques, communiquer la description de trois faits de ce genre, dont l'un est celui qui a le premier attiré notre attention, tandis que l'autre est surtout remarquable par la netteté des détails de structure que nous avons pu y saisir et par le contenu de corps amyloïdes calcifiés dont nous avons pu étudier à cette occasion tous les détails. Le troisième se rapporte à la formation des phlébolithes.

Le premier fait a rapport à la pathologie comparée. Le 10 novembre 1845, j'ai assisté, à l'École vétérinaire de Berlin, à l'autopsie d'un cheval qui avait succombé au tétanos, consécutif à une blessure du pied droit de derrière. Ce cheval ne présenta du reste, à l'autopsie, aucune lésion particulière dans les centres nerveux ; on y constata seulement une forte congestion pulmonaire et hépatique, et dans le foie, il y avait en outre des épanchements fibrineux interstitiels d'origine probablement inflammatoire. C'est chez ce cheval que nous avons trouvé deux tumeurs, l'une située à la surface de la plèvre pulmonaire, l'autre à la surface du péritoine hépatique. La première avait le volume et la forme d'un petit pois, la seconde avait celui d'un petit haricot ; elles étaient coiffées d'une enveloppe de membrane séreuse, et elles tendaient à être pédiculées ; elles étaient très-dures à la surface et d'apparence ossifiée. M. le professeur Gurlt, à l'obligeance duquel je dois d'avoir pu, à cette époque, faire de nombreuses recherches de pathologie comparée à Berlin, croyait qu'il s'agissait de tubercules en voie de transformation calcaire ; cependant un examen plus attentif de ces deux pièces nous présenta une structure toute différente. Une coupe pratiquée par le milieu montre un certain nombre de couches concentriques, membraneuses, partiellement calcifiées, composées d'un tissu fibroïde montrant des fibres non isolées, en partie réunies en faisceaux dans une substance intermédiaire granuleuse. Plus on se rapproche du centre, plus le contenu est purement calcaire, amorphe, et plus on voit disparaître la disposition concentrique régulière. Aujourd'hui que j'ai eu occasion d'examiner un certain nombre de corps étrangers des membranes séreuses, il ne me reste plus de doute sur la nature de ces productions.

Le second cas, que je communique surtout pour les détails de structure, est un corps étranger que M. Chassaignac a eu la bonté de me faire examiner, et qu'il a retiré de la tunique vaginale d'un homme qui croyait avoir un troisième testicule. Ce corps était complétement libre, légèrement aplati d'avant en arrière, lisse, d'un blanc luisant, très-élastique, de près de 2 centimètres de longueur sur environ 12 millimètres de largeur, de forme à peu près ovoïde, présentant sur un point de sa surface une espèce de hile.

A la coupe, on trouve ce corps composé de couches concentriques qui ressemblent à l'emboîtement des lamelles d'un oignon ; cependant il n'est pas possible de les séparer par un simple décollement. Ces couches concentriques occupent, dans les deux tiers extérieurs, toute la circonférence de la tumeur ; mais vers le tiers ou les deux cinquièmes internes, on voit deux noyaux jaunâtres, ternes, entourés chacun également de couches concentriques.

En soumettant des tranches verticales de la portion périphérique à de faibles grossissements microscopiques, on trouve que ces couches concentriques ne sont, en effet, point séparées, mais que seulement le tissu est plus mince, plus transparent dans les endroits où deux de ces lamelles apparentes se touchent.

Au premier aspect, toute cette substance paraît fibreuse, englobée dans une substance amorphe transparente, finement granuleuse ; mais en l'examinant de plus près, on peut bientôt se convaincre que toute la substance est composée d'un tissu élastique particulier, composé de corps allongés pointus à leurs extrémités, de 1/200 millimètre de largeur, disposés en réseaux à mailles étroites et longues, présentant quelque ressemblance avec les fibro-cellules des muscles de la vie organique ; cependant l'acide acétique, tout en faisant mieux ressortir tous les détails, ne montre nulle part de noyaux dans leur intérieur. Au total, nous y avons affaire à un tissu très-analogue au tissu élastique des artères.

Les petits noyaux d'un jaune terne sont tous composés de corps durs, de nature minérale et cristalloïde, de 1/50 à 1/20 de millimètre de largeur, anguleux à cinq ou six plans, sans forme cristalline nettement caractérisée. Lorsqu'on les traite avec de l'acide nitrique ou chlorhydrique, on en voit sortir beaucoup de bulles d'air ; ces corps alors s'arrondissent ou deviennent ovalaires, et on voit très-distinctement dans leur intérieur plusieurs couches concentriques qui font ressembler ces corps aux cellules de la fécule. Il y a même de ces corps qui renferment une double rangée de ces couches emboîtées concentriques. Il existe la plus parfaite analogie entre ces corps et ceux que l'on rencontre dans les petites concrétions de la glande pinéale ; ce ne sont en aucune façon des cellules épithéliales, mais ils constituent une espèce de corps particuliers que j'ai déjà rencontrés une fois dans les parois d'un kyste de l'ovaire, et que j'ai figurés dans ma physiologie pathologique. Je serais disposé à croire qu'il y a là une espèce de formation cellulaire emboîtée, à couches concentriques, dans laquelle des sels calcaires sont ultérieurement déposés. Un autre fait me frappe, c'est la parfaite analogie qui existe entre ces petits corps microscopiques et l'aspect de la tumeur tout entière, telle qu'elle se présente à l'œil nu. On dirait qu'il y a une espèce de formation endogène de corps concentriques qui, d'un petit corps microscopique, fait peu à peu une tumeur entière, et lorsqu'alors la masse principale se développe, une espèce de tissu élastique se forme dans son intérieur et sur les couches concentriques de la partie de la tumeur qui est restée élastique et molle. Toutefois, nous ne donnons cette explication que comme une hypothèse.

Le troisième fait que nous allons rapporter a trait à des phlébolithes à l'état naissant.

Les veines ovariques d'une femme qui avait succombé dans le service de M. Rayer renfermaient de nombreux phlébolithes, déjà visibles à travers les veines intactes. En les disséquant avec M. Leudet, nous avons constaté :

1° Qu'il y en avait de toutes les dimensions, à partir de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'au-dessus du volume d'un gros pois.

2° Que leur consistance variait entre la mollesse élastique et la dureté pierreuse. Cette dernière, souvent générale dans les phlébolithes anciens était peu considérable dans ceux que nous avons sous les yeux, et dans les plus durs, elle n'était point complète.

3° La coloration variait entre le blanc homogène et le rouge cerise, et dans un bon nombre, une partie de la tumeur était incolore, d'un blanc jaunâtre, tandis qu'une autre partie était d'un rouge foncé violacé.

4° Leur forme était parfaitement arrondie dans quelques-uns, allongée, ovoïde, à base étroite dans quelques autres ; dans plusieurs enfin, il y avait un sommet et une base étroites, avec un renflement notable dans le milieu.

5° Le point de beaucoup le plus important était la disposition sur place de ces phlébolithes, et sous ce rapport, nous avons observé les variétés suivantes, indépendantes, du reste, du volume des phlébolithes.

a. Des petites concrétions molles, globuleuses ou un peu plus allongées étaient entourées d'une membrane mince qui formait un pédicule à la base et se continuant directement avec la membrane interne de la veine.

b. De semblables végétations molles, mais allongées, étaient libres en majeure partie, mais intimement adhérentes, par leur pédicule, à la paroi interne de la veine.

c. Adhérence générale dans une espèce de cul-de-sac collatéral, comme variqueux, d'une veine principale.

d. Simple accolement de ces petits corps à la paroi veineuse par une partie de la circonférence.

e. Situation libre de toutes parts, dans le calibre de la veine, qui souvent était très-dilatée autour de ces corps, bien plus volumineux que la largeur de la veine.

6° En pratiquant des coupes à travers ces phlébolithes de forme et de consistance diverses, on reconnaît partout des couches lamelleuses et concentriques, même dans les parties qui paraissent constituées d'une façon homogène par un caillot. La membrane la plus extérieure, celle qui délimite ces petits corps, est parfaitement lisse et luisante. Nous avons compté jusqu'à quinze et vingt de ces lames concentriques ; ce n'est que dans les corps qui ont déjà le volume d'un petit pois que la concrétion dure du centre prend une certaine consistance et devient non-seulement pierreuse, mais envahit de dedans en dehors les lamelles de plus en plus superficielles.

7° L'examen microscopique montre, dans toutes les lamelles, une structure fibroïde granuleuse, avec des plissements et des stries, et par places, on voit comme des fibres épaisses et indépendantes, mais pâles, ayant de l'analogie avec celles du tissu élastique ; il y a absence de toute formation cellulaire. La coloration rouge paraît essentiellement due à la matière colorante du sang, entrée dans ces corps par imbibition de dehors en dedans, et non à l'inclusion de véritables

(1) Rokitansky, Opus citatum, t. II, p. 653.
(2) Bulletin de la Société anatomique, 1849, p. 348.
(3) *Ibid.*, 1851, p. 120 à 129.

caillots ; aussi avons-nous trouvé dans les lamelles des grains pigmentaires irréguliers d'un jaune doré, rouge ou brun, et de très-petits cristaux hématiques, de forme rhomboïdale, dépassant à peine 1/200 de millim., mais offrant des angles et des faces très-nettement délimités, et qui étaient comme incrustés dans les lamelles.

8° La masse dure des concrétions offre les divers degrés de consistance grumeleuse, cireuse et pierreuse. Les acides concentrés les dissolvent en bonne partie, et j'ai surtout été frappé par l'action de l'acide sulfurique qui, à un moment de son action, y provoquait une fort belle coloration rose, qui ensuite tirait sur le rouge de cuivre, et disparaissait plus tard. En même temps toute la masse dure se transformait en un nid de cristaux en forme d'aiguilles, qui avaient une tendance au groupement en croix ou en étoiles, c'était probablement quelque sel sulfaté de chaux ou de soude. On constate l'effervescence avec tous les acides concentrés ; il y a peu d'action par l'acide acétique, qui, par contre, rend les lamelles plus pâles et plus transparentes. Nulle part le microscope ne m'a montré, dans ces concrétions, non traitées avec les réactifs, de véritables cristaux, outre les petits cristaux cinabrés des lamelles.

Cet examen nous confirme de plus en plus dans notre opinion que les phlébolithes ne sont, dans le principe, que des végétations de la surface interne des veines qui, plus tard, se détachent, qui ont une tendance prononcée à une calcification centrale qui s'étend de proche en proche vers la périphérie, et dans lesquels le sang existe essentiellement à l'état d'imbibition.

LARVES RENDUES AVEC LES SELLES PAR UN HOMME AGÉ DE TRENTE-NEUF ANS; par M. DAVAINE.

Vers la fin du mois de mai, M. Callier, étudiant en médecine, vint prier M. Rayer de déterminer la nature de *petits vers* qu'un malade avait rendus quelques jours auparavant. Ces prétendus vers furent reconnus pour des larves encore vivantes, dont je donnerai plus loin la description. Voici les circonstances dans lesquelles on a observé l'émission de ces larves.

M. F..., âgé de 39 ans, professeur dans l'un des colléges de Paris, d'une santé assez délicate, a été atteint d'une bronchite dans le courant de février 1852. Depuis cette époque, il a conservé une toux habituelle, plus fréquente pendant la nuit et quelquefois assez fatigante pour l'empêcher de dormir. Le 13 mai dernier, il éprouva un malaise général sans qu'aucune partie du corps fût spécialement douloureuse. L'appétit continuait à être assez bon. Cet état, qui était accompagné de constipation, n'a pas changé sensiblement jusqu'au 20. Ce jour-là il sortit vers deux heures pour se promener ; mais à peine avait-il fait quelques centaines de pas qu'il ressentit une vive douleur au côté gauche, douleur qui semblait fixée dans la région de la rate. M. F... rentra chez lui, et le soir il fut pris d'un frisson, suivi de beaucoup de chaleur. On lui prescrivit un purgatif, et un vésicatoire fut appliqué sur la région douloureuse. La nuit fut mauvaise. Le lendemain, quoique la douleur eût un peu diminué, le malade était très-abattu. Pour calmer la toux, il prit du sirop de karabé, et il se tint à la diète. La région de l'estomac était un peu douloureuse. Le purgatif ne produisit que deux selles peu abondantes. Le lendemain 22, le malade prit deux lavements à l'eau de son. Le premier fut rendu avec peu de matières qui ne furent pas examinés ; l'administration du second fut suivie de douleurs très-vives, ayant été rendu presque sur-le-champ ; il ne contenait pas de matières fécales, mais un grand nombre de *petits vers*, quelques centaines au moins. Le 23, deux lavements furent de nouveau administrés. Dans le premier, on remarqua encore un assez grand nombre de *petits vers*, et M. Callier, témoin du fait, en recueillit un dans le voisinage de l'anus ; l'évacuation du second lavement n'en amena que six ou sept. Le 24 on n'en trouva plus dans les évacuations. Depuis ce jour jusqu'au 3 juin, on a remarqué encore dans quelques-unes des évacuations deux ou trois de ces *petits vers*. Depuis cette époque la toux a continué plus ou moins, mais l'appétit est revenu, et le malade a repris son genre de vie habituelle.

Lorsqu'il a été constaté que ces *petits vers* n'étaient autre chose que des larves, M. Rayer a prié M. Callier de prendre des renseignements précis sur la nourriture habituelle du malade. Depuis les premiers jours de mai, elle consistait en une tasse de lait prise le matin pour déjeuner, et le dîner se composait de mouton, d'asperges ou de pommes de terre. Le soir M. F... prenait ordinairement une tasse de thé.

M. Callier déclare s'être assuré que le clyso-pompe qui servait à l'administration des lavements était parfaitement propre, et il affirme que le vase dans lequel les évacuations étaient recueillies était soigneusement nettoyé après chaque évacuation ; il ajoute enfin que la personne qui a rendu ces *petits vers* ne peut être soupçonnée de supercherie. Quoi qu'il en soit, si les larves ont été réellement rendus par le malade, on ne peut supposer que les aliments cuits dont il se nourrissait depuis quelque temps aient pu contenir les œufs qui les ont fournies. Quant aux phénomènes morbides présentés par le malade, ils paraissent presque tous, à part la douleur du flanc et celle de l'estomac, se rattacher à une exaspération de la bronchite habituelle du malade.

Au reste, il importait toujours de chercher à déterminer à quel insecte ou à quel genre d'insectes appartenaient ces larves et de voir si, par leur organisation, elles se rapprochaient de celles dont j'ai donné la description et la figure dans le tome III des COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. L'examen auquel je me suis livré ne m'a laissé aucun doute sur l'identité de ces dernières avec les larves rendues par M. F... C'est à un diptère de la tribu des muscides que j'ai cru devoir rapporter ces larves. Il eût été intéressant d'en déterminer l'espèce. Dans cette vue, je plaçai successivement sur des matières végétales et animales les quatre larves qui m'avaient été remises par M. Callier, espérant les faire arriver à l'état d'insecte parfait. Ces larves qui étaient très-agiles s'attachèrent à de la viande de bœuf crue et y enfoncèrent leur tête avec une sorte d'avidité, mais elles n'y adhérèrent point d'une manière permanente comme le font les œstres ; elles changeaient, au contraire, assez fréquemment de place. Quoique nous eussions renouvelé chaque jour la viande dont elles paraissaient se nourrir, au bout de cinq jours elles étaient toutes mortes. Ce n'est pas cependant au défaut de nourriture que nous croyons devoir attribuer ce résultat.

Voici les caractères que ces larves ont présentés :

Larves apodes, fusiformes, d'un gris châtain, longues de 7 à 9 millim., extrémité antérieure très-amincie, extrémité postérieure moins amincie, quelquefois bifurquée. Corps formé de douze segments environ, assez difficiles à déterminer ; chaque segment, excepté le dernier, porte de chaque côté un petit stigmate marginal. Les stigmates des trois premiers segments très-courts et peu apparents, les autres très-visibles et surmontant une saillie du mamelon ambulatoire. Outre les petits stigmates marginaux, deux stigmates principaux antérieurs offrant un pavillon palmé, grand, blanchâtre, composé de digitations très-longues, au nombre de seize environ ; deux autres stigmates principaux postérieurs, grands, évasés, cachés dans le dernier segment ou occupant le sommet de chaque bifurcation de l'extrémité postérieure. Extrémité antérieure ou tête offrant en avant deux palpes très-petits, composés chacun de deux articles très-courts. Bouche armée de deux crochets semblables à ceux de la larve de la mouche carnassière ; point d'yeux visibles ; téguments généralement recouverts de poils courts et roides, simples, plus minces sur les premiers segments et disposés en séries transversales irrégulières.

Cette description s'accorde en général avec celle que j'ai donnée des larves rendues par le malade de M. Roger et qui se trouve dans le tome III des COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. Les différences, d'ailleurs peu importantes que l'on peut y remarquer, s'expliquent par l'état de putréfaction où étaient les larves qui me furent remises par M. Roger. Ainsi que je l'ai fait remarquer à l'occasion de celles-ci, leurs caractères sont si différents de ceux de l'œstre du cheval et du mouton qu'on ne peut les considérer comme des larves de l'*œstrus hominis*. En effet, leurs crochets rappellent ceux de la larve de la mouche carnassière ou domestique et non ceux des œstres. Leurs stigmates principaux antérieurs et postérieurs diffèrent aussi totalement de ceux des œstres qui, en outre, n'ont point de stigmates marginaux. Enfin les segments bien déterminés et marqués par des séries régulières de poils chez ceux-ci les distinguent nettement des larves que nous venons de décrire. Je me suis assuré également de nouveau qu'elles n'appartiennent ni à la mouche carnassière, ni à la mouche domestique, ni au scatopse noir (*musca stercoraria*) qui existe en abondance dans les lieux d'aisances.

IV. — TÉRATOLOGIE COMPARÉE.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MONSTRES DOUBLES ; extrait d'un mémoire de M. VALENTIN, par M. HIFFELSHEIM.

Il y a un an, M. Valentin publia un travail sur les monstres doubles. Le physiologiste de Berne s'était proposé d'étudier le développement de certains poissons transparents, quand, favorisé par un heureux hasard, il rencontra des monstres doubles.

C'est donc sur le développement parallèle des individus normaux et des monstres qu'a porté l'observation de M. Valentin.

Baer a décrit et figuré, dans les mémoires de l'Académie de Saint-Pétersbourg, deux œufs de *perche* renfermant des monstres doubles. On trouve mentionnées, dans son travail, des recherches faites par Jacobi et Rathke, sur les monstres des *saumons* et des *blénnes*.

Baer nous fait connaître un monstre ***bicéphale*** et un ***biventral***. La vésicule oculaire et les cristallins étaient très-visibles, tandis que l'on ne pouvait encore distinguer le renflement cardiaque.

Ces deux monstres, qui survécurent deux jours à l'éclosion, sont les seuls monstres doubles de poissons vivants qui aient été décrits.

M. Valentin avait instruit un pêcheur du lac de Biel du procédé de fécondation artificielle. Celui-ci choisissait une femelle de brochet en état de rut, et après avoir exprimé les œufs mûrs en un petit tas, il y répandait, par la même opération, la semence mûre du mâle. M. Valentin reçut ces œufs sept heures après la fécondation, temps nécessaire pour faire le trajet de Biel à Berne.

A ce moment, la segmentation du vitellus lui parut déjà très-avancée. Il y eut une grande inégalité dans le moment d'éclosion des œufs. Les plus hâtifs, si je puis m'exprimer ainsi, n'y mirent que sept jours, les plus lents quinze jours après la fécondation. Il paraît, ce qu'il était aisé de prévoir, que la nature du milieu dans lequel ces œufs étaient conservés a exercé une grande influence. La chaleur modérée, un espace suffisant, accéléraient l'éclosion ; les conditions inverses la retardaient. La propreté des vases, en évitant l'effet destructeur de la moisissure, exerça une influence non moins active.

Malgré la propreté, les œufs devenaient opaques en partie, par suite du dépôt calcaire que faisait l'eau à leur surface. Pour leur rendre la transparence naturelle, nécessaire à l'observation, il fallut les nettoyer un à un.

La délicatesse de ces œufs exigeant de grandes précautions, on enlevait la couche calcaire avec un pinceau. Chacun des œufs placés sous l'eau d'un verre de montre était préalablement fixé entre les barbes écartées d'un pinceau, qui représentait ainsi les deux branches d'une pince. C'est en examinant l'un des œufs ainsi préparés que M. Valentin aperçut, à l'œil nu, un monstre double, bien caractérisé, cent deux heures après la fécondation. D'une extrémité postérieure commune partaient, en se bifurquant, deux corps, dont l'un, plus développé, semblait la continuation de la partie commune ; l'autre était notablement moindre. A ce mode de conformation extérieure correspondait un canal vertébral commun et un canal bifurqué.

L'auteur de ce travail désigne la branche la plus volumineuse de cette bifurcation sous le nom de ***corps principal***, la moins développée sous celui de corps

surnuméraire. Le canal rachidien du principal avait cinq vertèbres propres ; le surnuméraire, trois incomplètes. Les yeux, le cerveau, la moelle, le crâne, les vésicules auditives surtout, étaient, de même que les vertèbres, très-bien dessinés cent vingt-six heures après la fécondation.

Le lendemain, le corps principal et le tronc commun impair étaient plus avancés que chez les individus normaux. Le corps surnuméraire était opaque, au point qu'on n'y distinguait rien, à peu près. Une *expansion membraneuse*, finement granulée, enveloppait le corps surnuméraire, et se continuait en partie en dedans du corps principal. Le développement de quelques œufs normaux avait appris que cette expansion devançait l'apparition du renflement cardiaque.

Le quatrième jour, cent soixante-quatorze heures après la fécondation, le corps principal présenta le cœur à la place où il s'observe chez l'individu normal, à cette période de l'évolution.

En même temps, les vésicules auditives s'étaient bien dessinées dans le corps surnuméraire, et à côté d'elles, on apercevait un cœur qui battait très-visiblement, comme le cœur du corps principal.

Ces vésicules, au lieu d'être séparées par un intervalle, comme cela a lieu chez les individus normaux ou dans le corps principal, étaient, chez le surnuméraire, étroitement unies par une bandelette.

Les cœurs battaient avant qu'il y ait de circulation visible.

Le cinquième jour, elle devint manifeste dans le corps principal. A chaque fois que le cœur se dilatait, on voyait deux courants se précipiter dans la cavité cardiaque. Le mouvement centrifuge existait aussi bien que le centripète. Tandis que, dans le corps principal, la circulation et les mouvements du corps étaient normaux, il n'y avait ni circulation ni mouvement dans le corps surnuméraire.

Ajoutons enfin que la corde dorsale, très-visible dans le corps principal et dans le tronc commun, ne pouvait être poursuivie dans le surnuméraire.

Le monstre double sortit de son enveloppe deux cent quarante-cinq heures après la fécondation ; les deux corps étaient unis par un pédicule. Le monstre, à ce moment, offrit une particularité qui lui était d'ailleurs commune avec beaucoup d'œufs au moment de leur éclosion : on sait qu'entre l'embryon et la vésicule ombilicale est placé le cœur. Eh bien ! dans ce cas, entre autres, le renflement cardiaque sembla entouré d'une seconde vésicule, placée au devant de la première. Ce nouvel organe avait l'aspect d'une expansion, d'une dépendance de la vésicule ombilicale. A mesure que la dernière s'atrophiait, l'autre se développait. Le cœur, dans son extension, parut gêné par la présence de ces deux vésicules, et en reçut une forme très-allongée. Un fait qui frappa vivement M. Valentin, ce fut la petite quantité de globules que charriait le sang.

La description très-succincte que nous venons de donner s'applique à peu près aux autres monstres observés. Et il y en eut, en somme, 6 sur 917 œufs éclos. Mentionnons aussi que, à part divers états morbides observés sur cette masse, il y eut 52 œufs possédant cette apparente vésicule double.

Sur les 5 monstres doubles, le corps surnuméraire était également moins développé que celui décrit sous le nom de principal. Ce dernier, qui continuait toujours directement le tronc commun ; offrait d'ailleurs quelques variétés dans l'étendue et le mode de connexion avec le surnuméraire.

Les globules du sang étaient aussi en très-petite quantité.

M. Valentin discute ensuite l'étiologie des monstres qu'il a observés. Parmi les conséquences qui ressortent de sa savante dissertation, je signalerai les suivantes à l'attention des tératologistes.

1° Il est possible (l'auteur ne va pas au delà) que l'agitation exercée sur une aussi grande masse d'œufs ait contribué à la production des anomalies.

2° Le nettoiement des œufs, pendant lequel les deux branches du pinceau se resserraient, a pu exercer aussi une certaine influence.

Puis, passant à l'étiologie générale, M. Valentin rappelle qu'il y a en présence deux opinions, soutenues récemment par des savants tels que Barkow, Baer, Bischoff, Leukart et d'Alton : les uns admettent la fusion de deux œufs, les autres la segmentation précoce et complète d'un germe.

M. Valentin, qui se range à peu près à cette dernière théorie, fait observer :

1° Que la première hypothèse n'a trouvé aucun appui dans l'observation de ses six monstres doubles. Les plus développés d'entre eux n'ont jamais offert, à l'origine, deux vitellus. La deuxième vésicule n'avait aucun des caractères de la masse vitelline.

2° La disparition d'un élément individuel lui paraît d'ailleurs plus énigmatique que la segmentation.

3° D'autre part, les observations faites sur les monstres doubles du poulet ont déterminé Baer aussi bien que M. Valentin à rejeter cette théorie de la fusion des germes.

Tous ces faits, tant négatifs qu'affirmatifs, doivent appuyer la théorie de la segmentation. *a.* Cette segmentation *morbide*, peut-être aussi *artificielle*, se réalisant sur des éléments doués en soi d'une existence propre, donnerait lieu à deux êtres : au monstre double. *b.* La rareté de ces individus à l'état adulte est en quelque sorte justifiée ou expliquée par le peu de survie à l'éclosion qu'il a lui-même constatée. Elle ne fut jamais de plus de quinze jours.

Faisons remarquer, avant de terminer cette analyse, l'atrophie générale et le développement tardif du corps surnuméraire, coïncidant avec l'absence du système cérébro-spinal, la présence de mouvements cardiaques et l'absence de toute circulation et de tout mouvement du corps. D'autre part, un développement presque normal dans le corps principal et le tronc commun, coïncidant avec une très petite quantité de globules sanguins.

Nous ne savons si l'on peut rattacher la vésicule à un péricarde qui se développe toujours après le cœur.

Au point de vue des notions acquises à l'embryogénie des poissons, ce travail laisse peut-être quelque chose à désirer. Le vitellus, comme on le sait, ne représente pas un élément invariable. Chez les mammifères, il n'y en a point. La cicatricule le remplace en entier. Là où il existe même, il ne se segmente point. C'est la cicatricule qui se divise, et elle seule. Chez les poissons, les granulations répandues dans le vitellus primitif, en se groupant vers un point périphérique, constituent la cicatricule.

De cette notion de groupement naît un point de vue nouveau pour l'étiologie des monstres doubles.

En effet, on conçoit la naissance d'un monstre double renfermé dans une seule membrane vitelline, par ce seul fait que les granulations, au lieu de se grouper en une cicatricule, se grouperaient en deux germes. Ce groupement s'opère d'ailleurs très-tôt dans certaines conditions. Et dans les observations de M. Valentin, par celà même que la segmentation était très-avancée au moment où il reçut les œufs, cette question n'est nullement résolue ni même envisagée.

J'ai entrepris des recherches à ce sujet, et serais très-heureux si d'autres personnes, de leur côté, poursuivaient le même but. En comparant et vérifiant des résultats obtenus parallèlement, on arriverait certainement à avancer cette belle question.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE LETTRE SUR LA CHIMIE CONSIDÉRÉE DANS SES APPLICATIONS A L'INDUSTRIE, A LA PHYSIOLOGIE ET A L'AGRICULTURE ; par M. JUSTUS LIÉBIG.

M. Liébig a publié, il y a déjà quelques années, dans la GAZETTE GÉNÉRALE D'ANGSBOURG, plusieurs lettres sur l'état de la chimie, sur l'importance de cette science, sur les problèmes dont elle s'occupe, et sur ses applications aux phénomènes de la vie et à l'agriculture. Ces lettres, écrites pour tous les hommes éclairés, savants ou étrangers à la science, ont été lues partout avec le plus vif intérêt, et une traduction anglaise, reproduite en Amérique, s'est vendue à plus de soixante mille exemplaires. La célébrité que l'auteur s'est acquise par l'étendue de ses travaux et par l'importance de ses découvertes, le charme inexprimable que l'on éprouve à la lecture de cet ouvrage, aussi remarquable par la forme que par la profondeur des idées, expliquent la faveur avec laquelle il a été accueilli par tous les hommes qui sont au courant du mouvement intellectuel.

Onze nouvelles lettres de l'illustre chimiste de Giessen ont été publiées en France, cette année-ci, par M. Charles Gerhardt. Les rapports de la chimie avec la physiologie, les aliments, l'influence des sels sur la nutrition, la composition de la viande, la fermentation et la putréfaction, y sont traités avec un talent admirable. Le style, les idées neuves et fécondes, les applications si heureuses de la chimie à la physiologie, tout dans ce petit ouvrage séduit et entraîne.

La fusion qui tend à s'opérer depuis quelques années entre la chimie et la physiologie est un des résultats les plus remarquables obtenus par les savants de notre époque, et particulièrement par M. Liébig et par quelques chimistes français. Il est incontestable aujourd'hui que la physiologie ne peut plus se passer des lumières de la chimie. Si celle-ci n'est pas encore en mesure de lui fournir l'explication des rapports qui existent entre les forces chimiques et les propriétés vitales, si certains phénomènes, comme le développement des animaux, les lois du mouvement, le rôle de la substance nerveuse, etc., peuvent être étudiés, en faisant en quelque sorte abstraction de la matière, il n'en est plus de même de certaines fonctions, comme la respiration, la digestion, la formation du sang, qui reposent sur les métamorphoses qu'éprouvent les solides et les liquides.

M. Liébig établit que la physiologie est basée sur la physique et sur la chimie physiologiques ; qu'une science nouvelle, la véritable physiologie, surgira de ces deux sciences, et que, comme cela a eu lieu pour un grand nombre de propriétés physiques, on reconnaîtra plus tard que les phénomènes physiologiques sont le résultat des réactions chimiques qui s'opèrent dans les organes. La seule difficulté peut-être qui empêche aujourd'hui la fusion de la chimie et de la physiologie, c'est que les physiologistes se préoccupent, avant tout, du rôle de la matière dans l'acte vital, sans en étudier la nature et les caractères, et que leurs méthodes de recherches diffèrent complètement de celles des chimistes. Ainsi ces derniers s'efforcent de simplifier par l'expérience les questions les plus compliquées ; ils passent du simple au composé, du connu à l'inconnu. Les physiologistes, au contraire, se livrent à l'étude des phénomènes les plus complexes sans connaître les plus simples : ainsi ils ont la prétention d'expliquer la chaleur animale, avant de connaître le rôle de l'atmosphère, et la digestion, avant de déterminer le rôle de la salive, du suc gastrique, du suc pancréatique, de la bile dans les fonctions digestives.

L'anatomie, malgré les progrès qu'elle a faits depuis cinquante ans et la précision qu'elle apporte dans ses descriptions, est impuissante à éclaircir

les phénomènes physiologiques. « Lorsqu'il s'agit de résoudre une question de physiologie, il ne suffit pas, dit M. Liébig, de simples notions anatomiques sur la structure de l'appareil, il faut encore se renseigner sur la matière dont se compose l'appareil, sur les propriétés que cette matière manifeste en outre des propriétés vitales, sur l'origine de cette matière et sur les métamorphoses qu'elle éprouve pour acquérir des propriétés vitales; il faut enfin étudier les rapports qui présentent entre elles les différentes parties de l'organisme. »

M. Liébig a consacré sa trente et unième lettre à l'exposition du rôle si important et si curieux que l'oxygène de l'atmosphère remplit dans l'économie. Il rappelle que cent volumes d'air exhalé des poumons renferment trois volumes et demi à cinq volumes d'acide carbonique et quinze à seize volumes d'oxygène. Ainsi la proportion d'oxygène diminue dans l'air, dans le phénomène de la respiration, environ d'un quart, tandis que celle de l'acide carbonique augmente considérablement. Après des inspirations fortes et fréquentes, la quantité d'acide carbonique peut s'élever jusqu'à neuf pour cent. Il résulte des expériences de M. Magnus et de MM. Regnault et Reiset que le poumon n'est pas le véritable siége de la formation de l'acide carbonique, et qu'il n'est pas une source de chaleur semblable au foyer d'un fourneau. Le sang chargé d'oxygène détermine dans les vaisseaux qu'il traverse la formation de l'eau et de l'acide carbonique, et produit ainsi une élévation de température. Les globules du sang paraissent être chargés du transport de l'oxygène et de l'acide carbonique; mais les deux gaz ne s'y trouvent pas ensemble : l'un des deux prend simplement la place de l'autre.

L'auteur examine ensuite les réactions chimiques que le sang éprouve par la respiration, l'influence que des proportions diverses d'oxygène et d'acide carbonique, contenues dans l'air, exercent sur cette fonction, la quantité de chaleur dégagée par la respiration et les rapports si intéressants qu'on remarque entre les fonctions du poumon, des reins et du foie. Il démontre enfin que le sang ne peut conserver la composition nécessaire à la nutrition que par l'harmonie dans les organes de sécrétion.

Après ces considérations si instructives pour le médecin et le chimiste, M. Liébig traite, dans quatre lettres successives, des aliments azotés et non azotés, de la composition de la viande et de l'influence des sels sur la nutrition.

De tous les aliments, l'albumine est celui qui joue le rôle le plus important dans l'économie animale. Le développement du poulet prouve cette assertion. En effet, l'albumine suffit, dans l'œuf fécondé, pour produire tous les organes du poulet; c'est également l'albumine qui suffit d'abord au développement du fœtus, et l'on peut affirmer que partout les fonctions vitales dépendent en quelque sorte de l'albumine du sang. M. Liébig dit avec raison que l'expression d'aliment ne convient, à proprement parler, qu'à des matières contenant de l'albumine ou une substance capable de se convertir en albumine. Si la viande est l'aliment le plus nourrissant, cela tient à la proportion élevée de fibrine qu'elle contient, et l'on sait que la fibrine a la même composition que le blanc d'œuf ou l'albumine du sang : c'est en quelque sorte de l'albumine solidifiée. Cette fibrine se dissout dans la digestion, devient liquide et peut se convertir en sang. Du reste, la conversion de la fibrine en albumine s'obtient par des réactions chimiques très-simples.

On démontre également par l'analyse chimique que la caséine, qui forme un des éléments les plus importants du lait, présente la même composition que l'albumine, excepté une proportion moindre de soufre. « Ces faits, ajoute M. Liébig, font comprendre la nutrition des carnivores et de l'enfant à la mamelle. Les carnivores vivent du sang et de la chair des herbivores et des granivores; ce sang et cette chair sont entièrement identiques avec leur propre sang et avec leur propre chair. Le nourrisson reçoit son sang du sang de sa mère. Chimiquement parlant, on peut dire que l'animal carnivore se consomme lui-même pour entretenir sa vie, que le nourrisson consomme sa mère pour se développer; car ce qui sert à la nutrition du carnivore et du nourrisson est, quant aux parties essentielles, identique avec les parties essentielles de leur sang, d'où se forment les organes. »

Chez les herbivores, la nutrition se fait de la même manière. En effet, la chimie a découvert depuis quelques années, dans toutes les parties des végétaux, des substances azotées semblables à la fibrine et à l'albumine : on les a appelées fibrine, albumine et caséine végétales. Ces trois principes contiennent du soufre et de l'azote, et ils ont exactement la même composition que l'albumine. Ainsi les éléments nécessaires à la production du sang renferment tout formés les principes essentiels de ce liquide, et le pouvoir nutritif des végétaux dépend de la proportion des principes azotés qu'ils contiennent. Les carnivores ne consomment réellement que les substances végétales dont les herbivores se sont nourris, et la partie nutritive des plantes s'y trouve simplement concentrée. Les végétaux sont les générateurs des aliments plastiques, et par conséquent les collecteurs de toute force.

La plupart des aliments renferment, outre les parties azotées, des substances privées d'azote, comme le sucre de lait, le sucre de raisin, le sucre de canne, l'amidon, la dextrine et les graisses. Tandis que les aliments azotés conservent les organes et produisent la force, les principes non azotés entretiennent la respiration et par conséquent la chaleur. Les proportions de ces deux sortes d'aliments dépendent de la force dépensée et de la chaleur perdue.

Les aliments plastiques et ceux qui sont des agents de respiration perdent la faculté d'entretenir la nutrition et la respiration, s'ils sont ingérés seuls; ils ne sont propres à entretenir la vie que lorsqu'ils sont mêlés avec une proportion convenable de matières inorganiques, telles que le chlorure de sodium, le phosphate de soude, le carbonate de potasse et de soude, l'oxyde de fer, etc. Toutes les plantes dont se nourrissent les herbivores contiennent ces substances, et à peu près dans les mêmes proportions que le sang des animaux. Le sang du carnivore renferme les éléments des matières inorganiques de la chair dont il se nourrit.

Après ces renseignements si curieux, M. Liébig étudie l'influence de l'alcalinité du sang, le rôle de l'acide phosphorique dans l'économie, les rapports de dépendance entre les principes minéraux du sang et les principes minéraux des aliments, le passage des matières inorganiques dans l'urine et dans les matières fécales, l'action du chlorure de sodium sur les substances azotées et l'utilité de l'addition du sel au fourrage.

La trente-cinquième lettre, sur la composition de la viande, est remplie de faits extrêmement intéressants au point de vue physiologique et hygiénique; on y trouve des détails très-utiles sur la préparation de la viande et du bouillon, sur les éléments qui composent ce dernier, sur sa valeur nutritive, sur la viande salée et sur la préparation de l'extrait de viande. Cette lettre se termine par des considérations importantes sur le blé, la farine, le pain, le vin et l'eau-de-vie. Suivant M. Liébig, aucun produit ne surpasse le vin, comme moyen de réconfortation, quand les forces de la vie sont épuisées. L'eau-de-vie est un des meilleurs agents de respiration; elle peut remplacer les aliments amylacés et sucrés. Lorsqu'elle n'est pas ingérée d'une manière exagérée, elle entretient les forces. M. Liébig fait observer avec raison, en terminant, que l'abus de l'eau-de-vie n'est pas la cause, mais l'effet de la misère. Les hommes bien nourris boivent généralement peu d'eau-de-vie; mais l'ouvrier, qui n'a pas toujours la quantité d'aliments nécessaire, est obligé de recourir à l'eau-de-vie. « Cette boisson lui permet de réparer, aux dépens de son corps, la force qui lui manque. C'est une lettre de change tirée sur sa santé, et qu'il lui faut toujours renouveler, ne pouvant l'acquitter, faute de ressources. Il consomme son capital au lieu des intérêts : de là inévitablement la banqueroute de son corps. »

L'ouvrage se termine par deux lettres sur l'histoire de la chimie, que M. Liébig divise en trois périodes. Dans la première période, on s'est presque exclusivement occupé des propriétés des corps : c'est la période des alchimistes. Dans la période de la chimie phlogistique, qui est la seconde, on a particulièrement étudié les rapports qui existent entre les propriétés des corps. Enfin, dans la troisième période, qui est la nôtre, nous déterminons par les poids et les mesures les rapports de dépendance des propriétés des corps. M. Liébig considère la chimie comme une science ancienne, et, suivant lui, Lavoisier n'a découvert aucun corps nouveau, aucune propriété nouvelle, aucun phénomène nouveau. Ses découvertes sont la conséquence de travaux antérieurs. L'abîme qui semble exister entre la nouvelle chimie et l'ancienne ne serait pas réel; mais il s'expliquerait par le mouvement révolutionnaire de la France. Madame Lavoisier, en costume de prêtresse, livra aux flammes, dit M. Liébig, le système phlogistique; les chimistes français changèrent tous les termes techniques, et imposèrent aux savants de tous les pays une nomenclature nouvelle.

Cette appréciation des grands travaux de Lavoisier, j'en demande bien pardon à l'illustre chimiste, me semble injuste. L'homme qui a détruit le phlogistique, qui a démontré que l'air du feu, l'oxygène, est un corps simple; que c'est ce corps simple, qui se combine avec les métaux, qui transforme le soufre, le phosphore et le charbon en acides; que c'est lui qui constitue la partie active de l'air, qui entre dans la composition de l'eau, des plantes, des animaux, qui change le sang veineux en sang artériel; l'homme qui a démontré, la balance à la main, que la matière ne peut rien perdre ni rien gagner; qui a réuni les faits isolés, découverts par les alchimistes et par leurs successeurs, pour en faire une science, doit être considéré comme le véritable fondateur de la chimie, et a droit à notre éternelle reconnaissance.

PUGGIALE.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA SYPHILISATION.

La GAZETTE MÉDICALE a reçu de l'Académie de médecine de Turin une pièce, que l'on trouvera plus loin, destinée surtout à engager à la patience ceux qui veulent juger la syphilisation sans examiner les pièces du procès. Le but de cette pièce explique qu'elle nous soit adressée. Cette distinction dont veut bien nous honorer l'Académie ne sera pas, à nos yeux, un médiocre prix de la modération que nous avons apportée au milieu de tant d'effervescence; elle nous est surtout un encouragement. Quel que soit, en effet, l'oracle caché sous le langage sibyllin de la communication, voici ce qu'on y peut, quant à présent, saisir de parfaitement clair. Une Académie est instruite d'expériences faites dans un des hôpitaux de la capitale, sur des inoculations syphilitiques; l'expérimentateur assure que des inoculations répétées, d'après une certaine méthode, suivant certaines règles, épuisent rapidement la réceptivité, rendent les individus réfractaires à l'imprégnation, et loin d'aggraver les accidents constitutionnels, les font disparaître. L'Académie ne s'insurge pas; elle n'appelle pas le ciel et la terre au secours du bon sens outragé; mais elle nomme simplement une commission de cinq membres, chargée de vérifier les faits. Ces cinq membres se rendent au Syphilocôme; et là, pendant quinze mois, ils observent, ils suivent les expérimentations, ils les dirigent, ne cessant d'entourer de considération celui qui, dans sa bonne foi, dans son honnêteté, a cru trouver un remède, mieux que cela, un préservatif contre un mal affreux. Et après quinze mois, ils ne trouvent pas l'expérience complète; il leur faut encore, avant de se prononcer définitivement, le dernier mot de certains faits actuellement en observation. Les voilà, les timides et les imprudents! Voilà ceux sur qui devraient tomber les foudres de Paris! Quoi! dix-huit mois d'un spectacle *immoral, atroce, barbare*, sans crier anathème! quelque chose comme un cirque, où l'on regarde déchirer la chair humaine, pendant dix-huit mois! Dix-huit mois pour vérifier une *sottise*, un *mensonge*, une *mystification!* Vraiment nous avons été, nous autres, bien hardis; car, en priant de n'attaquer les syphilisateurs que par des arguments scientifiques, nous donnions l'exemple, et nous refusions provisoirement notre assentiment à M. Auzias et à M. Sperino. En présence du document qu'on vient de lire, nous ne dirons qu'une chose : si la syphilisation est absurde, si elle heurte grossièrement la raison, si elle n'a pu naître que d'une ignorance absolue des notions syphilologiques, que penser de la commission de Turin? Mais si la syphilisation doit donner, dans une mesure quelconque, des principes ou des faits nouveaux, que penser de ses adversaires systématiques?

Quoi qu'il en soit, l'annonce si prochaine d'un rapport basé sur des faits nombreux, authentiques, rigoureusement observés, complets, nous semble diminuer singulièrement l'importance de la discussion actuellement engagée à l'Académie de Paris. Cette discussion, en effet, ne peut porter que sur un très-petit nombre d'expériences. Les syphilisateurs ont eu le tort, nous le leur avons reproché dès notre premier article, de n'avoir pas fourni à l'appréciation publique des éléments suffisants, ni suffisamment précis. Ils ont promené quelques malades à l'hôpital du Midi; ils en ont laissé la plus grande partie dans l'ombre; et c'est pour ainsi dire à la dérobée qu'on a pu en examiner quelques-uns. Le jour où la commission, en étendant son jugement du fait particulier à la doctrine, a rendu indispensable une discussion générale, elle leur a joué, sans le vouloir probablement, un mauvais tour; car il était évident que les documents, ceux du moins qui avaient été produits dans la presse et devant les Académies, n'étaient pas susceptibles de mener à une solution. La syphilisation fût-elle la vérité même, elle ne saurait passer avec un tel bagage. Ce jour-là, nous leur disions : « Si vous voulez, comme nous voulons, qu'on regarde sérieusement votre doctrine, donnez-en les moyens. Vous avez, dites-vous, la main pleine de faits, ouvrez-la. » Ils ne l'ont pas ouverte. Ils n'ont pas écrit à l'Académie : Suspendez votre jugement; voilà cinq, dix, quinze observations bien détaillées, bien authentiques; renvoyez-les à votre commission; nous montrerons les malades; si elle ne s'en contente pas, nous entreprendrons de nouvelles expériences devant elle.... Voilà pourtant ce qu'a fait M. Sperino. En ne l'imitant pas chez nous, les syphilisateurs ont gâté leur cause. Les faits qu'ils gardaient chez eux ou ne montraient qu'à leurs amis, on est allé les chercher; on en a trouvé de défavorables à leurs prétentions; ceux-là ont été à l'instant portés au grand jour, et les faits favorables, s'il y en a, sont restés dans l'étouffoir. Négligence ou calcul, les syphilisateurs porteront la peine de leur conduite. Si la syphilisation doit donner quelque chose à la science ou à la pratique, c'est de Turin qu'elle l'aura.

M. Ricord, dans le brillant discours qu'il a prononcé mardi dernier devant un auditoire houleux, refluant jusque dans la bibliothèque, le vestibule, les couloirs, a profité habilement de la position. Il s'est étonné de rencontrer si peu de témoignages publics des résultats annoncés; il a demandé pourquoi les journaux, pourquoi les corps savants étaient devenus presque muets depuis certaines communications manifestement trop précipitées. Puis, comme la syphilisation a, pour le moment, plus d'adversaires que de partisans, et qu'on ne laisse guère passer ses mécomptes, il s'est mis à les faire défiler lugubrement comme une procession de fantômes. Disons-le, car nous avons commencé ces articles avec la ferme résolution de suivre la vérité partout, quelques observations dramatiquement racontées par l'orateur étaient particulièrement propres à faire une forte et triste impression sur l'auditoire. Des individus soumis aux pratiques de la syphilisation préventive ont pris la vérole constitutionnelle; d'autres, atteints de syphilis, ont eu, après de nombreuses inoculations, des accidents secondaires ou tertiaires. L'un d'eux, a-t-on dit, a succombé. Certes, voilà des arguments positifs; nous en sentons la valeur autant que personne. Ce sont quatre ou cinq faits contraires, très-contraires, aux prétentions de la doctrine. S'ils ne sont pas démentis, ils pèseront d'un poids considérable dans la question.

Nous le répétons, là est la principale force de l'argumentation de M. Ricord. Le reste de son discours ne pouvait faire, sur nous du moins, la même impression; car les arguments théoriques, les considérations de fait qu'il a accumulés, la GAZETTE MÉDICALE les a déjà opposés presque tous à MM. Auzias et Sperino. Bien mieux, nous avons été plus loin. M. Ricord, en effet, pour approprier à sa thèse la signification des expériences alléguées par le médecin de Turin, est obligé de recourir à un principe de syphilographie très-contestable, qui sera contesté certainement à l'Académie, à savoir que les chancres non indurés ne sont pas virulents. Les sujets inoculés avec le pus de ces chancres ne pouvant avoir d'accidents consécutifs, il en conclut qu'on n'en peut rien tirer ni pour ni contre la syphilisation. De telle sorte que si, par hasard, la virulence des chancres non indurés

Feuilleton.

DES THERMES DE ROME.

Minerva olim ferro
Herculi balnea paravit.
(PISAND.)

Parmi les ruines de l'ancienne capitale du monde, celles des thermes surtout piquent la curiosité du médecin, dans les investigations archéologiques qu'il est amené à faire à chaque pas.

Résumer ce que nous avons pu recueillir de fragments épars sur ces établissements remarquables, tant sous le rapport de leur disposition que du parti hygiénique et médical qu'on en tirait, sera l'objet de cette lettre.

Bien que dès les temps les plus reculés, l'usage des bains chauds eût été en vogue chez les divers peuples qui eurent la prépondérance en puissance et en civilisation, Assyriens, Égyptiens, Mèdes, Perses et Grecs, Rome se contenta longtemps des bains du Tibre, dont les eaux sont loin cependant d'offrir l'attrait de la limpidité, car elles sont constamment rendues bourbeuses par les argiles qu'elles tiennent en suspension, ce que Virgile a parfaitement rendu par ces mots, en parlant de ce fleuve :

. . . . . *Et multa flavus arena.*

Vers le soir, on descendait des monts Palatin, Aventin, Esquilin, Cœlius, Viminal, Quirinal, dans le champ de Mars longeant la rive gauche, et on s'y livrait à la gymnastique la plus variée, propre à développer la force et l'adresse, ces deux éléments indispensables, surtout aux guerriers d'une époque où l'action individuelle jouait le principal rôle dans les combats.

Le tir à l'arc et à la fronde, le maniement de la pique, l'escrime, la marche, le saut, la course, l'équitation, les jeux de balle et du disque étaient de toute saison. Mais en été plus particulièrement, les Quirites se frottaient d'huile comme les athlètes, et ne conservaient qu'un caleçon pour se livrer plus aisément à la lutte, à la sphéromachie ou au véritable pugilat. Puis les exercices achevés, ils étaient détergés et frottés, et terminaient par des ablutions ou des immersions dans le Tibre.

Toutefois ces baignades, qui n'étaient pas sans inconvénient ni sans danger, ne furent pas toujours du goût de tout le monde, et il vint un temps où bon nombre de jouteurs en transpiration, après s'être fait frictionner à sec et oindre d'*anantinum*, liniment en grand usage, s'enveloppaient d'une *andromède* en laine, et entraient chez eux pour prendre un bain tiède avant souper. Cet usage, dont on comprit tous les avantages sur les bains du Tibre, se répandit rapide-

venait à être reconnue, les expériences de M. Sperino échapperaient aux coups de M. Ricord. Or, nous, qui croyons en effet à cette virulence, nous n'avions pas exposé notre argumentation à de tels hasards; nous avions essayé de montrer que le temps écoulé entre les *dernières* inoculations et celui où s'était arrêtée l'observation n'était pas suffisante pour inspirer une entière sécurité à l'égard des accidents consécutifs; nous avions demandé, de plus, la loi d'*unicité* à la main, si les individus soumis aux expériences avaient eu déjà ou non la syphilis constitutionnelle. On voit que nous ne sommes pas, en matière de sécurité scientifique, en reste avec M. Ricord. Mais voici où est la différence entre lui et nous. Comme lui, nous savons que la marche ordinaire, régulière, de la syphilis, peut offrir des phénomènes analogues à ceux que les syphilisateurs prennent pour des effets de la syphilisation; nous savons que les chancres petits, peu profonds, tendant à une réparation rapide, sont plus nombreux que les chancres à large surface; nous savons que, venus d'une source identique, ils varient beaucoup de grandeur, suivant les idiosyncrasies ou le siége; que le même pus inoculé peut donner la vérole à celui-ci et pas à celui-là. Mais tout cela condamne-t-il formellement la syphilisation? Oui, selon M. Ricord; non, suivant nous. Nous y voyons une difficulté dont M. Ricord ne se préoccupe nullement. Ces notions générales, suffisantes à frapper de suspicion des expériences dans lesquelles on semble n'en avoir pas tenu assez de compte, peuvent devenir tout à fait impuissantes contre les faits particuliers. Oui, on observe dans la syphilis, abandonnée à son évolution spontanée, des caractères analogues à ceux de la syphilis inoculée; mais il ne s'ensuit pas du tout que l'inoculation répétée n'apporte aucun changement dans la marche des phénomènes. Par exemple, les petits chancres sont plus nombreux que les grands; mais est-ce la règle dans la syphilisation? Les chancres varient beaucoup de grandeur; mais s'ils sont *presque constamment* plus petits après un certain nombre d'inoculations? s'ils vont en décroissant à mesure que les inoculations se multiplient? Un même et unique pus virulent ne donne pas la syphilis à tout le monde; mais s'il la donne *presque toujours* aux non syphilisés et *presque jamais* aux syphilisés? Les chancres guérissent souvent d'eux-mêmes et très-rapidement; mais si des chancres chroniques, durant depuis plusieurs mois ou plusieurs années, rebelles à tous les traitements, marchent à la cicatrisation à partir du moment où l'on inocule, etc.? Tout cela, dira-t-on, n'existe que dans l'imagination des syphilisateurs. Peut-être; mais ne connaissant qu'une très-petite partie de leurs observations, et encore en abrégé, vous n'êtes pas en mesure de le démontrer. En attendant, ils affirment; des hommes d'autorité, des observateurs aussi habiles que consciencieux, familiarisés avec l'étude de la syphilis, affirment. Cela suffit pour nous rendre curieux et prudents.

Ce que nous voulons sauver de la discussion actuelle, c'est d'abord le respect des opinions consciencieuses, la régularité des procédés scientifiques; c'est ensuite la grande question de la vaccination antisyphilitique, ou plutôt, en termes plus compréhensifs, de l'*inoculation préventive ou curative*. Deux voies sont ouvertes, comme pour la prophylaxie de la variole: ou l'inoculation d'un virus substitutif, d'un véritable vaccin, ou celle d'un produit quelconque de la syphilis. Nous avons fait immédiatement bon marché de la prophylaxie et des autres applications possibles de la syphilisation, parce que la syphilisation telle qu'elle se présente, à la supposer même fondée en partie, n'offre ni des procédés assez inoffensifs ni, en tout état de cause, des résultats assez certains pour promettre à la pratique d'aussi précieuses ressources. Nous avons dit comment devait être réduite et entendue la question purement scientifique, et M. Ricord ne l'a pas définie autrement que nous. Cela n'empêche pas qu'il n'y ait là un très-grave, peut-être un très-fécond sujet de méditations et de recherches. Nous disons plus: un jour viendra peut-être où toutes les grandes maladies diathésiques auront leurs inoculations préventives. Il y a entre chacune d'elles et la variole, par conséquent entre elles toutes, ce rapport remarquable qu'elles n'atteignent ordinairement le même individu qu'une fois; ce n'est pas M. Ricord qui niera qu'il en soit de même, sauf exception, de la syphilis. La condition première, essentielle, la *raison d'être* de l'inoculation variolique, c'est l'unicité de la variole. L'unicité de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la peste, de la syphilis, etc., autorise les mêmes recherches et les mêmes espérances. Beaucoup d'esprits clairvoyants se tournent vers cette magnifique perspective, et déjà, si l'on pouvait s'en reporter aux indications fournies par quelques journaux, un grand succès aurait été obtenu, chose digne de remarque, par un moyen fort analogue à celui que M. Diday a tenté contre la syphilis. Un vétérinaire belge aurait mis de nombreuses bêtes bovines à l'abri de la péripneumonie contagieuse, en leur inoculant du sang emprunté aux poumons d'animaux morts de la même maladie. Les bêtes inoculées éprouveraient, après quelques jours d'incubation, des phénomènes locaux et généraux, sans gravité, qui les rendraient complétement réfractaires à l'épizootie; un très-grand nombre auraient joui d'une parfaite immunité dans des étables où les autres étaient décimées....... Mais peut-être les esprits forts ne voudront pas même y aller voir. Quoi de plus invraisemblable, en effet. Du sang d'animaux péripneumoniques introduit dans les voies d'absorption ne peut donner que la péripneumonie, comme le pus syphilitique la syphilis! Qu'en savez-vous pourtant? Les mêmes journaux assurent que M. Magendie a été témoin d'une expérience remarquable. Qu'en aura dit ce serviteur du fait? Et il aurait raison ici de se livrer pieds et poings liés au fait? Ce qui blesse ouvertement la logique, ce qui contredit l'évidence, ce qui heurte des notions scientifiques certaines, qu'on le rejette les yeux fermés; nous en tombons d'accord, et ce sujet a même été une fois pour nous l'occasion d'une déclaration de principes. Mais qui donc oserait se vanter d'un guide assuré dans cette voie pleine d'ombre et de hasards? Ne soyons pas si fiers. Nous marchons ici à tâtons, les uns et les autres, et, après tout, cela vaut mieux que de voir les portes du progrès fermées devant soi.

A. Dechambre.

PATHOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR UN CAS DE MORVE AIGUE DÉVELOPPÉE SPONTANÉMENT; par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

Un cas de maladie qui soulève de graves questions de pathogénie vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service qui nous est confié.

(1) Cet article nous a été communiqué directement par l'auteur.

ment; après les bains particuliers, on multiplia les bains publics; mais n'étant pas à la portée de tout le monde ni suffisants, la nécessité de leur donner des proportions plus considérables et un accès plus facile à tous, devint un besoin général auquel il fallut pourvoir. Aussi Agrippa rendit il son nom populaire par les thermes qu'il fit construire au milieu même du champ de Mars.

Ce fut le premier établissement (θερμος) emprunté des Grecs pour le nom, la forme, la disposition et la magnificence. Mais nous devons bien constater ici qu'à cette époque, depuis longtemps déjà, les eaux minérales thermales étaient en vogue dans diverses provinces d'Italie, des Gaules et d'Espagne. Spécialement fréquentées d'abord par les malades, elles le furent bientôt, comme de notre temps, par une foule d'oisifs allant plutôt à la recherche de distractions; telles étaient les eaux d'Aix en Provence, *Aquæ Sextiæ*; les eaux de Cæré, très-fréquentes en Étrurie, de même que celles de Cotila et les *Aquæ cajæ* dont le gouffre bouillonnant aux vapeurs sulfureuses s'appelait l'Averne (1); les eaux Labane près Nomentum, et les eaux Albules sous Tibur, dans la Campagne de Rome; celles de Sinnessa dans le Saminum. Mais les eaux entre toutes les plus recherchées, outre celles de Cumes et de Puteoles, étaient en Campanie, celles de Baia près du cap de Misène, jaillissant à travers les fissures les plus récentes de ces terrains *ignés* subapennins qui longent la portion sud-ouest de l'Italie centrale par une série de cônes volcaniques dont le dernier fume encore aux portes de Naples.

La partie la plus remarquable des Thermes d'Agrippa est la Rotundia, vaste édifice circulaire de 510 pieds de tour, haut de 132, et dont la voûte sphérique est percée à sa partie centrale d'une ouverture de 78 pieds de circonférence, la seule par laquelle le jour arrive à l'intérieur comme aussi la neige parfois et plus souvent la pluie. C'est ainsi que par un de ces jours de mai mêlés de pluies et d'embellies, pendant que d'une part le soleil tamisait des faisceaux de rayons obliques, un nuage déversait une ondée scintillante par le ciel ouvert qui depuis bientôt vingt siècles n'a d'autre velarium que l'azur de l'immensité. Aussi une voie d'écoulement est-elle ménagée au milieu d'une dépression centrale du pavé en disques de marbre, de granit et de porphyre, dalles en partie usées par le piétinement, et pour la plupart brisées en fragments par les chocs qu'elles ont supportés depuis les restaurations d'Adrien, d'Antonin le Pieux, de Septime Sévère et d'Antonin Caracalla.

La configuration de cette voûte comme celle du ciel, remarque Dion, et pour ce motif appelée Panthéon, d'après le même historien, l'excavation du premier pavé du podium, à en juger par les bases des colonnes intérieures, notablement plus basses que le seuil de la porte, sembleraient indiquer que ce fut primitivement la grande Piscine. Plusieurs archéologues opinent à penser que c'était du moins la salle commune destinée aux sudations, vu qu'elle ressemble tout à fait aux *laconicum* qui servaient à cet usage et qu'on retrouve encore dans la plupart des anciens Thermes. Ce qui vient surtout à l'appui de ces considérations, c'est que d'une part le portique Octastyle a été juxtaposé postérieure-

(1) Le Bullicame aujourd'hui. Nous y reviendrons dans une notice des eaux minérales thermales de Viterbe et de son climat.

Dire que nous nous croyons autorisé à le regarder comme un cas de morve aiguë développée spontanément, et non communiquée, comme cela a lieu d'habitude, par inoculation ou par infection, c'est assez faire comprendre toute l'importance que nous attachons à ce fait; car si la transmission de la morve aiguë des solipèdes à l'homme est aujourd'hui admise par la plupart des pathologistes, si même la possibilité de transmission de cette maladie de l'homme à l'homme est admise depuis le fait d'un étudiant en médecine mort pour avoir pansé un malade affecté de la morve à l'hôpital Saint-Antoine, le développement spontané de la morve est considéré comme appartenant d'une manière exclusive aux animaux solipèdes.

Quand Breschet lut, en 1840, devant l'Académie des sciences, le mémoire dans lequel il avait consigné les recherches faites en commun par lui et par M. Rayer sur la morve, mémoire qui a marqué l'état de la science sur cette question, il s'exprimait ainsi : « Le développement spontané de la morve n'a pas encore été observé chez l'homme; toutes les personnes sur lesquelles on a observé la morve avaient été, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études, en rapport avec des chevaux morveux ou farcineux. » Un peu plus tard, MM. Ang. Bérard et Denonvilliers écrivaient le passage suivant dans le COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE : « Bien que l'homme puisse se trouver dans des conditions analogues à celles qui paraissent déterminer chez les chevaux le développement de l'affection morveuse, cependant il n'existe encore aucun fait qui autorise à penser que ces circonstances suffisent à elles seules dans l'espèce humaine pour faire naître la morve ou le farcin. » Depuis cette époque, la science en est restée au même point, et les ouvrages les plus récents reproduisent cette assertion, que jamais jusqu'à ce jour la morve ne s'est développée spontanément chez l'homme. Quelques faits épars de morve spontanée existent cependant dans les annales de la médecine; mais on ne leur a pas accordé l'attention qu'ils méritaient, soit parce qu'ils étaient mal établis, soit parce qu'ils ont été regardés comme impossibles.

Cette question est à revoir. Je crois que l'opinion des pathologistes est erronée sur ce point, et j'apporte un fait qui contribuera peut-être à l'ébranler. Mais pour cela je sais combien il importe qu'il soit exposé avec rigueur. Je suis tenu de montrer : 1° que ce fait est évidemment un cas de morve aiguë; 2° que la maladie n'a pas été communiquée par inoculation ou par infection. Le premier point sera facile à prouver, puisque je puis invoquer le témoignage de la commission composée de MM. Candy, Diday, Perrin et Peyrand désignés par la Société de médecine de Lyon pour m'aider de leur concours éclairé; celui de l'honorable directeur de l'École vétérinaire, M. Lecoq, dont le contrôle nous était si utile en cette circonstance; celui enfin de plusieurs autres confrères, tous connus dans la science, qui par leur expérience m'ont rendu plus facile la juste appréciation des faits.

Quant au second point, celui du développement spontané de l'affection, je ne puis invoquer que mon opinion personnelle; mais mes raisons sur lesquelles je l'appuierai vous paraîtront, je l'espère, assez fortes et concluantes pour porter la conviction dans vos esprits.

Voici d'abord l'observation; elle a été rédigée avec soin par M. Humbert, interne du service.

MORVE AIGUE SPONTANÉE CHEZ UNE FEMME.

OBS. — Le 8 juin 1851 on apporte à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Charles, une femme nommée Adélaïde James, âgée de 47 ans, demeurant aux Brotteaux, rue Godefroi, 9. Cette femme est mariée, mais depuis deux ans elle ne vit plus avec son mari. Elle est ouvrière en soie et n'a jamais travaillé que sur les satins noirs. Elle habite un quartier parfaitement aéré; sa chambre est spacieuse, bien exposée; son ménage propre et sa nourriture assez bonne. Elle sort fort peu et mène une vie sédentaire. D'après des renseignements pris avec exactitude auprès d'elle et auprès des personnes de son entourage, elle n'a eu aucun contact avec des chevaux, aucune relation avec des cochers, palefreniers ou soldats de cavalerie et n'a touché aucun objet capable de se charger du virus morveux. Elle demeure, il est vrai, dans une maison où se trouve une boucherie, mais cette boucherie n'est pas un abattoir: on y vend de la bonne viande comme dans toutes les boucheries qui existent dans les rues des grandes villes.

En 1849, cette femme contracta la syphilis; elle eut un bubon à l'aine droite qui suppura et qui guérit très-bien après deux mois de traitement.

Le 30 mai dernier, s'étant exposée, dit-elle, à un courant d'air, le corps couvert de sueur, elle éprouva un sentiment de froid intense et profond. Ce frisson dura quatre jours et s'accompagna de faiblesse, de céphalalgie, d'anorexie et surtout de douleurs vives dans les jointures.

Le quatrième jour, quand la réaction de chaleur se fut établie, elle vit survenir sur la jambe droite, à la partie moyenne et antérieure, une pustule blanche entourée d'une auréole rouge.

Le cinquième jour, la face dorsale des deux pieds est converte d'un érysipèle œdémateux et sur les quatre membres, dans le sens de l'extension, apparaissent soudainement quelques tumeurs, avec ou sans changement de couleur à la peau, formées par des nodosités dures plus ou moins douloureuses.

Les jours suivants, tous les phénomènes s'aggravent. Un abcès s'est formé sous la pustule de la jambe. A ce moment on fait appeler un médecin qui ouvre cet abcès, et le lendemain (8 juin), dixième jour de la maladie, Adélaïde James est apportée à l'Hôtel-Dieu, dans mon service.

A son entrée, elle présente l'état suivant :

Facies anxieux, peau chaude, pouls accéléré, langue blanchâtre et sèche; céphalalgie, brisement général, soif vive, toux sèche. La malade répond avec un certain embarras aux questions qu'on lui adresse. Elle est dans une grande agitation; elle se plaint de ne pas dormir ou bien d'avoir un assoupissement troublé par des rêvasseries pénibles.

Les jambes sont œdématiées et présentent des plaques érysipélateuses diffuses sur leur partie antérieure et sur la face dorsale des deux pieds. Le gros orteil et le deuxième orteil du pied gauche ne peuvent souffrir la moindre pression. Huit à dix tumeurs ou nodosités, les unes dures, douloureuses au toucher, avec ou sans inflammation à la peau, les autres fluctuantes et formées évidemment par des abcès s'élèvent sur les membres inférieurs ou supérieurs. Un pus sanieux s'écoule de l'abcès de la jambe; deux pustules semblables à celles de l'ecthyma se montrent, l'une sur l'apophyse styloïde du cubitus droit et l'autre sur le sommet d'un abcès de la cuisse. (Tisane diaphorétique, potion calmante, charpie cératée et cataplasme sur la plaie.)

Le 10, même état; de plus, formation d'autres abcès avec les mêmes caractères anatomiques. Les deux mains sont le siége sur la face dorsale d'un érysipèle œdémateux diffus, très-douloureux au toucher. La langue est très-chargée; la malade se plaint d'envies de vomir (5 cent. d'émétique en lavage, till. et feuilles d'oranger, potion calmante.)

Pendant deux jours, la malade paraît un peu plus calme; cependant la fièvre est toujours intense; le facies est hébété; il y a un peu de subdélirium; la bouche est toujours pâteuse. (Orangeade, potion calmante.)

A partir du 14 juin (seizième jour de la maladie), les phénomènes locaux et généraux vont en s'aggravant; de nouveaux abcès se forment et quelques-uns de ceux que nous avons constatés paraissent s'être résorbés. La plaie de la jambe devint gangreneuse; elle gagne en profondeur et dissèque les muscles. La moindre pression sur les membres excite de vives douleurs, tandis que dans le repos la malade assure n'éprouver aucune espèce de souffrance. L'assoupissement augmente; il y a toujours parfois du subdélirium; mais il est plus calme. (Traite-

---

ment à la construction de l'édifice, c'est-à-dire à l'époque où il fut transformé en temple, tandis que des *arrachements*, pour nous servir de l'expression de Desgodets, qui se voient du côté opposé, prouvent que la partie ronde faisait corps avec le reste des Thermes, qui s'étendaient du point où se trouve actuellement la place de la Minerve jusqu'au *Circus agonalis* (la place Navone). C'est de ce côté qu'étaient les jardins, les bosquets, les casino, teurine et le grand bassin de natation appelé étang ou lac d'Agrippa, toutes parties dont il ne reste que des vestiges, marqués par de sombres quartiers.

Il n'y a d'intact que le Panthéon, quant à la masse, car une partie des ornements intérieurs, tout son revêtement extérieur de marbre et de bronze ont été enlevés.

Que ce monument ait eu d'abord la destination ci-dessus présumée ou qu'il ait de tout temps été consacré au culte, soit païen sous l'invocation successive de Jupiter Vengeur, de Cybèle, de Mars, de Vénus et autres divinités, soit catholique depuis le commencement du septième siècle de l'ère chrétienne sous la dédicace des martyrs et de la Vierge, toujours est-il que ce monument est incontestablement le plus remarquable qui soit resté debout de l'ancienne Rome. Annonçons aux amis du beau de l'antiquité qu'on songerait enfin à le débarrasser des bicoques, des masures qui sont venues l'enlacer d'une ceinture parasite, à en juger par le programme du grand concours grégorien pour 1853.

Après les sujets de peinture et de sculpture vient pour l'architecture : *lo sgombramento delle case che sono a contatto del Panteon.*

L'architecte devra représenter le Panthéon au milieu d'une place symétrique, abstraction faite de son entourage actuel, et conserver le style gréco-romain du temple.

Il sera difficile de remplir rigoureusement cette dernière indication sans faire abstraction aussi, comme l'a fait Canina, des deux petits clochers dont au dix-septième siècle on a surmonté les parties latérales du portique, et qui font disparate sous le rapport architectonique comme le feraient des minarets sur Saint-Pierre.

Si les Thermes d'Agrippa eurent l'avantage de répondre à un besoin public, il vint une époque où ils eurent un défaut capital : l'insuffisance pour le nombre toujours croissant des baigneurs; aussi sous Néron dut-on en construire de plus vastes, au champ de Mars encore, enclavés entre le Panthéon, le Circus agonalis et l'Équisie, cirque très-allongé dont le tracé fictif s'étend aujourd'hui de l'extrémité arrondie de la place Navone au Monte-Citorio. Il ne reste presque rien de ces Thermes, dont Martial a fait l'éloge par cette antithèse :

Dicam, sed cito, quid Nerone pejus?
Quid Thermis melius Neronianis?

Les Thermes de Néron étaient alimentés par l'aqueduc de l'*Aqua-Virgo*, aujourd'hui la fontaine de Trevi, ces *grandes eaux* de Rome à jet incessant. Le Tibre, en effet, fut délaissé non-seulement pour la natation, mais même on dédaigna ses eaux pour l'approvisionnement des Thermes. Depuis longtemps surtout on y avait renoncé pour la consommation journalière et les usages domestiques; car déjà au cinquième siècle de Rome le censeur Appius, ce grand ministre des

ment de M. Tessier (de Paris) contre la diathèse purulente : potion avec 2 gr. de teinture d'aconit; pansement avec la poudre de kina et de charbon.)

Sous l'influence de ce pansement antiseptique, la gangrène de la jambe s'est arrêtée. Mais alors nous voyons apparaître deux nouvelles pustules semblables à celles de la variole à la période de suppuration, et un abcès avec coloration violacée de la peau sur la pommette gauche.

Jusque-là j'avais traité cette malade sans bien me rendre compte de l'affection dont elle était atteinte. Je voyais un cas de fièvre grave avec tendance aux abcès multiples et aux érysipèles; mais quand je vis paraître sur la face les pustules varioliformes, un soupçon traversa mon esprit, et il me sembla que le fait que j'avais sous les yeux avait quelqueressemblance avec la morve aiguë; cependant, comme il n'y avait pas de sécrétion purulente des fosses nasales, je suspendis mon jugement.

Les jours suivants (16 et 17 juin), les pustules varioliformes deviennent plus nombreuses; la face exprime la stupeur, la langue est sèche, le ventre météorisé, l'assoupissement continuel. Malgré l'absence de jetage, la ressemblance avec la morve me parait augmenter et j'invite mes collègues de l'Hôtel-Dieu et M. Lecoq à venir voir la malade. M. Lecoq ne voyant chez celle-ci ni engorgement des glandes ni écoulement par les fosses nasales, ne voulut pas se prononcer encore.

Cependant les abcès et les pustules se multiplient toujours, le coude et le genou droit se tuméfient et deviennent très-douloureux. L'accablement de la face et le délire augmentent, les lèvres deviennent bleues, la prostration est extrême; il y a des soubresauts des tendons et trois ou quatre taches pétéchiales sur la poitrine. (Potion avec 4 gr. de teinture d'aconit; lavement de kina additionné de musc.)

Le 20 juin (vingt-deuxième jour de la maladie), il se forme un érysipèle sur la face, au-dessous de l'angle interne des paupières, qui se développe rapidement, prend le lendemain une teinte noirâtre et se recouvre de phlyctènes. Les pustules deviennent toujours plus nombreuses, ainsi que les abcès. Quant à l'état général, il est on ne peut plus grave : le pouls est à 130 pulsations, la langue est comme rôtie, et l'on aperçoit des petites croûtes noirâtres à l'intérieur des fosses nasales, mais point de jetage. (Tisane avec 40 gouttes de chlore liquide; lavement musqué.)

Néanmoins la plupart de mes collègues, procédant comme moi par élimination et ne voyant dans le cadre de la nosologie humaine aucune maladie semblable à celle-ci, si ce n'est la morve, pensent que nous avons affaire à un cas de cette terrible maladie.

Enfin, le 21 juin, la diarrhée se manifeste, des phlyctènes apparaissent sur quelques-uns des abcès des membres, et le 22, Adélaïde James expire, à six heures du matin.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, en présence de la commission désignée par la Société de médecine, de M. Lecoq, directeur de l'École vétérinaire, et d'un grand nombre de médecins, on constate les lésions suivantes :

Surface externe du corps. — Six à sept bulles sur les membres, contenant un liquide séro-purulent.

Deux phlyctènes gangréneuses, une à la base du nez, l'autre à la cuisse, sur un abcès.

Vingt-neuf pustules opaques, semblables à celles de la variole à la période de suppuration, mais sans être ombiliquées.

On n'aperçoit plus de traces d'érysipèle qu'à la face. Les plaques érysipélateuses des pieds et des mains se sont effacées; mais à l'endroit qu'elles occupaient, on trouve du pus épais au-dessous de la peau.

Nous avons compté jusqu'à vingt-sept abcès, dont deux gangréneux. Les uns sont sous-cutanés, d'autres existent profondément et dissèquent les muscles, d'autres enfin sont intra-articulaires. Nous avons trouvé du pus dans les deux genoux, dans les coudes et dans quelques jointures des orteils. La suppuration est le plus souvent épaisse, mal liée et mêlée de grumeaux. Dans quelques abcès, elle avait les caractères d'un pus sanieux, de mauvaise nature.

Intérieur du corps. — Le cerveau et le cervelet sont sains. L'arachnoïde est légèrement arborisée. Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir.

Les fosses nasales sont le siége d'altérations importantes et significatives. La muqueuse est épaisse, ramollie, d'un rouge très-foncé; elle se détache facilement des os. Elle est infiltrée d'une sérosité sanguinolente dans presque toute son étendue. Dans quelques points, elle présente des érosions granuleuses et infiltrées de pus (caractère essentiel de la morve).

Les cornets offrent un aspect noirâtre; ils sont remplis de mucosités sanguinolentes et purulentes, ce qui nous a fait penser que si la malade eût vécu deux ou trois jours de plus, on aurait observé le jetage par les narines.

La muqueuse de l'arrière-bouche a le même aspect que la pituitaire, mais à un degré moindre.

Les poumons ne contiennent aucun abcès, mais ils sont infiltrés d'un sang noir, et le gauche est le siége, surtout en arrière, d'un engouement marqué et qui a la forme lobulaire.

Le cœur est sain; l'oreillette et le ventricule gauche renferment quelques caillots rougeâtres et peu considérables.

Le foie, la rate, le pancréas et les reins ont leur apparence normale.

Dans l'estomac, nous avons trouvé une plaque ecchymotique, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Sur ce point, la muqueuse était ramollie.

Dans toute la longueur des intestins, nous n'avons constaté que quelques rougeurs arborisées d'injection cadavérique. Les plaques de Peyer et de Brunner étaient intactes.

L'absence d'altération des intestins est, comme on sait, un des points les plus importants de l'histoire anatomique de la morve aiguë.

Nous avons examiné avec soin les parties sexuelles, le vagin et la matrice, et nous n'y avons découvert aucune trace d'affection syphilitique, circonstance digne d'être notée, à cause de l'existence antérieure d'un bubon, qui, on se rappelle, s'est ouvert au pli de l'aine en 1849.

Les ganglions lymphatiques n'étaient pas visiblement engorgés.

En présence de ces lésions cadavériques, M. Lecoq, prié par moi d'exprimer son opinion, n'hésita pas à affirmer que s'il rencontrait de pareilles altérations sur le cheval, il diagnostiquerait une morve aiguë.

Cependant il nous manquait une contre-épreuve à ce jugement, c'était celle de l'inoculation; nous n'avons pas manqué d'y recourir, grâce à l'obligeance empressée de M. Lecoq et du chef de clinique de l'École vétérinaire, M. Saint-Cyr.

Du pus ayant été recueilli pendant la vie, sur un des abcès, fut inoculé à un cheval maigre, mais jouissant d'une bonne santé, et dix jours après, le cheval succomba à tous les symptômes d'une morve aiguë évidente, comme on peut s'en convaincre par la lecture de la note suivante, rédigée par M. Saint-Cyr.

TRANSMISSION DE LA MORVE DE L'HOMME AU CHEVAL PAR L'INOCULATION.

Obs. II. — Le cheval soumis à cette inoculation est âgé de 10 à 12 ans, maigre, mais encore assez vigoureux et dans un parfait état de santé.

L'inoculation est pratiquée le 21 juin : 1° par trois piqûres sur la lèvre supérieure du côté droit; 2° par le dépôt du virus sur la peau dépouillée de son épiderme, sur deux endroits de la joue droite; 3° et enfin par son introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur la face droite de l'encolure.

Le lendemain, la plaie de l'encolure (où l'on a fait l'inoculation sous-cutanée) est un peu tuméfiée et douloureuse.

Rien de particulier le 23.

Le 24, les ganglions de l'auge commencent à se tuméfier, et quelques boutons sous-cutanés, durs et douloureux, se manifestent; leur nombre s'accroît

---

travaux de la république, avait amené dans la ville les eaux vives du Tusculum. L'*Aqua Appia* arrivant par la porte Capène, se distribuait dans huit quartiers par le moyen d'une vingtaine de *castellum* ou châteaux d'eau.

Moins d'un demi-siècle plus tard, on alla puiser jusqu'au-dessus de Tibur (Tivoli) les eaux limpides de l'*Anio-Vetus*; on amena successivement à Rome la *Marcia*, la *Tepula*, la *Claudia*, l'*Anio-Novus*, la *Julia*, l'*Alsietina*, la *Virgo*, neuf petits fleuves coulant suspendus à des hauteurs variables selon les dépressions de terrain, dans les aqueducs à plusieurs rangées d'arches dont les restes les plus considérables, ceux de l'*Aqua-Appia* et *Claudia*, superposés, ont été en grande partie utilisés et réparés sous Sixte-Quint.

Toutefois l'*Aqua-Felice*, du nom propre de ce pontife instaurateur, coule dans le conduit inférieur des aqueducs. Leur partie supérieure, ébréchée en divers points, laisse voir l'intérieur de la voie d'écoulement la plus élevée, large de plus d'un mètre et de hauteur d'homme, formée de gros blocs de piperin et de tuf, produits volcaniques remaniés par les eaux, se taillant avec une grande facilité, mais ayant la propriété de durcir à l'air. Ces blocs équarris et parfaitement juxtaposés, forment la maçonnerie principale; mais l'intérieur des aqueducs est mastiqué d'une couche d'*opus signinum*, ciment à base de pouzzolane dans lequel on incorporait de la brique pilée, et dont la dureté a résisté à l'action de l'eau et du temps.

Toutes ces eaux, passant par les *castellum* qui en réglaient les niveaux et la distribution, alimentaient non-seulement les fontaines, les piscines, les bains publics et privés, mais aussi les naumachies, créations d'un autre genre qui transportèrent au sein de Rome le spectacle des scènes maritimes. Primitivement les naumachies furent de vastes bassins dans lesquels, montés sur des flottilles, les soldats romains s'exerçaient à des joutes navales, préludes de leurs succès dans les guerres puniques. Mais quand ce peuple, dont la *combativité* fut l'instinct prédominant, en fut venu de simples jeux d'escrime aux combats sanglants du cirque, les joutes des naumachies ne furent plus de son goût; il lui fallut de vrais combats nautiques, dans lesquels les esclaves gladiateurs, divisés en deux flottes, sous les pavillons romains et carthaginois, se livraient à une extermination réciproque. Là des milliers de spectateurs, entassés sur des gradins circulairement étagés comme à l'amphithéâtre, assistaient à toutes les péripéties de l'abordage. C'était guerre à mort, ceux même qui après les premiers chocs, tombés à l'eau ou échappés de leurs navires coulés bas, cherchaient à se sauver à la nage, étaient repoussés au large par les piques des sentinelles qui bordaient la naumachie; puis les bateaux légers du parti vainqueur leur couraient sus, les massacraient jusqu'au dernier, aux frénétiques applaudissements d'une foule avide de carnage.

L'une des naumachies les plus vastes fut celle qu'Auguste fit creuser *trans Tiberim* (au Transtevere), qui avait 1,800 pieds de diamètre, et qu'on remplissait au moyen de l'eau alsietina qu'un aqueduc allait chercher jusqu'au lac contenu à une hauteur considérable, dans le cratère de Bracciano, l'un des grands volcans depuis longtemps éteints de la chaîne de Cimino qui ferme au nord la campagne de Rome. Aujourd'hui l'eau alsietina jaillit encore en cascade sur le flanc du Janicule sous le nom de fontaine Pauline.

Sous Néron, on construisit une autre naumachie entre le Palatin, le Cœlius et l'Esquilin, dans cette dépression de terrain où, quelques années plus tard,

les jours suivants, mais aucun ne passe à l'état d'ulcération. Une corde noueuse, mais peu volumineuse, s'étend sur l'encolure, du point inoculé jusqu'à l'entrée du thorax.

Jusqu'au 27, l'état du sujet reste à peu près stationnaire.

Le 28, un jetage blanchâtre, d'abord peu abondant, s'établit par les deux narines; quelques pétéchies se montrent sur la muqueuse nasale.

Les jours suivants, les pétéchies s'étendent et envahissent toute la pituitaire, qui se tuméfie au point de gêner la respiration, et reflète une teinte de violette très-foncée. Quelques petits points blancs apparaissent sur cette membrane dès le 29; ils se multiplient avec une grande rapidité les jours suivants; cependant un petit nombre seulement passent à l'état d'ulcération.

Bientôt la fièvre s'allume, l'appétit se perd, la soif est vive, les membres s'engorgent, le pouls s'accélère, la respiration devient de plus en plus laborieuse, les battements du cœur tumultueux; et enfin l'animal succombe le 1er juillet.

Parmi les nombreuses lésions que l'on trouve à l'autopsie, voici l'indication des principales :

1° Les piqûres faites à la lèvre droite pour l'insertion du virus, loin de se cicatriser, ont pris un aspect ulcéreux; toute la lèvre est indurée.

2° La pituitaire, trois ou quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal, est violacée, presque noire; elle se sépare avec la plus grande facilité du périoste ou du péricondre; sa surface est parsemée, tant sur la cloison que sur les cornets, d'une quantité innombrable de petits points blancs, qui la rendent rude au toucher. Plusieurs de ces points ont déjà fait place à de petites ulcérations lenticulaires, à bords durs et taillés à pic. On rencontre souvent une lésion semblable à l'ouverture des chevaux morveux. C'est ce que le professeur Dupuy appelait des *tubercules miliaires*.

3° Dans le larynx, surtout à la base des trompes d'Eustache, on trouve un assez grand nombre de chancres de grandeur variable, qui ne diffèrent en rien des *chancres morveux*. Leur fond est irrégulier, blanc ou grisâtre; leurs bords élevés, durs, taillés à pic; et à la base du plus grand nombre, une injection limitée de la muqueuse, leur fait une sorte d'auréole;

4° En portant la main à la surface du poumon, on sent une infinité de petites aspérités : ce sont des noyaux indurés très-circonscrits, formés par une matière fibrineuse, et entourés d'une petite quantité de sang extravasé. Ce sont encore là les tubercules miliaires de Dupuy.

Rien dans le cœur ni dans les autres viscères.

En résumé, je crois que si le cheval qui a présenté ces lésions fût mort d'une maladie contractée spontanément, aucun vétérinaire n'hésiterait à le déclarer bien évidemment atteint de la *morve*.

Ainsi, voilà une maladie dans laquelle on voit se dérouler successivement de vives douleurs articulaires, des symptômes de fièvre grave, des pustules varioliformes; des érysipèles gangréneux et des abcès multiples dont plusieurs sont surmontés de phlyctènes.

A l'autopsie, on trouve des érosions granuleuses, une sécrétion sanguine et purulente dans les fosses nasales, et de plus, l'inoculation pratiquée à un cheval lui donne la morve et le tue. Tous ces faits ont été constatés par un grand nombre d'hommes instruits et compétents, il ne saurait donc y avoir de doute. Le tableau est complet, c'est bien celui d'une morve aiguë *spécifique* et *virulente*. — Et en effet, quelle autre affection aurait pu revêtir une pareille forme?

Cette question me conduit forcément à une discussion de diagnostic différentiel que je ne veux pas éluder; bien qu'ici les faits soient tellement positifs qu'ils la rendent en quelque sorte superflue; mais j'aurai soin d'écarter tout ce qui ne peut se rapporter d'une manière directe à notre observation particulière.

Je ne crois pas devoir m'attacher, par exemple, à prouver que nous n'avions affaire ni à une *variole irrégulière*, ni à une *pustule maligne*, ni à une *phlébite*, ni à une *angéioleucite*. Trop de traits de dissemblance séparent ces affections de celle que nous avons eue sous les yeux, pour qu'on puisse les confondre. D'ailleurs, MM. Rayer, Vigla, Tardieu, Fleury et Monneret ont si bien décrit les signes qui permettent d'éviter toute confusion dans ces cas; et M. Desgranges, l'année dernière, a présenté à son tour avec tant de netteté, dans le mémoire qu'il a lu devant vous, le diagnostic différentiel de ces maladies avec la morve, que je n'ai nul besoin d'y revenir.

On ne pouvait confondre le fait que nous avons mentionné qu'avec une fièvre grave à forme charbonneuse, avec la maladie décrite dans ces derniers temps sous le nom de diathèse purulente aiguë, ou bien encore avec une syphilis constitutionnelle compliquée de fièvre typhoïde.

Je ne mets pas en doute que si la maladie qui fait le sujet de cette discussion s'était présentée à l'observation d'un médecin avant les travaux de M. Louis sur les altérations anatomiques des fièvres continues, avant que les premiers faits de morve aiguë chez l'homme eussent été publiés, et même seulement avant que les recherches de M. Rayer eussent fixé l'attention sur cette terrible maladie, on ne l'eût désignée sous le nom de fièvre grave à forme charbonneuse. On ne se fût occupé que des phénomènes typhiques, des abcès et des érysipèles, et l'on n'aurait point vu dans cet ensemble de symptômes les caractères d'une maladie toute spéciale et virulente; car l'on ne pouvait prévoir ni l'absence de lésions des plaques de Peyer ni les altérations de la membrane pituitaire, ni surtout les résultats de l'inoculation. Et d'ailleurs, comme il n'y avait pas chez Adélaïde James de jetage par les narines, on n'aurait pu avoir l'idée d'une analogie avec la morve des solipèdes. Mais aujourd'hui que le vague qui existait autrefois sur la nature des fièvres graves est dissipé, qu'on connaît les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde qui les résume presque toutes, il ne serait pas permis de ranger parmi elles un fait dans lequel, après vingt-quatre jours de maladie, on ne trouverait aucune altération intestinale et dans lequel on trouverait au contraire une foule de lésions qui ne lui appartiennent pas, comme les pustules, les érysipèles gangréneux, les abcès multiples et l'ulcération des fosses nasales.

J'ai fait des recherches dans les anciens auteurs, dans Huxam, Stoll, Sydenham, Sauvage, etc., pour voir si je ne trouverais pas dans le cadre des fièvres putrides quelques faits où les phénomènes généraux coexisteraient avec des abcès sous-cutanés, des érysipèles gangréneux et des pustules varioliformes ou pemphygoïdes. Je n'ai pu en trouver; mais si l'on venait m'en montrer, je les regarderais, non comme la preuve que les cas de morve aiguë qui ont été publiés n'étaient en réalité que des fièvres putrides; mais au contraire comme la démonstration que des faits de morve s'étaient déjà présentés à l'observation des anciens, et que n'en connaissant pas les caractères dominants et pathognomoniques, ils les avaient confondus avec ces fièvres.

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'entrée d'Adélaïde James à l'hôpital, on pouvait aussi prendre sa maladie pour une affection érysipélateuse diffuse, avec diathèse purulente. Elle avait en effet éprouvé pendant cinq jours un sentiment de frisson profond et intense, qui, avec la présence d'abcès multiples, pouvait très-bien indiquer une intoxication purulente du sang. Un peu plus tard, quand l'abcès de la jambe est devenu gangréneux, on pouvait encore expliquer ce nouveau symptôme par la même cause; mais sur les derniers jours, quand de nombreuses pustules, des bulles

---

Vespasien fit ériger le plus grand de tous les amphithéâtres, le Colysée. Cette naumachie, plus fréquemment employée comme bassin de natation, fut plus particulièrement désignée sous le nom de *Stagnum Neronis*. Il y eut aussi dans le *Campus vaticanus*, au lieu de la place Saint-Pierre, un autre *Stagnum navale Neronis*.

Remarquons encore que, pour remplir à moment donné les bassins de natation et les naumachies, on vidait des *lacus*, écluses le plus souvent couvertes, et à plusieurs réservoirs parallèles, établis en grand nombre dans divers quartiers de la ville. C'est ainsi, par exemple, qu'Agrippa, au rapport de Pline, outre cinq cent fontaines et cent trente châteaux d'eau, fit sept cents lacs : *Præterea fontes CV, castella CXXX, septingentos lacus fecit*. Il ressort donc bien évidemment de ces indications que le mot étang, *stagnum*, fut employé comme synonyme de bassin de naumachie; que le mot lac, *lacus*, fut aussi synonyme d'écluse de réservoir, et nous voyons par là combien se sont égarés dans leurs interprétations ceux qui, s'exagérant les conditions hydrographiques de l'ancienne Rome, en traduisant *stagnum* et *lacus* d'après leur sens littéral, nous ont donné ses sept collines comme surgissant autrefois au milieu des eaux, et formant en quelque sorte un petit archipel.

Il est vrai que, dans les pays chauds où les fièvres règnent endémo-épidémiquement, et où l'on ne trouve cependant pas en nombre suffisant et en suffisante quantité les eaux stagnantes dont une théorie aux abois aurait besoin, il est des théoriciens qui, à défaut du marais type, se contentent d'invoquer des marais infiniment petits, de *simples rigoles*, par exemple; à défaut de marais visibles, des marais invisibles dits *souterrains*; à défaut de marais actuels, le souvenir de ceux qui existèrent jadis, il y a quelques milliers d'années, comme les Velabres, voire même le souvenir de ceux qui n'ont existé que de nom en tant que marais, comme les *lacus* et le *stagnum* dont nous venons de parler. Ceci soit dit en passant à l'adresse de la théorie de l'intoxication miasmatique paludéenne, dont nous avons fait *in extenso* la critique et la réfutation autre part (1).

Les aqueducs que nous avons énumérés par ordre chronologique de construction, formant un réseau qui s'irradiait, dans diverses directions, jusqu'à sept et huit lieues, comme l'*Anio vetus* et l'*Alsietina*, suffirent aux besoins de la ville même à l'époque de sa plus grande extension. Toutefois, si l'eau ne manquait pas, les thermes faisaient défaut, tant l'habitude de les fréquenter se gé-

(1) ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES DES FIÈVRES EN ALGÉRIE ET DANS L'ITALIE CENTRALE. (Adressées au conseil de santé des armées et à l'Académie nationale de médecine.)

Le miasme paludéen est l'*x*, l'inconnu à éliminer du problème étiologique des fièvres.

ALGER. — ROME.

1843 — 1852

Volume manuscrit, avec esquisses topographiques.

pemphigoïdes, des phlyctènes, sont venus se joindre aux abcès et aux érysypèles, le doute n'était plus permis : c'eût été commettre un étrange abus de langage que d'appeler diathèse purulente une maladie présentant des caractères aussi spéciaux ; on pourrait alors, à aussi bon droit, appeler du même nom la variole et la miliaire, ce qui serait tout à fait illogique.

Peut-être quelques personnes auraient-elles pu penser aussi que les pustules, les abcès et les érosions des fosses nasales qui existaient chez notre malade n'étaient que le réveil d'une ancienne affection syphilitique qui, latente depuis 1849, époque on Adélaïde James eut un bubon dans le pli de l'aine, se reproduisait tout à coup sous l'influence d'une maladie fébrile. Cette opinion n'était guère probable, cependant j'ai voulu faire trancher la question par un homme compétent, et j'ai prié mon honorable collègue et ami M. Diday de vouloir bien faire une visite à la malade. Il se rendit avec obligeance à mon appel, et déclara inadmissible la supposition d'une affection vénérienne, à cause de la soudaineté des accidents et de la rapidité de leur marche; en second lieu, à cause de la préexistence d'un bubon suppuré; enfin, à cause du long espace de temps pendant lequel la femme James n'avait présenté aucun symptôme.

Enfin, voici une dernière opinion que l'on peut encore émettre, et qui même s'est produite sous le patronage d'un médecin de notre ville, qui, par ses importants travaux, a acquis une grande autorité scientifique. Pour lui et pour quelques autres personnes, la maladie d'Adélaïde James est une individualité morbide non encore décrite, qui a quelques rapports avec la morve, mais qu'il ne faut pas regarder comme identique avec elle.

Cette opinion rappelle celle qu'exprimaient MM. Barthélemy et Magendie, en 1836, époque où M. Rayer publia ses recherches sur la morve. MM. Barthélemy et Magendie refusaient de croire à la transmission et soutenaient que les accidents décrits sous le nom de morve aiguë chez l'homme n'étaient pas identiques à ceux qu'on observe sur les animaux affectés de cette maladie. Depuis lors, les faits de contagion se sont tellement multipliés, que la transmission constitue aujourd'hui une vérité acquise à la science, et qu'on admet généralement l'identité de la morve chez l'homme et chez les solipèdes. Eh bien! du moment que cette identité est admise et qu'on décrit maintenant la morve aiguë comme une maladie parfaitement spéciale dans la nosologie humaine, puisque le fait que nous portons à la connaissance du public offre la même marche et les mêmes caractères que la morve pendant la vie et après la mort, puisque l'inoculation donne les mêmes résultats, il me semble qu'il n'est pas possible, rigoureusement, de ne pas donner à ce fait le même nom; car, en fin de compte, il ne peut y avoir que des inconvénients à créer sans nécessité une nouvelle entité morbide; et d'ailleurs, en bonne logique et en bonne méthode, on doit rapprocher les faits dont tous les caractères principaux se ressemblent. Je conçois toute la réserve qu'ont dû apporter, dans les premiers temps, les médecins vétérinaires, avant de reconnaître que les chevaux morveux, avec lesquels ils ont si impunément de fréquents rapports, pouvaient transmettre une maladie mortelle à ceux qui les touchent ou qui les pansent. Ils redoutaient avec raison l'épouvante qu'une pareille assertion pouvait jeter dans l'esprit de tous ceux qui approchent des chevaux malades. Je conçois aussi très-bien la peine qu'on a à admettre le développement spontané de la morve chez l'homme; mais quand les faits se révèlent avec évidence, quelque fâcheuse que soit celle-ci, il faut bien s'y rendre.

J'espère avoir répondu à toutes les objections qu'on pouvait faire sur ce point, et prouvé d'une manière irréfutable l'existence de la morve aiguë chez notre malade. Il me reste maintenant à démontrer qu'elle s'est développée spontanément.

Avant d'arriver à la conviction que j'ai aujourd'hui que la morve s'est développée sans inoculation et sans infection chez la femme James, je suis resté moi-même longtemps dans le doute; aussi ai-je étudié le fait avec toute l'attention que mérite un sujet aussi grave de pathogénie, et me suis-je imposé le devoir d'une enquête rigoureuse sur les causes qui ont pu le produire. Cette enquête, je l'ai faite avec tout le soin dont je suis capable.

Nous avons recueilli, l'interne du service et moi, des renseignements minutieux auprès de la malade, auprès des personnes qui vivaient avec elle, auprès des gens de son voisinage, auprès du médecin qui lui a donné les premiers soins, et toujours nous sommes arrivés à ce résultat qu'Adélaïde James n'avait point eu de contact avec des chevaux. C'était, comme nous l'avons dit, une ouvrière en soie, travaillant sur des satins noirs unis, vivant tranquillement dans une chambre hygiéniquement disposée et se nourrissant assez bien.

Pour expliquer la transmission de la morve à cette malheureuse, on peut supposer qu'elle avait des relations avec quelque cocher ou quelque autre individu ayant de fréquents rapports avec des chevaux malades. Mais, outre que cette supposition n'a rien de fondé, d'après nos renseignements qui sont assez précis, il faudrait encore admettre, ou que cet individu était malade lui-même de la morve, circonstance qui certainement n'eût pas été ignorée, ou qu'il a pu transmettre soit par ses vêtements, soit avec ses mains encore contaminées des humeurs du jetage la maladie qu'il n'avait pas, et alors on tombe dans une foule d'hypothèses qui n'ont plus de limites.

On pourrait également penser que la maladie virulente a été communiquée par un insecte qui après avoir touché un animal morveux aurait transporté le virus ; mais cette supposition n'est pas plus probable, parce que la première pustule, celle de la jambe, ne s'est montrée que quatre jours après l'invasion des phénomènes généraux.

Nous le répétons à dessein parce que ce fait est le point fondamental de tout ce travail, il ne nous a pas été possible, malgré des recherches scrupuleuses, de découvrir une circonstance qui puisse expliquer la production de la morve chez cette femme.

Ainsi l'examen le plus rigoureux des causes qui ont pu occasionner une maladie aussi terrible conduit à une négation complète sous le rapport de la transmission. Ce résultat m'a beaucoup surpris; il est en contradiction avec tout ce que nous savions sur la production de la morve; mais il ne faut pas le rejeter et nier sa valeur parce qu'on le croit isolé.

D'ailleurs il n'est peut-être pas sans analogue dans la science. Souvent des faits importants existent qui sont restés ignorés, parce qu'étant en opposition avec des idées doctrinales qu'on croit inattaquables, on les regarde comme mal observés et impossibles. D'autres fois on tourmente les faits pour les adapter aux théories reçues, quand bien même ils sont en désaccord avec elles par leurs caractères principaux, et l'on s'empare de quelques circonstances secondaires pour justifier une fausse interprétation. J'ai compulsé les livres et fouillé les recueils périodiques qui ont paru depuis une quinzaine d'années pour voir si parmi les cas de morve aiguë qui ont été publiés il n'y en aurait pas quelques-uns auxquels s'appliqueraient ces observations, et mes recherches n'ont pas été inutiles.

En 1848, le docteur Bouvier inséra dans les ARCHIVES DE LA MÉDECINE

---

néralisait. Titus en fit construire de nouveaux au mont Esquilin (troisième région), sur les jardins de Mécène et la *Domus aurea* de Néron. Ces thermes, agrandis successivement par Domitien, par Trajan, par Adrien, s'étendirent du Colysée vers le milieu du Forum. Il n'en reste que des vestiges attestant leur splendeur passée; dans les parties souterraines, il existe des salles ornées de peintures d'un remarquable état de conservation. Commode et Septime-Sévère eurent aussi leurs thermes. Après eux, Antonin Caracalla en fit ériger d'autres dont on voit surgir les imposantes ruines de droite de la voie Appia, entre le Circus maximus et la porte Capène (douzième région). Ces thermes de Caracalla, où 1600 baigneurs pouvaient trouver place à la fois, pavés en mosaïques, dont il reste des fragments représentant des exercices gymnastiques, contenaient un très-grand nombre de statues dont on a retrouvé de fort belles. Les trois parties principales de ces thermes formant un vaste carré avec enceinte étaient : le *laconicum*, rotonde dans le genre du Panthéon, avec une grande vasque au milieu; la cella solearis, vaste salle de bains de 200 pieds de longueur et qu'on reconnaît couvert par un velarium mobile, sur un soffite à arceaux de bronze; la cella frigidaria ou bassin de natation.

L'attrait qu'offraient ces thermes allant croissant, et le cri *thermas* devenant un autre *panem et circenses*, Alexandre-Sévère et Décius dotèrent les régions première et douzième de nouveaux thermes, et Dioclétien, à son tour, en fit construire dans la sixième région sur le Viminal, dépassant en étendue tous les autres, car ils formaient un carré de près d'une demi-lieue de tour. Ce qui avait amené à donner d'aussi vastes proportions à ces établissements, c'est qu'outre les bains et leurs dépendances formant le centre, on y voit annexé des portiques, des basiliques, des pinacothèques (galeries de tableaux et de statues) où les artistes faisaient une exposition permanente de leurs œuvres, des bibliothèques, et comme ceinture des avenues ombragées, de vastes jardins, des bosquets, des exèdres, des hémicycles où les philosophes, les orateurs, les poëtes se livraient aux exercices littéraires, tandis que, dans d'autres lieux, on préférait ceux de la palestre. Il y eut aussi des théâtres et des stades pour assister tout à la fois aux jeux athlétiques, aux courses à pied et à cheval.

Quand on se rend au Viminal par la *via Storzzi*, on trouve à l'extrémité une grosse tour en briques avec cette inscription : *Thermasum Diocletianarum avo superstes monumentum ne quid veteris magnificentiæ nova urbis ædificia abolerent Clem. XI horreis à se constructis folciri curavit MDCCV.*

Protestation tardive contre le marteau des démolisseurs qui trop longtemps exploitèrent les monuments de l'ancienne Rome comme des carrières de matériaux à constructions. Pour n'en citer qu'un cas : le Colysée, ce colosse des amphithéâtres, a été en partie démoli pour construire divers palais, notamment celui des Barberini. Aussi le blâme public s'est-il formulé contre ce néovandalisme par cette épigramme macaronique :

Quod non fecerunt Barbari
Fecere Barberini.

Cette tour tronquée, dont le bord supérieur est garni d'une guirlande de plantes et d'arbustes parasites, sorte de corniche de vétusté, était un temple

BELGE un cas de morve farcineuse qu'il regardait comme spontanée, bien que le sujet de l'observation fût un lancier. « De nos démarches et de nos recherches, dit M. Bonvier à propos de ce malade, il est résulté la certitude que notre morveux n'avait communiqué avec aucun cheval infecté, ni manié aucun objet qu'on pourrait considérer comme véhicule de la contagion. » Si ce fait n'a pas modifié les idées qu'on a généralement sur l'impossibilité de la morve spontanée chez l'homme, c'est certainement parce que le malade par son état de lancier était en contact fréquent avec des chevaux et que l'observation n'a pas paru offrir suffisamment de garanties d'authenticité.

La même année, un médecin irlandais, M. Frazer, publia dans la PRESSE MÉDICALE DE DUBLIN un mémoire sur l'identité de la morve aiguë et de l'inflammation diffuse. Dans ce travail, dont je n'examine pas les idées plus que contestables, on trouve l'observation d'un nommé Patrick Geary, qui mourut avec les symptômes de la morve, et qui cependant ne s'était point exposé à l'infection de *cette maladie*. Cette observation n'aurait certainement pas passé inaperçue si elle avait été plus complète et un peu moins confuse.

En voici une, au contraire, qui a été recueillie avec beaucoup de soin dans le service de M. Trousseau, et qui a été publiée en 1847 dans le JOURNAL DE MÉDECINE. Il s'agit d'une femme qui mourut à l'hôpital Necker avec les symptômes les plus manifestes de la morve aiguë. Cette femme n'avait été en rapport avec aucun individu atteint de morve ou de farcin. Les renseignements les plus authentiques l'ont établi d'une manière certaine. Mais comme sa profession consistait à carder des matelas et à détresser du crin provenant des abattoirs, M. Trousseau, qui avait appris que les ouvriers qui travaillent à ces crins meurent quelquefois de la pustule maligne, a trouvé plus logique d'attribuer à ces crins la propriété de se charger de miasme, ou du virus capable de produire la morve, que d'admettre le développement spontané de cette maladie. Si j'eusse observé le fait à la même époque que M. Trousseau, j'aurais tiré la même conclusion; mais aujourd'hui j'hésiterais, et je serais tenté de le classer dans la même catégorie que celui que j'ai décrit, parce que le développement spontané de la morve me paraît moins invraisemblable.

Dans le remarquable travail que M. Tessier (de Paris) a écrit sur la diathèse purulente, on trouve aussi l'observation d'un nommé Pouillier, terrassier, qui succomba à une affection présentant les caractères de la morve aiguë et qui affirma n'avoir jamais eu de contact avec les chevaux et n'avoir jamais couché ni habité soit dans une écurie soit dans une étable. M. Tessier arguë de ces renseignements négatifs que la maladie avait l'apparence de la morve; mais que c'était une diathèse purulente. Conclusion étrange; car il préjuge ainsi la question de la morve spontanée, rejette son existence, quoique rien n'en démontre l'impossibilité, et se trouve ainsi conduit à confondre deux maladies qui ont entre elles des différences symptomatiques et anatomiques tranchées.

Enfin il y a peu de jours, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Huzard est venu raconter l'histoire d'un malade mort, dans le service de M. Bouillaud, des suites d'un érysipèle gangréneux de la face, compliqué d'abcès musculaires dans les membres supérieurs, et chez lequel on trouva à l'autopsie les lésions de fosses nasales caractéristiques de la morve. Ce malade n'avait pas eu de contact avec des chevaux depuis plus de neuf ans.

En présence d'un fait de cette nature, on aurait certainement songé à une morve spontanée si elle était considérée comme possible; mais l'idée contraire est tellement enracinée que M. Huzard ne pouvant expliquer le cas, ni par une inoculation ni par infection, s'en est servi pour appuyer cette thèse, à savoir que le groupe de symptômes et de lésions qu'on a désignés nouvellement sous le nom de morve aiguë, au lieu de dénoter une affection spéciale, indique plutôt la terminaison de certaines maladies typhoïdes et gangréneuses. Cette thèse ne me paraît pas justifiée, car une maladie qui a la propriété de se transmettre comme la morve par inoculation du cheval à l'homme et de l'homme au cheval est incontestablement une affection spécifique et virulente, et pour moi je trouverais plus rationnel de considérer le fait de M. Huzard comme un cas de morve aiguë, spontanée chez l'homme.

Voilà une série de faits qui, pris individuellement, n'ont pas tous les caractères de certitude qu'on doit exiger en matière scientifique, car il leur manque à tous la preuve de l'inoculation, mais qui réunis en groupe prennent une valeur réelle. Seuls, ils sont loin de pouvoir dissiper ce doute que la prudence commande à un si haut degré; mais rapprochés de l'observation d'Adélaïde James, notre malade, qui présente toutes les garanties d'authenticité désirables, ils acquièrent une grande importance et sont bien faits pour ébranler l'opinion généralement admise que la morve aiguë appartient exclusivement aux solipèdes.

De tous ces faits, je me crois donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Adélaïde James était certainement affectée d'une morve aiguë *spécifique et virulente*. L'inoculation pratiquée à l'École vétérinaire suffit à elle seule pour le démontrer.

2° Cette maladie s'est développée spontanément, puisque l'enquête la plus minutieuse n'a pu faire découvrir la moindre cause présumable de contagion.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DE PARIS.

(Suite.)

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

DE L'EMPLOI EXTÉRIEUR DU TARTRATE D'ANTIMOINE ET DE POTASSE; par M. CHRESTIEN.

Ce travail se borne à une compulsion de tout ce qui a été publié sur l'emploi de l'émétique par voie cutanée, tantôt appliqué localement de manière à produire une pustulation, tantôt étendu sur de grandes surfaces pour faciliter l'absorption. Il résulte de tous les faits publiés que différents auteurs, depuis vingt-cinq ans, ont mis à profit la propriété absorbante de la peau pour faire pénétrer l'émétique dans l'économie et combattre ainsi des fièvres intermittentes, des ophthalmies, des méningites, des pleuro-pneumonies, des catarrhes, des métro-péritonites, etc. Quelques-uns (Tonelli, par exemple) sont allés jusqu'à présenter ce mode d'administration comme un procédé

---

dédié à Esculape. A l'angle sud de l'enceinte des termes de Dioclétien, on en a fait la porte de la prison dite des thermes, construite sur les ruines de l'*atriolum*. A 1,500 palmes de ce point, un autre temple circulaire, celui de *la santé*, formait l'angle ouest, resté en parfaite conservation avec sa voûte sphérique, à caissons octogones, percée au centre d'une ouverture unique et circulaire, on en a fait l'église de Saint-Bernard, et de l'*atriolum* adjacent on en fait le couvent du même nom. Entre ces deux quartiers existe un grand espace demi-circulaire transformé en jardins et en étendages; c'est là que se trouvait le *circum columnium* à convexité extérieure en partie conservée et qu'entourait un portique à colonnades. La concavité du *circum columnium* avait des gradins-étages en arc de cercle donnant sur le *theatridium* et sur le stade dont l'emplacement est actuellement une esplanade aux allées d'acacias, lieu de promenade, de jeux de paume et de boules, terrain d'exercice ou de manège, et où le régiment passait ses revues quand nous occupions ce quartier.

Dr ARMAND,
aide-major au 58e de ligne, chargé du service médical des eaux minérales thermales de Viterbe (États romains).

— M. Brierre de Boismont vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

— Le 7e arrondissement vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. F. L. Pichard, chevalier de la Légion d'honneur, qui exerçait depuis plus de trente ans la médecine dans cet arrondissement et y remplissait les honorables fonctions d'administrateur du bureau de bienfaisance. Un nombreux cortège a accompagné, vendredi 30 juillet, sa dépouille mortelle au cimetière de l'Est.

— L'un des plus célèbres chimistes de notre époque, Thomas Tholoden, professeur de chimie à l'Université de Glasgow, est mort dans les premiers jours de juillet dernier.

— M. le docteur Duchenne (de Boulogne) vient d'obtenir le prix du concours ouvert par la Société de médecine de Gand sur la question suivante : « Déterminer par des faits l'utilité de l'électricité dans le traitement des maladies. »

— Il résulte du rapport de M. Monfange, médecin de Nontron, envoyé par l'administration dans le canton de Champagnac pour y observer la suette, que la gravité de la maladie avait été exagérée outre mesure, et que, dans un temps assez long, le nombre des cas observés n'a été que de 63, sur lesquels 21 décès.

La suette s'est montrée plusieurs fois compliquée de fièvre intermittente pernicieuse.

de contro-stimulisme analogue à l'ingestion du médicament par les voies digestives. Si le rédacteur en chef du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, en rappelant dans une note que le mémoire de M. Chrestien lui a été remis avant la publication du travail de M. J. Guérin sur la méthode *stibio-dermique*, et en faisant remarquer que l'emploi du tartre stibié par voie d'absorption cutanée est depuis longtemps connu, n'a voulu qu'exprimer un fait, nous n'avons rien à dire. Mais s'il croyait pouvoir retrouver la pensée de M. Guérin dans celle de ses devanciers, il commettrait la même erreur qu'a déjà commise M. Duparcque dans une réclamation adressée à la GAZETTE MÉDICALE (1851, p. 757). M. Guérin professe que la peau est quelquefois réfractaire à l'action pustulante du tartre stibié; il y voit d'abord un état physiologique particulier non signalé avant lui; puis un état de *tolérance* tout à fait semblable à celui dont jouit si souvent la muqueuse gastro-intestinale, et dont on peut profiter pour obtenir l'absorption du médicament sans formation de pustules. Une des conséquences pratiques de ce point de vue est qu'on peut appliquer la méthode absorbante et par conséquent le bénéfice du contro-stimulisme à des parties très-circonscrites de l'économie, par exemple à un genou frappé d'hydarthrose chronique et au niveau duquel la peau n'est pas susceptible de pustulisation. Or tous les auteurs cités par M. Chrestien se bornent, nous le répétons, à user de la peau comme d'une surface absorbante pour porter l'émétique dans les voies circulatoires. Ajoutons, pour ce qui concerne l'interprétation des faits, que cette action contro-stimulante de l'émétique ainsi absorbé, jusque-là indiquée en termes vagues, a été de la part de M. Guérin l'objet d'une étude approfondie.

DE L'OXYDE D'ARGENT CONTRE LA MÉTRORRHAGIE; par M. TERRIER.

Nous avons analysé en leur temps le travail de M. Thweatt et celui de M. Bennett sur l'emploi du *protoxyde d'argent* contre la métrorrhagie (1851). Les deux auteurs accordaient la plus grande confiance à ce mode de traitement. M. Terrier a composé en grande partie son mémoire avec les observations de M. Thweatt, et l'on voit, par les détails historiques où il a cru devoir entrer, qu'il ne connaît pas celles de M. Bennett. Néanmoins il a eu lui-même occasion d'employer une fois l'oxyde d'argent, et le résultat fut des plus heureux. Voici les principales circonstances du fait.

OBS. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, habituellement d'une bonne santé, n'ayant eu d'autre maladie qu'une affection gastro-intestinale il y a douze ans, et une deuxième atteinte plus sérieuse depuis cette époque. Elle a toujours été bien réglée, n'a eu qu'un enfant il y a seize ans et n'a pas fait de fausses couches. Cette femme, d'un tempérament sec et nerveux, fut prise vers le 8 octobre 1851, sans aucune autre cause appréciable que les fatigues des travaux de la campagne (elle est fermière), d'une hémorrhagie utérine survenue peu de temps après l'époque menstruelle. Elle éprouva en même temps une lassitude générale et un peu de pesanteur dans le bas-ventre. Elle continua ses occupations; mais bientôt elle fut obligée de prendre le lit. Le repos, quelques injections astringentes, des cordiaux à l'intérieur, permirent à la malade de reprendre ses occupations; mais au bout de quatre jours l'hémorrhagie reparut avec une nouvelle intensité et ne céda plus aux moyens précités. Le moindre mouvement, même au lit, amenait des lipothymies. Les parties furent explorées avec soin. L'utérus avait son volume ordinaire; le col n'offrait non plus rien d'anormal que le passage du sang en quantité égale à celle qu'amènent les avortements. On donna 2 grammes de seigle ergoté en deux doses; l'hémorrhagie, d'abord diminuée, reprit toute sa force le lendemain. Deux nouvelles doses de seigle et l'emploi d'une eau hémostatique où entraient tous les astringents végétaux, calmèrent insensiblement l'hémorrhagie, sans l'arrêter entièrement. Mais le 24 novembre, nouvelle recrudescence. Les moyens qui avaient précédemment réussi, et, de plus, 6 grammes d'acétate de plomb par jour, en injections, restèrent sans efficacité. Les parties génitales, explorées de nouveau, étaient chaudes et le col utérin boursouflé. On commence alors l'emploi de l'oxyde d'argent, 60 centigr. unis à 5 centigr. d'extr. aq. d'opium, en 12 pilules; une pilule matin et soir. — L'écoulement s'apaise insensiblement, et au bout de cinq jours il n'en restait plus de traces. Le rétablissement des forces fut rapide, et jusqu'au 18 décembre il n'y eut aucune apparence de sang. A cette époque, un écoulement sanguin étant survenu et ayant augmenté après le quatrième jour, on donna sans plus attendre l'oxyde d'argent. Quatre jours après il ne restait rien de l'hémorrhagie. Le 15 janvier, menstruation régulière, qui n'a duré que deux jours.

Cette observation rentre dans la première des formes de métrorrhagie établies par M. Thweatt. C'est dans celle-là que l'oxyde d'argent réussit, selon lui, *comme un charme*. Or on voit que l'observation de M. Terrier ne lui apporte pas un démenti.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DU PUS, AVEC DES APPLICATIONS A LA THÉRAPEUTIQUE; par M. PÉTREQUIN.

Un point a particulièrement préoccupé le savant auteur de ces recherches. Plusieurs pathologistes ont nié la présence du fer dans les globules de pus. Et cependant, puisqu'on en a trouvé dans les divers produits de nos sécrétions, pourquoi le pus, résultat lui-même d'une sécrétion véritable, n'en contiendrait-il pas? Il y avait là un important problème à résoudre. De concert avec M. Burin-Dubuisson, M. Pétrequin s'est mis à l'œuvre. Il a d'abord eu soin de choisir du pus blanc, crémeux, ne renfermant ni corps étranger ni surtout la moindre parcelle de sang.

Après l'avoir incinéré, il a soumis le résidu à l'action de l'acide nitrique monohydraté; puis, ayant ajouté de l'eau distillée jusqu'à dissolution presque complète, il a évaporé à siccité pour chasser l'acide. Ce nouveau résidu a été redissous dans l'eau distillée, et après ébullition, on l'a fait passer par un filtre. Trois parts furent faites de ce liquide filtré, et toutes trois fournirent les réactions du fer. La première, avec quelques gouttes de chlorhydrate d'ammoniaque, forma un précipité noir, floconneux, qui se déposa au fond du vase. La deuxième, avec l'hydroferro-cyanate jaune de potasse, donna lieu à une réaction bleue, et quelques jours après il se précipita du cyanure de fer d'un beau bleu. La troisième, avec de l'ammoniaque, fournit deux précipités: le premier en flocons bruns rougeâtres, qui, par leur grande pesanteur spécifique, gagnèrent promptement le fond du verre (oxyde de fer); l'autre en flocons blancs d'une densité beaucoup moins grande (magnésie) et surnageant l'autre.

La présence du manganèse dans le sang a été également constatée par les mêmes expérimentateurs; seulement ce métal existant dans le sang en proportion beaucoup moindre, il a fallu, pour en constater dans le pus, opérer sur une quantité plus forte de ce liquide. Après l'avoir incinéré et traitée comme ci-dessus, on a séparé le fer par le benzoate d'ammoniaque, puis séparé le benzoate de fer par le filtre. Le liquide filtré a été évaporé à siccité, et le résidu salin divisé en deux parts, dont l'une, chauffée avec la potasse caustique, a donné une belle coloration verte de manganate de potasse basique (caméléon vert minéral), qu'une goutte d'acide faisait passer au rose; l'autre part, fondue au chalumeau avec du verre de borax, a communiqué à ce dernier une belle couleur violette. Ces réactions caractéristiques du manganèse prouvent l'existence de ce métal dans le pus.

Les déductions pratiques à tirer de ce double fait se comprennent sans peine: d'abord on conçoit mieux, à l'aide de ces notions, comment les suppurations prolongées affaiblissent la constitution, en dépouillant le sang de ses principes vivifiants. Dès lors aussi on saura que le remède à un pareil état se trouve naturellement dans l'administration méthodique des sels de fer et de manganèse. On pourra même en pareil cas, et prévoyant le résultat avant qu'il se manifeste par ses symptômes les plus tranchés, recourir de bonne heure, et préventivement, à l'usage du fer et du manganèse. Telles sont les données, assez importantes comme on le voit, auxquelles conduit la constatation rigoureuse instituée par M. Pétrequin.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Numéros de janvier, février et mars 1852.)

DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OREILLE PAR L'INSUFFLATION ET LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE; par M. FORGET (de Strasbourg).

L'excursion que M. le professeur Forget fait aujourd'hui dans le champ des spécialistes est moins pour cultiver et enrichir leur domaine que pour leur apprendre comment on peut se passer d'eux. Sous ce rapport les médecins ordinaires trouveront à cette lecture consolation et instruction. Ils y verront que le cathétérisme de la trompe d'Eustache, opération difficile et qu'ils pouvaient croire nécessaire dans quelques circonstances, est le plus souvent remplacée sans désavantage par ce que M. Forget appelle *l'expiration forcée*. En effet, si un malade, chez lequel on soupçonne quelque obstruction ou rétrécissement de la trompe, expire avec une certaine force l'air que contient sa poitrine, en ayant soin de fermer à ce moment la bouche et les narines, il pourra reconnaître, d'après la facilité avec laquelle l'air entrera alors par la trompe, si ce canal est libre ou resserré.

M. Forget étaye sa thèse sur les inconvénients du cathétérisme qui peut labourer, déchirer la muqueuse, déterminer des infiltrations d'air sous cette membrane, obstruer le canal en y portant des mucosités ou des débris de muqueuse. D'autre part, la manœuvre très-simple qu'il conseille enseigne réellement assez bien le degré de perméabilité du conduit; elle fait également reconnaître si une oreille est plus lésée que l'autre, si l'altération varie d'un jour à l'autre ou si elle est permanente. Mais ce dont M. Forget n'a pas assez tenu compte, c'est que ce diagnostic ne résulte que de sensations perçues par le malade; en conséquence, il manquera tout à fait ou sera sujet à une foule de méprises toutes les fois que celui-ci ne sera ni assez intelligent ni assez attentif pour bien observer le phénomène ou pour faire comprendre au chirurgien comment il s'est passé. Pour les enfants et pour bon nombre de sujets, le cathétérisme restera donc une opération indispensable. Toutefois nous sommes loin de rejeter pour cela la simplification précieuse proposée par l'honorable professeur de Strasbourg.

Une autre utilité du cathétérisme consiste, comme agent thérapeutique, à désobstruer la trompe, à y porter des substances médicamenteuses solides, liquides ou gazeuses; à ce second point de vue, M. Forget trouve que son indication peut encore sans trop d'inconvénient être restreinte. Les gaz contenus dans la bouche peuvent, par l'expiration forcée, traverser la trompe avec une force considérable, et il est très-douteux, dit-il, que dans les cas où l'obstruction est telle que l'expiration forcée ne puisse la vaincre, le cathétérisme obtienne plus de succès.

Comme porte-caustique, le cathéter ne remplit pas mieux le but qu'on attend de lui; car la portion osseuse de la trompe est trop étroite pour qu'un instrument assez gros pour offrir de la solidité puisse pénétrer.

C'est sans doute d'après ces données que la plupart des médecins et beaucoup de chirurgiens auristes ont abandonné la pratique du cathétérisme de la trompe pour agir avec les astringents ou les caustiques uniquement sur l'arrière-gorge et aux environs du pavillon de la trompe; cette substitution se justifie d'après le fait que l'inflammation aiguë ou chronique des parties profondes de l'oreille a presque toujours son point de départ dans l'arrière-gorge, et d'après cet autre fait expérimental que, en modifiant le siége initial d'une phegmasie, on enraye très-souvent ses irradiations.

M. Forget se croit, en conséquence, suffisamment autorisé à énoncer comme conclusion des considérations précédentes cet axiome : la cautérisation du pharynx et l'insufflation de la trompe par l'expiration forcée suffisent dans la plupart des cas où le cathétérisme a été prescrit comme nécessaire.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA PORTION ALVÉOLAIRE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par M. ROBERT.

L'observation suivante suffira pour bien faire comprendre le mécanisme de cet ingénieux procédé, et pour montrer dans quels cas il trouvera son indication.

OBS. — Un voiturier entra à l'hôpital Beanjon pour y être traité de plusieurs contusions qu'il avait reçues principalement à la face. L'une d'elles avait produit une fracture transversale du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure de l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le fragment détaché de l'os était lui-même divisé en deux portions : l'une, plus volumineuse, supportait les quatre dents incisives et la canine gauche; l'autre, placée à gauche de celui-ci, supportait la première petite molaire, l'espace destiné à la seconde qui manquait depuis plusieurs années et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments très-mobiles, et qui se fussent inévitablement détachés par la suppuration consécutive, ne tenaient au corps de l'os que par l'intermédiaire de la muqueuse gingivale déchirée en quelques points.

Pour en obtenir la consolidation, il fallait les maintenir immobiles. Voici comment M. Robert y parvint. Il prit une plaque de plomb d'un millimètre d'épaisseur, et la moula exactement sur la forme et la direction du bord postérieur de la mâchoire, en lui faisant dépasser de chaque côté, en arrière, la limite des fragments osseux. Pour la tenir en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée le long de la face interne du maxillaire et vint traverser le plancher buccal, puis fut abandonnée au dehors; l'autre extrémité du fil, conduite par le même procédé sur la face externe de l'os, vint sortir à son tour par le même trou. Les deux bouts du fil ainsi amenés sous le menton, embrassant les fragments dans leur anse, furent fixés sur un petit rouleau de sparadrap, puis serrés par la torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement fixée.

Les accidents concomitants furent dissipés à l'aide des antiphlogistiques. Le malade garda sa plaque pendant quarante-sept jours, pouvant manger sans en être gêné et sans la déranger. Au bout de ce temps on enleva le fil; la consolidation était parfaite, toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à l'exception cependant de la canine qui, placée entre deux fragments, est demeurée mobile.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

RECHERCHE COMPARATIVE DE L'IODE ET DE QUELQUES AUTRES PRINCIPES DANS LES EAUX (ET LES ÉGOUTS) QUI ALIMENTENT PARIS, LONDRES ET TURIN.

M. CHATIN communique la suite et la fin de ses recherches sur l'iode dans les eaux. Il résume cette dernière partie de son mémoire à peu près en ces termes :

La proportion de l'iode s'élève ou s'abaisse dans la Seine avec le niveau des eaux. Le maximum d'iode a répondu, pendant la période d'observations, à une hauteur de 3m,95 à l'échelle du pont de la Tournelle; le minimum à une hauteur de 0m,15 à la même échelle.

La quantité de pluie tombée à Paris est sans rapport avec la proportion d'iode dans la Seine, à moins que cette quantité ne coïncide avec un changement dans le niveau des eaux, c'est-à-dire avec des pluies dans le bassin supérieur du fleuve. Il est évident qu'alors le rapport de l'iode de la Seine à la quantité de pluie tombée se confond avec celui donné par le niveau des eaux.

La proportion de l'iode s'élève ou s'abaisse dans le même sens que la température. Ce rapport ressort bien de la comparaison des eaux pendant les mois froids de l'hiver et les mois de l'été, la hauteur à l'étiage étant la même.

La nature des vents, défalcation faite de la température et de la hauteur des eaux, etc., ne se lie pas très-visiblement à la proportion d'iode dans les eaux de la Seine.

Sous la réserve d'études plus complètes pour juger de l'influence de la pression, de l'apparence du ciel et de l'état hygrométrique de l'air, de la direction et de la vitesse des vents, on peut admettre que la proportion de l'iode dans l'eau de la Seine est à peu près en raison de la hauteur des eaux à l'étiage et de l'abaissement de la température. A niveau égal, c'est donc en hiver que la Seine contient le plus d'iode.

Pendant la période d'observations, la proportion de l'iode a varié de 5 à 2. La proportion moyenne correspond sensiblement, toutefois en oscillant en raison de la température, à 1m,20 à l'échelle du pont de la Tournelle, qui est la hauteur moyenne des eaux dans le cours de l'année.

Le poids de la somme du résidu terro-salin contenu dans l'eau de la Seine, à Paris, a varié de 4 à 3; il est généralement en raison inverse de l'élévation du niveau des eaux et en raison directe de la température. Quand la proportion de ce résidu s'élève dans les eaux, celle de l'iode s'abaisse, et réciproquement.

A égalité des eaux à l'étiage pendant l'hiver et l'été, c'est donc à cette dernière saison que correspond le maximum de résidu, comme le minimum d'iode.

La comparaison des eaux de la Seine aux eaux pluviales conduit à reconnaître :

Que la proportion de l'iode est, en moyenne, plus élevée dans l'eau de la pluie que dans celle du fleuve; la différence entre les eaux de la pluie et celles qui sourdent du sol est accrue : 1° par un sol argileux qui retient l'iode; 2° par la dissolution d'une quantité considérable de sels terreux; 3° par le long parcours des eaux à la surface du sol; 4° par l'élévation de la température;

Que les matières organiques sont, comme l'iode, plus abondantes dans l'eau de pluie que dans l'eau de Seine;

Que les chlorures sont, par rapport à l'iode et à la somme des matières fixes, plus abondants dans l'eau de la pluie que dans celle de la Seine, etc.;

Que les carbonates et les sulfates sont, par rapport à l'iode, plus rares dans l'eau de pluie que dans l'eau de rivière et de source;

Que la magnésie est, relativement à la chaux, ordinairement plus abondante dans l'eau de pluie que dans l'eau de source ou de rivière;

Que l'eau de rivière contient souvent moins d'acide carbonique que l'eau de pluie.

A Turin, la substitution des eaux pluviales aux eaux actuellement bues est clairement indiquée comme obviant, dans une certaine mesure, à l'insuffisance (suivant ce que j'estime) de la proportion d'iode contenue dans celles-ci, d'ailleurs très-séléniteuses. A Londres et à Paris, dont les eaux assez légères contiennent une proportion suffisante ou plus que suffisante d'iode, cette substitution est inutile.

Considérées dans leur ensemble, les eaux de Paris sont salubres. On peut cependant améliorer cette base de l'alimentation.

L'eau d'Arcueil ne devrait être distribuée que mélangée à celle du puits artésien de Grenelle, qui en corrigerait la demi-crudité tout en communiquant au mélange une suffisante ioduration.

Les eaux du canal de l'Ourcq, améliorées par les eaux du Clignon, que M. le baron Thenard y a fait introduire; par le détournement de celles de la roche de Crégy, que MM. Boutron et O. Henry ont signalées comme trop dures et qui sont, en outre, sensiblement privées d'iode, sont vraiment *bonnes*, quoique l'opinion contraire ait été émise par le célèbre Vauquelin. Elles seront *excellentes* le jour où, pouvant faire quelques sacrifices sur la quantité, on les composera seulement de la rivière d'Ourcq, du Clignon et de la Gergogne.

La Seine, dont les eaux réunissent toutes les qualités les plus rares jusqu'au pont de Charenton, perd successivement une partie de ces qualités par le mélange des eaux de la Marne, du canal de l'Ourcq, et surtout par la décharge des égouts.

M. Chatin exprime enfin, comme proposition dernière et principale, l'idée d'introduire à Paris, par un canal, un volume suffisant des eaux de la Seine prises tout à fait pures à ses portes, près le pont de Charenton. Ce canal, par un trajet de 4 à 5 kilomètres seulement à travers des terrains de peu de valeur, se rendrait au Jardin des plantes qu'il embellirait, pour fournir aux confins de ce dernier, près la halle aux vins, à un nombre suffisant de pompes qui porteraient ses eaux dans tous les quartiers de Paris, en empruntant les ponts pour le passage sur la rive droite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois lettres du ministre du commerce, transmettant deux recettes de remèdes et une notice de M. Beckoussiner (de Lyon), sur une nouvelle méthode pour l'emploi de l'électricité. (Commiss. : MM. Poiseuille, Bouvier et Soubeyran.)

2° Une lettre du ministre d'État, transmettant un mémoire d'une personne étrangère à la médecine, sur un remède contre le choléra. (Commission du choléra.)

3° Une lettre du ministre des affaires étrangères, adressant plusieurs notices écrites sur le crétinisme, par le docteur Guggenbühl, directeur de l'hôpital de l'Abendberg, en Suisse (Comm. du goitre et du crétinisme.)

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS REBELLES PAR L'INCISION PÉRINÉALE.

M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie un mémoire relatif à l'incision périnéale, ou de dehors en dedans, des rétrécissements de l'urètre.

Après avoir examiné les circonstances dans lesquelles il convient d'avoir recours à cette opération ; après avoir rappelé les grandes difficultés qui accompagnent son exécution, alors qu'elle est pratiquée dans les cas où elle convient le mieux, c'est-à-dire lorsqu'il y a impossibilité de faire passer des bougies, et à plus forte raison des cathéters qui servent de conducteurs, ce chirurgien indique un moyen de faire disparaître, ou du moins de diminuer ces difficultés, lequel consiste dans l'emploi d'une sonde à dard qui perce le périnée de dedans en dehors et sert de guide au bistouri. L'instrument, qui a été exécuté par M. Mathieu, est placé sous les yeux de l'Académie. Il diffère de la sonde du frère Côme par sa moindre longueur, par l'angle presque droit que forme le dard avec la canule à sa sortie, par une division longitudinale de la tige du dard, qui est partagée en deux bandelettes, laissant entre elles un intervalle sous lequel s'insinue la lame du bistouri pour arriver sûrement jusque dans l'urètre au point où le rétrécissement commence. (Commission d'Argenteuil.)

— M. Félix Jacquot, médecin des hôpitaux militaires de Rome, adresse un travail sur l'apiol (suc des semences de persil) et sur la colophane traitée par l'acide nitrique, pour la cure des fièvres intermittentes. Sur 6 fièvres traitées par l'apiol, 2 seulement ont été guéries ; de 6 fièvres traitées par la colophane, une seule a cédé, et encore n'est-il pas bien évident que ce soit sous l'influence de ce médicament.

M. Jacquot conclut de ces faits que, sauf réserve pour les fièvres intermittentes de Paris ou du Nord, l'apiol et la colophane doivent être proscrits du traitement des fièvres intermittentes de l'Algérie. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. Germain (de Salins) adresse une observation d'hydrophobie rabique ; excision ; cautérisation des lysses au cinquante-huitième jour, à dater des morsures faites par une louve enragée ; guérison.

— M. Foucault, médecin à Nanterre, adresse une réclamation, à l'occasion du nouvel irrigateur vaginal présenté dans l'une des dernières séances par M. Maisonneuve, à l'effet, dit-il, de conserver la priorité et de constater peut-être même la supériorité de l'invention de l'appareil qu'il emploie depuis 1838.

— M. Dechaux (de Montluçon) adresse un mémoire sur les invaginations chez les enfants. (Comm. : MM. Danyau et Collineau.)

— M. Lapeyre (de la Nouvelle-Orléans) adresse un mémoire sur la fièvre intermittente. (Comm. : MM. Girardin et Grisolle.)

— M. Mourès adresse une note sur l'alimentation insuffisante. (Commiss. : MM. Michel Lévy et Bouchardat.)

— M. Diday (de Lyon) écrit pour donner à l'Académie une courte explication sur le passage du rapport de M. Bégin qui concerne son procédé de vaccination antisyphilitique.

D'après l'explication fournie par M. Diday, il résulterait du fait auquel il est fait allusion dans le rapport, en le supposant exact, que la valeur du moyen prophylactique pourrait se trouver un peu limitée, mais que son principe même n'en souffrirait aucune atteinte.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilisation.

La parole est à M. Ricord.

SYPHILISATION.

M. Ricord, après avoir commencé par expliquer sa position dans ce débat et vis-à-vis de la commission, dont il partage l'opinion, tout en se conservant le droit de faire quelques réserves, et vis-à-vis des partisans de la syphilisation, et après avoir exposé les motifs qui l'ont engagé à prendre une sorte d'initiative par la présentation d'un malade qui lui avait paru réfractaire aux prétendues lois de la syphilisation, s'exprime en ces termes :

Les discours que vous avez entendus à ce sujet, dans votre dernière séance, peuvent être rangés en deux catégories : l'une scientifique, de MM. Malgaigne et Velpeau, auxquels je m'efforcerai de répondre ; l'autre personnelle, que j'éluderai le plus possible pour être fidèle à mes engagements.

Mais allez-vous me permettre, messieurs, de commencer l'histoire de la doctrine que vous avez à juger? Il le faut bien ; il faut que vous écoutiez mes prémisses si vous voulez entendre mes conséquences.

Je commencerai donc par la transmission de la syphilis aux animaux : c'est un des points de départ de la doctrine. Hunter n'avait pu transmettre la syphilis aux animaux ; d'autres expérimentateurs, parmi lesquels se trouvent MM. Cullerier fils et moi, avaient échoué : d'où je conclus que la syphilis appartenait en une propriété à l'espèce humaine. Ce qui pourra étonner quelques personnes, c'est que cette opinion, je la professe encore ; car le chancre n'est pas toute la vérole.

On est parvenu, dit-on, à inoculer l'ulcère syphilitique primitif à des brutes, et partant on a fait à Hunter et à ses successeurs un reproche *virulent*, de n'avoir pas réussi et de n'avoir pas tiré des conclusions contraires aux résultats négatifs qu'on avait obtenus.

Mais le défenseur habile qui a plaidé les causes atténuantes dans la dernière séance, et notre collègue, plus avancé en syphilisation, se rappellent-ils ce que l'inventeur de la syphilis des animaux a écrit? J'aurais bien envie de les envoyer un peu à Toulouse ; ils y verraient dans un journal, du reste très-recommandable (1), comme quoi l'inoculateur heureux avait échoué plus souvent que ses devanciers, qui n'avaient pas séjourné, comme lui, dans le *palais* des singes pour surprendre leurs *faits et gestes*, et les empêcher de se lécher eux-mêmes ou de se faire lécher par un ami complaisant. La salive fut donc reconnue comme neutralisante ou détersive des chancres chez les singes, malgré les faits nombreux de chancres des lèvres, de la langue et de la cavité buccale chez l'homme.

Mais ce n'était pas tout : les insuccès se multipliaient, bien qu'on inoculât les singes dans des endroits inaccessibles à leur langue. Deux *papions* donnèrent de constants démentis en public. Ces singes furent d'abord calomniés : on pensa qu'ils avaient pu contracter la vérole en province ou dans leur voyage ; mais les mêmes résultats ayant été obtenus sur une demi-douzaine de chats *irréprochables*, on fut obligé de renoncer à ce système de dénigration et de découvrir la syphilisation.

Pour tout expliquer, il fallait du pus fort, de première qualité, et on avait pris du pus faible, c'est-à-dire du pus d'une inoculation artificielle, faite d'abord au malade auquel on l'empruntait, pus qui, arrivant après un premier degré de syphilisation, avait perdu de son activité, ce qui aurait eu un semblant de raison s'il n'était écrit plus tard, dans la doctrine, qu'un pus altéré par un terrain qui n'est plus convenable se regénère et retrouve toute sa virulence quand il est transplanté sur un terrain vierge : témoin le soixantième chancre de M. Laval, qui a servi à inoculer le premier chancre vigoureux de M. P..., qui a servi à M. le docteur L..... Mais nous sommes dans la doctrine des contradictions ; il ne faut s'étonner de rien. Cependant, et toujours pour être conséquent avec ces contradictions, ce fut avec le pus d'un chancre d'inoculation, avec un pus dès lors *inférieur*, que fut inoculé le singe qui servit à l'inoculation de M. de Welt. Je me plus à constater ce fait à ma clinique, et j'en tirai la conséquence qu'il était très-difficile de transplanter le virus syphilitique sur les animaux, et qu'on devait échouer plus souvent qu'on ne réussissait, parce qu'ils étaient *très-réfractaires*, sans autre condition que leur nature.

Quant à d'autres accidents, je persiste à nier, jusqu'à preuve authentique du contraire, qu'on en ait jamais produits : pas de bubons virulents inoculables, pas d'accidents constitutionnels.

Il faut n'avoir pas les premières notions de syphilis pour rapporter à la diathèse syphilitique la double conjonctivite scrofuleuse, et l'adénopathie strumeuse par laquelle un malheureux singe, en mourant, a échappé à l'observation des hommes sérieux intéressés à sa santé. Il faut aussi ne pas connaître, ou avoir oublié la symptomatologie de la vérole, pour regarder comme pathognomonique tout gonflement osseux, même sur les animaux les plus domestiques. Qu'on interroge, à ce sujet, nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire.

Du reste, où sont les observations, les sujets présentés aux sociétés savantes, aux Académies? Vous auriez dû en trouver des exemples dans le dossier des défenseurs de la doctrine !... Vous vous rappelez la consciencieuse exhibition de M. Malgaigne : *Rari apparent...*

Voilà cependant la clef de voûte de la syphilisation. On a eu beaucoup de peine à inoculer les singes une première fois ; on a eu beaucoup de peine à les inoculer ensuite : d'où on a conclu qu'ils devaient être syphilisés !!!

Mais ce n'est pas tout : la syphilisation a dû chercher si déjà elle n'avait pas une histoire plus ancienne. En admettant l'antiquité de la vérole, elle a trouvé ce qu'on cherche en vain depuis plus de trois siècles pour expliquer l'épidémie de 1494 : elle a trouvé que le vieux virus de la création avait suivi l'impulsion du temps, et s'était régénéré à la renaissance, en rencontrant probablement des terrains nouveaux, des constitutions nouvelles, sorties de n'importe où, en Amérique ou en Europe, et qu'après avoir épidémiquement syphilisé le monde entier, il s'était de nouveau affaibli, par ses propres excès, en attendant que la main puissante d'un syphilisateur vînt lui rendre et sa force et son activité. Swediaur avait presque trouvé cela sans s'en douter. Mais qui l'eût cru? c'est surtout Boerhaave qui fut le premier syphilisateur ; car Boerhaave conseillait d'entretenir les ulcères primitifs pour prévenir les accidents constitutionnels, cas dans lequel les chancres, par des inoculations continues de leurs bords, syphilisaient, ce qui est encore contraire à la doctrine, puisque, pour en finir avec un chancre qui persiste, et qui est impuissant à se syphiliser lui-même, il en faut quelquefois cent

(1) Gazette médicale de Toulouse.

de plus. J'ai montré à ma clinique qu'après sept années de durée, un chancre serpigineux était encore inoculable, comme celui qui, au bout de dix-huit mois de durée, fournissait une des inoculations réussies chez M. Laval.

Voilà ce qui se passait en France; voilà ce qu'on révélait au monde scientifique, lorsqu'à Turin M. Casimir Sperino, confrère honorable sans doute, mais jusqu'à présent peut-être plus convaincu que convaincant, se mit à faire un retour sur son passé, et se prit d'étonnement de voir que des accidents qui, quand on sait les reconnaître, quels que soient leur siége, leur nombre, leur étendue et leur durée, ne doivent pas être suivis d'accidents consécutifs, ne donnaient jamais lieu à la syphilis constitutionnelle, et que des filles publiques qui entraient au Syphilicôme avec ces accidents n'en avaient pas d'autres plus tard, et qu'enfin des inoculations artificielles exploratrices n'empêchaient pas celles auxquelles on les avait empruntées de guérir. M. Sperino ne savait pas on avait oublié qu'il ne faut qu'un chancre, pourvu qu'il soit de bonne qualité, pour produire l'infection, que les filles publiques soient de Turin ou qu'elles arrivent de province.

Au delà des Alpes, mais surtout au delà de la rue de Jérusalem, on crut trouver des filles publiques réfractaires à la contagion, ce que les syphilisateurs expliquaient par l'existence de chancres successivement syphilisateurs *gagnés* dans le cours d'un long et pénible commerce; ou bien, dans une autre version, parce qu'elles étaient saturées de virus. Comment s'était-on assuré de ces deux états? si ce n'est par l'inoculation exploratrice qu'a dû sans doute pratiquer aussi un des persévérants antagonistes des inoculations, M. de Castelnau, journaliste distingué, qui ne partage pas toujours mes opinions, mais qui cependant a dû plusieurs fois se laisser tenter. Mais les vieilles filles publiques qui n'ont jamais en que de vieux catarrhes utérins, par quel privilége ont-elles échappé à la contagion? Daran aurait peut-être trouvé une syphilisation par emboîtement pour expliquer cela.

Ce n'est pas ma faute, messieurs, si je vous entretiens de choses aussi merveilleuses; mais on a reproché à la commission de n'avoir pas pris connaissance des travaux des syphilisateurs. Voilà leur passé. C'est avec cela qu'ils sont venus proposer de donner la vérole à tout le monde, pour qu'on n'eût pas la peine ou le plaisir de la prendre.

Oui, on a sérieusement proposé la syphilisation prophylactique; vous savez les catégories qu'on a établies, elles sont dans l'énergique rapport de notre honorable confrère; mais on a plus fait, de l'utopie on a passé à la pratique, et on a communiqué la syphilis à des individus qui ne devaient peut-être jamais l'avoir. Lisez l'observation que renferme la GAZETTE DES HÔPITAUX de samedi passé, 31 juillet.

On a renoncé, nous a dit M. Malgaigne, à inoculer les gens qui se portent bien. La plume, on pour mieux dire la lancette, est allée plus loin que la raison; mais ce qui surtout a obligé la raison d'arrêter la lancette, c'est que celui qui proposait cette pratique était mis en demeure de s'inoculer lui-même, attendu que, médecin, il était toujours exposé à la contagion.

Toutefois, au sujet de la syphilisation préventive, on a dû vous parler de la vaccination proposée par mon savant élève et ami M. Diday (de Lyon). Cette vaccination, qui n'a rien de commun avec l'autre, est un rêve d'honnête homme, c'est un savant qui s'est égaré, mais qui n'a fait de mal à personne. Il est parti d'un principe vrai de l'unicité de la diathèse syphilitique, que des études plus attentives et le temps feront reconnaître comme une des grandes vérités pathologiques; car il n'est plus permis, en 1852, de prendre pour des véroles constitutionnelles nouvelles les différents accidents si caractéristiques d'une seule et même infection, qui peuvent se succéder.

Mais M. Diday a fait fausse route, parce qu'il a perdu de vue son point de départ : le chancre qui doit on non infecter, lui qui sait si bien tout cela. M. Diday s'était appuyé, pour prouver ses succès, sur la fatalité des manifestations secondaires dans le cours des six mois qui suivent l'accident primitif; il avait raison.

C'est faute de reconnaître l'accident qui infecte, ou d'apprécier les influences des traitements, qu'on peut méconnaître cette loi. Et je ne sais où M. Malgaigne a vu que, dans le rapport, il y avait une observation contradictoire. Il doit se rappeler, au contraire, un confrère très-intéressant que nous avons vu ensemble, et qui, malgré ses opinions opposées, a été obligé de subir la loi.

Revenons aux syphilisateurs. Où sont leurs syphilisés? Tout le monde en a demandé; on les compte par centaines et personne n'en voit, pas même les amis qui ont pris ici leur défense. Il y en a un qu'on dit être réfractaire et qu'on montre toujours, et qui ne l'était pas encore complétement quand il m'est échu, puisque je montrais encore, au *quatorzième* jour d'une inoculation, une pustule d'ecthyma primitif assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve, que je n'ai pas, du reste, empêchée.

Les autres inoculations qui avaient échoué sur ce syphilisé avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté. Mais, vous dit l'auteur : « On ne peut pas plus syphiliser d'une manière absolue qu'on ne peut faire le vide complet sous la machine pneumatique. »

Mon honorable collègue, M. le docteur Denis, chirurgien en chef du dispensaire de salubrité publique, a vu ces expériences. Je croirais manquer à ma dignité et descendre de la hauteur de cette tribune où vous m'avez placé, si je vous en disais davantage.

L'autre syphilisé, qu'on faisait également voir et auquel j'avais prédit une vérole constitutionnelle, a vérifié la prophétie, comme on a pu le voir par l'observation que la GAZETTE DES HÔPITAUX a publiée.

Voilà pour la prophylaxie, voilà tout ce qui prouve comment on peut se mettre à coup sûr à l'abri de la syphilis et de ses conséquences.

Voyons maintenant la syphilisation curative. Vous savez comment et par quelles erreurs de diagnostic elle a été révélée, par quelle fausse appréciation des faits, par quelle ignorance des lois de la syphilis on a pu être illusionné. Examinons donc les observations sur lesquelles elle s'appuie. Mais où les prendre, ces observations? Est-ce celle du singe qu'on a cru mort de la vérole pendant qu'on le syphilisait? est-ce l'observation de M. L....? sont-ce celles de notre savant et judicieux collègue M. Gosselin, ou bien celles que va publier, contre la syphilisation, mon ami M. le professeur Thiry (de Bruxelles), et que l'auteur de la syphilisation a dû voir dans ses voyages? Non, celles-là on les répudie, elles n'ont pas été faites *secundum artem*, et tandis que des singes sont soupçonnés de se syphiliser seuls, que les filles publiques sont syphilisées au hasard par le premier libertin venu, les hommes de science que je viens de citer ont manqué à toutes les règles. Mais les règles, les préceptes opératoires, les formules qui doivent assurer le succès, on les connaissait donc avant de les avoir découvertes, puisque du premier coup on a réussi; car, que je sache, on a toujours eu des succès et jamais de revers.

Quoi qu'il en soit, quand j'ai vu prendre la parole à M. Malgaigne, lui qui met tant de précision dans l'appréciation des faits et tant de valeur dans leur nombre, j'ai cru qu'on lui en avait montré beaucoup, à lui qui avait eu les confidences intimes, et qu'en disant à la commission : on vous a proposé de voir et vous avez refusé; — lui nous dirait : j'ai vu et touché; — mais rien de cela, il n'est pas plus avancé que nous; il n'a pas vu davantage, quand les syphilisateurs les comptent par centaines, depuis hier à peine que tout cela a commencé.

Et cependant, dit-on, notre intelligent confrère M. Marchal (de Calvi), qui a inventé la division de la syphilisation en préventive et curative, est enthousiaste de cette dernière. Je ne dirai pas, à propos de notre spirituel confrère, qu'il est des personnes dont l'enthousiasme est l'état normal; on connaît trop le bon sens, la haute raison et le généreux caractère de M. Marchal (de Calvi), pour croire qu'il se soit autant avancé qu'on a l'air de le dire, qu'il a peut-être eu l'air de le faire croire. M. Marchal (de Calvi) fait partie, avec moi, de la commission de syphilisation instituée par M. le préfet de police; j'ai discuté ses faits, auxquels il m'a semblé qu'il attachait beaucoup moins de valeur qu'on n'a cherché à vous le faire croire. Un de ces faits les plus importants est devenu mien; car j'ai eu à venir en aide à la syphilisation en défaut, et trop tôt prônée. Cette observation, la voici. (M. Ricord rapporte ici l'observation d'un jeune officier chez qui, après plusieurs inoculations successives, les accidents de syphilis tertiaire dont il était atteint, continuèrent à s'accroître jusqu'au moment où il fut soumis à un traitement régulier.)

Enfin, continue M. Ricord, si le Val-de-Grâce fait encore défaut, on nous oblige à repasser les Alpes. Nous voilà de nouveau en présence des faits incomplets de M. Sperino, qui a le plus fixé mon attention et duquel j'espérerais quelque chose, s'il y a quelque chose à espérer dans toutes ces étrangetés. Ces faits, qui ne sont pas par centaines, comme on nous l'a écrit, mais qui sont au nombre de quatre-vingts, sont promis avec détail à l'autre commission dont je fais partie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a des morts qu'on n'attribue pas à la syphilisation, mais qui sont dans des proportions considérables pour un hôpital vénérien. Ce qui ressort des renseignements que cette commission a reçus, c'est que des femmes sont revenues avec de nouveaux accidents; enfin, ce qui paraît encore certain, c'est que, dans une maison de refuge de Turin, on refuse de recevoir les femmes qui sortent du Syphilicôme, à cause des accidents qui se reproduisent.

Et pourtant c'est M. Sperino qui réussit toujours, et qui ne suit jamais les procédés de Paris, qui, du reste, ne sont pas les mêmes pour tous les sectateurs. C'est à M. Sperino qu'on nous renvoie pour les observations les plus concluantes, la pratique la plus sûre, la plus heureuse, lui qui n'a ni plus fort, ni plus faible, ni pus supérieur, ni pus inférieur; lui qui inocule tout ce qui est inoculable, et dans des proportions que vous savez. On ajoute, comme pièce à l'appui, la déplorable observation de M. Zélaschi, que vous connaissez, et que je n'aurais pas le courage de vous raconter, et avec cela on veut entraîner vos convictions.

Si vous hésitez et que vous demandiez d'autres faits, on vous répond par une théorie, la plus étonnante qui ait jamais traversé un cerveau. On vous dit : tous les animaux de la création sont doués du syphilisme, c'est-à-dire de l'heureuse aptitude à contracter la syphilis : heureuse, puisque c'est à cause d'elle qu'ils peuvent être syphilisés pour se mettre à l'abri de la syphilis ou s'en guérir.

Le syphilisme est une montagne, le chancre syphilisateur un voyageur.

Au pied de la montagne, le chancre ne fait rien. S'il monte rapidement d'un côté, et s'il ne s'arrête pas au sommet, pour redescendre rapidement de l'autre, tout est dit, il n'y a plus rien à craindre; mais s'il s'arrête au sommet, il infecte, et la syphilis constitutionnelle éclate. Notez bien que les syphilisateurs ne veulent pas que le virus pénètre l'économie, qu'il s'infiltre, qu'il sature; cela ne fait pas leur affaire. Mais comment expliquent-ils l'état constitutionnel par lequel tout syphilisé doit passer et auquel il peut s'arrêter? Ils n'en ont que faire. Si vous le leur demandez, ils vous renvoient promener sur la montagne.

Le syphilisme se mesure sur la grosseur des animaux, et sur l'activité de leurs fonctions *intellectuelles* ou autres.

Les chancres syphilisateurs vont toujours décroissant. Vous avez vu le docteur L...., vous connaissez les observations de M. Gosselin, celles de mon collègue, M. Puche; vous connaîtrez bientôt celles de M. Thiry, dont le nombre d'inoculations est énorme, et dans lesquelles les inoculations ont été égales ou toujours croissantes.

Un grand chancre syphilise plus qu'un petit, car l'extension de ses bords constitue autant d'inoculations successives. Et cependant ce sont les grands

chancres qui durent le plus longtemps, des mois, des années, tandis que les petits isolés guérissent le plus vite, en quinze jours, trois semaines, un mois. Avec de l'eau froide et de la charpie sèche, tout est dit. Ce sont donc les chancres qui syphilisent le plus qui guérissent le moins.

N'importe le nombre, les chancres inoculés dans une même séance ne comptent que pour un, et ce n'est que par des inoculations successives qu'on arrive à syphiliser; mais l'unité ici n'a pas toujours la même valeur; on vient de le voir par la loi qui précède. Pourquoi alors en faire plusieurs?

Mais c'est que si on veut aller vite, il faut inoculer beaucoup à la fois et à des époques plus rapprochées; on peut agir autrement et aller moins vite. Donc tous les procédés sont bons, et on n'a pas le droit de rejeter les faits contradictoires.

Faites bien attention que les cas les plus graves, les chancres phagédéniques, sont ceux auxquels il ne faut pas appliquer la syphilisation, et pour cause, et cependant si cette méthode subversive avait une raison d'être, ce serait dans ces cas ordinairement si rebelles.

Quant au chancre induré, si les syphilisateurs le connaissaient bien, ils sauraient qu'ils ne peuvent pas le produire à volonté.

Dans tous les cas où je leur ai vu emprunter le pus inoculable, à des chancres non indurés et non infectants, ce sont des chancres de même nature qu'ils ont produits.

Les syphilisateurs ne veulent pas de fausses pustules, ils sont plus exigeants que les vaccinateurs quand ils ont besoin de résultats positifs. Dans les cas contraires, ils ont inventé le *chancre avorté*.

Les syphilisateurs n'ont pas tenu compte des conditions qui pouvaient faire varier l'étendue et la durée des chancres par rapport aux idiosyncrasies, comme chez M. Laval, ou par rapport au siége, comme l'a fait observer M. Gosselin.

Le peu de gravité dans quelques cas et les succès apparents tiennent, en réalité, à ce que les cas simples sont de beaucoup les plus nombreux; il est rare que j'aie plus d'un chancre phagédénique à la fois dans mon service, composé de 150 lits. Et encore pendant que ces malades séjournent plusieurs mois seuls, le service s'est renouvelé en moyenne de 80 nouveaux malades par mois, sans qu'un nouveau cas se présente.

La syphilisation n'explique pas pourquoi un seul chancre guérit et guérit vite. Ce n'est pas par la syphilisation générale, puisque le sujet est encore inoculable; ce ne peut pas être par une syphilisation locale, car alors tant qu'il resterait un morceau de peau intacte il devrait pouvoir être inoculé.

Les syphilisateurs ignorent ou feignent d'ignorer qu'il n'est pas d'accident constitutionnel qui n'ait un terme et ne finisse par disparaître souvent dans des temps beaucoup moins longs que celui qu'ils réclament pour syphiliser. Il y a aussi des cas contraires, qui marchent quand même, comme celui du docteur L..., et celui de M. Gosselin.

On dit que la syphilisation n'est pas douloureuse; la preuve que donne son auteur, c'est qu'un philosophe a dit que la douleur n'était qu'un mot, et qu'une femme, madame de Staël, a dit aussi qu'il ne fallait s'occuper que des grandes douleurs. Voilà certes d'excellentes raisons, en y ajoutant qu'il n'y a que le premier chancre qui coûte.

La syphilisation n'est pas dangereuse, affirment les sectateurs. Moi je réponds que si on a reproché à une simple inoculation exploratrice de donner quelquefois lieu à des accidents, on doit bien plus redouter ceux-ci, quand ces inoculations sont par douzaines, par centaines; notre confrère M. Piedagnel vient de me rendre compte du cas rapidement suivi de mort qu'il a vu, et dont je vous ai parlé.

La syphilisation constitue un traitement plus commode, moins compromettant et moins long que le mercure, encore une fois calomnié, et donnant des guérisons plus certaines.

Comprenez-vous combien il est plus commode d'avoir, pendant cinq mois ou plus, une vingtaine de chancres sur les bras, sur le ventre, sur les cuisses, qu'une pilule dans l'estomac le soir en se couchant?

Comprenez-vous encore combien est peu compromettant un traitement qui, pendant toute sa durée, constitue un foyer permanent de contagion? Que ditesvous des inconvénients d'une salivation possible à côté de ces avantages? Ajoutez à cela ce que vous avez gagné comme durée. Un seul chancre guérit entre trois et six semaines; on vous en donne pendant six mois, et cent pour en guérir un.

Les traitements méthodiques que nous possédons répondent le plus souvent par de nombreuses années de guérison, tandis que la syphilisation encore au berceau, sinon mort-née, ne saurait promettre et tenir tout cela; car vous avez déjà vu ce qui est arrivé à la malade de M. Gosselin, à M. L... et à la fille que je soigne en ce moment.

Il est vrai que les syphilisateurs ne repoussent pas absolument le mercure, puisqu'ils acceptent l'observation de Percy et qu'ils le conseillent quand il est nécessaire, bien qu'il soit l'antagoniste le plus violent de la syphilisation. Il en est de même de l'iodure de potassium, qui, pour eux comme pour nous, est un très-bon remède dont on peut tirer parti.

Ah! messieurs, je vous demande pardon de tout ce que je viens de vous raconter d'étrange, d'inconcevable, ce n'est pas ma faute: on nous avait accusé d'avoir passé tout cela sous silence, n'avions-nous pas raison?

On a trouvé étrange que moi, qui ai eu recours à la méthode expérimentale et qui ai fait des vœux pour qu'on trouvât des moyens prophylactiques sûrs et honnêtes, je n'aie pas accueilli et protégé cette soi-disant doctrine nouvelle. C'est une émanation de votre école, m'a-t-on dit, c'est une petite-fille de Hunter. Pour soutenir quelque chose qui, jusqu'à présent, n'est qu'une monstruosité, on a failli calomnier les travaux de l'illustre syphilographe anglais, les grands noms des Bell, des Percy, l'ouvrage couronné d'Hernandez, les noms chers et honorés dans cette enceinte des Cullerier, et de presque tous les syphilographes modernes, y compris nos adversaires, qui ont souvent été plus loin que nous en expérimentation.

On a oublié, on ne veut pas reconnaître les services rendus par toutes ces recherches, à l'étiologie, à la pathogénie et au diagnostic différentiel des maladies-répétées-vénériennes.

Mais je m'arrête pour conclure que si, malgré tout ce que vous venez d'entendre, la syphilisation était une vérité telle qu'on nous la présente, ce serait la plus triste de toutes, et n'en devrait pas moins être prohibée comme moyen prophylactique et rejetée comme traitement.

Je descends de cette tribune en faisant le vœu que cette journée soit un autre Salzbach, sans que la France ait rien à regretter.

La séance est levée après cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ICONES PHYSIOLOGICÆ, OU TABLES EXPLICATIVES CONCERNANT LA PHYSIOLOGIE ET L'EMBRYOLOGIE; ouvrage entièrement neuf, publié par ALEXANDRE ECKER, professeur à l'Université de Fribourg. Leipzig, 1851; 1re liv., in-folio.

Les anatomistes et les physiologistes de toutes les nations connaissent l'ouvrage iconographique publié il y a douze ans par le célèbre physiologiste de Göttingue, le professeur Rodolphe Wagner. Le besoin d'une nouvelle édition de cet ouvrage important se faisant sentir par suite des progrès rapides de l'histologie et de l'embryologie, M. le professeur Ecker (de Fribourg) a accepté la délégation que lui a offerte M. R. Wagner de publier de nouveaux dessins en harmonie avec l'état actuel de nos connaissances. M. Ecker est très-avantageusement connu par plusieurs publications anatomiques, marquées au coin de l'exactitude, entre autres par son excellent travail sur l'anatomie des glandes surrénales; le professeur Wagner ne pouvait faire un meilleur choix, que justifie d'ailleurs pleinement l'utile ouvrage que nous annonçons.

L'ouvrage entier se composera d'environ trente-deux planches réunies en livraisons qui seront livrées au public avant la fin de 1852. La première, que nous avons sous les yeux, comprend sept planches exécutées avec un soin remarquable; chaque planche est accompagnée d'un texte explicatif suffisamment développé: seulement il est à regretter que l'auteur n'ait pas jugé à propos de joindre un texte latin au texte allemand, comme cela existe pour les *icones* de M. Wagner.

Les planches de cette première livraison sont: la sixième, qui expose l'anatomie des glandes vasculaires sanguines; la septième, relative à l'anatomie du foie; la vingt et unième, qui représente la composition du sperme des animaux vertébrés; la vingt-troisième, le développement de la grenouille, et les planches vingt-cinq, vingt-six et vingt-sept, consacrées à l'embryologie humaine.

M. Ecker admet et fait voir la conformité de structure qui existe pour les capsules surrénales et le corps thyroïde. Ces deux organes se composent de vessies closes, remplies d'une masse granuleuse, de noyaux et de cellules, vessies entourées d'un réseau vasculaire et enchâssées dans une gangue de tissu connectif. Le thymus diffère des deux glandes précédentes par sa disposition générale, mais ses éléments primordiaux sont les mêmes.

Quant à la rate, dont la structure est si remarquable et généralement si peu comprise, elle ne doit pas, suivant l'auteur, être assimilée, dans sa totalité, aux autres grandes vasculaires; elle ne s'en rapproche que par ses vésicules qui ressemblent aux vessies closes précédentes; mais comme ces vésicules manquent dans les amphibies et dans les poissons, on ne saurait les regarder comme les parties essentielles de la rate. L'auteur a représenté dans un grand nombre de figures les éléments de la pulpe qui se compose de noyaux libres et de cellules renfermant un noyau avec un ou plusieurs globules sanguins, ou avec des corpuscules vésiculeux plus petits que ces derniers, incolores ou jaunâtres, semblables à des vésicules de graisse.

M. Ecker a représenté dans la septième planche les parties les plus essentielles de l'anatomie microscopique du foie. Le foie est encore, comme la rate, un de ces organes du corps humain sur la structure duquel on est loin d'être d'accord. Nous avons été heureux, à l'examen de la planche dont nous parlons, de voir que les recherches de l'auteur s'accordent en général

avec les nôtres. Les cellules sécrétoires y sont représentées contiguës les unes aux autres et formant des séries de chaînettes disposées en réseau; plusieurs des cordons de ces réseaux sont doubles, c'est-à-dire formés de deux rangées de cellules. Les vaisseaux sanguins des lobules (veine porte et veine hépatique) forment des réseaux semblables aux réseaux des cellules biliaires et qui s'entrelacent avec eux; les cellules biliaires sont appliquées contre les parois des vaisseaux sans qu'on puisse distinguer de membrane propre interposée. L'artère hépatique se ramifie sur les divisions de la veine porte et va se perdre en se capillarisant à la surface du foie. Les canaux biliaires ne commencent à être distincts qu'à la périphérie des lobules; l'auteur montre (fig. VIII) une portion de lobule injecté par les canaux biliaires, et l'on voit que la matière à injection n'a pénétré que dans les réseaux les plus voisins du canal excréteur périphérique. L'auteur admet que les canaux biliaires périphériques sont composés d'une membrane anhiste très-mince qui cesse subitement entre les cellules sécrétoires et se perd dans les interstices de ces cellules pour former les canaux sans parois qu'on a désignés sous le nom de canaux intercellulaires. Cette partie du travail de l'auteur laisse dans l'esprit quelque incertitude. Ce qu'il décrit et représente (fig. X) comme canaux intercellulaires nous paraît être une portion du réseau vasculaire sanguin; nous croyons que les vrais conduits intercellulaires ne sont autre chose que les intervalles linéaires qui résultent du rapprochement des séries de cellules. Cette manière de voir est d'ailleurs la seule qui puisse mettre la structure du foie en harmonie avec celle des autres glandes, car la cavité dans laquelle est versé le produit sécrété doit être tapissée par les cellules sécrétoires; seulement dans le foie les cellules étant contiguës, la cavité est linéaire, et c'est pour ce motif que les matières à injection n'y pénètrent que très-difficilement.

La vingt et unième planche donne la figure des spermatozoïdes de l'homme, de plusieurs mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons, ainsi que le développement de ces singulières machines animales, dans le chien et dans plusieurs espèces d'oiseaux.

La planche vingt-trois est l'une des plus intéressantes de cette livraison; elle représente avec une grande netteté, dans des dessins parfaitement exécutés, les principales phases du développement de la grenouille rousse (*rana temporaria*). Des figures au trait intercalées dans le texte facilitent beaucoup l'intelligence des descriptions, de sorte que l'on peut, en quelques pages, se faire une idée exacte de la marche du développement des batraciens.

Les trois dernières planches, consacrées à l'embryologie de l'homme, sont remarquables, comme toutes les autres de ce beau recueil, par leur parfaite exécution et par la richesse des matériaux qu'elles représentent.

L'auteur n'a reproduit que quelques-unes des figures de la première édition; d'autres, en petit nombre, sont empruntées à des mémoires particuliers; la plupart sont nouvelles et faites d'après des pièces originales du musée de Fribourg, ou qui lui ont été communiquées par les musées de Giessen et de Heidelberg ou par divers anatomistes. De cette manière le professeur Ecker a pu réunir une série de dessins représentant les différentes formes de l'embryon humain, depuis la deuxième semaine jusqu'au commencement du quatrième mois.

L'ouvrage iconographique du professeur Ecker est, comme on voit, une œuvre extrêmement utile et qui ne saurait manquer d'avoir le même succès que les *Icones* de son illustre prédécesseur. Non-seulement il est indispensable à tous les professeurs chargés d'enseigner l'anatomie et la physiologie, mais encore il ne peut manquer d'intéresser vivement les zoologistes et les médecins désireux de se tenir au courant d'une science qui fait chaque jour des progrès sensibles.

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

On lira avec grand intérêt dans les circonstances actuelles les communications suivantes qui nous sont adressées par la commission académique de Turin, chargée d'étudier la question de la syphilisation.

« Turin, ce 1er août 1852.

» Monsieur et très-honoré confrère,

» L'Académie royale de médecine de Turin, dans sa séance du 23 juillet dernier, a été requise par M. le ministre de l'intérieur de lui transmettre tout de suite un *rapport complet* des observations faites par la commission de la syphilisation, qui, comme vous savez, fonctionne depuis le 20 mai 1851. La commission s'est aussitôt réunie et a formulé une réponse catégorique à M. le ministre, qui a été préalablement approuvée par l'Académie, et envoyée au même ministre, qui à son tour vient de l'envoyer ici officiellement à M. le préfet de police pour être passée aux mains de la commission parisienne nommée par lui tout récemment pour le même objet. La commission académique de Turin ayant beaucoup d'intérêt à ce que cette pièce (à laquelle on a enlevé toute forme de réponse officielle) soit publiée promptement en Italie et en France, a obtenu de l'Académie l'autorisation de lui donner la plus grande publicité. Elle a pourtant pris ses dispositions pour la faire insérer dans les journaux de médecine italiens; quant aux journaux français, elle a pensé qu'il suffirait de la faire publier par la Gazette Médicale de Paris qui, en matière de syphilisation, a publié déjà tant de documents importants sans montrer aucune exagération de parti. J'ai donc été chargé, monsieur et très-honoré confrère, de vous envoyer la traduction en français de la pièce que les journaux de Turin, de Milan et de la Toscane ont à présent reçue en original italien, et de vous prier de vouloir bien l'insérer dans la Gazette Médicale, en vous assurant au besoin de toute réciprocité, et de la plus sincère reconnaissance de notre Académie. Je ne crois pas nécessaire d'insister pour obtenir de vous cette faveur, convaincu que votre bonté et votre courtoisie n'ont pas besoin d'être stimulées pour cela. Dans l'espoir de recevoir de vous une telle faveur, je vous adresse au nom de la commission et de l'Académie les plus vifs remercîments, et j'ai l'honneur de vous saluer et de me dire,

» Monsieur et très-honoré coonfrère,

» Votre très-humble serviteur,

» Freschi François,

» secrétaire de ladite commission et rapporteur. »

La commission nommée par l'Académie royale de médecine de Turin pour étudier la syphilisation, a tous ses confrères médecins.

« La question de la syphilisation, qui, après avoir été longtemps débattue l'an passé dans les journaux, et dans les Académies de France surtout, semblait pour le moment oubliée, vient d'être aujourd'hui nouvellement rallumée avec plus de chaleur; et les partisans, ainsi que les adversaires, sont sur le point d'engager de nouvelles luttes non moins véhémentes que les premières. Un tel retour a été motivé sans doute par la demande faite par quelques-uns des introducteurs de cette nouveauté, qui voudraient étendre le théâtre de leurs expériences et lui donner une grande publicité. Du moins on croit que c'est là la cause pour laquelle M. le préfet de police de Paris a nommé récemment une commission, composée de MM. Mélier, Ricord, Conneau, Denis et Marchal (de Calvi), expressément chargée d'examiner la question. Mais M. le préfet ayant récemment transmis à cette commission certains documents (d'ailleurs non rédigés à ce propos), qu'il avait demandés au gouvernement de Sa Majesté le roi de Sardaigne, le ministre de l'intérieur, afin d'infirmer la mauvaise impression qu'auraient pu faire, dans l'esprit de ladite commission parisienne, les documents précités, s'empressa, il y a peu de jours, de demander à la commission académique de Turin *un rapport complet de toutes ses observations sur la syphilisation*, pour être envoyé officiellement à Paris. Mais la commission de Turin répondit au ministre qu'elle ne pouvait pas tout de suite rédiger un compte rendu exact de toutes ses observations. Quand même elle eût voulu satisfaire au désir du ministre, elle ne l'aurait pas pu; car il lui manquait et il lui manque encore certains éléments substantiels qu'elle attend de quelques cas qui lui restent encore à enregistrer. Personne, on l'espère, ne voudra lui attribuer cette lenteur et la constituer pour cela en délit, car un tel retardement ne provient pas de sa faute; mais il faut s'en prendre à une très-puissante nécessité, et à la nature même des faits observés, qui n'ont pas permis une plus grande célérité. Et puisqu'il paraît que cette considération n'a pas frappé tous ceux qui accusent la commission de ce grand délai, qu'on pourrait dire presque une inconcevable négligence, elle se croit obligée de la rappeler aujourd'hui à ses accusateurs, et de les prier de vouloir bien pour un moment peser, d'une part, la latitude du mandat à elle donné, et de l'autre la multitude, la grandeur et la variété des obstacles, des doutes, des difficultés qui se lient à une matière aussi importante.

» Lorsque l'Académie royale de médecine de Turin, dans sa séance ordinaire du 23 mai 1851, sur la demande de M. Sperino, nomma une commission de cinq de ses membres expressément chargée de *vérifier* les expériences faites, et *d'assister aux expériences ultérieures* que le même docteur Sperino aurait instituées avec l'inoculation du *virus* syphilitique employé comme moyen curatif et prophylactique de la syphilis, la commission, en acceptant cet honorable mandat, savait que, pour l'accomplir entièrement, elle ne pouvait et ne devait pas être liée à une limite de temps déterminée. Néanmoins, à peine lui fut donnée faculté de libre entrée dans le Syphilocôme qui commença ses études: commencement qui date du 26 mai 1851, c'est-à-dire trois jours après sa nomination. De ce jour-là jusqu'à présent, ses visites à l'hôpital ont toujours continué régulièrement, savoir, dans les cinq ou six premiers mois, deux fois par semaine; après, toutes les semaines, en y employant chaque fois deux et trois heures. Au surplus, elle tenait et tient des conférences hebdomadaires consignées dans des procès-verbaux, et dans lesquelles chaque commissaire communique le fruit de ses propres observations, et soulève les doutes, les difficultés et toutes les questions qui en dérivent. Ensuite il y a un des commissaires expressément chargé d'enregistrer toutes les observations qu'on vient de faire, à chaque visite, à l'hôpital; car chaque fois toutes les femmes choisies par la commission, et d'autres encore, sont passées en revue, toujours pour constater les différences et tous les changements survenus. Et c'est pourquoi la commission obligée, pour mériter foi et crédit à ses faits, de se prémunir de toutes ces précautions, a reconnu bientôt que la mission par elle acceptée était plus grave et plus difficile qu'elle ne l'avait cru d'abord. D'ailleurs, en prévoyant la multitude des controverses et des doutes que cette nouveauté aurait certainement éveillés parmi

les amateurs de la science, non-seulement elle a trouvé nécessaire de procéder avec toute précaution et prudence, mais elle désira tout d'abord qu'on lui appliquât le mot *festina lente*; car si, dans les recherches scientifiques, il importe toujours de se montrer circonspect dans l'examen des vérités cachées ou dénaturées par l'amour de parti ou par illusion systématique, dans le camp de la syphilisation il y a une nécessité absolue; car celui qui voudrait trop accélérer le pas serait à chaque instant exposé au danger de tomber dans les épines.

» Telles étaient pourtant les raisons qui, dans l'ensemble, imposaient à la commission le devoir de procéder lentement dans ses observations. Mais si nous descendons du général au particulier, nous trouverons qu'il y a des raisons encore plus fortes d'approuver le procédé de la commission. Et, en effet, comment celle-ci aurait-elle pu s'assurer de cette double et vraiment miraculeuse vertu attribuée par quelques syphilographes novateurs à l'inoculation du *virus* syphilitique, c'est-à-dire de guérir la syphilis actuelle et de préserver de toutes futures infections vénériennes, sans une riche série de faits clairs, exacts, répétés, démonstratifs, et capables de résondre vraiment tout doute et toute question? Et puisque ces mêmes faits étaient ou par leur nature, ou par tant d'accidents, liés à des causes extrinsèques et différentes, ou à des circonstances concomitantes, la commission, qui voulait en donner l'exacte histoire, ne pouvait pas absolument se passer de leur étude et de leur examen approfondi. De là vient que, pour se mettre à portée de résoudre le problème de ce double attribut de la syphilisation, la commission a dû choisir un certain nombre de maladies vénériennes récentes et anciennes, locales et générales, qu'elles a crues appropriées à son objet; elle en a accepté d'autres dans le cours de ses études, et quelques-unes enfin lui furent soumises, qui, soit par leur singularité, soit par quelque caractère saillant, ne pouvaient pas être négligées. Le nombre total de ces cas s'élève aujourd'hui à plus de cinquante, nombre très-suffisant au besoin et très-imposant d'ailleurs, si on considère le nombre très-petit des cas produits jusqu'ici par les partisans, aussi bien que par les adversaires de la syphilisation. Il faut ajouter encore que tous ces faits, pour les pouvoir dire complets, étaient subordonnés d'ailleurs à une question de temps, qu'il n'était pas au pouvoir de la commission d'abréger; car, pour arriver à la solution du problème de la vertu prophylactique attribuée à la syphilisation, on devait jusqu'à un certain point attendre du temps la réponse. Et le temps nous l'a donnée cette réponse, sinon pour tous les cas, du moins pour plusieurs, dont nous donnerons l'exacte histoire avec tous les détails possibles.

» On doit en outre ajouter que la voie expérimentale dans laquelle s'était engagé notre confrère Sperino étant tout à fait neuve et ne lui offrant ni guides ni exemples à suivre (car il a été le premier, en Italie, à appliquer la syphilisation à l'homme), il s'est vu, dans son difficile chemin, forcé bien des fois à procéder de différentes manières pour arriver à son but; car, tandis que la méthode consistant à faire peu d'inoculations (1, 2, 3, 4) séparées les unes des autres, et répétées tous les trois ou quatre jours, lui parut d'abord préférable, puisque, avec cette méthode, il disait, dans son discours à l'Académie (1), avoir triomphé dans 52 cas de syphilisation; il a dû depuis peu l'abandonner, non-seulement à cause de la lenteur qu'on y mettait à achever la syphilisation, mais aussi parce que les chancres inoculés, soit par leur rapide accroissement, soit par leur extension et profondeur, et par leur facile inflammation, et parce qu'ils prenaient l'aspect phagédénique et gangréneux, l'obligeaient bien souvent à suspendre l'inoculation et à pourvoir aux accidents à l'aide des remèdes antiphlogistiques locaux ou généraux. C'est pour cela que, après trois mois d'expériences, il a cru devoir y substituer une méthode tout à fait opposée, c'est-à-dire pratiquer de nombreuses et très-prochaines inoculations (10, 20, 30, 40, 60) chaque fois, répétées après un ou deux jours. Ainsi il croyait avoir pourvu aux divers inconvénients attribués à la première méthode, et à ce propos, il exprimait toute sa satisfaction dans sa lettre à M. Diday (2). Mais l'expérience, qui est toujours la grande maîtresse, nous faisait depuis voir que, si la première méthode méritait le reproche d'entraîner trop longtemps la syphilisation, avec la seconde le cours de l'inoculation se terminait plus tôt que la maladie, qu'on voyait ou rester toujours ou reparaître, et que l'inoculation pratiquée de cette manière se montrait plusieurs fois infructueuse. Alors M. Sperino se détermina à tenter de nouveau l'ancienne méthode, pour voir s'il ne trouverait pas quelque juste milieu ou tempérament. Mais cependant le temps s'écoulait parmi ces différents essais, et les faits ont dû nécessairement subir diverses modifications en rapport avec ces diverses méthodes d'expérimentation. Que si, à toutes les causes sus-indiquées, on ajoute différents accidents morbides aussi faciles à naître dans cet hôpital par les influences topographiques connues, chacun y verra une raison très-juste, pour la commission académique, d'avoir différé jusqu'ici et de n'avoir pas encore achevé son rapport.

» Mais aujourd'hui, après quatorze mois et plus d'études continues, elle se voit arrivée à la fin de ses travaux; car elle n'a plus qu'à recueillir encore très-peu de cas, mais d'ailleurs très-importants pour son but, qui seront bientôt prêts. Elle s'empressera alors de rédiger son rapport, qui sera long et détaillé, et qui donnera avec toute loyauté, conscience et impartialité, la fidèle histoire de tout ce qu'elle a vu et observé en cette matière. Son rapport à la main, la commission espère que chacun pourra se mettre à portée de prononcer en cette question un jugement inébranlable.

» Depuis que M. Auzias-Turenne remettait en 1850, sur le bureau de l'Académie des sciences de Paris, une question qu'il lui avait soumise en 1844; depuis que cette fièvre ou insatiable avidité de tourmenter la nature vivante, saine et morbide, a envahi l'esprit de certains syphilographes en Italie, en France et en Allemagne, déterminée à voir ce qu'il y avait de bon ou de mauvais dans cette nouveauté, la commission académique de Turin s'est fait un devoir religieux de suivre les essais de toute espèce faits par les uns et par les autres, dans le but de donner corps et vie à cette étrange idée. C'est pourquoi elle n'ignore ni les exagérations des partisans, ni les censures, les reproches et les imputations des adversaires de la syphilisation. Elle connaît aussi les diverses opinions auxquelles elle a donné lieu, et les polémiques (pas toujours généreuses ni toujours courtoises) qui depuis deux ans ont été soulevées, surtout en France. De ces opinions et controverses, la commission a dû tenir note pour en faire raison en temps et lieu. Seulement, ayant vu que les partisans, aussi bien que les adversaires de la syphilisation, aimaient mieux perdre leur temps en paroles et en inutiles conjectures, que dans la recherche des faits clairs, positifs et nombreux, la commission, au contraire, a préféré s'appliquer à ceux-ci, sans se gêner aucunement pour celles-là; car c'est seulement avec les faits à la main qu'on peut ou confirmer ou détruire les théories cliniques. Il est vrai que, pour avoir voulu suivre cette voie, la commission a dû sacrifier beaucoup de temps et de patience, ce que lui reprocheront certainement ces juges trop empressés qui ont conclu ou pour ou contre la syphilisation, sans avoir vu aucun fait, ou avec quelques-uns à peine, ni toujours des plus clairs ni des moins critiquables. Mais du procédé qu'elle a suivi, la commission, non-seulement n'a pas de motif de se repentir, mais elle en a plus d'un pour y persister, considérant que les jugements précipités en matière scientifique, surtout quand les faits manquent, exposent les juges au danger de graves erreurs et de conséquences plus graves encore. Enfin, de tout ce qui a été dit jusqu'ici par les prôneurs et par les détracteurs de la syphilisation, la commission peut tirer plus d'une raison, non-seulement pour s'applaudir de sa conduite, mais aussi de prier tous ceux qui voudront prendre part pour ou contre la syphilisation, d'avoir encore quelque peu de patience, jusqu'à ce qu'elle puisse mettre sous les yeux du public savant tout ce qu'elle a observé et vu, assurant que les choses vues et observées par elle sont nombreuses et très-importantes.

» Turin, le 23 juillet 1852.

» Soussignés à l'original :

» Dr Caietan Pertusio, président de la commission.
» Dr Alexandre Sella.
» Dr Pierre Frola.
» Dr Charles Demaria.
» Dr François Freschi, secrétaire de la commission et rapporteur.

» *N. B.* Cette pièce, traduite de l'italien, a été publiée dans les journaux de médecine de l'Italie. »

— M. le docteur Willems (de Hasselt), dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Belgique relatif à la pleuro-pneumonie épizootique des bêtes bovines, admet, dans cette affection, l'existence d'un virus pneumonique. Partant de ce point et se fondant sur ce qui arrive dans la vaccine, il inocule, en vue de prévenir le développement de la maladie, le liquide que l'on obtient en exprimant une portion du poumon d'une bête affectée de la pleuro-pneumonie au premier ou au deuxième degré. M. Willems pratique l'opération au moyen d'une lancette vétérinaire, sur le dos de la queue, de 4 à 5 pouces de sa pointe. Après une incubation du virus, qui dure de dix jours à un mois, les phénomènes de l'inoculation se manifestent; leur durée est plus ou moins longue. L'animal souffre, il est moins vif, il mange moins. Quand on touche l'endroit où l'inoculation a été faite, on s'aperçoit que cette partie est ordinairement sensible; elle se tuméfie et s'enflamme. La dureté inflammatoire des tissus s'étend quelquefois au loin et peut occasionner des accidents graves; souvent elle se résout, souvent aussi la gangrène s'en empare, et des lambeaux de peau et même le bout de la queue tombent. M. Willems ajoute qu'il n'a trouvé chez quelques animaux aucun symptôme apparent de l'inoculation; celle-ci n'a aucune influence funeste sur les vaches pleines, ni sur les vaches laitières; les animaux inoculés s'engraissent mieux et plus rapidement que les autres. Lorsque l'engorgement de la queue est trop fort, on a recours à des incisions et à des applications émollientes. L'inoculation doit être faite avec prudence, et de préférence sur des animaux maigres. Vers le dixième jour après l'opération, on leur donne un purgatif salin, que l'on répète au besoin. (Bullet. de l'Acad. de méd. de Belgique.)

— Les personnes qui ont pu lire, dans les numéros de mai et juillet du journal de M. Malgaigne, les deux diatribes dirigées contre le rédacteur en chef de la Gazette Médicale, trouveront, dans le prochain numéro de la Revue médico-chirurgicale, une réponse détaillée qui les édifiera sans doute sur ces nouvelles attaques du courageux critique. On croit pouvoir se dispenser de publier cette réponse dans la Gazette Médicale.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

---

(1) V. le Journ. de l'Acad. de Turin, mai 1851.
(2) V. la Gaz. Méd., 4 octobre 1851. — Lettre de M. Sperino à M. Diday.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA SYPHILISATION.

Nous dirons peu de choses de la dernière séances de l'Académie, où les adversaires systématiques de la syphilisation avaient pourtant concentré et, si nous en croyons les apparences, concerté leurs efforts, mais sans apporter dans la question le poids d'un élément nouveau. M. Gibert voulait clore le débat immédiatement; M. Larrey paraît n'avoir écrit un discours que pour expliquer comment il avait été l'intermédiaire de l'autorité supérieure dans l'ordre transmis à M. Marchal (de Calvi) de suspendre ses inoculations. Était-ce pour tenir rigueur à la syphilisation ou par manière d'embrasser une question scientifique qu'il s'est tenu dans de vagues généralités et a conclu, suivant un mot devenu à la mode, à la *réprobation?* En tout cas, c'était au moins inutile; car M. Bégin n'avait rien laissé à faire dans ce genre, et M. Ricord avait procédé à la même besogne avec une tout autre vigueur. Mardi dernier, M. Bégin seul a attaqué la syphilisation avec les armes convenables; non pas, nous le répétons, qu'il lui ait fait beaucoup plus de mal qu'elle n'en avait déjà enduré; mais c'est avec ces armes-là qu'on la tuera si elle doit mourir. M. Bégin a fait son vrai rapport. Il a conclu comme dans le rapport d'essai. C'était trop naturel.

L'orateur a invoqué tour à tour le raisonnement et les faits. Le raisonnement, nous y tenons peu dans l'espèce, et voici pourquoi: la question commence véritablement au fait; il en est ainsi de toutes celles qui rentrent plus ou moins dans la vaccination. A ne considérer que ce point, et sans vouloir forcer les analogies, le raisonnement ne disait pas jadis que du pus emprunté aux pustules les plus actives de la variole dût donner une maladie plus bénigne en général que la variole spontanée, et qu'il fût prudent de prendre à coup sûr une affection qui pouvait à la rigueur vous épargner. Les premières inoculations varioliques ont eu lieu dans le silence le plus complet du raisonnement et de l'analogie; comme c'est un fait de pur hasard qui a fait découvrir la vaccine. M. Bégin prouve très-bien que l'analogie entre la syphilis et les autres maladies virulentes ne conduit pas droit à la syphilisation; que la rage, la morve ou la variole diffèrent quant à la marche, quant aux formes, quant aux origines, et qu'il serait téméraire de conclure de celle-ci à celle-là. Mais tel n'est pas le sens de la difficulté. Si l'analogie n'est pas pour la syphilisation, est-elle contre? Personne n'est en droit de l'affirmer. Il faudrait pourtant en être bien sûr pour en tirer un motif préalable de condamnation.

En arrivant aux faits, M. Bégin nous a fait l'honneur de citer un passage d'un de nos derniers articles, où nous disions que M. Auzias ne demandait (et c'était encore trop, selon nous) une syphilisation préventive que pour les personnes très-exposées à la vérole, et *surtout* pour celles qui l'ont déjà; que postérieurement il *avait fait savoir* qu'il était disposé à abandonner entièrement la prophylaxie. Là-dessus M. Bégin de s'indigner qu'on s'adresse à des tiers pour exprimer ses réserves scientifiques, au lieu de les rendre publiques. Il y a ici confusion. M. Auzias ne nous a fait aucune confidence. Le premier tiers auquel il s'est adressé n'est autre que M. Ricord; la première réserve est consignée dans une lettre parfaitement publique, puisque M. Ricord l'a insérée dans son récent opuscule (LETTRES SUR LA SYPHILIS, p. 263). Le second tiers est un orateur de l'Académie, qui, en séance, à la tribune même, s'est dit autorisé à déclarer officiellement l'abandon, quant à présent, de la syphilisation préventive. On sait sur ce point notre opinion; nous la croyons très-claire, malgré les efforts qu'on a fait pour l'embrouiller. Nous ne regardons pas comme une sorte de *quadrature du cercle* la découverte d'une *vaccination* antisyphilitique; nous osons presque l'espérer. Mais la *syphilisation*, entendons-nous bien, la syphilisation de M. Auzias et de M. Sperino, fût-elle une vérité, nous la repousserions comme moyen préventif; nous la repousserions même comme moyen curatif, tant que le mercure et l'iodure de potassium ne nous feraient pas défaut. Disons-le pour n'y plus revenir, quelque graves que soient les questions d'application, elles ne viennent qu'après celle du fait scientifique, et c'est à l'examen de celle-là que nous aurions voulu voir un grand corps savant apporter ses lumières et son autorité.

Le fait, il ne sortira pas éclairci de la discussion actuelle. Il s'en faut de beaucoup, certes, que la syphilisation se soit sérieusement recommandée depuis quelques semaines; nous ne faisons même pas difficulté de reconnaître qu'elle a plutôt perdu que gagné. Un avenir qui ne paraît pas loin décidera de son sort; mais le passé et le présent *connus* ne sauraient la faire vivre. Voyez néanmoins comme il faut y regarder de près et combien de précautions il importe de prendre pour être seulement bien renseigné sur les résultats bruts d'une expérience. On se souvient des lamentables histoires racontées par M. Ricord. En les rappelant, nous ajoutions: Ce sont de graves enseignements, *s'ils ne sont pas démentis*. Eh bien! ils le sont, du moins en partie. Un pauvre jeune homme aurait succombé, disait-on, aux suites de la syphilisation. Lisez les détails si précis qu'a fait connaître M. Depaul, dans un discours sérieux et solide, dont l'impression a été forte même sur les esprits prévenus; détails primitivement destinés, à ce qu'il paraît, à la GAZETTE MÉDICALE. La mort a été le résultat d'un érysipèle compliqué de phénomènes ataxiques, survenus à une époque où les chancres d'inoculation étaient complétement cicatrisés. On affirme de la manière la plus positive que la disparition de taches syphilitiques avait coïncidé avec les inoculations syphilisatrices, et qu'il n'existait plus aucun signe d'accident constitutionnel lors de l'invasion de l'érysipèle. On a également présenté sous l'aspect le plus triste l'histoire d'un étudiant en médecine qui s'est prêté à la pratique de la syphilisation, et voici que le sujet même de cette histoire proteste contre l'abus qu'on a fait de sa personne pour *calomnier M. Auzias et la syphilisation.*

Quoi qu'il en soit de ces affirmations contraires, un fait paraît se dégager quant à présent du débat, malgré les dénégations de MM. Ricord et Bégin; c'est une immunité plus ou moins complète, succédant à l'insertion répétée du virus. Quelle signification doit-on y attacher? Est-elle durable, cette immunité? Est-elle passagère? N'existe-t-elle qu'à l'égard des chancres, ou s'étend-elle aux accidents consécutifs? Ce sont là d'autres points de vue, les plus importants sans contredit; mais constatons toujours ceux qui se présentent. Celui que nous indiquons, sans reposer encore sur une entière démonstration, commence à prendre une consistance sérieuse. M. Depaul y a insisté avec raison.

Le rôle d'observateur que nous avons pris ne nous défend pas une intervention plus directe quand l'occasion s'en présente. Bien au contraire, attendant la lumière des faits, nous nous reprocherions de ne pas jeter dans la discussion ceux qui pourraient venir en notre possession, quels qu'ils fussent. Nous donnons ci-après, sans commentaires, quatre observations

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

A propos de la syphilisation.

Jamais, au grand jamais, l'Académie nationale de médecine n'a été dans une telle ébullition. Les beaux jours de la discussion sur la méthode numérique étaient d'un calme nauséabond. Les anciens du lieu sont tout près de croire à la prophétie de M. Arago sur la fin du monde; le vénérable M. Duval lui-même relève la tête, signe d'une grande stupéfaction. Une heure avant la séance, vous voyez des ruisseaux de curieux confluer vers le temple de la rue des Saints-Pères, se réunir en un lac orageux et se précipiter dans l'enceinte comme les flots du Nil le jour solennel de la levée des écluses. En un instant la plate-forme réservée au public, les couloirs, sont remplis; il faut tenir béante la salle de la bibliothèque, sorte de déversoir destiné à prévenir une inondation. Les académiciens arriérés (dans le sens excusable du mot) sont obligés de recourir aux ruses les plus ingénieuses pour s'insinuer jusque dans le sanctuaire, et c'est souvent après une laborieuse pérégrination qu'ils débouchent enfin par la porte des bureaux. Il n'y a pas jusqu'aux journalistes devant qui la foule égoïste et irrespectueuse ne se range pas sur deux files, tant elle a soif du spectacle qui va commencer! Et puis quand la masse a pris son niveau, vous la voyez moutonner d'une façon inquiétante et projeter çà et là, le long des colonnes, comme sur une grève à pic, des vagues indociles. Si vous tournez les yeux vers l'extrémité du couloir de droite, vous apercevrez, à toutes les séances, une des vagues en question, sous la figure du célèbre inventeur de la syphilisation; figure curieuse à observer au milieu de la tempête qui peut l'engloutir, souriante aux jugements les plus sévères, aux traitements les plus durs, et comme prête pour le sacrifice. Tout en face, dans l'autre couloir, voici le grondant et impétueux syphilisateur du Val-de-Grâce, moins bien disposé, celui-là, aux procédés cavaliers et qui se gratte le nez avec acharnement quand on parle de son *enthousiasme continu*. Tout en haut sont les spectateurs passionnés, les *tricoteurs* de l'endroit, recrutés parmi les partisans des principaux adversaires. Il y a là des élèves de l'hôpital du Midi, des auditeurs de l'École pratique, des syphilisés, des syphilitiques. Là on trépigne, on murmure, on éclate de rire à l'histoire lamentable d'une chatte, aux témoignages de la honteuse immoralité d'un *papion*. Ce qu'on désire avant tout, c'est que la représentation dure le plus longtemps possible; dût-on y passer la journée, on ferait grâce du *pain* pourvu que le *cirque* restât ouvert. Cette passion pour le genre dramatique a même failli avoir mardi dernier un fâcheux résultat. Quand la clôture a été rejetée, des applaudissements frénétiques ont éclaté sur la montagne. Le président en a été réduit à prendre l'air irrité pour rappeler que tout signe d'approbation et d'improbation était interdit, sous peine de huis clos.

assez circonstanciées, bien que ne répondant pas, nous le reconnaissons, à tous les points de vue de la question.

A. Dechambre.

Observations de syphilisation; par M. Sperino (de Turin); traduites par M. Diday.

Partisans ou adversaires de la syphilisation, tous les hommes sérieux qui ont traité ce sujet devant l'Académie se sont plaints de la pénurie des documents qui y ont rapport. Je crois donc répondre à un appel tacitement fait par tous les amis de la vérité, en publiant, sans commentaire ni critique, les quatre observations suivantes. Je dois seulement dire comment elles sont venues en ma possession.

L'année dernière, après avoir lu le remarquable, mais trop laconique travail de M. Sperino, je lui écrivis pour lui demander de me mettre à même de juger d'après des faits détaillés les points les plus litigieux de sa doctrine. Mon honorable confrère répondit de la manière la plus gracieuse à ce désir, en m'envoyant, le 15 octobre 1851, les quatre observations qu'on va lire. Je crois donc être en droit aujourd'hui, sans être taxé d'indiscrétion, de les reproduire, aussi littéralement traduites que cela m'a été possible du texte italien, d'ailleurs si simple et si clair qu'une erreur dénaturant le sens aurait été très-difficile à commettre.

Obs. I. — Angela Cerruti, âgée de 16 ans, de tempérament lymphatico-sanguin, de bonne constitution, menstruée irrégulièrement depuis deux ans, entra à l'hôpital le 9 mai 1851, affectée d'un ulcère primitif *induré*, sur la partie interne et inférieure de la grande lèvre droite, de la largeur d'un centimètre environ, et de deux autres ulcères primitifs non indurés à l'orifice vaginal, enfin de plusieurs petites excroissances sur les caroncules myrtiformes. Elle était malade depuis quinze jours, et pour la seconde fois.

Il y a quatre mois, elle avait pris 120 pilules de chacune un demi-grain (2 centigrammes et demi) de proto iodure de mercure, pour se guérir d'un ulcère primitif vulvaire, aussi induré.

Le 12 mai, après lui avoir donné des purgations, et fait prendre un bain, on commença les expériences en pratiquant sur la région hypocondriaque droite trois inoculations avec le pus pris sur son ulcère vulvaire induré. Il en résulta, le second jour, trois petites vésicules qui, le troisième jour, étaient converties en pustules entourées d'une aréole inflammatoire.

Le 15, on réitère trois inoculations avec le même pus, et l'on en obtient trois pustules.

Le 22, trois nouvelles inoculations avec du pus que l'on a dû prendre à une autre femme, parce que l'ulcère vulvaire paraît déjà modifié.

Le 26, des trois inoculations pratiquées le dernier jour, une seule a produit la pustule.

On les répète en nombre égal le 29, et il en résulte trois pustules. Les ulcères de la première inoculation ont 12 millimètres environ de largeur. Ceux de la seconde de 8 à 10 millimètres. Les suivants sont plus petits. Quelques-uns de ces ulcères offrent l'induration caractéristique. L'ulcère primitif induré de la vulve est en voie de réparation.

Le 3 juin, on pratique trois nouvelles inoculations avec résultat positif. L'ulcère induré de la vulve est entièrement cicatrisé; l'induration y persiste, bien que diminuée. Les ulcères de l'orifice vaginal sont encore ouverts.

Le 7. Depuis ce jour jusqu'au 1er juillet, on a fait, en sept fois, seize piqûres avec le pus pris à des ulcères en voie de progrès existant chez d'autres femmes. Mais on n'en a obtenu que quatre pustules abortives.

Les ulcères provenant des inoculations du 22, du 26, du 29 mai et du 3 juin, ne gagnèrent pas en largeur plus de 3 à 4 millimètres, et se cicatrisèrent vers la fin de juin, en même temps que celle des premières inoculations. Les ulcères vulvo-vaginaux étaient guéris vers le milieu de juin. L'induration qui avait persisté après la cicatrisation de l'ulcère de la grande lèvre droite, disparut peu à peu; au commencement de juillet, il n'en restait plus trace.

Le 2 juillet, on fait deux piqûres qui sont suivies de deux pustules.

Le 3, on en répète trois qui donnent le même résultat positif.

Du 9 au 21 juillet, on pratique, à cinq reprises, dix-huit piqûres, et toujours on en obtient de petites pustules qui s'ulcèrent et ont encore les caractères classiques, mais guérissent en peu de temps (huit à douze jours), ne laissant que peu de traces de leur existence.

Le 26, on inocule sur trois points le pus provenant des ulcères produits par l'inoculation du 3 juillet. Cela donne lieu à trois pustules plus petites que les précédentes.

Le 27, huit inoculations, et quatre le 30.

Le 4 août, on voit douze petites pustules. Les ulcères inoculés les 2 et 3 juillet sont déjà desséchés et cicatrisés.

Le 30 juillet, on excise une excroissance oblongue qui siégeait à l'orifice vaginal. Il en résulte une plaie presque linéaire, longue de 12 à 15 millimètres.

Le 31, on applique sur cette plaie du pus d'un ulcère en voie de progrès, en ayant soin de tenir la malade en observation pendant une demi-heure, afin qu'elle ne se lave pas. On réitère cette application pendant trois jours consécutifs. La plaie demeure toujours rouge, et le 4 août, elle est parfaitement cicatrisée.

Du 4 au 22 août, on pratique encore, en cinq fois, vingt inoculations avec du pus bien choisi. Il n'en résulte que six *pustulettes* abortives, guéries en cinq ou six jours.

Le 13 septembre, quelques petites excroissances de l'orifice vaginal, qui avaient été excisées dans le mois d'août, ayant inspiré une crainte fondée de les voir récidiver, on voulut garder jusqu'à ce jour la malade à l'hôpital. Durant ce laps de temps, on lui donna quelques bains sulfureux. Rien n'étant apparu à la vulve, on lui permit alors de sortir, après quatre mois et quatre jours de séjour.

Aucune maladie ne vint interrompre le cours de l'expérience; il ne se manifesta non plus aucun symptôme de syphilis constitutionnelle; et la jeune fille sortit en parfaite santé.

Six cicatrices sur les régions hypocondriaques sont les plus visibles. Les autres, bien qu'en grand nombre, sont petites. Toutes, d'ailleurs s'effacent de jour en jour. Du reste, toutes les inoculations ont été faites sur les régions épigastrique, sous-mammaires, latérales et inférieures du thorax, laissant la plus grande partie de l'abdomen intacte.

Cette fille a été enregistrée au nombre des malades presque syphilisés.

Obs. II. — Adélaïde Razzetti, nubile, âgée de 16 ans, jeune personne avenante, bien conformée et de bonne constitution, entra au syphilocôme le 1er août 1851.

Réglée il y a un an, elle est aménorrhéique depuis deux mois. Elle est infectée pour la première fois.

Diagnostic. — Ulcère syphilitique primitif à la lèvre antérieure du col utérin, large d'environ un centimètre. Leucorrhée légère; quelques granulations à l'orifice utérin, notamment sur la lèvre postérieure.

Après un bain simple et un purgatif, on inocule, le 3, le pus de l'ulcère du col sur deux points de la région hypocondriaque droite.

Le 4, les points où l'on a pratiqué l'inoculation sont un peu rouges.

Le 5, on y remarque une petite vésicule.

Le 6, la pustule syphilitique est apparente sur ces deux points; fièvre. (Diète, sévère, un purgatif salin.)

Le 7, la fièvre est moins intense; les pustules s'ouvrent, et l'ulcère primitif syphilitique artificiel, *le chancre* est évident. Sa base commence à se sentir un peu indurée. (Boissons rafraîchissantes; un bain.)

Oh! la Vénus de Paphos et de Cythère! Oh! les frais ombrages d'Idalie! Oh! le calme et clair ruisseau, chantant sur le sable poli! Oh! la déesse amie de la rose, que les chastes colombes emportent sur une coquille marine!... Hélas! il n'est question de rien de tout cela à l'Académie nationale de médecine. On y célèbre pour le moment quelque chose comme les mystères de la déesse syrienne, à la façon d'Apulée, *omniparentis deæ Syriæ*. Passez vite et gagnez la rue Taranne, vous qui avez les oreilles délicates; cet Esculape que vous apercevez au portique vous trompe; il garde un lieu dangereux pour l'innocence. Débauches, histoires impudiques, pratiques infâmes, échange amical de pus virulent entre jeunes gens et jeunes filles, voilà le fonds de la conversation. Que dis-je? il y a plus encore, et le chien de M. Gerdy a acquis, dans la dernière séance, grâce à M. Depaul, une notoriété égale à celle du chien d'Alcibiade, mais d'un autre genre. « Mes yeux ne peuvent tenir à ce spectacle d'abomination, dit Lucius sous son enveloppe de baudet. Je voulus crier: *ô citoyens!* mais la voyelle O franchit seule mon gosier. » C'est à peu près ce qui arriva mardi à toute l'assistance, sauf, bien entendu, que l'exclamation fut suspendue dans la bouche de tous par le respect des convenances et non par la cause qui gênait Lucius.

Mais nous y voilà; il faut aller jusqu'au bout dans cette voie douloureuse; il faut tâcher de voir clair dans ces égouts, puisqu'on offre sérieusement un moyen de les nettoyer. Les syphilisateurs sont-ils des entrepreneurs de mystification? Il est des esprits assez bienveillants pour le penser et assez délicats pour le dire. Sont-ce des gens qui rêvent tout debout, comme un cheval hongre? Cela est moins impossible; mais il vaut mieux y voir que de le croire *à priori*; et pour y voir, il faut y regarder de bonne foi. Nous ne savons plus qui a dit ce joli mot: *Apprends-moi ce qui s'est passé pour que je le nie.* Excellente maxime de philosophie qui ne paraît pas près d'être discréditée. On épluche une observation, non pour savoir si elle peut être en quelque point favorable à la doctrine, mais avec l'intention préméditée de prouver le contraire. On l'accuse de la rage pour la noyer. A voir tant de confrères illuminés en possession d'une opinion arrêtée avant même d'y avoir songé, il y a de quoi se sentir honteux de son incertitude; et vraiment, pour notre compte, nous commençons à comprendre que nous ayons prêté à rire à quelques confrères. La main sur le cœur, nous ne le regrettons pas. Rien ne peut nous être plus agréable que de voir notre prochain en gaieté, surtout par notre fait. Une seule chose empoisonne notre bonheur, c'est que, par une ingratitude monstrueuse, ils ne soient pas, eux, satisfaits de nous voir en santé. Il y en a, en effet, qui se sont mis en tête de nous faire pratiquer, pour leur agrément particulier, des inoculations syphilitiques, en punition de la curiosité que nous avons de voir ce qui advient aux inoculés. Nous nous attendons d'un moment à l'autre à ce que l'on d'eux vienne nous piquer sournoisement avec une épingle chargée du pus le plus virulent, sous prétexte de nous faire une niche. Chers abonnés, vous êtes avertis: n'ayant aucunement besoin, pour des raisons à nous connues, d'être syphilisé, nous déclarons devant vous que si jamais pareille aventure nous arrive, ce sera subrepticement, et par la malice de nos adversaires.

En attendant qu'ils fassent le coup, les susdits nous poursuivent des épithètes les plus compromettantes. Ils nous appellent des *calmes* et des *placides*. Que veulent-ils? Il faut s'en prendre à Sénèque, qui a écrit un long chapitre pour

Le 8, apyrexie. On inocule le pus pris sur ces ulcères artificiels, à gauche de la même région, en deux points.

Le 11, on observe deux pustules là où les deux dernières inoculations ont été faites. Les deux premiers ulcères artificiels sont en voie de progrès; ils sont indurés et ont tous les caractères huntériens; leur largeur est de 15 millimètres.

Le 13, les pustules de l'inoculation faite le 8 sont ouvertes depuis deux jours; mais les ulcères sont moins larges, moins enflammés, moins durs et moins douloureux que les premiers.

Le 15, on fait sept inoculations dans la région sous-mammaire droite, avec le pus des premiers ulcères artificiels.

Le 18, il s'est formé sept petites pustules sur les piqûres faites le 15.

Les ulcères artificiels de la première et de la seconde inoculation sont encore virulents, mais ils ne gagnent plus en largeur.

L'ulcère utérin est en voie de réparation. On cautérise les granulations du col avec le nitrate acide de mercure.

Le 21, les ulcères des inoculations faites le 15 sont moins larges et moins douloureux que ceux des inoculations faites le 8 août. — On pratique huit nouvelles applications dans la région épigastrique, à gauche, avec le pus recueilli sur les seconds ulcères artificiels.

Le 24, huit pustules existent sur les dernières piqûres faites; mais ces pustules sont petites et entourées d'une faible aréole inflammatoire. Les premiers et seconds ulcères artificiels commencent à entrer en réparation. Les autres sont tous petits et demeurent stationnaires.

On fait six piqûres à droite sur la région épigastrique, avec du pus virulent pris à une autre malade.

Le 31, les ulcères des trois premières inoculations sont cicatrisés; ceux de la quatrième marchent vers la cicatrisation; celles du 24 commencent à se dessécher.

On fait vingt piqûres dans la région mammaire gauche avec du pus virulent fourni par une autre femme.

Le 2 septembre, vingt petites pustules peu inflammatoires se remarquent là où l'on a fait les dernières inoculations. Les ulcères artificiels de la quatrième inoculation sont cicatrisés.

Dix-neuf piqûres sont pratiquées dans la région thoracique gauche.

Le 3, les granulations du col utérin sont plus petites, et la leucorrhée a diminué. On répète la cautérisation.

Le 18, les ulcères de l'inoculation du 31 août et de celle du 2 septembre ont graduellement diminué d'étendue et sont cicatrisés. — L'ulcère de l'utérus est guéri.

On fait quinze inoculations dans la région thoracique latérale droite.

Le 20, six piqûres sous le sein droit avec le pus virulent d'un ulcère en voie de progrès chez une autre femme.

Le 22, les inoculations des 18 et 20 ont donné de petites pustules abortives.

Cinq nouvelles piqûres avec du pus virulent sont faites en haut de la région hypocondriaque gauche.

Le 28, menstruation régulière.

Le 2 octobre, les pustules des inoculations pratiquées le 18 et le 20 ne sont pas ouvertes et se dessèchent. Celles du 22 sont restées sans résultat.

On répète la cautérisation des granulations utérines, qui sont déjà beaucoup plus petites.

Le 4, on donne pendant huit jours de suite un bain sulfureux.

Le 13, on ne voit plus trace de pustules; l'induration des premiers ulcères artificiels a tout à fait disparu. Les cicatrices des deux premiers ulcères sont larges de 14 millimètres; celles des seconds d'un centimètre. On observe, en outre, trente cicatrices très-petites, qui laissent des vestiges à peine visibles.

Toutes les inoculations ayant été faites sur les parties latérales et postérieures du thorax et supérieures de l'abdomen, la face antérieure de l'abdomen ne présente aucune altération cutanée, si l'on en excepte quelques petites marques blanchâtres à la région épigastrique.

Tous les ulcères artificiels ont été traités simplement, comme à l'ordinaire, avec l'onguent réfrigérant, et durant la période d'acuité avec des cataplasmes. On n'a employé aucun remède à l'intérieur, si ce n'est quelques boissons nitrées lorsque la peau était chaude et le pouls un peu fréquent. La leucorrhée a guéri grâce à la cautérisation répétée des granulations utérines, lesquelles ne sont plus visibles.

Durant les inoculations, on n'a observé qu'un peu de fièvre après les premières inoculations (fièvre peut-être syphilitique qui s'est montrée aussi dans plusieurs autres cas semblables). Du reste, cette jeune fille jouit d'une santé parfaite; toutes les cicatrices ont presque entièrement perdu leur couleur cuivrée, et elle sort de l'hôpital le 13 octobre.

Obs. III. — Carolina Bava (n° 14), âgée de 16 ans, nubile, de tempérament bilioso-sanguin, de constitution très-robuste, est entrée à l'hôpital le 20 mars 1851, pour deux larges ulcères primitifs indurés à la fourchette, ouverts depuis dix ou quinze jours, et pour deux bubons inguinaux dans lesquels on sent une fluctuation évidente. Elle est infectée pour la troisième fois, mais n'a suivi qu'une seule cure mercurielle au moyen de quarante frictions mercurielles et de cent cinquante-six pilules de proto-iodure de mercure. Cela fut fait dans le second semestre de l'année dernière pour des ulcères primitifs indurés et des excroissances.

Le 31 mars, on commence les expériences en inoculant sur deux points de l'abdomen; on obtient deux pustules.

Le 7 avril, puis le 10, le 14 et le 17 on répète sur l'abdomen deux inoculations qui sont suivies d'ulcères décroissant de largeur. Tous ces ulcères se maintiennent superficiels et peu étendus.

Le 28 avril, les ulcères de ces inoculations sont presque tous cicatrisés à droite et à gauche. On examine les bubons; on y sent encore de la fluctuation, spécialement dans le gauche. Les ulcères de la vulve sont en voie de réparation. — On pratique le même jour trois inoculations sur l'abdomen et trois autres le 1er mai; elles sont toutes suivies de petites pustules.

Le 8 mai, on fait trois inoculations sur l'abdomen; elles ne donnent pas de résultat. Les deux bubons sont devenus indolents, plus petits, et la fluctuation qui y était manifeste ne s'y sent plus qu'à peine.

Les 15, 19, 22, 29 mai et le 4 juin, on répète diverses inoculations qui donnent lieu à de petites pustules (1). Les ulcères de la vulve sont cicatrisés depuis peu de jours; et le 20 juin tous les ulcères artificiels sont guéris.

Du 7 juin au 19 juillet, on pratique à courts intervalles trente-cinq inoculations, desquelles on n'obtient tantôt aucun résultat, tantôt rien que de petites pustules, effet de la plaie produite par l'aiguille, qui se dessèchent en quatre à cinq jours, sans laisser de traces. Mais l'inoculation du 19 juillet donne naissance à une petite pustule dont la croûte, enlevée le 24, laisse apparaître un petit ulcère qui présente encore les caractères de l'ulcère syphilitique. Le 30 du même mois, cet ulcère était entièrement guéri.

Du 19 au 31 juillet, on fait encore vingt inoculations, dont quatre sur la face interne de la petite lèvre droite. On n'en obtient pas de résultat positif.

Le 17 août, cette fille sort du syphilicôme, après y être restée quatre mois et vingt jours, y ayant joui sans interruption d'une santé parfaite.

Elle a été enregistrée au nombre des presque syphilisées.

Obs. IV. — Claudina Blaugini, nubile, âgée de 25 ans, de tempérament lym-

(1) Dans cette observation, on ne donne aucun détail sur la source d'où provenait le pus qui a servi aux différentes inoculations.

---

savoir *s'il vaut mieux avoir des passions faibles que de n'en pas avoir du tout*, et qui conclut bel et bien à ce que l'on s'en passe absolument. Nous n'en sommes pas encore là par malheur; mais dans la crainte que cet idéal ne soit trop inabordable dans les choses de la vie, nous tâchons du moins de nous en approcher le plus possible dans les choses de la science. Nous y réussissons encore assez bien dans la controverse proprement dite. Il est telles attaques, telles plaisanteries qui nous laissent parfaitement calmes, placides au superlatif. Et nous avons même la satisfaction de remarquer que nous faisons tous les jours des progrès en ce genre, à ce point qu'il nous arrive assez souvent de dépasser l'état d'indifférence pour aller jusqu'au rire. Le bon Dieu soit loué de ces dispositions naturelles pour les menus avantages qu'elles procurent! Elles donnent l'impartialité et la modération du jugement, le respect des intentions, la mesure du langage et quelques autres bribes. C'est un viatique pour le long et dur pèlerinage de la critique, un préservatif contre les embûches, une arme contre les attaques imprévues, une consolation dans les inimitiés, une excuse dans l'erreur, un triomphe dans la vérité. On ferait là-dessus une litanie. Sainte Placide, priez pour nous! Saint Benoît, exaucez-nous!

A ce propos, il nous souvient qu'une des comédies de Plaute a pour personnage principal un certain Pyrgopolinice, autrement dit *preneur de remparts*, haut en paroles et toujours sûr de son fait, un crâne fini. « Vous souvenez-vous, lui dit un parasite, de cet éléphant dont vous conpâtes le bras dans les Indes? — Comment, le bras? — J'ai voulu dire la cuisse. — Et je n'y mettais pas toutes mes forces. Duquoi te souvient-il encore? — Il me souvient que vous tuâtes cent cinquante hommes en Cilicie, plus cent Sycolatronides, trente Sardes et soixante Macédoniens en un seul jour. — Combien tout cela fait-il d'hommes? — Sept mille. — Oui, ce doit être le compte... » Qu'en dites-vous? N'est-ce pas un homme à fuir comme la gueule du loup? Quel gaillard! Ajouter qu'il brise les cœurs féminins aussi bien que les cuisses d'éléphant. Mais attendez: voici venir Periplectomène, l'*homme calme* de la comédie. Celui-ci ne se trouble pas de ces fanfaronnades; aussi les rôles changent-ils bientôt. L'homme aux sept mille victimes baisse la tête, et finit par demander grâce pour échapper aux étrivières. Telle est la pensée philosophique que développait, en tournant sa meule, cet esclave de génie qui connaissait le cœur humain.

Confiez-vous à votre bonne Gazette, chers abonnés; elle a vécu; elle a traversé bien des vicissitudes; sur les routes tant de fois parcourues de la science et de la profession, elle a appris à connaître les écueils; bien maladroite serait-elle de vous y conduire, vous ses hôtes précieux. Ce ne serait pas la première fois qu'elle échapperait, au contraire, au naufrage en se séparant de la foule pour suivre une voie solitaire. Songez d'ailleurs qu'il ne s'agit que d'un voyage d'exploration, où nous apportons toute la prudence imaginable. Si la côte inconnue n'offre rien de curieux ou d'utile, eh bien! nous le saurons. Reconnaître une erreur ou découvrir une vérité, c'est presque la même chose.

A. Dechambre.

phatico-sanguin, de bonne constitution, dysménorrhéique depuis plusieurs mois, entra au syphilocôme le 2 avril 1851, pour divers ulcères primitifs, dont un très-vaste, à la fourchette, ayant 3 centimètres de largeur, deux autres à l'orifice du vagin, d'autres sur la peau de la face externe de la grande lèvre droite, et enfin un grand nombre à l'entrée de l'anus. Elle a, en outre, un bubon fémoral douloureux du côté droit. Cette fille est infectée pour la première fois, et depuis plus d'un mois.

Le 3 avril, on commence l'inoculation, et l'on fait sur l'abdomen trois piqûres qui sont suivies, le troisième jour, d'autant de pustules bien manifestes.

Le 10, on pratique deux autres inoculations; on les répète le 14. Le 21, on constate qu'elles ont toutes produit un résultat positif.

Le 28, les nouveaux ulcères provenant des précédentes piqûres sont tous les quatre ouverts, indurés; ils ne font pas exception à la règle générale de la diminution en largeur. Les ulcères de la vulve et de l'anus ont subi une grande amélioration, notamment le plus large qui se déterge. On réitère deux inoculations qui donnent un résultat positif.

26 mai. On a suspendu l'expérience jusqu'à ce jour, à cause de l'apparition d'un engorgement de l'utérus qui a nécessité quelques émissions sanguines.

Pendant ce temps, les ulcères inoculés qui ont continué à sécréter beaucoup de pus sont maintenant presque tous cicatrisés. Les ulcères de la vulve et de l'anus (excepté celui situé à la fourchette, qui est cicatrisé aux deux tiers) sont tous guéris sans avoir été cautérisés et sans autre médication que l'application de charpie. On recommence l'inoculation en faisant deux piqûres, répétées le 29. Les unes et les autres donnent naissance à de petites pustules.

Le 4 juin, l'ulcère de la fourchette est cicatrisé, ainsi que tous les ulcères artificiels qui existaient encore le 26 mai. Il ne reste que les pustules qui sont l'effet des dernières inoculations. — On fait deux nouvelles inoculations, puis encore deux le 16. Il en résulte quatre petites pustules.

Le 20, les pustules produites par les inoculations des 26 et 29 mai se sont ouvertes et ont laissé voir des ulcères offrant tous les caractères huntériens. Il en est de même des pustules dépendant de l'inoculation du 4 juin, si ce n'est que les ulcères qui leur ont succédé sont très-petits. Les piqûres faites le 16 ont occasionné des pustules qui commencent à se dessécher sans s'être ouvertes.

De ce jour au 27 juillet, on fit trente-six piqûres en dix fois, et toujours il n'y eut que des résultats négatifs, c'est-à-dire aucun effet, ou bien quelques petites pustules qui se desséchèrent en peu de jours et guérirent sans laisser de trace. Le 10 juillet, tous les ulcères artificiels étaient guéris.

Le 27 juillet, on pratiqua sept piqûres qui donnèrent lieu à cinq petites pustules, lesquelles s'ouvrirent le 31, et mirent à découvert cinq petits ulcères n'ayant pas plus de 2 millim. de largeur, mais caractéristiques. Ils sont peu douloureux, et le 8 août ils sont parfaitement guéris.

Postérieurement à cette époque, on fit encore vingt-trois inoculations (1), dont trois sur la face interne de la petite lèvre droite. On n'en obtint plus aucun résultat.

Cette malade sort de l'hôpital le 19 août 1851, après y être restée quatre mois et dix-sept jours. Elle a de la fraîcheur et jouit d'une excellente santé. Dix à douze cicatrices sur le ventre demeurent seules visibles. A l'époque de la sortie, la teinte cuivrée qu'elles offraient à un degré très-prononcé commence à s'effacer.

Il faut remarquer ce fait que cinq petits ulcères se sont développés de nouveau, après tant d'inoculations qui précédemment avaient échoué. Mais on devra considérer aussi qu'ils ont guéri en peu de jours sans s'être étendus.

Cette fille a été enregistrée parmi les presque syphilisées.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE ; par les docteurs Bouley, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et Caillault, ex-interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir les numéros 27 et 28.)

C. Il nous reste, pour terminer les trois formes de gangrène que nous avons admises au commencement de ce travail, à décrire un état anatomo-pathologique tout particulier que nous n'avons rencontré qu'un petit nombre de fois et dont nous n'avons trouvé aucune mention dans les auteurs. Aussi ne ferons nous rien autre chose, sur ce sujet, que d'indiquer brièvement ce qui nous a frappés dans cette forme insolite.

(1) Même remarque que pour l'observation précédente, relativement à l'absence de tout renseignement sur la source d'où provient le pus employé pour ces diverses inoculations.

Nous avons vu, chez des enfants arrivés au plus haut degré d'une cachexie profonde, des parties entières plus ou moins considérables du tissu muqueux converties en escarres jaunâtres ayant l'aspect de morceaux d'amadou, et qui conservaient la forme normale des gencives. Le bord onduleux lui-même n'avait rien perdu de sa régularité, et, dans ce point, il n'existait aucune ligne ulcéreuse. Ces parties, ainsi mortifiées, avaient encore leur adhérence aux collets des dents. Sur les limites des escarres jaunâtres, il n'existait aucune trace appréciable d'un travail de séparation d'avec les parties saines. De même, pas de changement dans le niveau et dans la texture, la couleur seule indiquait les parties mortes et les parties vivantes. L'accroissement de ces véritables séquestres se faisait d'une façon occulte. Ils grandissaient lentement, il est vrai, mais voilà tout ce qu'une observation attentive pouvait constater : tout au plus à leur périphérie, retrouvait-on un léger œdème diffus, à peine sensible. Il semblait que, dans ces cas, l'économie était impuissante à fournir à la gangrène ses moyens d'action et son allure ordinaires. En incisant ces escarres, on les trouvait, à l'intérieur, de la même couleur qu'à l'extérieur ; de même aussi, les parties saines n'offraient également aucune trace d'un travail, soit d'envahissement, soit d'élimination. Le périoste sous-jacent était devenu grisâtre et se détachait facilement ; les os eux-mêmes étaient plus foncés que dans les points voisins.

Nous devons répéter que ces lésions ultimes paraissaient se produire dans les derniers instants de la vie, à la fin de cette cachexie toute spéciale pendant laquelle se montrent toutes ces gangrènes infantiles.

ROUGEOLE ; ESCARRES JAUNES.

Obs. III. — Julie Vouillon, âgée de 2 ans. Entrée le 17 décembre 1850, et couchée au n° 23 de la salle Sainte-Anne.

Cette enfant est petite et peu développée ; elle offre quelques traces légères du rachitisme. Ses parents l'apportèrent à l'hôpital pour la diarrhée et un abcès furonculeux à la fesse. Quelques jours après son admission dans la salle, elle fut prise d'une varioloïde assez discrète. Pendant la convalescence de cette fièvre éruptive, elle contracta la coqueluche qui, dans le cours de février, suivit sa marche ascendante d'une manière rapide. A la suite de ces maladies, la diarrhée avait pris une nouvelle intensité, et l'enfant était arrivée à un état de marasme extrême, lorsqu'en outre elle subit une autre contagion. Des ophthalmies purulentes subaiguës existaient autour d'elle chez des malades absolument dans les mêmes conditions de santé et d'hygiène ; aussi elle ne tarda pas à contracter l'ophthalmie. Mais cette maladie n'ayant pas alors un génie inflammatoire très-intense, la forme catarrhale dominant, l'enfant ne perdit point les yeux, malgré l'excessive photophobie et l'abondance énorme de la suppuration.

L'amaigrissement de cette malade était arrivé au plus haut degré ; les quintes de coqueluche ne perdaient point de leur violence, et souvent elles provoquaient des vomissements complétement ensanglantés. La maigreur de son corps et de son facies faisait ressortir le volume considérable de ses énormes paupières rouges et œdémateuses, dessous lesquelles s'écoulaient sans cesse des ruisseaux de pus jaunâtre et très-liquide. La percussion des parois thoraciques ne donnait aucun renseignement. L'auscultation démontrait des râles sibilants et muqueux excessivement abondants ; le poumon gauche offrait à sa base un souffle rude dans une petite étendue. Cette malheureuse créature était arrivée au dernier degré du marasme, et son inanition était telle, que sa voix à demi-éteinte avait peine à se faire entendre. Sans cesse elle était dévorée par une soif insatiable ; jour et nuit elle ne cessait de répéter le même cri pour demander à boire, lorsque le 4 mars, à la visite du matin, on s'aperçut qu'elle avait la lèvre supérieure un peu plus saillante que de coutume ; en touchant ce point, on sentait un peu d'œdème au niveau de l'union de la base du nez avec la lèvre.

Les gencives et la bouche, examinées soigneusement, étaient dans l'état suivant. Dents au nombre de 20, très-saines et bien rangées ; à la gencive supérieure, au niveau de la canine et de l'incisive gauches contiguës, il existait une escarre d'un gris-blanc jaunâtre, occupant la distance de ces deux dents en largeur, et offrant, en hauteur, environ un centimètre et demi. Cette escarre avait la forme d'une demi-circonférence, dont le bord libre de la gencive formerait le diamètre. Elle était molle, sans aucun point ulcéré. La gencive paraissait être spontanément sphacelée sur place, sans travail ulcéreux préparatoire qui eût marché de proche en proche en déterminant par sa présence un détritus phagédénique.

Ici, en effet, il n'existait aucun travail d'ulcération et d'élimination. Une portion du tissu gingival avait perdu la vie et la coloration normale, sans autre changement physique. La forme même n'était nullement altérée ; le bord onduleux des gencives, dans ce point, n'avait point abandonné le contact des dents. Les portions saines étaient nettement tranchées d'avec les parties mortifiées, au niveau de la canine supérieure droite, ou plutôt, le petit cône de la gencive qui fait saillie sur l'interstice de la canine et de l'incisive contiguës était complétement converti en un séquestre, de même nature, de même aspect, sans ulcération à son limbe et sans travail ulcéreux ou éliminateur au pourtour. La forme de cette escarre est exactement la même que chez la précédente, mais seulement les dimensions sont beaucoup moins grandes ; il est évident qu'ici la lésion débute.

Le 5 mars, l'état général est le même. Les escarres ont fait des progrès ; on voit facilement qu'elles ont grandi ; mais à part cela rien n'est changé.

Le 6, l'état général n'offre rien de nouveau ; les escarres se sont accrues ; la

plus grande a atteint le fond du repli gingivo-labial; l'autre n'a pas encore atteint tout à fait les proportions qu'avait la première lorsqu'elle fut découverte.

Le 7, la dyspnée fait des progrès considérables; les efforts respiratoires sont violents; le pouls devient filiforme parfois. Légère teinte asphyxique de la face, des ongles et des mains. Accroissement très-peu notable des escarres; elles paraissent moins adhérentes aux dents et leur limbes semblent se ramollir.

Le 8, apnée. Mort survenue dans la matinée.

AUTOPSIE pratiquée le 9 au matin.

Cadavre très-amaigri, comparable à celui d'un petit vieillard. Sur tout le corps, il existe des taches comme des ecchymoses dans les points où ont existé les pustules varioliques. Le ventre est gros et déjà verdâtre. La lèvre supérieure est peut être un peu saillante et légèrement œdématense. Les escarres ont exactement le même aspect que pendant la vie; seulement leurs bords libres sont légèrement ramollis et comme frangés. Une section faite au-dessus des parties malades divisant l'escarre dans toute sa hauteur, montre qu'il n'existe aucune séparation entre les parties saines et les parties mortes; la coloration est la même à l'extérieur et dans leur épaisseur; seulement le périoste sur lequel elles sont appliquées est gris et s'enlève à la moindre traction; l'os lui-même offre une coloration plus foncée que dans les parties saines qui sont découvertes pour établir la comparaison.

Le reste de la bouche était normal, excepté à la mâchoire inférieure où on trouva sur une partie saillante de la gencive, entre deux molaires, une escarre jaune pareille aux précédentes; mais dont les dimensions ne dépassaient pas un pois rond ordinaire. Les deux poumons offraient les lésions de la pneumonie catarrhale. La trachée, le larynx, les bronches étaient d'un rouge prononcé. Pas de tubercules. Les conjonctives étaient saines et décolorées. Il existait sur l'une des cornées une ulcération de la grandeur d'un grain de millet.

Les autres organes étaient sains.

Chaque fois que nous avons disséqué les tissus gangrenés, nous avons rencontré les particularités indiquées par les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique, sur l'oblitération des artères, ainsi que l'épaississement et la mollesse de leurs parois. Lorsque nous avons tenté de pousser une injection colorée par l'une des carotides dans le cas de gangrène noire de la bouche, nous avons vu le liquide s'échapper par tous les points de la surface ulcérée. Ce résultat était-il produit par des déchirures provoquées par l'injection ou n'était-il dû qu'à notre peu d'habitude dans ces sortes de manœuvres?

Quand la gangrène occupe les joues, le tissu cellulaire intermusculaire est habituellement baigné par une sérosité jaunâtre d'un aspect légèrement huileux; les muscles eux-mêmes sont humides et souvent d'une teinte verdâtre, se laissant déchirer facilement par la moindre traction. Souvent il arrive qu'une joue tout entière est noire, charbonnée par la gangrène, et qu'on y constate encore des mouvements lorsque l'enfant parle ou mange; il ne faut pas toujours en induire que le tissu musculaire n'a pas participé à la mortification générale de toute l'épaisseur de la paroi jugale, parce que le plus souvent les mouvements de la joue ne sont que le résultat de la contraction d'une des extrémités périphériques des muscles de cette région qui ébranlent encore par une sorte de mouvement de locomotion toute l'escarre.

Il est un fait signalé par Baron que nous avons constaté très-souvent: c'est que dans l'épaisseur même des escarres il se trouve des portions de tissu graisseux non gangrené, mais infiltré d'une sérosité jaunâtre et huileuse. Il semble en effet que le tissu adipeux résiste à l'action gangréneuse; nous avons rencontré de volumineux pelotons graisseux qui avaient séjourné au milieu d'une sanie putride pendant plus d'une semaine sans offrir la moindre trace d'altération autre que cette sérosité jaunâtre.

Il nous est arrivé plusieurs fois de rechercher en vain à reconnaître dans ces détritus la trace des artères et des muscles; plus souvent les nerfs furent retrouvés intacts au milieu même de la destruction des autres parties; d'autres fois le névrilème seul était noirci et le tronc nerveux était complètement sain, son enveloppe immédiatement enlevée.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE L'ENTORSE; par le docteur SEUTIN.

Les nos 25 et 26 de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS renferment un mémoire de M. Baudens *sur le traitement de l'entorse*, que je ne puis laisser passer sans rappeler encore une fois mes vues et ma pratique à cet égard. De tout temps, j'ai reconnu la justesse de ce que dit M. Baudens relativement à la fréquence des amputations nécessitées par les suites d'entorses négligées. Voici comment je m'exprime à ce sujet, dans le TRAITÉ DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE (p. 183, éd. de 1849): « Les accidents consécutifs qu'elle entraîne sont tels qu'ils peuvent amener des désordres considérables dans l'articulation qui en est le siége et nécessiter plus tard l'amputation du membre. Toutes les articulations ne sont pas également exposées aux entorses; on sait que sous le rapport de la fréquence, celle du pied avec la jambe ou tibio-tarsienne, occupe le premier rang; vient ensuite celle du poignet, celle des os du tarse entre eux, celle du genou, du coude et des doigts, et enfin celle de l'articulation coxo-fémorale.

» Dans l'entorse, il s'opère toujours un déplacement momentané des surfaces articulaires, par suite duquel les ligaments éprouvent une distension ou sont rompus; la capsule synoviale peut même être ouverte, les cartilages articulaires contusionnés, les muscles, les tendons et les vaisseaux voisins allongés, lacérés et quelquefois rompus. De là la vive douleur qu'éprouve le sujet au moment de l'accident, le gonflement, les ecchymoses, les chaleurs, la sensibilité et la tuméfaction inflammatoire qui peut passer à la suppuration et déterminer le ramollissement des cartilages, la carie des os, etc., etc. »

Depuis longtemps je me suis occupé des moyens propres à prévenir ces résultats funestes, si fréquents surtout dans la chirurgie militaire, et j'ai autrefois publié un article à ce sujet.

Comme le dit M. Baudens, le symptôme irritant de l'entorse, celui qui marque son début, c'est la douleur. Bientôt l'afflux du sang y ajoute la tuméfaction et la chaleur. La première peut être tellement prononcée qu'elle masque complétement les saillies articulaires; elle reconnaît deux causes: d'abord la rupture des vaisseaux contenus dans ses parties dilacérées par la violence; ensuite le raptus sanguin déterminé par l'irritation. Le sang s'épanche entre les ligaments, dans l'articulation même, entre les tendons, dans leurs gaînes, et arrive jusqu'à la peau où il produit une ecchymose bleue ou violacée plus ou moins étendue.

Si l'on abandonne l'entorse à elle-même, l'ecchymose disparaît; la douleur et la tuméfaction diminuent, mais sans céder complétement. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'articulation s'enflamme, elle suppure, les os se carient, et l'on a en dernier résultat une véritable tumeur blanche.

Quels sont les moyens de prévenir ces funestes conséquences? C'est de traiter convenablement l'entorse, de faire disparaître entièrement les accidents auxquels elle donne lieu, et d'empêcher ainsi le développement de cette inflammation consécutive.

Voici en quels termes, dans mon TRAITÉ DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE, j'ai énoncé les indications qu'offre le traitement de l'entorse:

« 1° Prévenir le gonflement ou le combattre lorsque déjà il s'est manifesté; 2° favoriser la cicatrisation des parties fibreuses qui ont été tiraillées ou rompues; 3° surveiller l'état de l'articulation et lui rendre sa forme et ses mouvements. »

M. Baudens de son côté dit:

« Le traitement de l'entorse repose sur deux indications fondamentales: 1° prévenir ou combattre l'inflammation; 2° obtenir l'immobilité des surfaces articulaires. »

Je ne sais si j'ai tort, mais jusqu'ici *j'ai toujours regardé l'immobilité de l'organe malade comme le principal moyen de prévenir et de combattre l'inflammation*; je ne puis donc accepter la division établie par M. Baudens, et j'avoue que je préfère encore la manière dont j'ai posé les indications. Ceci n'est nullement indifférent; car l'énoncé de M. Baudens nous conduit à employer deux moyens différents, l'un au commencement, l'autre à la fin; moi, au contraire, depuis le moment de l'accident jusqu'à la terminaison, je ne mets en usage qu'un seul et même moyen, qu'on peut modifier selon les circonstances.

M. Baudens est entièrement d'accord avec moi, relativement à l'action des sangsues et des cataplasmes; les uns et les autres, ainsi que les ventouses scarifiées, tendent à augmenter l'afflux sanguin vers l'articulation au lieu de le détourner. Il y a longtemps que j'ai publié ce principe, et je ne cesse, dans mes cours de clinique, d'éloigner mes élèves de l'emploi de ces moyens, tant dans les entorses que dans les contusions et les fractures. A coup sûr, l'eau froide appliquée d'une manière continue, prolongée pendant plusieurs jours de suite, est beaucoup plus efficace et beaucoup plus rationnelle; mais ce moyen offre aussi des inconvénients. Il est applicable seulement aux entorses du pied et de la main. Il est incommode et quoi qu'on en dise le malade doit être peu satisfait de tenir le membre constamment dans un vase rempli d'eau froide pendant huit, dix, quinze jours; il n'aura même pas toujours la patience de s'y soumettre. Dans bien des cas, l'eau froide ne répond pas à ce qu'on attend d'elle; le membre y est plongé; il est froid, et pourtant le blessé se plaint d'une chaleur incommode, quelquefois insupportable à l'intérieur. Enfin, quoi qu'en dise M. Baudens, on a vu parfois l'application du froid amener des escarres à la peau, même la gangrène des orteils, des pneumonies, des pleurésies, des arthrites, etc.

L'immobilité jointe à une compression douce, bien méthodique, bien mesurée, telle qu'on l'obtient par l'emploi de ma méthode, atteint le même

but que l'eau froide, et n'en offre nullement les inconvénients. Voici ce que j'ai dit dans mon ouvrage :

« Le bandage amidonné satisfait à cette triple indication. Appliqué immédiatement après l'accident, il prévient, mieux que l'eau froide et tous les topiques résolutifs préconisés par les auteurs, le gonflement et autres accidents secondaires. Même quand la tuméfaction s'est déjà manifestée, ce bandage, par la compression douce et modérée qu'il exerce sur les tissus, facilite la résolution, qui s'opère rapidement. Rien n'empêche d'ailleurs de combiner son emploi avec d'autres moyens locaux, tels que la glace, etc.

» Par l'immobilité dans laquelle il tient l'articulation, l'appareil amovo-inamovible favorise aussi la cicatrisation des fibres ligamenteuses divisées, et la faculté qu'on a de pouvoir l'ouvrir quand on veut, permet de surveiller les parties lésées aussi souvent qu'il est nécessaire, de suivre les progrès de la guérison, et de faire exécuter à l'articulation, en temps opportun, des mouvements mesurés, afin d'empêcher la roideur et l'ankylose. »

Je n'établis donc pas, comme M. Baudens, deux périodes dans le traitement de l'entorse; pour moi, les indications sont les mêmes du commencement à la fin, et le moyen de les remplir est le même aussi. M. Baudens dit :

« Je suis loin de partager, comme on le voit, l'opinion des chirurgiens qui conseillent de combattre les inflammations externes, et celles des entorses en particulier, par la compression dès le début. Cette pratique a pu réussir, *surtout si l'entorse est légère*, entre les mains de chirurgiens habiles, comme MM. Bégin et Velpeau; mais tout le monde sait qu'elle est remplie de dangers, dont le moindre est d'être contraint, par la violence des douleurs, à retirer le bandage. J'ai la conviction que, dans ce cas, comme dans bien d'autres, une foule de graves accidents, principalement ceux de l'étranglement, peuvent surgir et surgissent en effet, d'une simple bande comprimant trop ou avec inégalité. »

Ainsi, selon M. Baudens, la compression dès le début réussit surtout *si l'entorse est légère*. C'est au contraire dans les cas les plus graves, lorsqu'il y a contusion violente, distorsion du pied, déchirure des ligaments, gonflement énorme, douleurs vives, fracture des malléoles, que ma méthode fournit les résultats les plus frappants, les plus avantageux. Dans tous ces cas, je l'applique immédiatement, sans crainte, sans arrière-pensée, et constamment le succès couronne ma pratique.

M. Baudens pose ensuite cette condition, que la compression, pour réussir, doit être appliquée par des chirurgiens habiles, comme MM. Bégin et Velpeau. Tous les jours elle est appliquée par mes élèves, dans les cas les plus graves, et cela avec le même succès. — C'est que la compression est un moyen qu'il faut savoir manier, comme du reste tous ceux que la chirurgie emploie; et pour le savoir, ce n'est pas une aptitude spéciale, un don de la nature qu'il faut, c'est tout simplement l'exercice, l'habitude. Si bien des chirurgiens lui trouvent des inconvénients au lieu d'avantages, c'est qu'ils n'ont pas cette habitude, c'est qu'on ne la fait pas acquérir aux élèves. Pour moi, c'est un point auquel j'attache la plus grande importance, j'exerce mes élèves à appliquer des appareils compressifs, et, avec les traditions de l'hôpital Saint-Pierre, son emploi ne leur fournira aucun mécompte.

M. Baudens dit lui-même que les accidents graves qu'il reproche à la compression surgissent *d'une simple bande comprimant trop ou inégalement*. En effet, les personnes qui ne sont pas exercées sont toujours portées à serrer trop fort ; elles compriment surtout sur les saillies, sur les parties amincies, comme la partie inférieure de la jambe ou de l'avant-bras; elles négligent de garnir les éminences et de remplir les creux. Mais que résulte-t-il de cela? C'est qu'avant d'employer un moyen, il faut s'exercer et apprendre à le manier.

Du reste, supposez même la compression mal faite ou mal répartie, la méthode amovo-inamovible permet d'y obvier instantanément. On opère la section de l'appareil au moyen des ciseaux; on garnit les saillies douloureuses; on remplit d'ouate les creux; on serre moins là où la pression était trop forte, et l'on arrive ainsi au but désiré.

Parmi les observations rapportées par M. Baudens, il s'en trouve une d'entorse du pied avec fracture du péroné, et issue de la malléole interne à travers les téguments. Le traitement a consisté dans l'emploi de la boîte de M. Baudens et des applications froides. Ce cas est justement un de ceux dans lesquels le bandage amidonné convient le mieux; comme je l'ai dit, il n'exclut pas, du reste, l'emploi du froid.

Il est une circonstance sur laquelle M. Baudens n'a pas insisté et que je regarde comme capitale. Je veux parler de l'écartement des malléoles, suite, tant de la violence même que de la rupture des ligaments. Lorsqu'on emploie les sangsues, les cataplasmes, l'eau froide, les résolutifs, cet écartement persiste, la mortaise tibio-péronière reste plus large, elle ne contient plus exactement la poulie astragalienne, et celle-ci se déplace beaucoup plus facilement. De là une tendance continuelle à la reproduction de l'entorse; de là ce principe, consacré par l'expérience, qu'une fois atteint d'une entorse, on reste prédisposé à en contracter d'autres à la même articulation. Par l'emploi de ma méthode, on rapproche les malléoles dès le début, alors qu'elles ne se sont pas encore fixées dans leur nouvelle position, et l'on évite, ou du moins on diminue considérablement l'écartement, et avec lui la prédisposition fâcheuse dont je viens de parler. Aucune autre méthode n'offre cet avantage.

Dans la seconde période de l'entorse, lorsque les chances d'inflammation aiguë sont passées, M. Baudens remplace enfin l'eau froide par un appareil compressif. Pour appliquer celui-ci, on remplit de petits coussinets de ouate les creux péri-malléolaires, et l'on entoure le pied et le bas de la jambe d'une bande de 3 centimètres de largeur disposée en étrier. Cela fait, on enduit la bande d'une solution de gomme qui, en se desséchant, donne à l'appareil une dureté ligneuse. Par la disposition en étrier, le talon est laissé à nu ; les espaces sous-malléolaires et les côtés de la partie inférieure du tendon d'Achille ne sont pas comprimés. C'est au-dessous des malléoles que généralement les fluides épanchés s'accumulent, surtout si, par la compression des autres parties, on les y refoule. Aussi, en voyant l'appareil représenté dans le n° 25 de la Gazette Médicale, je ne m'étonne pas qu'au début il gêne les malades et ne produise aucun bon effet. Dans l'application de mon appareil, je fais passer la bande latéralement sur les côtés du talon, allant du tendon d'Achille vers la plante du pied, et je comprime ainsi les espaces sous-malléolaires, préalablement remplis au moyen de compresses graduées; quelques tours de bandes emboîtent le talon lui-même. Les tours de bande sont égalisés et maintenus au moyen de l'amidon. Je suis d'autant plus surpris que M. Baudens ne parle pas de ce procédé pour envelopper le pied en entier, que je lui en ai montré l'application dans mon service.

Quant à la gomme, elle a été proposée depuis longtemps et employée par M. Limauge dans nos hôpitaux militaires; on y a renoncé à cause de son prix élevé.

Voici ce que je dis dans mon ouvrage sur l'action et l'application de ma méthode :

« Je ne puis ici établir des règles fixes sur le mode d'application du bandage amidonné, car celui-ci doit varier dans sa construction, selon l'articulation qui est le siége de l'entorse, et selon la gravité de la lésion.

» Il consiste ordinairement en un bandage roulé avec ou sans carton, exerçant une compression méthodique, régulière sur les tissus si favorable à la résorption des fluides épanchés, maintenant l'articulation dans l'immobilité. Le bandage doit être appliqué d'après les règles générales que j'ai établies dans un autre endroit de cet ouvrage. Tout en employant ce moyen, qui n'exclut pas la saignée si elle est jugée nécessaire, on donne au membre une position déclive, ou bien, si le dégorgement s'est opéré et qu'il s'agisse de l'articulation tibio-tarsienne, on permet la marche à l'aide d'une béquille à support, sur laquelle la jambe est placée obliquement, de manière à ce que le pied soit plus élevé que le genou. Je permets même la marche lorsque le bandage est bien solidifié, et elle s'exécute facilement et sans douleur, l'articulation restant dans l'immobilité.

» La méthode amovo-inamovible appliquée au traitement des entorses n'exclut pas, comme je l'ai déjà dit, l'emploi des topiques résolutifs, etc., mais elle s'en passe comme étant inutiles. La compression exercée par le bandage, jointe à l'immobilité de l'articulation, fait tout; son action est ici antiphlogistique, car elle empêche l'inflammation de se développer, et facilite la résolution du gonflement. Le bandage amidonné atteint mieux ce but que la méthode de Larrey, qui consiste à envelopper l'articulation malade avec des pièces de linge imbibées du mélange solidifiant dont il faisait usage pour son appareil inamovible; il l'atteint mieux aussi que la compression avec des moules en plâtre dans lesquels M. J. Cloquet renferme le membre. »

Ainsi, même dans les cas les plus graves, le malade peut marcher, soit sur un pilon-béquille, soit sur des béquilles, soit même sur son membre bien maintenu par des lames en carton sec placées au-dessus de l'appareil. La station et la déambulation sont un soulagement et une consolation pour les malades; elles permettent à beaucoup d'ouvriers de continuer des travaux indispensables à l'entretien de leur famille; enfin, chez les sujets de mauvaise constitution, de tempérament lymphatique, chez les scrofuleux, elle constitue un élément important de guérison.

M. Baudens reproche au bandage de Larrey de comprimer trop au début, et de ne plus comprimer ensuite assez fortement. Ces reproches ne peuvent atteindre ma méthode. En effet, on applique d'abord l'appareil de façon à comprimer doucement; et lorsque la diminution du gonflement le rend trop large, on a différents moyens d'y obvier. On peut enlever l'appareil pour le réappliquer; ou bien on peut le ramollir en l'humectant, et le resserrer en le recouvrant d'une nouvelle bande roulée; ou bien enfin, on peut le sectionner selon les principes de ma méthode. Ce dernier moyen

sera préférable, surtout lorsqu'il y aura des douleurs vives, ou une plaie, ou une fracture des malléoles.

M. Baudens m'a fait, dans le temps, l'honneur de visiter mon service; je lui ai exposé en détail ma méthode, je lui ai montré mes appareils, il a pu voir par ses yeux les résultats auxquels je suis parvenu. Comment donc peut-il encore employer et recommander l'eau froide? Comment peut-il restreindre les appareils compressifs et immobilisateurs à la seconde période? Comment surtout n'a-t-il fait aucune mention de ma méthode, dont son bandage gommé n'est qu'une modification nullement perfectionnée? Je le comprends d'autant moins que mon traité de la méthode amovo-inamovible, dont je viens de citer des passages, est maintenant très-répandu en France, qu'il en existe même une édition française, publiée par M. Martin-Lauzer.

On ne me reprochera pas d'ailleurs de n'avoir pas assez fait pour répandre ma méthode en France. Je l'ai montrée à une foule de médecins français qui sont venus me voir ici, et en particulier à M. Baudens lui-même. Je me suis rendu plusieurs fois à Paris, et je l'ai appliquée avec succès en présence de Blandin, de MM. Roux, Boyer, H. Larrey, Nélaton, Jobert, etc. Et pourtant elle ne s'y répand pas; les ouvrages français les plus récents la décrivent mal et en donnent de fausses appréciations; quelques-uns même n'en parlent pas plus que M. Baudens dans son mémoire. En Allemagne, en Russie, en Italie, c'est tout le contraire, et lors de mon voyage, je l'ai trouvée mise en usage à Saint-Pétersbourg, par M. Kurel; à Moscou, par M. Évenius; ces messieurs l'appliquaient exactement comme moi; il n'y manquait rien, pas même le compressimètre. Et aujourd'hui, à Saint-Pétersbourg, M. le professeur Pelikan fils, qui m'a accompagné au Caucase, ne cesse de la propager et d'en retirer les plus grands avantages. Elle était appliquée également dans le Caucase, à Tiflis, à Naples, à Turin; cependant j'ai fait beaucoup moins d'efforts pour la propager dans ces pays-là qu'en France. Lyon fait toutefois exception, et depuis mon passage en cette ville, j'ai appris que MM. Bonnet, Barrier, Desgranges l'employaient dans leurs services. En vérité, je ne comprends pas que la France, si avide d'innovations utiles, soit en médecine tellement éloignée de tout ce qui ne vient pas d'elle, qu'elle ne veuille pas même céder à l'évidence. Cependant je ne désespère pas de la convaincre; j'espère surtout trouver encore l'occasion de prouver à M. Baudens toute l'efficacité de ma méthode. J'aime à croire qu'il a oublié ce que je lui ai dit autrefois, et je regretterais qu'il en fût ainsi. Je suis toutefois prêt à recommencer, soit lorsque j'irai à Paris, soit lorsque M. Baudens nous honorera de nouveau de sa visite. Je me ferai toujours un devoir de saisir toutes les occasion de la propager. Je ne perds pas l'espoir d'en rencontrer une qui me mettra à même d'être jugé par des hommes distingués et qui sauront apprécier tous les avantages que cette méthode est appelée à rendre, à la chirurgie militaire surtout.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DE PARIS.

(Suite.)

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Numéros de janvier, février et mars 1852.)

GUÉRISON DE LA CHORÉE PAR LA STRYCHNINE; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

« Tous les praticiens expérimentés savent, dit M. Forget, combien il faut se défier de ces belles espérances qui si souvent sont déçues par l'observation ultérieure. Mais c'est beaucoup déjà que d'avoir conquis un remède *possible* contre une maladie si souvent rebelle aux agents les plus efficaces. » Ce sont de sages paroles, qui expriment très-bien le motif pour lequel nous avons déjà rapporté plusieurs observations isolées de danse de Saint-Guy guéries par la strychnine, sans nous dissimuler qu'on pourrait ranger sans doute un plus grand nombre de cas d'insuccès. La signification d'un fait peut être déduite souvent de ses propres caractères; par exemple, l'efficacité d'un remède peut ressortir d'une seule observation, et il nous paraît qu'il en a été ainsi dans le cas rapporté par M. Forget. En voici les circonstances principales.

OBS. — Un journalier âgé de 17 ans, de constitution lymphatique nerveuse, entre à la clinique le 13 mai 1851. Depuis deux mois, il est affecté de mouvements choréiques survenus, dit-on, à la suite de violences exercées contre lui. La maladie s'aggravant de plus en plus, malgré quelques moyens mis en usage, on le conduit à l'hôpital, où l'on constate l'état suivant. Mouvements involontaires, saccadés, incessants, de toutes les parties du corps. La station et la progression sont impossibles; le malade traîne ses jambes et fléchit sur ses articulations; ou bien il éprouve des secousses analogues à celles que produit l'électricité. Il en est de même des bras, du tronc et de la tête, qui se déjettent brusquement dans tous les sens, et se contournent d'une manière bizarre. Les traits du visage grimacent perpétuellement; la bouche est mobile et distendue, les dents grincent fréquemment. La préhension des aliments est impossible. La déglutition elle-même s'exerce d'une manière spasmodique. La sensibilité tactile paraîtrait plutôt augmentée que diminuée. La sensibilité morale est très-impressionnable; le malade pleure et s'irrite à la moindre occasion. Le pouls est assez calme, peu développé, parfois irrégulier. La respiration est un peu saccadée, mais libre. La digestion s'opère normalement, les sécrétions ne sont pas sensiblement altérées. Cette chorée générale est d'une intensité telle, qu'on en voit rarement de semblables. Cet état violent ne cesse que pendant le sommeil.

M. Forget prescrit: strychnine, 5 centigrammes, divisés en seize pilules. Une pilule matin et soir. Augmenter d'une pilule par jour, puis de deux, selon l'effet obtenu. Infusion de tilleul. Deux potages pour aliments.

L'amélioration ne tarde pas à se manifester; dès le troisième ou le quatrième jour le malade est plus calme, et l'on peut supprimer les rampes qui le maintiennent dans son lit. Cependant l'effet est seulement graduel, et ce n'est guère que du douzième au quinzième jour que le malade peut se tenir debout, marcher en s'appuyant et se nourrir lui-même.

Vers le vingtième jour, les mouvements choréiques sont réduits, pour ainsi dire, à l'état rudimentaire. Le geste conserve quelque chose d'abrupte et les traits sont parfois agités d'un tic léger. Quelques jours auparavant, le malade étant arrivé à prendre 6 centigrammes de strychnine par jour, un peu de roideur s'était manifestée dans le jeu de la mâchoire inférieure, et de légères crampes s'étaient fait sentir dans les mollets. On avait suspendu la strychnine, prêt à la reprendre si la chorée reprenait de l'intensité, et l'on avait pensé pouvoir achever le traitement au moyen des bains sulfureux à 100 grammes, de deux jours l'un.

Le 10 juin, vingt-sept jours après l'entrée, le malade va très-bien; il marche droit et solidement, ne fait plus de grimaces, se sert de ses bras avec précision, et a repris son humeur habituelle. Il mange les trois quarts de portion, prend encore quelques bains sulfureux et sort guéri le 20 juin, cinq semaines après son entrée.

Dans les quelques remarques qui suivent l'exposé de ce fait, M. Forget dit que l'expression de *substitutive* appliquée à cette méthode de traitement manque d'exactitude. Rien, en effet, n'indique que la strychnine substitue ici un élément pathologique à un autre, et il est probable, comme il le dit, que l'agent curatif détruit l'effet morbide en attaquant la cause.

REMARQUES SUR LE PARALLÈLE QUE M. BONNET A ÉTABLI ENTRE L'ENROULEMENT ET LA CAUTÉRISATION DES VEINES DU CORDON SPERMATIQUE; par M. VIDAL (de Cassis).

Nos lecteurs se rappellent peut-être l'examen critique que nous eûmes, l'année dernière, à faire du mémoire de M. Vidal sur l'enroulement (V. GAZ. MÉD., 1851, p. 636). M. Bonnet (de Lyon) ayant eu à traiter la même question, dans le même sens, nous fit l'honneur de nous emprunter quelques-uns de nos arguments, ceux surtout relatifs aux dangers et au peu de solidité que la cure présente lorsqu'elle est tentée par le procédé de M. Vidal. Ainsi mis en demeure de fournir des explications à M. Bonnet, M. Vidal est forcément amené à discuter nos assertions, que le savant chirurgien de Lyon avait faites siennes en les adoptant.

Nous avions parlé des hémorrhagies qui, dans l'enroulement, succèdent à l'incision de la peau. « Cet écoulement sanguin, qui a été considéré comme un accident, dit M. Vidal, a été, au contraire, *un bienfait* pour certains opérés; car ils ont eu ainsi les parties dégorgées plus rapidement, et la cure a marché plus vite. » Quant au dégorgement, nous avons déjà prouvé (*loc. cit.*) que, loin de le rendre plus rapide, l'hémorrhagie semble l'entraver, puisque, sur cinq cas où des sangsues ont été nécessaires pour l'activer, trois justement se rapportent à des opérés qui avaient eu l'hémorrhagie. — Pour ce qui est de *la cure plus prompte*, le compte n'est pas moins aisé à faire. Sur les 12 malades dont la durée de la cure a été notée, on trouve, pour ce temps, une moyenne de 38 jours. Or, chez les 4 qui ont eu l'hémorrhagie, ce temps a été, au contraire, de 41, 42 et 48 jours (observations 8, 15 et 13); le quatrième (obs. 11) sortit au bout de 31 jours avant la cicatrisation de la plaie. — Ce qui paraîtrait indiquer que, au fond, nous sommes d'accord sur ce point, M. Vidal et nous, c'est que, aujourd'hui, il en est venu à dispenser ses opérés de *ce bienfait*, et abandonne à la striction exercée par les fils le soin de couper plus lentement, mais plus sûrement, la peau.

Sous le rapport de la persistance de la cure, on se souvient peut-être de l'observation d'un corroyeur atteint à la fois de varicocèle et d'épilepsie. M. Vidal ayant eu la chance de le revoir deux ans après l'opération du varicocèle, s'était borné à constater qu'il était, à ce moment, guéri..... de l'épilepsie. Nous prîmes la liberté de faire remarquer que, dans un mémoire sur la cure du varicocèle, ce n'était pas là le point le plus important à vérifier. Voici ce que M. Vidal répond (la phrase mérite d'être citée): « Quant au malade

qui avait eu des accès épileptiformes, qui est revenu dans mon service quelque temps après l'opération du varicocèle, chez lequel j'ai constaté une amélioration de *son* état nerveux, et *dont* mention n'a pas été faite des résultats du côté des bourses, je puis dire qu'il est radicalement guéri. La chose la plus importante ici était la modification du système nerveux; elle seule avait été notée; elle impliquait d'ailleurs la guérison du varicocèle. » Mais, du tout, s'il vous plaît, elle ne l'impliquait pas; car, d'après vous-même, ce jeune homme *ne souffrait* du varicocèle que depuis cinq à six mois, et son épilepsie était, au contraire, très-ancienne. Quoi qu'il en soit, nous savions bien que, averti de son oubli, M. Vidal saurait s'arranger de manière à le réparer à son avantage. Le varicocèle était-il aussi bien guéri que l'épilepsie? La première fois, M. Vidal n'en savait rien. Aujourd'hui nous le lui demandons. Il répond : Oui. C'est tout simple. Vous imaginiez-vous qu'il aurait la naïveté de répondre : Non?

M. Bonnet a invoqué d'autres considérations plus générales et non moins probantes pour contester l'innocuité qu'on attribue à l'enroulement, et il conclut, avec raison selon nous, à la supériorité de la cautérisation. « Je ne m'en étonne pas, dit M. Vidal, car c'est dans les données des vieux parallèles. » Nous ne savons si cette phrase est une réponse; mais M. Vidal déclare que, pour le moment, il n'en donnera pas d'autre. « Je ne veux, répète-t-il à deux reprises, rien dire aujourd'hui contre la cautérisation, rien en faveur de l'enroulement. » Ceux qui le liront ne pourront sans doute l'accuser d'avoir manqué à sa promesse, surtout à la seconde partie. Mais il ne se borne pas à cette déclaration de neutralité temporaire. « Je ne puis finir, ajoute-t-il, sans déclarer à M. Bonnet que je me trouverai toujours honoré de sa critique tant que ses arguments seront à sa hauteur et dans ses inspirations personnelles; mais s'il se baissait encore une fois pour en prendre ailleurs, je me verrais obligé de lui prouver que je n'ai pas donné ma démission de polémiste. » La menace s'adresse à M. Bonnet : c'est à lui de voir s'il veut prendre la responsabilité de faire rouvrir le temple de Janus. Mais l'allusion ne concerne que nous, et elle est trop réjouissante pour que nous songions à la repousser. M. Vidal emploie trois grandes pages à discuter *nos* arguments, pas une ligne pour ceux de M. Bonnet. Puis, en définitive, c'est nous qu'il affecte de dédaigner! Qu'il se console toutefois de ce *lapsus* peut-être involontaire : la distance entre lui et nous n'en demeurera pas moins infranchissable. Quand un homme tel que M. Bonnet daigne s'approprier la pensée et les expressions d'un confrère, quelques degrés qu'il ait été obligé de descendre pour le rencontrer, par le fait seul de cette honorable communauté, il l'élève jusqu'à lui, c'est-à-dire à une hauteur où M. Vidal doit effectivement désespérer d'atteindre.

V. REVUE MÉDICO-CHIRURICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent les articles suivants : 1° *Du développement de gaz dans le sang;* par M. Durand-Fardel. (Observation présentée à l'Académie de médecine le 9 décembre 1851; nous en avons rendu compte.) 2° *De la dépilation graduelle dans le traitement du favus;* par M. Isidore Henriette. (Extrait du JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.) 3° *Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein;* par M. Adolphe Richard. (Il s'agit d'un écoulement par le mamelon. Le suintement du mamelon ne se présente, suivant l'auteur, que dans les cas de tumeurs bénignes; il est donc d'un pronostic favorable.) 4° *Sur les difficultés du cathétérisme dans les rétrécissements de l'urètre et des moyens de les vaincre;* par M. Aug. Mercier. 5° *De la valeur comparative de divers moyens employés contre le rhumatisme articulaire aigu, d'après des observations recueillies dans la pratique privée;* par M. Géo.-L. Upshur. (Extrait de THE MED. EXAMINER.) 6° *Quelques mots sur l'angine aiguë et sur son traitement au moyen de l'acétate de plomb cristallisé;* par M. Rul-Ogez (Extrait des ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.) 7° *Du signe stéthoscopique du décollement du placenta;* par M. Caillault. 8° *Observations pour servir à l'histoire des luxations sterno-claviculaires;* par M. P. A. Foncard. 9° *Sur deux cas nouveaux d'étranglement compliqué de* choléra herniaire; par M. Goyrand. 10° *Mémoire sur la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfants;* par MM. Barthez et Rilliet. 11° *Sur le traitement local des maladies du pharynx et du larynx et spécialement de l'affection folliculeuse;* par M. John Scott. (Extrait de MONTHLY JOURNAL, etc.) 12° *Note sur la maladie folliculeuse des voies aériennes;* par M. Green. (Extrait analytique d'un ouvrage *ex-professo* de M. Green.) 13° *Observation de ligature de l'aorte abdominale pratiquée en 1842;* par M. Candido Borges Monteiro. (L'anévrisme occupait l'origine de la crurale et tout au plus une partie de l'iliaque externe; on aurait donc pu se borner à lier l'iliaque primitive. Le sujet a succombé.) 14° *Note sur un nouveau procédé opératoire pour la cure de l'anévrisme artérioso-veineux;* par M. Malgaigne.

SUR LES DIFFICULTÉS DU CATHÉTÉRISME DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ET SUR LES MOYENS DE LES VAINCRE; par le docteur MERCIER.

L'auteur, dans ce court travail, ramène à trois grandes indications l'emploi du cathétérisme contre les rétrécissements de l'urètre : 1° la bougie ne rencontre pas l'orifice du rétrécissement; 2° elle le rencontre, mais ne peut le franchir; 3° elle pourrait le rencontrer, elle pourrait même le franchir; mais d'autres obstacles l'empêchent de pénétrer jusqu'à la vessie. Ce troisième ordre de difficultés peut exister sans rétrécissement proprement dit, et c'est lui qui constitue ordinairement ce qu'on appelle *rétrécissement spasmodique*.

Dans le premier cas, la difficulté provient de ce que l'orifice du rétrécissement ne correspond pas au centre du canal, et plus souvent de ce que, dans un cathétérisme antérieur, une fausse route a été faite à côté du rétrécissement. M. Mercier conseille alors de courber légèrement l'extrémité de la bougie. On introduit avec lenteur le bec dirigé du côté opposé au siége présumé de la fausse route. On évite avec soin, pendant le premier temps, de lui imprimer le moindre mouvement de rotation. Si l'on ne pénètre pas directement, on retire la bougie d'un ou 2 centimètres, et on la repousse comme la première fois, après avoir, par un très-léger mouvement de rotation, changé un peu la direction de son bec. On présente ainsi successivement celui-ci à la circonférence du canal jusqu'à ce qu'on enfile le rétrécissement.

Quand la bougie s'engage dans le rétrécissement et ne peut le franchir, cela tient, dit l'auteur, beaucoup moins à des sinuosités qu'à la rigidité du tissu. L'instrument est arrêté néanmoins et par la résistance qu'il rencontre à sa pointe et par la constriction exercée sur le cône engagé. Si l'on pouvait annihiler ce dernier obstacle et ne laisser subsister que le premier, la plus grande partie de la difficulté serait vaincue. Or M. Mercier y parvient en substituant à la bougie qui a déjà enfilé le rétrécissement jusqu'à une certaine profondeur une autre bougie plus volumineuse et à cône moins allongé. Celle-ci, plus forte, permet une pression plus énergique; elle agit uniquement sur les parties qui viennent d'être dilatées et les dilate encore davantage. Cela obtenu, on revient à la petite bougie qui, débarrassée de la résistance qu'elle éprouvait à sa périphérie, fait un nouveau pas dans le rétrécissement. On la retire encore pour reprendre la grosse, et ainsi de suite alternativement jusqu'à ce que le rétrécissement ait été complétement franchi.

Quant aux cas de contraction spasmodique de la portion membraneuse, M. Mercier rappelle les recherches qu'il a publiées sur la disposition des faisceaux musculaires du col vésical, dont le spasme a pour résultat d'imprimer à la partie profonde de l'urètre la forme du grand *sigma* (Σ) des Grecs. La branche horizontale supérieure représente le bord postérieur du col vésical et l'inférieure le bulbe; l'angle inférieur résulte de la traction des *dépresseurs*, et le moyen, de la traction des faisceaux musculaires de Wilson. Pour franchir un canal ainsi disposé, il faut donner à l'instrument explorateur une *forte* courbure vers sa pointe, ce qu'on obtient facilement en se servant d'une bougie creuse ou d'une sonde en gomme élastique, dans laquelle on engage un fil métallique qu'on courbe à volonté.

MÉMOIRE SUR LA BRONCHO-PNEUMONIE VÉSICULAIRE CHEZ LES ENFANTS; par les docteurs BARTHEZ et RILLIET.

Nous n'avons pas encore eu, que nous sachions, l'occasion de faire connaître en détail à nos lecteurs la lésion que les auteurs modernes ont décrite sous les noms de pneumonie vésiculaire des enfants, broncho-pneumonie vésiculaire, granulations purulentes, vacuoles pulmonaires, etc. Cette occasion nous est offerte par le travail de MM. Barthez et Rilliet; nous la saisissons avec plaisir.

L'altération dont il s'agit se montre à la surface du poumon, sous la forme de taches de couleur jaune dont l'étendue varie du volume d'un grain de millet à celui d'une petite lentille et qui sont en général saillantes. Ces grains, durs et résistants sous le doigt, sont isolés ou confluents. Ils donnent à la coupe un aspect inégal, comme mamelonné, mais point celui de la véritable hépatisation. Isolés avec soin des tissus voisins, ils précipitent au fond de l'eau. Si on les incise, quelques-uns fournissent immédiatement un liquide grisâtre puriforme; d'autres ont besoin d'être pressés après avoir été piqués, et alors on voit sourdre le muco-pus par une ou plusieurs petites ouvertures. Le liquide étant ainsi exprimé, on peut souvent apercevoir un ou plusieurs points déprimés au milieu de la trame celluleuse. L'insufflation, en distendant les tissus voisins et en leur faisant prendre une couleur gris rose, dissimule les granulations; celles-ci alors ne sont plus reconnaissables que par la sensation de dureté qu'elles donnent au doigt, par une très-faible saillie et par une teinte grise; quelquefois pourtant ces granulations ne résistent pas à l'introduction de l'air, et alors, réellement insufflées, elles disparaissent. MM. Bailly et Legendre dé-

crivent, comme un premier degré de la même altération, des cellules situées au centre de lobules légèrement injectés et qui, au lieu d'être transparentes, offrent une teinte gris perle, puis plus foncée, sans dilatation ni saillie, s'affaissant par la piqûre et laissant alors suinter un liquide grisâtre, opalin et visqueux.

Ces caractères différencient les granulations des tubercules miliaires qui sont pleins, solides et résistants, ne donnent pas de liquide à la pression et ont une couleur plus jaune. Les granulations se distinguent des grains d'hépatisation au troisième degré par leur couleur d'un jaune grisâtre, uniforme, sans marbrures rouges; par leur aspect un peu spongieux (surtout quand elles sont un peu volumineuses), par l'absence d'hépatisation immédiatement autour d'elles.

En quoi consiste cette altération? Les auteurs s'accordent à en placer le siége anatomique dans les extrémités bronchiques. Les uns, comme M. Fauvel, veulent que la matière purulente naisse dans les bronches capillaires et soit attirée par aspiration dans les vésicules; d'autres, qu'elle se forme de toute pièce dans les vésicules même. Pour ceux-ci, l'altération est complexe; elle se compose d'une sécrétion mucoso-purulente des extrémités de l'arbre respiratoire et d'un emphysème vésiculaire; c'est l'avis de MM. Hardy et Behier. Pour ceux-là, le travail morbide d'où résulte la sécrétion, peut envahir tantôt la surface interne d'une ou plusieurs vésicules, tantôt simultanément les vésicules et le tissu cellulaire qui les sépare. Quelques-uns enfin regardent comme le dernier degré de cette altération certaines vacuoles pleines de pus qu'on rencontre parfois dans le tissu pulmonaire et qui paraissent résulter de la rupture d'une ou plusieurs cellules.

La question de savoir si le liquide qui remplit les cellules est venu des bronches ou a été sécrété sur place n'est pas très-importante en elle-même. Il est probable que le fait se produit tantôt par un mécanisme, tantôt par l'autre. Aucune loi de physique ne s'oppose, comme le font très-bien remarquer les auteurs contrairement à l'opinion de MM. Bailly et Legendre, à ce qu'un liquide abondamment sécrété par les petites bronches ne recule jusque dans les vésicules et ne puisse plus en sortir. D'un autre côté, on ne voit pas pourquoi la muqueuse des vésicules ne ferait pas ce que fait celle des bronches, ne remplirait pas sa cavité de liquide. Mais la constatation bien positive du fait de la sécrétion du muco-pus dans les vésicules mêmes emprunterait une importance particulière de la conséquence qu'on pourrait immédiatement en tirer. En effet, elle prouverait que l'affection n'est pas de nature inflammatoire, on tout au moins à la manière de la pneumonie ordinaire; car, dans ce cas, la phlegmasie proprement dite des vésicules aboutirait toujours à l'état granuleux qui constitue l'hépatisation. La maladie portant dans les deux cas sur le même élément anatomique, à savoir, la vésicule, si en outre la nature de cette maladie était dans les deux cas la même, la lésion ne devrait pas différer : la conséquence à tirer serait donc que la maladie en question est une sorte de catarrhe, tournant facilement à la suppuration, à peu près comme l'ophthalmie des nouveau-nés. Et nous croyons que, en réalité, il y a une différence de nature entre la pneumonie ordinaire et l'altération à laquelle M. Fauvel a donné le nom caractéristique et très-heureux de *granulation purulente*.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 AOUT 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

NOUVELLES ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG.

M. Thénard lit un rapport sur un mémoire de M. Lecanu ayant pour titre : Nouvelles études chimiques sur le sang. (Commissaires : MM. Dumas, Andral, et Thénard, rapporteur.) (Nous publierons un résumé de ce travail dans notre prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Onze lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, dont neuf sont relatives à des remèdes secrets, et deux concernant les résultats obtenus par M. le docteur Blanchet contre la surdi-mutité. (Comm. nommée.)

— M. Legros, ancien capitaine de cavalerie, communique la recette d'un remède contre la rage.

— M. Tourrette, de Chambly (Oise), expose un nouveau mode de traitement exclusif du choléra par l'eau froide administrée abondamment et par la saignée préalable. (Comm. du choléra.)

— M. Carron du Villards communique un nouveau procédé pour la guérison prompte et radicale des hydrocèles de la vaginale et du cordon spermatique, congéniales ou accidentelles, suivi de réflexions sur l'action thérapeutique de la noix d'acajou et de son fruit. (Comm., pour le premier mémoire : MM. Velpeau et Malgaigne; pour le second : M. Bouchardat.)

— M. Dumont, pharmacien à Cambrai (Nord), adresse un échantillon d'une nouvelle composition antidartreuse, avec un mémoire renfermant la formule et accompagné des observations des médecins qui l'ont expérimentée. (Comm. des remèdes nouveaux.)

— M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, adresse une observation d'affection tuberculeuse de l'encéphale, succédant à une affection tuberculeuse ancienne des poumons, avec altération de la sensibilité de la moitié gauche du corps. (Comm. : MM. Lévy et Pâtissier.)

— M. Auzias-Turenne adresse une nouvelle lettre sur la syphilisation. D'après une décision prise par le conseil d'administration, il n'en est pas donné lecture.

SYPHILISATION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilisation.

La parole est à M. Gibert.

M. Gibert : Je n'ai pas la prétention, messieurs, d'ajouter un discours à ceux que vous avez déjà entendus, encore moins d'entrer dans la discussion des questions graves et litigieuses soulevées à l'occasion du rapport de notre honorable collègue M. Bégin. Je me renferme dans le cercle tracé par le rapport lui-même, et je ne vois pas en vérité ce qui pourrait être sérieusement objecté contre ce rapport.

M. Malgaigne, l'orateur qui a le plus complètement exposé la question de la syphilisation, et qui avait d'abord paru l'adversaire le plus redoutable du rapport, n'a fait en réalité qu'apporter les arguments les plus décisifs en faveur de l'œuvre de la commission.

Le seul reproche, en effet, que M. Malgaigne ait trouvé à faire à ce travail, c'est qu'il manquait de base scientifique, et que cette base devait se trouver dans les faits, les expériences et les publications récentes de M. Diday, à Lyon; de M. Sperino, à Turin; de MM. Laval et Marchal (de Calvi), à Paris, sans parler des doctrines de M. Auzias-Turenne, le promoteur et le fondateur de la syphilisation.

Or qu'est-il résulté de la savante et lumineuse analyse que notre collègue lui-même a pris soin de faire de tous ces matériaux, avec la sagacité et la verve critiques qui le distinguent?

C'est que ces faits sont vagues et incomplets, que ces expériences ne sont nullement concluantes, que ces communications sont tout à fait insuffisantes, que ces doctrines sont singulièrement aventureuses et hasardées!

En sorte que c'eût été bien en vain que le rapporteur aurait cherché à donner à son travail une base scientifique, puisque, d'après M. Malgaigne lui-même, cette base ne pouvait offrir aucune solidité.

Nous n'en devons pas moins de la reconnaissance à l'orateur, qui a si bien su résumer et rendre intelligibles à tous, des faits, des expériences et des doctrines qui avaient grand besoin d'un pareil commentateur. J'avouerai pour ma part, quant aux expériences de Lyon en particulier, qu'aujourd'hui je les comprends mieux, bien que je ne les approuve pas davantage.

Mais, a dit en terminant M. Malgaigne, il y a du moins un fait qui aurait dû fixer d'une manière toute particulière l'attention de la commission, et qui semble subsister, savoir, que certains sujets dits *syphilisés* sont désormais réfractaires à l'inoculation syphilitique.

A son tour, M. Depaul a insisté sur le même fait qu'a contesté M. Ricord.

Mais d'abord, ainsi que l'a reconnu M. Malgaigne lui-même, ce fait n'est nullement démontré, surtout comme fait général.

Et puis, il le serait, comme l'a dit avec tant de raison M. Velpeau, cela suffirait-il pour établir que de pareils sujets resteront désormais à l'abri de toute contagion par les voies ordinaires?

Évidemment non.

Naguère encore, à l'hôpital Saint-Louis, les médecins les plus distingués échouaient lorsqu'ils voulaient inoculer la gale avec la lancette, et cependant ils étaient bien forcés de reconnaître que la gale était contagieuse.

Plus d'une fois, dans le même hôpital, les tentatives d'inoculation artificielle de la vraie teigne ou *favus* d'Alibert ont échoué, ce qui ne nous empêche nullement de regarder la teigne comme une maladie contagieuse.

Certains accidents syphilitiques *primitifs* que l'on ne réussit point à transmettre avec la lancette, et à plus forte raison divers accidents secondaires, sont cependant transmissibles dans certaines conditions qui restent le secret de la nature.

Bref, il serait contraire à tout ce que l'expérience a appris sur les maladies contagieuses, de déclarer qu'un individu doit être à tout jamais assuré contre ces maladies, parce que, temporairement et peut-être exceptionnellement, il s'est montré réfractaire à une ou plusieurs tentatives d'inoculation.

En somme, et revenant au rapport, je dis :

Dans l'état actuel des choses, c'est avec grande raison que l'honorable rapporteur s'est abstenu de proposer une conclusion destinée à recevoir la sanction académique.

Évidemment ce rapport ne doit être considéré que comme l'exposé d'un fait individuel; il a été inséré dans le recueil de nos travaux, dès lors la compagnie

n'a plus qu'une chose à faire, c'est de voter des remerciments à ses commissaires, et c'est là le vote que je propose comme clôture de la discussion sur la question de syphilisation.

M. Larrey déclare qu'étranger à toute rivalité d'opinions ou de personnes, libre de toute idée préconçue, de tout parti pris d'avance, s'il intervient dans cette discussion, c'est, avant tout, comme membre de l'Académie, pour protester dans le sens et selon les conclusions du rapport de la commission.

C'est aussi comme membre de la Société de chirurgie, ayant eu l'honneur de la présider, à l'époque où elle reçut les tristes prémices de la syphilisation, et lorsqu'elle déclara par la voix de l'un de ses membres, toute l'inanité, tout le danger de cette prétendue doctrine.

C'est enfin comme médecin militaire, chargé autrefois d'un service considérable de vénériens, et aujourd'hui de la direction du service médical au Val-de-Grâce, responsable ainsi jusqu'à un certain point des actes qui touchent en général à la santé des soldats, et en particulier des faits relatifs aux récentes expériences de syphilisation.

La Société de chirurgie avait eu, avant l'Académie de médecine, les premières annonces de la syphilisation, non-seulement dans la présentation de M. L... en personne, mais dans la présentation d'un mémoire de M. Auzias-Turenne.

Là comme ici, dit M. Larrey, l'aspect de M. L..., tout couvert d'ulcérations volontaires et de pustules provoquées, avait été un spectacle plein de consternation. Là comme ici, l'état de ce malheureux confrère, partisan outré, victime bénévole de la syphilisation, avait été un exemple de cette croyance aveugle transformant un dévouement insensé en un véritable suicide par le poison lent de la syphilis. Là comme ici, ce témoignage manifeste de l'insuffisance et des dangers de la syphilisation aurait été la critique la plus sévère, la condamnation la plus absolue de cette prétendue doctrine, si les arguments de la logique, de la science et de la morale ne l'avaient condamnée d'autre part.

C'est alors que M. Cullerier, dans une allocution pleine de sens et de vérité, a, le premier, combattu énergiquement la syphilisation. C'est alors que la Société de chirurgie tout entière s'est associée par acclamation à cette courageuse initiative.

Quant au mémoire que l'auteur de la syphilisation avait adressé à la Société de chirurgie, il l'a retiré, non pas parce qu'il attendait qu'une commission fût nommée et qu'un rapport fût fait, mais probablement parce qu'il s'attendait à tout le contraire, car aussitôt le mémoire a-t-il été renvoyé à l'examen d'une commission, qu'il a été retiré volontairement par son auteur.

Après cette explication, donnée dans le but de répondre à l'une des allégations qui ont été avancées à la tribune, M. Larrey rapporte ce qui s'est passé à propos des expériences de syphilisations faites au Val-de-Grâce.

L'orateur donne ensuite quelques explications sur l'intervention de l'autorité supérieure dans les expériences de M. Marchal (de Calvi).

M. Lagneau : La syphilisation, c'est-à-dire l'inoculation du virus artificiel syphilitique jusqu'à saturation complète de l'économie, dans le but de préserver à jamais de la vérole ceux qui s'exposeraient ensuite à la contracter, a été suggérée par l'observation de faits bien constatés, il est vrai, mais infiniment moins nombreux qu'on ne paraît le croire, d'individus plus ou moins profondément syphilisés par des infections successives, dont le traitement a été nul ou insuffisant, sont arrivés à pouvoir impunément s'exposer à la contagion sans qu'une nouvelle infection en résulte. C'est un fait dont on ne peut se dispenser de tenir compte. Mais cet e immunité est assez rare ; elle n'est pas de règle générale, et, par conséquent, ne pourrait en aucune manière autoriser à adopter une pratique qui n'atteindrait pas le but qu'on se proposerait. Elle deviendrait donc inutile, sans préjudice de ce qu'elle présentera toujours de condamnable sous le point de vue moral et de dangereux pour les personnes qui pourront y être soumises, ainsi que pour la société tout entière.

On peut comprendre à la rigueur l'espoir de médecins animés par un zèle louable pour l'avancement de la science, quand ils cherchent à tirer avantage de l'inoculation des produits de certains accidents syphilitiques, et qu'ils pensent pouvoir s'en aider pour reconnaître le degré de virulence respective de symptômes sur la nature desquels ils ne sont pas encore bien fixés. Mais le nombre de ces opérations ne peut qu'être très-restreint et n'avoir pour excuse que le besoin d'éclairer le diagnostic d'une affection dont le caractère semblerait douteux. Mais quelle énorme différence entre ces inoculations exceptionnelles faites au moins dans un but scientifique et pratique, et celles multiples, incessantes et sans nombre par lesquelles on se propose d'obtenir la syphilisation !

Et d'abord, je crois pouvoir soutenir qu'on ne parviendra pas toujours à syphiliser un sujet au point de le préserver indéfiniment de toute infection ultérieure. Jusqu'à présent il y a beaucoup à désirer sous ce rapport dans les expériences faites par différents médecins. Je n'en excepterai pas même celles de M. Sperino, qui assure avoir reconnu qu'à mesure que les femmes soumises à ses expérimentations se syphilisaient, les résultats des inoculations devenaient plus faibles, etc... Je suis porté à croire que ces femmes ne devaient cette apparence d'immunité, si elle ne dépendait pas de quelque variante dans le procédé opératoire, qu'à leur profession jointe aux modifications apportées dans leur économie appauvrie par des excès de tous genres, et par les nombreuses ou graves infections qu'elles avaient éprouvées avant d'entrer dans le Syphilocome.

Ces faits, d'ailleurs, me semblent très-contestables, et il me suffira seulement pour en réduire beaucoup l'importance, de reporter votre attention sur l'exemple que vous avez eu sous les yeux, celui de M. L...., qui démontre précisément le contraire...

En admettant même qu'avec de pareilles tentatives on puisse parvenir à un point de saturation virulente, qui garantisse contre de nouvelles infections par l'inoculation au moyen de la lancette, ne resterait-il pas encore une autre preuve de l'immunité qu'on recherche avec tant de courage ? Celle qui résulterait de la cohabitation avec des femmes infectées à différents degrés ne serait pas sans valeur.

Enfin, supposant pour un instant la syphilisation reconnue comme un moyen efficace de préservation de la syphilis pendant un certain laps de temps, la question sera-t-elle jugée en dernier ressort ? Non, certainement. Rien ne nous assure que l'immunité sera indéfinie, perpétuelle. En effet, de bons observateurs, M. de Castelnau entre autres, ont depuis longtemps déjà constaté que cette faculté préservative n'est que temporaire et qu'elle disparaît quand les individus qui en avaient joui subissaient des modifications dans leur genre de vie.

Et, d'ailleurs, que signifierait même une syphilisation qu'on serait disposé, après des contre-épreuves nombreuses et bien dirigées, à considérer comme vraiment préservative pendant six mois, un an et même dix ans ? Elle ne prouverait absolument rien contre les faits si nombreux bien connus de tous les praticiens spéciaux ou autres, de personnes chez lesquelles l'infection syphilitique est restée assoupie pendant un laps de temps infiniment plus long avant de faire explosion soit spontanément, soit à l'occasion de quelque perturbation accidentelle, par les accidents vénériens les plus graves, ainsi que je l'ai tant de fois observé après vingt, trente et quarante ans.

Dès lors, quelle sécurité pourraient avoir pour leur santé à venir les nombreux sujets qui s'exposent de gaieté de cœur et sur des assurances aussi décevantes à être syphilisés ? Quant à moi, je les regarderai toujours comme incessamment et fatalement menacés de nouvelles manifestations syphilitiques, indépendamment de ce qu'une infection profonde et si ancienne doit avoir de compromettant pour la santé et pour la viabilité de leur progéniture.

Je ne terminerai pas sans appuyer ici avec toute la force que je puise dans mes convictions, l'opinion de notre honorable rapporteur, quand il fait ressortir les inconvénients de ces inoculations sans nombre pratiquées sur différentes régions de la peau, où elles laissent subsister des cicatrices indélébiles et toutes spéciales dans leur forme comme dans leur aspect, qui témoignent pour toute la vie de l'existence d'une maladie dont on a souvent tant d'intérêt à cacher les moindres traces.

M. Lagneau, après avoir signalé les éventualités bien autrement graves, les conséquences terribles et déplorables que peut et doit presque toujours avoir une infection générale et profonde et systématiquement abandonnée à elle-même, comme le recommandent les médecins syphilisateurs, termine en ces termes : Cette pratique déplorable, sur l'opportunité de laquelle vous êtes appelés à vous prononcer, menace de prendre, si l'on en juge par ses débuts, les caractères et les proportions d'une immense calamité publique. On doit donc attendre de la juste et impartiale sévérité d'un corps scientifique compétent et dûment autorisé par son institution, tel que l'Académie nationale de médecine, qu'il n'hésitera pas à la frapper de la réprobation la plus formelle.

M. Bégin a la parole pour résumer la partie de la discussion qui vient d'avoir lieu et pour rappeler et soumettre à l'appréciation de l'Académie les principaux faits et les arguments fondamentaux invoqués par les partisans et par les adversaires de la syphilisation.

M. le rapporteur, après avoir répondu en quelques mots aux observations dirigées contre le rapport par MM. Malgaigne et Depaul, expose en ces termes les règles auxquelles doit être soumise toute expérimentation sur les personnes saines ou malades.

Pour être autorisé à introduire dans le domaine médical, à titre de prophylaxie ou à titre de traitement, contre une maladie contagieuse très-répandue, un agent nouveau, les conditions suivantes doivent être remplies :

1° Relativement à l'agent proposé, qu'il réunisse en sa faveur le raisonnement direct, ou du moins de manifestes analogies, des observations sur l'homme ou des expériences sur les animaux, nombreuses et authentiques ; enfin la certitude qu'il est, par lui-même et de sa nature, incapable de nuire.

2° Sous le rapport de la maladie, que celle-ci ne puisse être prévenue ou guérie par aucun moyen plus simple, plus facile à employer et plus efficace que lui.

C'est d'après ces règles, et en les invoquant successivement, que M. Bégin se propose d'apprécier la valeur de la syphilisation.

Il l'examine sous les divers rapports suivants : raisonnement direct et analogies ; expériences sur les animaux ; observations sur les malades ; valeur de la syphilisation prophylactique ; valeur de la syphilisation curative.

Voici sur chacun de ces divers chefs en quels termes à peu près M. Bégin résume son opinion :

1° Raisonnement direct, analogies. — Prétendre que le meilleur moyen de détruire les effets de l'introduction d'un virus, et de préserver contre ses atteintes futures, consiste à l'infiltrer dans l'organisme jusqu'à saturation ou impossibilité d'en recevoir davantage, est une assertion qu'aucun raisonnement, aucune explication ne pourraient faire directement admettre.

Les syphilisateurs, éludant la difficulté, se sont repliés sur les analogies, et pour justifier leur inoculation, ont supposé entre certains virus des lois physiologiques et pathologiques que rien ne confirme. Chaque matière virulente affecte, au contraire, dans sa manifestation, des caractères qui lui sont propres. La seule propriété qui soit générale aux virus, est celle de pouvoir être transmise d'un individu à l'autre, à l'aide de l'inoculation, et de reproduire constamment des phénomènes de même nature.

Hors de là, presque tout est dissemblable ; ce qui appartient à un virus ne s'applique plus à l'autre.

La syphilis ne peut être assimilée à aucune des autres affections virulentes. L'analogie qu'on a tenté d'établir entre la syphilis et la variole, et qui consisterait en ce que ces deux maladies peuvent être prévenues par l'inoculation de leur virus, est contredite par l'expérience, et suppose démontré ce qui est en

litige, à savoir que la prétendue syphilisation soit effectivement une *immunité* syphilitique.

2° Expériences sur les animaux. — Il parait certain que des ulcères de mauvais aspect peuvent être produits sur certains animaux par l'inoculation syphilitique. Mais là se bornent jusqu'à présent, et sans contestation sérieuse, les effets de l'insertion. Aucun phénomène n'indique l'infection de l'organisme, la pénétration du virus dans son intérieur. Si le pus de l'ulcère d'un animal peut être reporté sur l'homme, et s'il y détermine même des accidents d'irritation très-considérables, ainsi que le témoignent les observations de MM. Robert Velz et Diday, rien ne démontre non plus qu'il y développe des accidents syphilitiques généraux.

Quant à ce que, après un certain nombre d'inoculations, de nouvelles ulcérations ne peuvent plus être produites sur les singes ou les chats, l'explication du fait, s'il est constant, peut être difficile; mais elle est certainement étrangère à une pénétration virulente de l'économie, que rien n'atteste, que tous les phénomènes repoussent au contraire.

3° Observations sur les malades. — Faute de savoir dans quelles proportions se rencontrent les femmes privilégiées contre l'infection syphilitique, et à la suite de quel nombre moyen d'atteintes d'accidents primitifs leur immunité s'est établie; faute de savoir par quels renseignements exacts l'inaptitude à l'infection a été constatée chez elles, et de connaître leur âge, leur tempérament, leur constitution, leur manière de vivre, etc., les observations (il s'agit particulièrement de celles de M. Sperino sont vagues), et ne reposent que sur des à peu près très-peu dignes de considération.

Au lieu de recourir à l'hypothèse d'une immunité due à des infections antérieures, il est plus naturel de penser que si, après les premières atteintes, la syphilis ne se renouvelle pas chez certains sujets, bien que les occasions de la contracter ne cessent pas d'exister, cela tient, non à une immunité absolue, mais à ce que la constitution du sujet ne rencontre pas, pour une cause ou pour une autre, de circonstance favorable à une itérative infection... Aux circonstances diverses qui peuvent créer cette immunité, exceptionnelle d'ailleurs, il faut ajouter les influences si puissantes des conditions générales du régime, des fatigues, des privations, des déréglements, des excès en tous genres, de l'observation ou de la négligence des règles de l'hygiène, et jusqu'à celle moins ostensible du climat et des saisons, et l'on s'expliquera bien plus sûrement que par une saturation syphilitique incompréhensible, ou par une syphilisation mystérieuse, les variétées signalés dans le développement et la transmission des accidents syphilitiques.

4° Valeur prophylactique. — En ce qui concerne la syphilisation prophylactique, tout se réduit à deux ordres de faits, les uns affirmés par les syphilisateurs, mais non produits, non constatés, les autres devenus réellement publics, examinés, vérifiés. Des premiers, il est impossible de déterminer les caractères et l'issue; des autres, deux sur trois au moins témoignent des affreux désordres que la prétendue syphilisation peut provoquer dans la constitution jusque-là vierge de toute atteinte syphilitique.

5° Syphilisation curative. — M. le rapporteur, entrant ici dans de longs détails analytiques sur les faits invoqués en faveur de la propriété curative de la syphilisation, arrive à cette conclusion, savoir : qu'il n'existe aucune donnée statistique, aucune expérience complète; qu'aucune observation n'est présentée avec les caractères d'authenticité désirables; que tout se borne à des promesses et à de vagues assertions.

En résumé, je crois avoir démontré dans ce travail, dit en terminant M. le rapporteur :

1° Que la doctrine de la syphilisation n'est justifiée, dans son application à l'homme sain ou malade, ni par le raisonnement, ni par l'analogie, ni par les expériences sur les animaux, ni par l'observation de prétendus syphilisés naturellement;

2° Que leur emploi, à titre de prophylaxie contre la syphilis, est une monstruosité qui expose gratuitement aux plus grands perils la santé des personnes qui ont la folie de s'y soumettre;

3° Qu'à titre de traitement des accidents syphilitiques de toutes les formes, elle ne repose sur aucuns faits positifs détaillés, authentiques, sur aucune statistique comparative, et que ce qu'on en connait d'exact et de constaté ne témoigne que de son incertitude, de ses difficultés, surtout des dangers et des stigmates honteux qu'elle laisse à sa suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer par son vote qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation, comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis.

— Plusieurs membres demandent la clôture de la discussion et le vote des conclusions du rapport.

M. Malgaigne s'élève vivement contre la clôture et réclame pour lui et les membres inscrits le droit de soutenir une opinion vivement combattue.

L'Académie consultée se prononce pour la continuation de la discussion.

La parole est à M. Depaul.

M. Depaul : Messieurs, le désir sincère de m'instruire sur une question qui préoccupe si vivement l'opinion publique, la grande autorité de la voix qui allait enfin se faire entendre, tout recommandait de ma part une religieuse attention, et, comme vous tous, je puis me rendre le témoignage de n'y avoir point failli. Je cherchais la lumière qui devait me conduire; mais, je ne crains pas de le dire, après le discours de M. Ricord, je trouve la question un peu plus obscurcie, et plus que jamais je pense que c'est à l'expérimentation, entreprise sans esprit de parti, qu'il faut demander une solution définitive.

Je ne sais jusqu'à quel point il est dans les habitudes académiques de choisir ses adversaires, quand plusieurs se sont loyalement présentés, de s'attacher aux uns tout en ayant l'air de dédaigner les autres; mais ce procédé n'est pas plus scientifique qu'il n'est démonstratif, et si M. Ricord n'était pas un de ces hommes qui ont depuis longtemps fait leurs preuves, on pourrait croire qu'il a mieux aimé tourner la difficulté que de la combattre. C'est poussé par une conviction profonde, et depuis longtemps déjà exprimée en dehors de l'Académie, que je me suis cru le droit d'attaquer un rapport dont il a publiquement accepté la responsabilité. Si son nom a été si souvent prononcé par moi, notre collègue ne doit s'en prendre qu'à la position exceptionnelle qu'il occupe; je croyais lui rendre hommage, car j'étais avec les hommes dont il a parlé dans son discours, et *qui depuis longtemps lui demandaient compte de son silence et de son inaction*. Je respecte trop l'Académie et je suis trop soucieux de ma propre dignité pour descendre aux mesquines proportions d'une question *purement personnelle*, ainsi qu'il l'a donné à entendre.

Voilà, messieurs, les vrais sentiments qui ont dirigé ma conduite jusqu'à ce jour; ce sont les seuls que vous retrouverez dans ce que je vous demande la permission d'ajouter aujourd'hui.

Je ne suivrai pas M. Ricord dans l'historique qu'il nous a tracé touchant la transmission de la syphilis aux animaux; car je crois la question jugée avec les faits qui appartiennent à notre époque. Voici les preuves que je puis en donner.

Après avoir répété les expériences sur les animaux, qui étaient jusqu'alors restées négatives entre les mains des hommes les plus habiles, M. Ricord conclut *que le principe inoculable de la syphilis est particulier à l'homme, et qu'il ne saurait se transmettre aux brutes*.

Une semblable opinion s'appuyant sur l'autorité de Hunter et de M. Ricord, devait être généralement acceptée, et c'est ce qui explique sans doute comment elle a régné pendant plusieurs années.

Cependant, quand M. Auzias eut obtenu ce que ses devanciers n'avaient pu produire, on créa de toutes pièces une théorie qui devait tout expliquer en laissant subsister les doctrines de la nouvelle école. Cette théorie est celle de la *transplantation*, qui parait avoir été mise au monde pour expliquer sans concession l'observation de M. Robert de Welz. C'est aussi celle qu'on invoque pour l'interprétation des faits non moins concluants qui sont dus au courageux dévouement de M. Diday, et dont on ne vous a pas parlé.

Ainsi jusqu'à présent nous avons passé par deux périodes différentes : l'une de négation absolue; l'autre d'hypothèse servant à expliquer des phénomènes qu'on n'avait pu produire, mais qui ne pouvaient plus être contestés, car ils avaient été obtenus publiquement par d'autres. Enfin, et ceci me rassure un peu, j'en entrevois une troisième dans le discours de la séance dernière; elle s'était déjà glissée dans la traduction de Hunter, dernière édition. Les ulcérations résultant des inoculations pourraient bien être des chancres; mais on se hâte d'ajouter que le chancre n'est pas toute la vérole, et que, jusqu'à preuve du contraire, on conteste qu'on puisse produire, soit des bubons virulents inoculables, soit des accidents constitutionnels. La syphilis appartiendrait en nue propriété à l'espèce humaine, ce qui n'exclut pas, ce me semble, la pensée que l'usufruit de quelques-unes de ses manifestations ne puisse être le partages des brutes.

Quant à la théorie de la transplantation, dans laquelle on fait jouer au pus virulent le simple office d'un pois à cautère, j'engage ceux de nos collègues qui voudront s'édifier sur ce qu'elle a de concluant, à lire la savante et spirituelle critique qui en a été faite dans la Gazette Médicale de Paris (27 décembre 1851) par un homme que M. Ricord appelle lui-même *son savant élève et ami*.

On pourra voir en même temps si, dans ce travail, qui a pour titre : Expériences sur la transmissibilité de la syphilis primitive de l'homme aux animaux, il n'a pas été démontré aussi rigoureusement qu'une chose puisse l'être qu'avec du pus virulent pris sur l'homme et inoculé sur des oreilles de chats, on a produit sur ces animaux des ulcérations ayant tous les caractères qu'on est habitué à considérer comme étant ceux du chancre.

Mais notre confrère ne se contenta pas de ces caractères physiques, tout concluants qu'ils lui paraissaient. Si ce sont des chancres que j'ai donnés à mes chats, dit-il à son tour, le pus de ces ulcères étant inoculé à l'homme, devra produire chez lui des chancres, et c'est alors qu'avec un courage qui trouvera plus d'admirateurs que d'imitateurs, il se soumit lui-même à cette contre-épreuve. On sait si le succès dépassa ses espérances. Enfin j'ajouterai que, pour que rien ne manquât à son expérimentation, deux lapins furent inoculés à l'oreille avec le pus du chancre d'inoculation qu'il portait à la verge. Le résultat fut aussi concluant que dans les deux premières séries d'expériences. L'un des chancres obtenus présenta même ceci de particulier qu'il s'indura, ce qui put être constaté non-seulement pendant la vie, mais encore à l'autopsie et par une dissection attentive. Je le demande sérieusement, peut-on, après de semblables faits, invoquer la *transplantation*, cette ressource inventée comme une planche de salut pour défendre une cause perdue depuis longtemps?

M. Ricord nie absolument la production des accidents constitutionnels chez les brutes. Je lui demande la permission de le suivre encore sur ce terrain, et de ne pas être de son avis.

D'après lui, le premier caractère de la généralisation de la syphilis consiste dans l'induration du chancre. Or il est aujourd'hui parfaitement prouvé que des chats, des singes et des lapins qui avaient été inoculés en ont plusieurs fois offert des exemples. Aux faits observés par MM. Auzias et Langlebert, et qui ont été vus par les hommes les plus compétents, il faut ajouter celui beaucoup plus récent qui se trouve consigné dans les recherches de M. Diday. J'ai déjà dit comment sa valeur ne saurait être contestée; car on se rappelle que la dissection en fut faite avec soin, et qu'on constata que l'induration était formée par un dépôt de *tissu fibro-plastique*. Mais je crois qu'on a observé des lésions plus caractéristiques encore de la syphilis constitutionnelle sur l'un des singes qui ont

servi aux inoculations de M. Auzias. Après une série de chancres dont un au moins s'indura, on vit quelque temps après l'animal être atteint d'ophthalmie chronique, puis la peau se recouvrir d'une éruption crustacée très-caractérisée; la croûte en était symétrique et circinnée. En même temps existait un état général maladif qui n'est pas habituel aux singes. Cet animal, qui appartenait à M. le docteur Langlebert, fut montré aux personnes les plus compétentes, et si M. Ricord ne l'a pas vu, c'est qu'il ne s'en est pas soucié. M. Cazenave, qui voulut bien l'examiner, déclara que si on lui montrait quelque chose de semblable sur le cuir chevelu de l'homme, il n'hésiterait pas à le regarder comme d'origine syphilitique.

Quoiqu'on ait beaucoup plaisanté sur les chats *irréprochables*, je vous prie de vouloir bien écouter l'histoire assez triste d'une jeune chatte dont on a déjà parlé, mais dont je complète ici l'histoire. Inoculée à l'âge de trois mois, elle éprouva des accidents syphilitiques. Plusieurs mois après son apparente guérison, elle devint pleine, et mit bas dans le courant du mois de janvier 1851. On lui laissa allaiter les quatre petits qu'elle fit; mais malgré les soins qu'on prit d'eux, ils ne tardèrent pas à succomber : le premier, âgé de dix-sept jours, pouvant à peine teter, et dans un état de faiblesse et de dépérissement que rien en apparence ne pouvait expliquer; le second à l'âge d'un mois et onze jours : il avait sur tout le corps des dépilations très-régulières, en forme de croissant, et sur tous ces points on voyait l'épiderme se soulevant en écailles. Le troisième présenta pendant trois mois et quatre jours à peu près les mêmes symptômes psoriasiques, et s'éteignit excessivement amaigri. Quant au quatrième, qui était également fort malade, on voulut essayer de le guérir par la syphilisation; mais il vécut à peine quelques jours. Peu de temps avant la mort des deux derniers, la mère offrit un nouveau phénomène non moins curieux : on voyait sur les deux aréoles et mamelons inférieurs plusieurs gerçures qui se recouvraient d'un épiderme pâle et terreux.

Cette chatte vit encore, et paraît très-bien se porter maintenant; mais elle semble avoir été frappée de stérilité. A l'époque de ses chaleurs, qui se répètent souvent, on l'enferme avec un mâle vigoureux, qui a déjà fait ses preuves, et quoique l'acte génital s'accomplisse plusieurs fois et très-régulièrement, la fécondation n'est plus obtenue...

J'ai entre les mains l'extrait d'une lettre récemment écrite de Vienne par M. Kunde, dans laquelle il est dit que M. Siegmund, qui est médecin en chef du grand hôpital, possède en ce moment quelques animaux atteints de syphilis, et en particulier un lapin qui montre un bel exemple de psoriasis syphilitique.

Enfin je puis ajouter que M. le professeur Gerdy a possédé, lorsqu'il était chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, un chien qui avait bien évidemment contracté la vérole avec les filles publiques que recevait cet établissement, et qui lui avaient voué une affection toute particulière. Son libertinage l'avait mis dans un tel état qu'étant sans doute, à son tour, devenu dangereux, il fallut le sacrifier...

De toutes les observations citées, celle qui m'a le plus vivement impressionné, je l'avoue, est celle de M. J..., que M. Ricord nous a donné comme une victime de la syphilisation. Il est fâcheux qu'on lui ait fourni des renseignements aussi incomplets que ceux qui ont servi à la rédaction de son observation. J'ai entre les mains une lettre qui avait été spontanément écrite après la dernière séance par deux étudiants en médecine (MM. Guilbert et Mialet) pour être insérée dans la GAZETTE MÉDICALE. « Permettez, disent-ils, à deux témoins de la maladie et de la mort de J..., de rectifier quelques faits que M. Ricord a racontés d'une manière moins exacte que dramatique. Notre malheureux ami a succombé le 13 juillet à la suite d'un érysipèle compliqué d'accidents ataxiques, lequel avait débuté le 4 du même mois au bras gauche, et avait rapidement envahi le tronc tout entier, ainsi que la partie postérieure de la tête. Cet érysipèle et sa terminaison funeste sont-ils la conséquence de la syphilisation? C'est ce que nous n'avons pas à examiner. Mais l'existence de cet exanthème est un fait important à connaître. M. Ricord l'a passé sous silence, sans doute, parce qu'il n'avait reçu que des renseignements incomplets. » Puis ils ajoutent : « M. J... n'a pas vu paraître de taches pendant toute la période de son traitement. Il en avait eu en novembre et décembre 1851; elles ont disparu ultérieurement. Nous devons ajouter, dans l'intérêt de la vérité, que la disparition des taches syphilitiques a coïncidé avec les inoculations syphilisatrices auxquelles se soumettait notre ami. Son état général s'était amélioré, et lui-même nous répétait souvent que la syphilisation était un bienfait... Notre devoir est de dire aussi que M. J..., d'habitudes très-laborieuses, s'est livré dans les derniers mois de sa vie à un travail excessif. »

J'ai pu m'assurer, en outre :

1° Que M. J... n'avait plus aucun chancre d'inoculation lorsqu'il a été pris d'érysipèle, et qu'il n'en avait même pas depuis plusieurs jours;

2° Que les dernières inoculations qu'il avait subies avaient été faites au bras droit, tandis que c'est au-dessous du bras gauche que l'érysipèle a commencé;

3° Que précisément à la même époque, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, régnait à Paris un grand nombre d'érysipèles, ainsi que peuvent l'attester tous ceux qui sont à la tête d'un service d'hôpital;

4° Qu'en même temps que M. J... était atteint d'érysipèle une femme de 40 et quelques années, *qui habitait la même maison et sur le même carré*, mais qui n'avait jamais eu ni vérole, ni inoculations, était prise de la même affection, compliquée aussi de fièvre intense, de délire, douleurs épigastriques, etc.

5° Que l'érysipèle de M. J..., rencontrant dans sa marche envahissante les cicatrices chancreuses du bras gauche, les avait rapidement couvertes de phlyctènes, et il est probable que c'est là ce qui a induit en erreur notre très-honorable et très-savant confrère M. Piedagnel, qui n'a vu que deux fois M. J... et qui n'a su que par une confidence de M. Auzias qu'il s'était soumis à la syphilisation... Madem. X..., citée par M. Ricord, eut aussi un érysipèle de la face avant de s'être soumise à la pratique de la syphilisation. A-t-il cru devoir l'attribuer à la syphilis accidentellement contractée ou au traitement mercuriel qui fut d'abord institué? Je ne crois pas devoir insister plus longtemps; mais, puisque j'ai parlé de l'observation de madem. X..., qu'il me soit permis de relever quelques inexactitudes qui se sont glissées dans ce qu'on a dit d'elle, toujours d'après le même M. Lefèvre. Je laisse encore parler MM. Guilbert et Mialet : « Quant à madem. X..., nous l'avons vue plusieurs fois pendant son traitement; elle paraissait toujours se bien porter; sa face avait la coloration habituelle et elle travaillait comme par le passé. Les cheveux qu'elle avait perdus en novembre 1851 à la suite de l'érysipèle dont a parlé M. Ricord, continuaient et continuent encore à croître abondamment. La dernière fois que nous l'avons vue, le lendemain de la mort de notre malheureux ami, sa santé ne paraissait pas plus altérée que par le passé. » Ce qui n'empêche pas M. Lefèvre de dire que cette jeune fille est pâle, faible et beaucoup amaigrie après deux mois de syphilisation, et que, comme M. J..., elle avait aussi vu son corps se couvrir de taches pendant son fatal traitement. Nous savons ce qu'il faut penser des prétendues taches de M. J.... Au reste, je dois dire qu'il en est de cette observation comme de beaucoup d'autres dont on a parlé pour prouver qu'après la syphilisation la vérole constitutionnelle existait encore : on prend des malades dont le traitement n'est pas complet et n'a pas été déclaré tel par celui qui a inoculé. Comment peut-on espérer, en procédant de la sorte, éclairer une question déjà si obscure?

L'observation que renferme la GAZETTE DES HÔPITAUX du 31 juillet, et qui porte la signature d'un élève en médecine, M. Hugot, est relative à un M. P..., également élève en médecine, et qui a été avec lui attaché au même établissement de la rue Saint-Jacques; mais elle est incomplète, comme beaucoup d'autres. Voici, en effet, ce qu'écrit M. P... à la date du 1er août 1852 :

« Monsieur, j'apprends qu'on fait un étrange abus de ma personne et de mon nom pour vous calomnier, ainsi que la syphilisation. Je m'empresse de faire et de vous apporter la déclaration ci-jointe :

» Ma syphilisation a commencé le 3 octobre 1851. Pendant tout le mois de décembre, je me suis montré plein de santé dans tous les services de l'hôpital du Midi, porteur de plusieurs chancres, d'autant plus petits en général qu'ils étaient plus récents. M. Ricord disait que je ne pouvais avoir la vérole constitutionnelle; vous, M. Auzias, vous affirmiez que tout le monde était susceptible de l'avoir, et que vous me la donneriez si vous vouliez. Je résolus de savoir qui avait raison, et je fus prier M. Ricord, qui avait toujours de bon pus, de m'inoculer. Voici les inoculations qui m'ont été faites par lui, et dont la plupart ont été négatives.

» Le 17 janvier 1852, quatre inoculations.

» Le 19, plusieurs inoculations en nombre indéterminé.

» Le 24, plusieurs inoculations.

» Le 7 février, une inoculation du pus d'un chancre phagédénique. Cette inoculation me fut faite par M. Musset, ancien interne de M. Ricord; elle fut négative.

» Le 10 février, une inoculation.

» Le 18, plusieurs inoculations.

» Le 24, quatre inoculations.

» Le 26, une inoculation à l'empreinte deltoïdienne du bras droit.

» Le 2 mars, cette inoculation était déjà indurée, d'après l'avis de M. Auzias. M. Ricord prétendait que ce n'était qu'un chancre dur.

» Je fus voir de nouveau M. Auzias le 5 mars; voici ce qu'il me dit : Je veux vous inoculer plusieurs fois le pus de ce chancre, car il est induré. Je vous ferai les inoculations sur le devant de la poitrine. Hâtons-nous, si nous voulons éviter la vérole constitutionnelle. Ce sera une vérole faible sans doute, mais qu'il nous serait difficile de chasser faute d'un pus assez énergique. Le pus que vous a inoculé M. Ricord est des plus forts. Tâchez de revoir le malade pour m'en apporter.

» Je persistai à ne pas me laisser inoculer. Le lendemain 6 mars, les instances de M. Auzias pour m'inoculer mon pus furent plus vives; ma résistance fut la même.

» Libre de ma personne, confiant dans les ressources que m'offrirait la syphilisation, j'ai voulu savoir qui avait raison de M. Auzias ou de M. Ricord; mais il me répugnait de faire parade. M. Ricord avait écrit : *N'a pas la vérole qui veut*; M. Auzias a répondu : *A la vérole qui veut*. L'événement s'est prononcé pour M. Auzias, en répondant à la pointe de la lancette de M. Ricord.

» J'ai pris une note exacte du malade qui a fourni le pus de l'inoculation du 26 février : c'est M. G. M., maçon, qui était entré le 22 janvier 1852. Il avait huit ou dix chancres au prépuce et un chancre phagédénique à la seconde phalange de l'annulaire de la main droite. M. Ricord lui en donna deux autres en même temps qu'à moi, et les laissa tous marcher sans traitement. Vingt-neuf jours après il sortit de l'hôpital guéri de tous ses accidents. M. Ricord lui promit qu'il n'aurait pas la vérole. »

M. Depaul termine en rappelant le document récemment publié dans la GAZETTE MÉDICALE par la commission de Turin, et qui, suivant lui, rend nécessaire une très-grande réserve.

Que ceux donc, dit-il, qui, par leur position et leurs études spéciales, sont naturellement désignés pour élucider cette grave question, se mettent à l'œuvre avec leur bonne foi habituelle et sans arrière-pensée : c'est le seul moyen de faire triompher une grande et importante vérité, ou de démasquer une dangereuse erreur.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR; par M. le docteur FOSSION, membre de l'Académie de médecine de Belgique. — Broch. in-4°. — Bruxelles.

La brochure que nous avons sous les yeux devrait être intitulée : RECHERCHES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS DU CŒUR. La disposition même du travail, où mouvements et bruits sont étudiés successivement, motivent cette rectification, et il importe à la critique de séparer dès l'abord deux ordres de faits et d'expériences qui ne se confondent pas nécessairement dans l'appréciation. L'étude des mouvements cardiaques est une voie toute naturelle pour arriver à la connaissance des bruits; mais la communication n'est pas si directe qu'elle rende les méprises impossibles, et, pour notre propre compte, nous voyons dans la première partie du travail de M. Fossion des résultats dignes d'une grande attention, en éprouvant le regret de nous séparer de lui dans la seconde.

Des expériences assez nombreuses sur les grenouilles, les lapins et quelques gallinacés ont toujours permis à l'auteur de constater les contractions *alternes* de l'oreillette et du ventricule, pourvu toutefois qu'on donnât le temps de s'apaiser au tumulte cardiaque qui suit ordinairement l'ablation de la paroi thoracique. Mais voici ce qui en fait l'originalité. On sait que les auteurs ne sont pas d'accord sur l'instant précis où commence la diastole ventriculaire : les uns la rattachent à l'abord du sang poussé dans leur cavité par la contraction des oreillettes; d'autres croient qu'au moment où la contraction auriculaire a lieu, la dilatation des ventricules est déjà commencée. Or peut-être ce dissentiment dépend-il uniquement de ce que les expériences n'ont pas toujours été faites sur les mêmes espèces animales. Sur les grenouilles, d'après M. Fossion, la systole et la diastole ventriculaires durent chacune *la moitié d'une pulsation du cœur* (l'auteur n'admet pas de temps de repos); la contraction auriculaire dure seulement le quart d'une pulsation, et elle commence *en même temps* que la dilatation du ventricule. Chez les animaux à sang chaud, la diastole ventriculaire dure un peu plus longtemps, et le ventricule reçoit du sang avant que l'oreillette n'entre en contraction.

L'expérimentateur, disons-nous, rejette le repos du cœur. Ceci demande explication. Le temps de repos est admis même par les physiologistes qui, comme Hope, ne croient pas à la réplétion instantanée du ventricule. Entre le moment précis où la dilatation s'arrête et celui où la contraction commence, ils placent un court intervalle, qui correspond à un *silence* du cœur. Comment donc M. Fossion, aux yeux de qui la diastole se fait brusquement, d'un seul coup, par suite du relâchement passif des fibres contractiles, et qui, d'un autre côté, accorde à la diastole la durée d'une *moitié de battement*, repousse-t-il absolument le repos? Le temps que dure la moitié d'un battement n'est pas rempli par la brusque détente des muscles du cœur; de quel nom appelle-t-il ce qui en reste? Et puisque la dilatation est pour lui, et avec raison, un phénomène passif, quelle autre dénomination que celle de *repos* pourrait-il trouver pour le temps dans lequel le ventricule reste plein sans se contracter encore? Il semble bien que la dissidence soit ici dans les mots plus que dans les choses.

M. Fossion a vu, comme tous les expérimentateurs, la projection du cœur en avant pendant la systole; mais il les contredit sur plusieurs points qui ne manquent pas d'importance. L'inflexion de la pointe en avant pendant la systole ne lui paraît exister que dans les cas où l'animal s'épuise et où les battements deviennent très-laborieux. Le cœur viendrait heurter la paroi thoracique, non par sa pointe, mais par toute sa face antérieure. Revenant à l'opinion de Sénac, il n'admet aucune variation, à aucun temps, dans le diamètre longitudinal du cœur, le raccourcissement produit par la systole des ventricules étant compensé par l'élongation qui résulte de la diastole des oreillettes. De plus, il affirme que la pointe du cœur ne change jamais de niveau, ne monte ni ne descend, ni pendant la systole ni pendant la diastole. Enfin l'expansion brusque des ventricules aurait pour effet, comme sa contraction, de *projeter* le cœur en avant : c'était autrefois l'opinion de M. Pigeaux, qui y a renoncé; c'est aujourd'hui celle de M. Beau. On n'ignore pas que, d'après Hope, le cœur exécuterait, au contraire, un léger mouvement de retrait, et que M. Bouillaud nie tout mouvement de *locomotion* pendant la diastole. Nous nous contentons d'appeler l'attention sur les nouveaux dissentiments apportés dans la question par l'honorable membre de l'Académie belge.

Pour achever de faire connaître tout ce qui, dans son travail, se rattache aux *mouvements* du cœur, il nous reste à signaler deux expériences. La première est relative à une sorte de dépendance réciproque, de solidarité physiologique, des diverses parties du cœur. Sur des grenouilles amenées à un état d'épuisement tel qu'on ne compte plus que 15 à 20 pulsations par minute, on irrite le ventricule avec la pointe d'un scalpel; le cœur à l'instant se contracte. Mais ce n'est pas par le ventricule que commence la contraction, c'est par l'oreillette; la systole ventriculaire suit immédiatement. Nous avons vu tout à l'heure que la contraction de l'oreillette, chez les animaux à sang chaud, n'a lieu qu'à la fin de la diastole du ventricule, et que conséquemment elle en précède de très-près la systole, tandis que, chez les animaux à sang froid, les mouvements du ventricule et de l'oreillette sont plus régulièrement alternés. M. Fossion attribue cette différence à ce que l'indépendance des diverses pièces du mécanisme cardiaque est moindre chez les premiers. Une plus étroite connexion nerveuse serait le principe de l'enchaînement plus direct et plus rapide des mouvements systoliques de l'oreillette et du ventricule.

La seconde expérience concerne *la marche du sang* dans le ventricule. Le cœur d'une grenouille ayant été mis à nu, on soulève sur le mors d'une pince les arcs aortiques pour suspendre la circulation. La marche du sang fut arrêtée; toutes les parties du cœur se distendirent considérablement et devinrent d'un rouge bleuâtre. On voyait antérieurement des ondées sanguines marcher de la pointe à la base du ventricule et s'arrêter vers sa partie gauche; postérieurement, une autre ondée se dirigeait, sous l'influence de la systole auriculaire, de la base à la pointe. Le sang décrivait dans le ventricule une espèce d'arc dont la convexité regardait la pointe du cœur.

Nous avons hâte d'arriver à la question des bruits cardiaques qui a une importance clinique particulière. M. Fossion a pour ainsi dire ramassé les morceaux de deux théories à peu près ruinées. Il attribue, avec M. Magendie, le premier bruit au choc du cœur contre la paroi thoracique; transportant ensuite au second bruit l'explication que M. Beau donne au premier, il accuse le choc de la colonne sanguine contre des parois ventriculaires.

Dans une première expérience sur un lapin, la poitrine ayant été incisée longitudinalement et les deux côtés de l'incision fortement écartés, le stéthoscope appliqué sur le cœur *à nu* n'avait fait entendre que le premier bruit. Mais voici les détails de deux expériences plus complètes : 1° Le cœur étant mis à nu sur une oie adulte par l'ablation du sternum, on ouvre le péricarde : on n'entend aucun bruit *en approchant l'oreille du cœur*. Le sternum est remis en place, et l'oreille appliquée sur cet os perçoit les deux bruits. Le sternum enlevé de nouveau, le stéthoscope est posé vers le devant des ventricules; *les deux bruits sont encore entendus*. L'animal étant très-affaibli, le stéthoscope ne fait plus entendre que le premier bruit. 2° Sur une autre oie dont le cœur avait été découvert par le même procédé, l'oreille *approchée du cœur* ne perçoit rien. On place le stéthoscope sur les ventricules, *les deux bruits sont perçus; ils ont même de l'éclat*. On fait reposer l'instrument *sur les parties voisines*; on entend encore un peu le premier bruit, mais pas le second. L'animal étant encore très-vivace, on substitue au sternum un petit tambour et les deux bruits se font entendre à une certaine distance. On place au devant du cœur une lame mince de caoutchouc, le premier bruit est encore entendu à l'aide du stéthoscope.

On a remarqué que, pour constater si le cœur faisait entendre des bruits après l'ablation du sternum, l'oreille était seulement *approchée* du cœur et non *appliquée* contre les ventricules; et pour qu'il ne reste pas de doute sur le sens de l'expression, nous citerons ce passage du commentaire des expériences : « On n'entend plus aucun bruit, quelque rapprochée que soit la *distance* qui sépare l'oreille de l'organe central de la circulation. » Or, au lieu de s'imposer la tâche de démontrer qu'un bruit un peu sensible, se passant dans l'intérieur de l'organe, devrait être transmis par l'air ambiant à une faible distance, il nous aurait paru plus sûr d'appliquer directement l'oreille sur le devant du cœur. Il n'est pas difficile, ce nous semble, d'y maintenir de manière à prévenir non pas peut-être tout glissement (ce qui n'aurait pas grande importance), mais tout *choc* brusque, bien détaché, tel enfin qu'il doit être pour produire un bruit semblable au *tic* du cœur. M. Bouillaud a fait cette expérience, et il a *très-distinctement* entendu, assure-t-il, le double bruit. On peut regretter d'autant plus que M. Fossion n'ait pas imité ce procédé, que l'application du stéthoscope lui a permis, comme on a vu, d'entendre les deux bruits. Il explique ce résultat par le choc du cœur contre le stéthoscope; mais un stéthoscope, bien maintenu, ne peut être soumis qu'à un frottement et donner un bruit prolongé tout à fait différent du *tic tac*. M. Bouillaud a pu distinguer, dans la même expérience, les deux espèces de bruit. Enfin, en appliquant le stéthoscope sur les parties voisines, le premier bruit a encore été entendu. C'est, dit M. Fossion, que le cœur *frappait contre les parties environnantes et y occasionnoit un bruit d'une faible intensité*. Mais alors comment se fait-il qu'on n'entendait absolument rien lorsqu'on approchait l'oreille? Il est difficile qu'un bruit sec, quelque faible qu'il soit, quand il se produit à découvert, ne soit pas perceptible à une oreille très-attentive. Supposez qu'il

en soit autrement, l'auteur sacrifie alors un argument invoqué par lui-même contre les partisans du claquement valvulaire; il voudrait que ce claquement s'entendît en approchant l'oreille, bien qu'il se passe au sein d'un organe mou et épais. Pourquoi s'entendrait-il, si le choc de parties solides à l'air libre n'est pas toujours perceptible?

M. Fossion a répété encore l'expérience de M. Magendie, qui consiste à remplir la poitrine d'eau. Les bruits du cœur sont alors diminués d'intensité. Mais un tel résultat ne contredit pas les théories autres que celle du choc, la condition première du bruit étant pour toutes une certaine liberté dans le jeu de l'organe; et elle n'est pas plus favorable à la théorie du choc, puisque les bruits ne sont qu'affaiblis malgré la présence d'une grande quantité d'eau dans la poitrine, qui semblerait devoir retenir l'organe hors du contact du sternum.

On se retranche, il est vrai, derrière un principe de physique. La paroi thoracique est heurtée; donc il doit en résulter un bruit. La paroi est soulevée; voilà le fait. Est-elle heurtée directement? reçoit-elle une sorte de coup de marteau? Cela est douteux. Nous l'avons dit dans le compte rendu d'une brochure de M. Rouanet (1845, p. 448), la percussion du thorax, quelque légère qu'on la suppose, donne *toujours* un bruit *métallique*. Nous avons indiqué alors trois ou quatre manières de s'en assurer. Le caractère métallique du bruit, non le bruit lui-même, pourrait donc être le signe d'un choc véritable de la cage pectorale. M. Fossion a noté une fois que les bruits écoutés avec le stéthoscope, dans un cœur à nu, étaient *éclatants*. C'est probablement qu'il y avait eu choc de l'extrémité de l'instrument. Ajoutons que, dans les cas d'hypertrophie considérable, avec voussure, quand la poitrine ne peut être que soulevée et non percutée par le cœur, le *tic tac* s'entend encore très-bien, et qu'alors il cesse d'être éclatant.

Nous n'allons pas, en ce qui concerne le premier bruit, au delà de ces remarques critiques. Ce bruit n'est pas dû à la percussion du thorax, voilà ce qui nous semble plus que probable. A quoi doit-il être attribué? C'est ce que nous ne savons pas; des difficultés, dont nous avons plusieurs fois parlé et qu'il serait trop long de rappeler ici, nous ont empêché jusqu'à présent de le rapporter à la vibration des valvules auriculo-ventriculaires. M. Fossion exprime également quelques-unes de ces difficultés.

Quant à l'explication du second bruit par le choc du sang aspiré brusquement et tombant dans le ventricule, nous faisons d'abord une remarque. M. Fossion déclare que si le premier bruit se passait dans le cœur, on l'entendrait en approchant l'oreille. Si le second bruit est dû au choc du sang contre les parois, comment ne l'a-t-il pas entendu? En second lieu, si, comme il l'a dit en commençant, le cœur, dans la diastole, est projeté en avant contre les parois thoraciques; s'il faut, comme il le dit plus loin, que le cœur arrive *au contact immédiat* du sternum, pour que l'ébranlement du ventricule puisse donner lieu à un bruit très-perceptible au dehors, comment se fait-il que cette percussion par le cœur en diastole ne produise pas elle-même un bruit, aussi bien que le cœur en systole? Pourquoi, dans les dilatations énormes du cœur, où les ventricules ne peuvent se vider, entend-on encore le second bruit? Enfin, est-il vrai que la colonne sanguine, aspirée par le ventricule, en *frappe* réellement la surface interne? Pour qu'il y eût choc, il faudrait un intervalle de temps, quelque court qu'on le suppose, entre la dilatation et l'arrivée du sang; il faudrait qu'un vide se fît momentanément dans l'intérieur du ventricule, ce qui est impossible; et pour admettre que le vide est alors imparfait, il faudrait supposer qu'une vapeur s'élève du sang à chaque diastole, en attendant l'ondée sanguine. Tout porte à croire, au contraire, que la masse du fluide sanguin *suit* les parois du ventricule à mesure qu'elles s'écartent, et dès lors, on ne comprend plus la production d'un ébranlement et la formation d'un bruit.

Ce second bruit du cœur est celui qui s'explique le mieux par la théorie du claquement valvulaire, nous pouvons le dire sans être obligé d'exposer ici, plus que pour le premier, les motifs de notre opinion. Disons seulement que l'expérience instituée par M. Rouanet, et souvent répétée depuis avec le même résultat, est en opposition avec ce principe de M. Fossion, que « une membrane interposée entre deux liquides ne peut être le siége d'un bruit quelconque. » On voudra bien remarquer qu'il n'y a rien de commun entre l'aspiration d'un liquide par la dilatation d'une cavité et la rencontre d'une membrane tendue par une colonne de liquide en mouvement. Par cela seul que les parois de la cavité sont toujours en contact avec le liquide, elles ne sauraient être ébranlées, et partant elles ne sauraient *vibrer* pour produire un bruit. Dans l'expérience de M. Rouanet, une vessie qu'on a d'abord pressée entre les mains est rendue subitement à sa capacité primitive; elle aspire brusquement une colonne de liquide qui rencontre sur son passage les valvules sygmoïdes; celles-ci se redressent sous le poids du liquide. Elles peuvent donc vibrer, et c'est là qu'un bruit est perçu. Mais on n'en entend aucun dans la vessie.

Que M. Fossion veuille bien excuser une liberté d'appréciation et une exubérance de critique dans laquelle s'évanouit plus que nous ne le voudrions le talent dont il a fait preuve dans son travail. *Faute reconnue, faute pardonnée;* consolante maxime dont nous serions heureux d'avoir le bénéfice.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— Dans une de ses dernières séances, le conseil municipal de la ville de Paris a fixé le budget de l'administration de l'assistance publique à 14,983,611 f., presque le budget d'un État de moyenne grandeur.

La subvention municipale, annuellement accordée aux établissements hospitaliers, a été fixée à 5,468,509 fr. L'allocation de l'année dernière était supérieure à celle-ci de 592,654 fr.

— On lit dans le MONITEUR DE L'ARMÉE :

« Le ministre de la guerre a décidé que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps des officiers de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale des corps de troupe et des établissements du service hospitalier aurait lieu pour 1852 en France, en Italie et en Algérie.

» Les villes auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme ci-après, et que sont chargés d'inspecter :

» 1er *arrondissement*: M. Bégin, inspecteur, président du conseil de santé. —Les 11e, 13e, 14e divisions militaires et l'Italie.

» 2e *arrondissement*: M. Alquié, inspecteur, directeur de l'École d'application de la médecine militaire. — Les 8e, 9e, 10e et 12e divisions militaire.

» 3e *arrondissement*: M. Vaillant, inspecteur, membre du conseil de santé. —Les 15e, 18e, 19e, 20e et 21e divisions militaires.

» 4e *arrondissement*: M. Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé. —La 17e division militaire et la division d'Alger.

» 5e *arrondissement*: M. Michel Lévy, inspecteur, membre du conseil de santé.—Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires.

» 6e *arrondissement*: M. Guyon, inspecteur. — Les divisions d'Oran et de Constantine.

» 7e *arrondissement*: M. Maillot, inspecteur. — Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires.

» Cette inspection médicale commencera du 1er au 15 août, et se continuera sans interruption. »

— Le service de santé de M. le prince-président de la République vient d'être organisé. Il se compose de :

M. le docteur Conneau, médecin du prince-président;

M. le docteur Andral, médecin consultant;

M. le docteur Jobert (de Lamballe) et M. le baron Hippolyte Larrey, chirurgiens consultants;

M. le docteur Tenain et M. le docteur Delaroque fils, médecins ordinaires de la maison.

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid vient d'envoyer à M. Brierre de Boismont le diplôme de membre correspondant.

— On écrit de Varsovie, 24 juillet :

« Voici quelques renseignements officiels sur l'état du choléra dans le royaume de Pologne. A Varsovie même, on comptait, depuis le 26 juin jusqu'au 22 courant, 454 personnes malades. Sur ce nombre, il y avait eu 110 décès, 124 guérisons, 117 malades étaient encore en traitement.

» Du 24 mai jusqu'au 19 courant, 2,192 personnes avaient été atteintes du choléra; sur ce nombre, on comptait 1,073 décès et 755 guérisons. »

— M. E. Collin, médecin major, est passé de l'hôpital de Briançon à celui de Montmédy.

— INVITATION A LA 29e RÉUNION ALLEMANDE DES MÉDECINS ET NATURALISTES, se tenant dans la charmante ville de Wiesbaden (Nassau), du 18 au 25 septembre 1852. — La réunion des médecins et naturalistes allemands, par l'organe des membres de son bureau soussignés, verra avec la plus grande satisfaction ses confrères français venir partager ses travaux. Ils pourront faire leurs communications respectives en langue française.

Local de réception, ouvert à partir du 15 septembre, Taunus hôtel, en face le débarcadère.

Dr FRESENIUS.
Dr BRAUN.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA SYPHILISATION.

La question de fait ne peut aller plus loin; elle est à bout de voie. Quand des observations dont la déduction scientifique a tant de gravité sont à la merci de lettres, de certificats, de confidences, tantôt favorables jusqu'à l'enthousiasme, tantôt dénigrants jusqu'à la passion, il faut se résigner à suspendre son jugement. Ce moyen de discussion scientifique a toujours été périlleux; il livre trop au hasard; il multiplie les chances d'erreur en multipliant les adversaires, en appelant au débat des témoins de hasard, des observateurs de passage, en ameutant toutes les préventions. Il faut avoir le courage de le dire, sur quelque terrain qu'on se soit placé, l'aliment, l'aliment substantiel, manque à la discussion. Dans le peu qui reste accepté des deux parts il y a des résultats frappants, on qui font fléchir, s'ils ne sont que l'effet du hasard, la rigueur qu'on avait contume d'attribuer à certaines lois de la syphilologie, ou qui déposent, s'ils sont dus aux inoculations répétées, d'une immunité (durable ou transitoire, nous ne savons encore) acquise par les procédés de la syphilisation. D'autres résultats non contestés sont fort remarquables aussi au point de vue curatif, et constituent pour le moins de notables exceptions à la marche habituelle des accidents constitutionnels. Tout cela a été mis une fois de plus au grand jour dans la dernière séance de l'Académie. Voici maintenant que M. Marchal (de Calvi) annonce dix-sept ou dix-huit observations détaillées actuellement livrées à l'impression. Qu'elles soient les bienvenues! Nous promettons de les examiner et nous assurons que personne n'y apportera plus de soin ni un esprit plus dégagé.

A ce propos, qu'a donc voulu dire M. Ricord, quand, analysant les quatre observations publiées dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, il les a présentées comme le *palladium* de ceux qui ont voulu faire à la syphilisation l'honneur d'une discussion régulière? A quel entraînement obéit donc un esprit si sagace, un cœur si droit, pour avoir de telles hallucinations? Qui donc ici a jamais mis son espérance scientifique dans ces observations? Quoi! nous déclarons dès l'abord qu'il faut convier au débat le pour et le contre; nous rappelons nous-même des expériences contraires à la syphilisation et dont personne encore n'avait parlé, celles de M. Thiry, par exemple. De nouveaux faits tombent entre nos mains; ils viennent de M. Sperino, tant mieux: bons ou mauvais, ils pèseront d'un plus grand poids dans la question. Nous nous hâtons donc de les publier, et cet hommage rendu à la vérité serait pris pour une preuve d'aveuglement! Et l'on s'en ferait une arme contre nous! Non, cela n'est pas possible, et nous avons mal compris M. Ricord.

La séance de mardi n'a pourtant pas été infructueuse. La distinction que la GAZETTE MÉDICALE n'a cessé de déclarer logique en principe, urgente pour le débat, entre la question scientifique et la question pratique, a été nettement posée devant l'Académie. Cela veut-il dire qu'il n'y ait pas toujours un lien nécessaire entre un principe et ses conséquences? A nous moins qu'à personne on pourrait prêter un pareil non-sens. Les conséquences d'un principe sont fatales, au sens philosophique; oui, mais, par cela même, elles ne peuvent être déterminées qu'après le principe. C'est donc par celui-ci qu'il faut commencer. Or, le principe, d'où peut-il sortir? De la raison? du bon sens? de l'analogie? *de la morale?* Nullement. Il ne peut sortir que de l'expérience. Qui la fera, cette expérience? Ce n'est pas nous, nous commençons par le déclarer; personne n'y est obligé. Mais si quelqu'un la fait, regardons-y donc sérieusement! Dans la masse d'observations qui ne tarderont pas à être mises au jour de divers côtés, sera, quoi qu'il arrive, impliquée une grave question que la vaccine et l'inoculation variolique ont depuis longtemps soulevée. Ces deux faits, l'état réfractaire constitué par la vaccine et la bénignité de la variole constituée par l'inoculation, ces deux faits si considérables et dont la médecine est à juste titre si fière, ne dépassent pourtant pas l'empirisme le plus vulgaire. Pour ce qui concerne la vaccine, on s'en tire par une hypothèse qui renferme elle-même un grand problème, l'hypothèse de la *substitution*. Mais quant à l'inoculation, elle ouvre une porte sur un abîme d'obscurité. Essayez, par exemple, d'expliquer comment du pus pris sur un bouton de variole et inséré sous l'épiderme, peut, comme on l'a vu, déterminer une éruption locale, *sans éruption générale*, et préserver néanmoins de la variole tout aussi bien que la vaccine. Le sujet était-il réfractaire en vertu de son idiosyncrasie? Non; car l'éruption locale a eu lien, avec tous les caractères de la pustule variolique; et l'inoculation, pas plus que la variole, ne prend sur les sujets réfractaires. Qui sait où conduirait la plus faible notion du rapport qui lie ici l'effet à la cause? Il y a là-dessous quelqu'importante loi cachée, dont la découverte ferait époque dans l'histoire des sciences. Observons, observons toujours. La vaccination et l'inoculation essayées sur des affections virulentes de diverse nature placent l'observateur dans des conditions nouvelles; une lueur qui en sortirait pourrait être l'aurore du plus brillant avenir.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE; par les docteurs BOULEY, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et CAILLAULT, ex-interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir les numéros 27, 28 et 33.)

Nous avons recueilli 46 observations sur les différentes formes de gangrènes infantiles; voici quel a été le rapport de fréquence des trois espèces:

13 cas de gangrène noire, dite gangrène de la bouche;

31 cas de gangrène phagédénique à marche asthénique, s'étant montrés soit à la vulve ou au périnée, soit à la bouche;

2 cas ont offert cette forme que nous avons appelée *escarres jaunes ultimes*.

Deux fois la gangrène est apparue dans le cours d'une phthisie sans l'existence préalable de la rougeole;

Feuilleton.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE ET EN TOSCANE.

(Voir le numéro 29.)

A M. le docteur A. Dechambre, rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de vous remercier tout d'abord de l'obligeance que vous avez eue de consacrer le feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE du 17 à l'examen de ma brochure sur l'enseignement médical en Toscane et en France: je ne vous suivrai pas, très-honoré confrère, dans les réflexions qui en forment l'exorde: la lutte entre nous serait inégale; je préfère aborder immédiatement la question. Sur ce terrain j'ai mes coudées plus franches, car ma conviction est le résultat d'une étude approfondie de la matière.

Le but que je voulais atteindre par ma publication était manifestement celui *d'éveiller l'attention du gouvernement sur les réformes compatibles avec les circonstances actuelles*; les moyens consistaient:

1° A démontrer que l'enseignement médical de la Toscane était complet et bien coordonné;

2° A faire voir que celui de la France réclamait de sages améliorations. J'examinais de mon mieux les questions qui s'y rattachaient, je formulais quelques conclusions à titre de jalons, et je terminais en disant: « Si mon travail présente, dans les deux derniers chapitres, des appréciations inexactes ou des » critiques mal fondées, la responsabilité m'en reviendra tout entière; mais » je n'en serai pas moins heureux d'avoir passé en revue, dans le premier cha- » pitre, toutes les phases de l'organisation médico-chirurgicale en Toscane. Les » données sont positives, incontestables: à ce titre elles méritent toute l'atten- » tion des hommes intéressés à mettre en tout et partout nos institutions à la » hauteur des besoins de la société! »

Ai-je trop présumé de mes forces? Me suis-je embarqué trop à la légère sur cette mer capricieuse de la critique? Je ne le pense pas, et j'en trouve la preuve, très-honoré confrère, dans votre analyse, qui forme le complément, le résumé lumineux des idées que je m'efforce de faire prévaloir.

A la demande que vous vous adressez: l'enseignement de la Toscane est-il aussi supérieur, aussi complet, aussi sagement coordonné qu'on l'avance? vous répondez:

« Il est très-vrai qu'en passant par la Toscane nos institutions ont subi des » modifications importantes qui ont eu deux buts principaux, l'un d'élever le ni-

Deux fois également elle est apparue succédant à une éruption variolique sans l'existence antérieure de la rougeole ;

Trois fois la maladie morbilleuse n'a pu être que soupçonnée ;

Et enfin trois autres fois la rougeole n'est apparue qu'après le développement complet de la gangrène phagédénique.

Nous n'avons rencontré qu'un seul exemple où la gangrène se soit montrée d'une manière spontanée survenant au milieu de l'apparence de la plus belle santé.

Dans tous les autres cas, on avait constaté la rougeole à une époque plus ou moins prochaine de l'apparition des gangrènes.

Par conséquent sur les 46 cas nous n'en avons que 6 qui peuvent être séparés de l'affection morbilleuse, et parmi ces 6 exemples 2 ont été précédés d'un exanthème variolique.

Sur 46 enfants atteints de cette cruelle maladie, 5 seulement ont guéri radicalement ; encore faut-il ajouter que les 5 cas de guérison se sont montrés sur des malades atteints de la forme phagédénique (7 gangrènes buccales, 2 vulvaires). Jamais nous n'avons vu la gangrène à marche suraiguë être arrêtée dans sa marche envahissante même par les traitements les plus énergiques.

Parmi toutes les autopsies que nous avons pratiquées sur des enfants morts de gangrène, 9 nous ont présenté des ulcérations phagédéniques laryngées. Mais il faut dire, pour qu'on puisse apprécier leur degré de fréquence, que plusieurs autopsies n'ont pu être faites et que l'exploration du larynx n'a été soigneusement reproduite à chaque nécropsie qu'après que notre attention avait été éveillée sur les lésions propres à cet organe.

Dix fois nous avons rencontré l'existence simultanée de plusieurs formes gangréneuses, avec cette particularité qui rendait le fait plus appréciable, c'est que chaque forme siégeait sur des lieux différents. Cinq fois la vulve et la cavité buccale furent affectées simultanément. Sur ces 5 cas, quatre fois la gangrène buccale fut à marche aiguë, tandis que celle de la vulve fut à marche asthénique. Le cinquième cas présenta l'inverse, c'est-à-dire que la vulve offrit une gangrène noire, tandis que la bouche présenta une ulcération phagédénique à marche asthénique. Trois fois nous rencontrâmes des ulcères phagédéniques laryngés coïncidant avec une gangrène vulvaire phagédénique. Enfin les deux derniers exemples furent deux enfants qui nous offrirent à la fois des ulcérations phagédéniques à la bouche, à la vulve, au larynx et des noyaux gangréneux disséminés dans les deux poumons.

Plusieurs de ces autopsies nous ont offert, surtout lorsqu'elles étaient pratiquées sur des enfants ayant à la fois plusieurs gangrènes, des altérations pulmonaires qui montraient assez la putridité de la cachexie à laquelle les malades avaient succombé. Ces altérations étaient constituées par des noyaux circonscrits existant au milieu du parenchyme pulmonaire. Ces points avaient perdu la structure du tissu de l'organe ; ils formaient des masses compactes, uniformes à la section avec une couleur noire violacée, comme ecchymotique ; ils offraient toujours une odeur très-fortement gangréneuse. Nous avons trouvé plusieurs fois au milieu de ces noyaux qui ne dépassaient guère le volume d'une noisette une sorte de ramollissement central ressemblant à de la sanie gangréneuse.

Toujours ces noyaux gangréneux pulmonaires se rencontrent avec d'autres gangrènes extérieures concomitantes ; cependant une fois j'ai constaté ces altérations avec M. le docteur Legendre sur le cadavre d'un jeune ramoneur mort de la rougeole qui ne nous a présenté concurremment que des ulcérations laryngées phagédéniques. Il est une altération pulmonaire qui n'a jamais manqué dans nos autopsies et qui semble faire partie obligée de cet état général putride consécutif à la rougeole. C'est la pneumonie catarrhale. Constamment nous l'avons rencontrée dans les cas de morts par gangrène ; nous avons par conséquent retrouvé les lésions propres à la phlegmasie catarrhale sous toutes ses formes que M. le docteur Legendre a si justement séparées des altérations pulmonaires propres aux phlegmasies franches. Si ces espèces de gangrènes sont étudiées non plus séparément, mais dans leur ensemble, on constate alors l'analogie profonde qui les unit, on est frappé de la ressemblance de leurs caractères principaux. En même temps on s'étonne que parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés des gangrènes infantiles, aucun d'entre eux ne les ait rapprochées dans un même groupe. Au contraire le plus grand nombre s'est laissé conduire exclusivement dans leur observation par les différences de siége des gangrènes et les différents tissus qu'elles peuvent affecter. Il est évident, en effet, lorsqu'on les étudie cliniquement, quel que soit leur siége, qu'elles sont exactement identiques.

Les trois formes que nous avons admises pourraient être supprimées à la rigueur, tant cette maladie a d'unité, mais néanmoins nous les avons adoptées, parce qu'elles facilitaient une description complète et qu'elles représentent fidèlement les diverses nuances qu'on rencontre au lit du malade. Il sera également évident pour un observateur attentif que les trois formes ne sont en réalité que des différences légères dues à la rapidité plus ou moins grande de la marche du même mal. Maintes fois nous en avons eu sous les yeux la démonstration clinique ; nous ne citerons ici qu'un seul des exemples semblables que nous avons recueillis.

Obs. V. — Le 2 février 1849, Madeleine et Alexandrine Perrier, deux sœurs, furent apportées à l'hôpital des Enfants malades, l'une âgée de 9 ans, l'autre de 5.

La mère de ces deux malades nous donne pour renseignements que ses deux filles avaient été récemment prises de rougeole, l'une après l'autre, à quelques jours d'intervalle. Cette famille était dans une misère extrême ; les deux enfants couchèrent ensemble absolument privées de tout secours.

Ces deux sœurs avaient, en effet, la rougeole : l'aînée n'offrait plus que des macules encore évidentes et la cadette était en pleine éruption. L'auscultation donnait chez l'aînée un souffle rude dans la moitié inférieure des deux poumons. Le lendemain de son arrivée elle était prise d'une ulcération gingivale débutant sous nos yeux et qui, malgré l'emploi des caustiques les plus énergiques, passe très-rapidement à l'état de gangrène noire. Les symptômes généraux s'amendèrent légèrement, et l'enfant nous offrit le hideux spectacle d'un être ayant toute son intelligence et assez de force pour pouvoir se lever quelques heures dans la journée, tout en ayant la moitié de la face complétement noire et quelques points réduits en putrilage. De telle sorte que cette malheureuse créature ne pouvait articuler ses paroles, l'air agitant la paroi de la joue qui avait perdu son adhérence sur le maxillaire inférieur et flottait à la façon d'un linge mouillé. Ces oscillations et les inégalités de cet horrible lambeau laissaient pénétrer les regards jusque dans le pharynx. Cette enfant résista longtemps bien que la gangrène fit encore des progrès ; elle ne succomba que le 17 février ayant la face aux trois quarts envahie.

La jeune sœur, à son arrivée, offrait également des symptômes généraux très-graves. Le 5 février, trois jours après son admission et deux jours après qu'avait apparu la gangrène chez l'aînée, elle nous présenta, au niveau des deux molaires supérieures gauche, une ulcération phagédénique caractéristique. Les mêmes moyens caustiques que chez sa sœur furent employés, mais sans plus de succès. Cependant l'ulcération, bien que ne perdant point sa physiono-

---

» veau de l'éducation médicale en la prolongeant, l'autre d'en développer davantage le côté pratique. »

Et plus bas : « Nous ne voulons pas dissimuler ce qu'il y a de bien conçu, de » complet et d'harmonique dans un tel système d'enseignement médical. Cette » école de perfectionnement surtout, peuplée de jeunes gens qui ont parcouru » tout l'échelle des connaissances médicales et déjà pourvus du titre de doc» teurs, est à nos yeux une création excellente. »

Je prends acte de la déclaration, très-honoré confrère ; votre pensée est exprimée d'une manière plus claire, plus saisissante, mais nous nous trouvons d'accord sur ce point : l'éloge est mérité.

Laissez-moi m'applaudir de votre approbation ; car à un jour donné, cette question trouvera en vous un athlète vigoureux et convaincu.

Unis dans l'éloge, serions-nous aussi séparés qu'on pourrait le croire dans ce que vous appelez le blâme ?

J'avais espéré que vous auriez rendu justice à mes intentions et à la manière dont j'avais formulé mes critiques : c'étaient des faits simplement énoncés, dépouillés de toute personnalité. J'ai toujours lieu de les croire fondés ; car vous ne les abordez pas, et vous n'invoquez que la difficulté d'appliquer les principes qui caractérisent l'institution toscane.

Il me semble que nous sortons ici de la question.

Si vous reconnaissez qu'en réalité l'élève fait cinq années d'études, il faut distribuer autrement, dans ces cinq années, l'enseignement qui devait en comprendre quatre.

Si, dans cette grande pépinière de Paris, l'étudiant passe incognito à travers la filière des études, il est nécessaire de multiplier les points de contact entre lui et ses maîtres.

Dans le plus grand nombre des cas, il est incontestable que, malgré l'innovation très-utile des examens de fin d'année, malgré la multiplicité des épreuves probatoires, malgré la rigueur du *cinquième*, le jeune docteur, au sortir de l'école, ne peut par lui-même diriger une maladie tant soit peu sérieuse.

Dans l'espèce cependant, on voit de jeunes docteurs très-instruits, plus instruits même que les stagiaires de Florence, car ils ont un champ d'observations plus vaste ; ils peuvent profiter des lumières qu'on chercherait vainement ailleurs : hôpitaux riches en cas variés, sociétés savantes, académies où s'élaborent toutes les idées, où viennent se développer toutes les découvertes, se perfectionner toutes les théories.

Mais comment se fait l'éducation médicale de ces jeunes gens ? Arrivés par concours à l'externat, puis à l'internat, puis à des places d'aides, de prosecteurs, dans des positions modestes qui augmentent leur modeste pécule, ils se perfectionnent par un travail incessant, et ils n'affrontent les épreuves du doctorat que la sixième ou la septième année.

Ceux-là ne sont pas embarrassés au lit du malade ; leur bagage scientifique n'est pas léger. Eux seuls forment le contingent des médecins du bureau central, des professeurs agrégés de la Faculté. Perpétuant les principes d'hommes qu'on nous a appris à aimer et à suivre, ils portent haut et ferme le drapeau de l'École de Paris.

Eh bien ! ce qui est l'exception doit devenir la règle ; ce que le jeune homme

mie et son caractère envahissant, offrait une différence notable dans la rapidité de la marche, comparativement à ce qui venait de se passer chez la sœur aînée. En effet, chez celle-ci, quoi que nous ayons fait en quelques jours, la joue entière fut convertie en une escarre noire, tandis que chez la plus jeune de ces enfants l'ulcère ne produisit pas d'escarres, ses effets furent lents et accompagnés d'un œdème périphérique assez peu prononcé.

L'état général, chez cette dernière malade, à l'inverse de ce qu'on avait observé chez la sœur, n'avait été qu'en s'aggravant, et au moment de la mort, qui survint le 11 février, l'ulcère n'avait encore dénudé qu'une partie de la face antérieure du maxillaire correspondant, ainsi que tout le bord alvéolaire gauche. La paroi interne de la joue n'avait été intéressée que sa muqueuse, et l'œil du même côté ne faisait que commencer à se clore par l'œdème périphérique.

Nous pourrions fournir non-seulement plusieurs exemples démontrant l'identité de ces altérations morbides, mais encore un nombre d'observations plus considérable que jamais on ne l'a fait, où se rencontre l'existence simultanée de ces diverses formes de gangrène chez le même malade. Cette circonstance, qui démontre l'identité d'une façon péremptoire, a été signalée déjà par Sauvages. D'ailleurs, en constatant la nature des circonstances dans lesquelles ces variétés de gangrène se produisent, en étudiant le procédé de destruction qui est toujours le même, enfin, en se rappelant la marche de la maladie et son issue presque toujours mortelle, quelle que soit la variété, on ne pourra se refuser à conclure à leur identité complète. Nous avons en trop de fois sous les yeux des exemples flagrants de l'unité de la maladie gangréneuse pour que nous n'insistions pas sur ces faits, qui sont d'une importance capitale. Ainsi, souvent nous avons vu la forme phagédénique prendre tout à coup une allure plus rapide et passer à l'état de gangrène noire avec les larges escarres décrites par tous les auteurs. Enfin, nous avons vu, il est vrai, un petit nombre de fois, des cas où la gangrène, ayant eu une marche rapide à son début, avait produit en quelques jours des escarres noires intéressant le derme dans une assez grande étendue. Puis, soit sous l'influence de l'état général qui s'améliorait, soit sous l'influence d'une force de résistance plus considérable chez l'enfant, la lésion locale perdait de sa rapidité dans sa marche envahissante, et l'on voyait alors les progrès du mal continuer, mais avec l'aspect et l'allure propres à la gangrène phagédénique asthénique. Déjà Klaaisch et Hesse avaient remarqué cette coloration blanchâtre de certaines gangrènes infantiles et même à cause de ce fait, ils avaient cherché à les rapprocher de ce qu'ils appelaient le ramollissement gélatineux de l'utérus et de l'estomac.

Pendant notre séjour à l'hôpital des Enfants, nous nous sommes attachés tout particulièrement à l'étude des maladies de la bouche qui s'y rencontrent si fréquemment et qui se rattachent par tant de points communs à l'histoire des gangrènes.

L'étude suivie de ces affections nous a donné la conviction qu'il a été décrite dans ces derniers temps sous les noms de stomatites des maladies buccales essentiellement différentes, en même temps qu'il en a été créé des espèces arbitraires, parce que les auteurs les ont caractérisées par les caractères anatomiques prédominants ou même par l'une des périodes principales de la maladie. Pour nous, les affections buccales doivent toutes être rattachées aux variétés suivantes, dont nous donnons ici le tableau, qui montre non-seulement la classification nosologique de ces espèces morbides, mais encore ses rapports avec les espèces diverses admises par les auteurs.

Muguet.		
Stomatite mercurielle.		
Maladie aphtheuse	aiguë.	Stomatite ulcéreuse aiguë.
		Stomatite aphtheuse.
	chronique.	Stomatite ulcéreuse chronique.
		Stomatite gangréneuse.
Gangrène phagédénique buccale.		Gangrène scorbutique.
		— stomacace.
		— de la bouche, etc., etc.

Nous ne parlerons point du muguet que nous n'avons pas étudié particulièrement.

Il en sera de même pour la stomatite mercurielle fréquente, à l'hôpital des Enfants, à cause du grand nombre de malades atteints d'affections oculaires traitées par les préparations hydrargyriques. Nous n'en parlerons que pour dire combien elle offre de ressemblance avec certains moments de la maladie aphtheuse chronique à un certain degré d'intensité.

Cette ressemblance est telle, qu'il est difficile à l'œil le plus exercé de reconnaître l'espèce à laquelle on a affaire, si l'on est privé de renseignements antérieurs ou existant actuellement du côté des muqueuses oculaires.

Le seul moyen de diagnostic pathognomonique est celui que donne l'analyse chimique, qui permet de retrouver le mercure dans les sécrétions buccales.

La maladie aphtheuse se présente sous deux formes principales, une aiguë et une chronique.

La forme aiguë peut être fidèlement comparée à un exanthème buccal accompagné de symptômes généraux qui ne manquent jamais dans cette forme.

En même temps qu'apparaissent le malaise, le mouvement fébrile, etc., on voit naître le plus souvent, à la face interne des joues, de petits points légèrement saillants, comme acuminés, d'une coloration un peu plus rouge que le reste de la muqueuse. A ces élévations succède rapidement une exsudation blanche, caséiforme, qui adhère intimement aux tissus sous-jacents. Si on vient à frotter légèrement, on détache la partie la plus superficielle, et aussitôt le sang vient sourdre de tous les points de la surface occupée par cette sécrétion. Jamais nous n'avons pu surprendre une seule fois ces sortes d'exsudations succédant, soit à une pustule, soit à une vésicule, qui, par sa rupture, donnerait lieu à une surface dénudée qui, secondairement, se recouvrirait de la matière blanche caséeuse. Cette sorte de sécrétion se multiplie par la naissance de points nombreux et en tout semblables.

Habituellement ils sont en groupes serrés, et par leur agrandissement successif, ils forment des plaques très-irrégulières parfois, mais cependant qui affectent de préférence des formes ovalaires dont le grand diamètre est parallèle aux arcades dentaires.

Pareil mode d'évolution se retrouve à la face interne des lèvres, le plus souvent à l'inférieure et aux bords latéraux de la langue, sur lesquels alors se dessinent les empreintes des dents plus ou moins profondément.

En même temps que la maladie aphtheuse se caractérise ainsi sur les muqueuses jugales et labiales, il survient *constamment* aux gencives une lé-

---

studieux fait par lui-même, une bonne administration doit tenir à ce que tous le fassent.

Surveillez constamment l'éducation médicale de tous; dirigez-la; rendez-la très-satisfaisante, et si un pays qui est à nos portes possède une institution médicale meilleure, suivez son exemple.

L'argumentation de ne pouvoir réaliser dans un grand pays ce qui se pratique dans un petit duché, peut être une difficulté, elle ne constitue pas une impossibilité.

Mon Dieu, ayons le courage de le reconnaître, notre organisation médicale est complètement à refondre; elle devra l'être sur ces deux bases : beaucoup exiger de l'élève avant de le recevoir docteur ayant droit de libre pratique; lui faciliter des moyens assurés d'une existence honorable dès qu'il aura payé à la société sa dette de science et de connaissances acquises.

En 1840, on a complété un système d'écoles préparatoires de médecine. Je n'ai pas par devers moi les éléments nécessaires pour établir si ces écoles ont donné des résultats satisfaisants; mais, si je dois en croire quelques indiscrétions, elles n'ont pas répondu aux avantages que l'on s'en était promis.

En remplaçant ces écoles multipliées sur tous les coins de la France par six à huit Facultés formant des docteurs dont le stage s'accomplirait dans les grands centres Paris, Montpellier, Strasbourg, n'obtiendrait-on pas des médecins et plus instruits et plus familiarisés avec la maladie? Sans doute il faudrait donner à la Faculté une organisation différente, mais les positions acquises seraient respectées; à part quelques modifications, la Faculté de médecine actuelle formerait le personnel de l'École de perfectionnement, et dans les professeurs de l'École pratique, de cette institution qui fonctionne à côté de la Faculté et sous son patronage, on trouverait des maîtres distingués pour la Faculté nouvelle.

Dans l'organisation actuelle, les écoles préparatoires végètent, et les facultés donnent beaucoup d'élèves d'une instruction faible et restreinte; dans un autre système, ces huit facultés produiraient des docteurs, ces trois écoles de perfectionnement formeraient des médecins.

Si un grand centre comme Paris offre des difficultés d'une part, il offre aussi des ressources que l'on chercherait en vain ailleurs. En attachant, par exemple, les élèves de la Faculté au service de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié, on réserverait pour les stagiaires ceux de l'hôpital des Cliniques et de la Charité. On adapterait facilement ces deux localités à leur nouvelle destination, et avec les dépendances de l'École de médecine, ils offriraient un centre avec toutes les conditions requises de salles de dissection, musées, bibliothèque, cliniques générales et spéciales.

Le nombre des élèves n'est pas d'ailleurs si considérable. De 1845 à 1850, le total des inscriptions s'est élevé à 1,320, moyenne 264. Le nombre de thèses soutenues de 1840 à 1850 a atteint le chiffre de 2,858, ce qui forme une moyenne annuelle de 285; 285 stagiaires pour l'École de perfectionnement, ce n'est pas exorbitant!

Cette réforme peut-elle être l'œuvre d'un jour? Non, sans doute. A chaque heure, à chaque individu sa tâche. La mienne était de démontrer l'excellence de l'institution médicale de la Toscane. A d'autres le soin de vaincre les obstacles inhérents à une grande accumulation d'élèves tout en profitant des nombreuses

sion concomitante toujours semblable. Nous conserverons à cette lésion, à l'exemple d'Hildenbrand, le nom d'*ulitis* (de οὖλον, gencive). Le tissu gingival devient rouge, turgescent, parfois même il prend une teinte violacée; puis, tout à fait aux limites des gencives, il se dessine sur le bord onduleux une ligne très-fine, plus marquée au niveau des incisives. Cette ligne est constituée d'abord par une coloration rouge violacée, plus intense que celle du reste des gencives. Bientôt elle se transforme en une ligne ulcérée qui n'a exactement que la largeur du liséré coloré précédent. Cette ulcération linéaire prend des dimensions en longueur en se propageant jusqu'aux dernières molaires, et croît en largeur en rongeant le bord onduleux de la gencive. A mesure qu'elle grandit, son aspect varie: ainsi elle peut offrir un aspect rongeâtre, ensanglanté, dû à son excessive facilité à laisser transsuder le sang par tous les points. Tantôt elle a un aspect phagédénique, sordide, qui peut être en quelques heures remplacé par une coloration caséeuse, blanche, uniforme et semblable à la sécrétion aphtheuse des parois buccales. Cette ligne ulcéreuse est toujours plus prononcée au niveau des incisives, et toutes les dents au-dessous desquelles elle existe, cette coloration sont encroûtées d'un tartre jaune, mollasse, dont la sécrétion se reproduit rapidement. Souvent il arrive que toutes les dents deviennent vacillantes par les progrès de cette ulcération, qui s'insinue dans les interstices dentaires et gagne la face postérieure des dents, pour se répandre sur le bord onduleux gingival postérieur de la même façon que précédemment.

Lorsque la maladie est arrivée à sa période d'état, le plus souvent les plaques aphtheuses dont nous avons parlé sont légèrement saillantes au-dessus de la muqueuse environnante. Cette saillie est parfois peu appréciable, et même l'inverse peut avoir lieu, puisqu'on trouve de ces exsudations évidemment abaissées par rapport aux surfaces voisines.

La coloration blanche de ces exsudations peut varier: tantôt elle est d'une teinte légèrement jaunâtre; mais le plus souvent leur blancheur peut être comparée à du lait. De plus, elles sont caséeuses, grenues. Il est impossible avec des pinces de saisir sur ces surfaces planes et uniformes quelque chose d'analogue à une pseudo-membrane. Les mors d'une pince, avec quelque précaution qu'ils soient dirigés, n'y saisissent rien; de même que si on voulait, à l'aide de cet instrument, retenir un liquide diffluent, toujours cette tentative provoque une exsudation sanglante dans le point touché.

La muqueuse environnant ces plaques présente une coloration rouge vermeille très-prononcée. Dans la guérison, c'est cette muqueuse rouge qui semble empiéter sur la plaque caséeuse jusqu'à ce que celle-ci perde ses dimensions, et arrivée à une étendue variable, il se produit parfois une sorte de véritable transformation dans la sécrétion. Ainsi il n'est pas rare de rencontrer à une autre période sur ces plaques, qui n'avaient à aucun autre moment présenté des pseudo-membranes, une exsudation lisse, molle, d'un blanc jaunâtre, dont les bords sont comme enchâssés dans la muqueuse environnante. Cette dernière disposition donne à ces surfaces une saillie régulièrement bombée qui n'avait point encore existé. Dans cet état, la sécrétion peut être non-seulement saisie avec des pinces, mais encore d'une seule traction on enlève toute la pseudo-membrane, qui découvre une surface très-superficiellement ulcérée d'un rouge vif plus ou moins saignant. Si ces pellicules temporaires ne sont point enlevées, on peut assister en douze ou vingt-quatre heures à la disparition complète de celles qui ne dépassent pas la largeur d'une petite pièce de 20 centimes.

La résorption paraît être entière surtout à la circonférence; cependant elle semble également se produire aux dépens de l'épaisseur même de la pseudo-membrane. Après la disparition des plaques aphtheuses, nous avons presque toujours constaté sur les points qu'elles avaient occupés une sorte de cicatrice, reconnaissable par une coloration plus animée de la muqueuse, en même temps que cette paroi était plus fine et plus lisse. Au toucher, même sur ces points, il était possible de sentir comme de très-faibles brides, qui paraissaient exister dans le tissu cellulaire sous-muqueux, sur les limites de l'ulcération.

L'*ulitis*, ou la ligne ulcéreuse gingivale, ne procède pas de même: pour disparaître, elle se déterge, elle prend une coloration rosée; puis de ses deux extrémités la cicatrisation s'avance pour se joindre au niveau des incisives. Si l'ulcération a été profonde, il reste un abaissement du niveau des gencives appréciable par une coloration différente sur les dents. En même temps que tous ces désordres existent, on retrouve dans l'état général des troubles plus ou moins intenses, mais qui n'échappent jamais à une observation attentive. La peau est chaude, avec une accélération notable du pouls; la langue est saburrale, l'haleine d'une fétidité non gangréneuse, et parfois, au déclin, il survient une diarrhée muqueuse assez abondante pendant un jour ou deux.

Quand il existe des ulcérations nombreuses dans la bouche, la salive est sécrétée assez abondamment pour que les enfants la laissent échapper au dehors.

Il arrive également qu'un œdème local se montre à l'intérieur des joues, en regard des points les plus affectés. C'est surtout dans ces cas très-prononcés que les ganglions sous-maxillaires présentent un certain degré de tuméfaction douloureuse.

Les troubles généraux ne durent guère en général plus d'un ou deux septénaires; ils tombent rapidement, et aussitôt l'état local s'améliore.

Il existe une autre variété de maladie aphtheuse, habituellement discrète, à forme aiguë, qui diffère de la précédente par l'absence de sécrétion caséeuse; elle est caractérisée par des ulcérations (dont nous n'avons pu jamais étudier les premiers phénomènes d'évolution) qui peuvent siéger sur tous les points de la muqueuse buccale. Cependant on en rencontre plus fréquemment sous la langue que dans la variété que nous venons de décrire. Ces ulcérations sont souvent profondes, à bords taillés à pic; leur fond est d'un rouge vif, et si ce n'était leurs dimensions habituellement moindres, on pourrait assez exactement les comparer aux chancres huntériens. Elles sont ordinairement peu nombreuses; quelquefois même il n'est possible d'en constater que trois ou quatre pendant toute la durée des symptômes généraux. Dans cette espèce, jamais nous n'avons vu la sécrétion caséeuse autrement que d'une façon toute passagère. Il semble, en effet, que cette sécrétion ne soit ici qu'un phénomène accidentel et tout à fait fugace. Cette forme est de beaucoup la plus rare dans le cours de la deuxième enfance, tandis qu'elle se rencontre fréquemment chez les nouveau-nés (stomatite folliculeuse).

Il n'est pas sans importance de remarquer que, dans la première enfance, la forme aphtheuse précédente ne se voit, au contraire, que d'une façon tout exceptionnelle. Dans tous les cas, quelle que soit la forme des deux variétés qui se montre, on est frappé de la similitude des symptômes généraux concomitants.

---

ressources qu'offre ce grand centre de lumières qui répand ses rayons bienfaisants jusque dans les contrées les plus éloignées.

Pour être très-audacieuse, cette nouvelle tâche doit sourire à l'écrivain habile qui trouve excellente la création d'une école de complément et de perfectionnement.

Agréez, etc.

Docteur PROSPER DE PIETRA SANTA,
Médecin adjoint à Mazas.

— Notre honorable correspondant serait dans une bien grande erreur s'il sérieusement il ne nous croyait pas jaloux de rendre justice *à ses intentions* aussi bien *qu'à la manière dont il a formulé ses critiques* contre la Faculté de Paris. Sa brochure, ce nous est un vrai plaisir de le reconnaître, se distingue par un excellent ton de polémique et une évidence d'impartialité. Quelle apparence d'ailleurs que M. Pietra-Santa, qui exerce à Paris, songe à déprécier nos Facultés au profit des écoles de Toscane, à sacrifier, pour ainsi dire, sa mère adoptive à sa nourrice? Quelques mots lui expliqueront pourquoi nous ne l'avons pas suivi dans toutes ses critiques.

Nous l'avions dit au commencement de notre article, il y a bien des choses à considérer dans une institution d'enseignement: les principes d'abord, la tendance générale, ici plus théorique, là plus pratique; puis le mode d'application qui doit nécessairement se plier aux circonstances locales; puis certaines dispositions accessoires, purement réglementaires et formant en quelque sorte la *discipline* de l'institution. Nous ne nous étions pas proposé l'étude détaillée et minutieuse de ces trois éléments. On nous disait: Il y a de l'autre côté des Alpes un enseignement très-complet, très-solide, très-pratique; imitez-le. Nous avons dû d'abord revendiquer pour la France, à qui on les avait empruntés, certains traits de cet enseignement; puis il nous a été facile de montrer que la pensée fondamentale, le but essentiel de l'institution avaient été les mêmes en Toscane et en France, que les moyens seuls avaient différé et que la différence avait tenu à celle des milieux. L'esprit général de la brochure se trouvait ainsi mis à jour, commenté et expliqué à notre manière. Il était entendu que nous étions très-sympathique aux principes de l'institution toscane, qu'ils pouvaient être et étaient appliqués en France, mais non de la même manière et par les mêmes procédés. L'objet de notre appréciation n'allait pas au-delà.

Ainsi, sur les points capitaux, *nous ne sortions pas de la question*, sur les points accessoires, nous evitions d'y entrer.

Ceci expliqué, nous suivrons volontiers l'auteur plus loin, comme nous y convie sa nouvelle lettre, en laissant pourtant de côté les passages relatifs au remaniement intégral de notre organisation médicale et au disparate des doctrines, passages qui soulèvent des points de vue étrangers, suivant nous, au débat actuel. Il insiste: 1° sur les vices de l'enseignement de Paris; 2° sur la nécessité d'établir des écoles complémentaires.

L'enseignement de Paris pèche, dit-on, par l'isolement réciproque des maîtres et des élèves; ceux-ci, abandonnés à eux-mêmes, n'attrapent qu'au hasard la manne distribuée du haut de la chaire. Oui, le mal existe, quoique moins grand qu'on ne l'a fait; mais il nous est impossible de ne pas rappeler, comme nous l'avions dit du reste dans notre appréciation, qu'il est déjà atténué par tous les intermédiaires placés par la Faculté même tout à côté des élèves pour

La maladie aphtheuse existe le plus souvent à l'état chronique, c'est du moins sous cette forme qu'on la rencontre le plus fréquemment à l'hôpital des Enfants, lorsque surtout les malades y séjournent depuis un temps déjà considérable. Elle peut offrir une multitude de degrés, depuis une simple traînée superficielle et caséeuse occupant l'une des joues, comme si l'on avait sur le point donné un coup de pinceau chargé d'une matière colorante parfaitement blanche. Cette plaque peut être unique; elle se résorbe sur place pour être remplacée par d'autres semblables et cela un temps en quelque sorte indéfini. Depuis ce degré si simple jusqu'à ce point où la muqueuse buccale tout entière est d'un rouge vif et parsemée de surfaces ulcéreuses, on peut rencontrer une foule d'états intermédiaires, à très-longue durée, qui doivent être rattachés à la maladie aphtheuse chronique. C'est dans cette forme arrivée à son maximum d'intensité qu'on retrouve ces ulcérations buccales sordides, à bords taillés à pic et d'aspect gangréneux (aphthes gangréneux des auteurs). Ces ulcères pendant le cours de leur durée changent fréquemment d'aspect, tantôt ils sont rougeâtres et souillés par du sang à demi concret auquel se mêlent les mucosités de la bouche. Cet état pour un œil non prévenu simule parfois assez exactement la gangrène phagédénique buccale; l'erreur est encore favorisée par une haleine toujours horriblement fétide. Mais dans cette maladie, sans exception, si l'enfant n'est pas pris intercurremment d'une affection morbilleuse, ou qu'il ne soit pas dans un état cachectique, cette apparence si fâcheuse ne tarde pas à disparaître, les ulcères se détergent, leurs bords s'affaissent et la tuméfaction des joues disparaît en peu de temps. Ces exacerbations peuvent revenir de temps à autre, et la maladie même sans ces retours à un état aigu est toujours d'une longueur excessive.

Dans la maladie aphtheuse chronique, il existe également, comme dans la forme aiguë, des ulcérations linéaires occupant les bords ondulés des gencives. Et même nous ajouterons que ces ulcérations limitées aux gencives se rencontrent si fréquemment existant seules pendant des mois entiers qu'on devrait décrire à part cette variété de la maladie aphtheuse chronique sous le nom d'*ulitis chronique*. Nous insistons sur ce fait qui peut être cliniquement démontré avec la plus grande facilité, c'est-à-dire l'existence très prolongée d'ulcérations intéressant seulement d'une façon plus ou moins fâcheuse les bords des gencives. Que cette ulitis soit seule ou qu'elle soit accompagnée d'ulcérations aphtheuses sur d'autres points de la muqueuse buccale, elle n'en constitue pas moins une affection très-rebelle et qui ne cède qu'aux applications topiques assez énergiquement caustiques. On peut dire que l'ulitis est toujours le dernier symptôme à disparaître dans la guérison des aphthes. La maladie aphtheuse chronique, de même que celle à marche aiguë, peut revêtir un caractère épidémique. Elle est endémique à l'hôpital des Enfants; elle y était beaucoup plus fréquente avant que les médecins de cet établissement ne se soient opposés rigoureusement à l'encombrement des salles.

Pendant plusieurs mois, nous avons suivis les mêmes enfants pareillement atteints de la forme chronique, notant chaque jour les changements d'aspect qui survenaient assez fréquemment. Nous avons acquis la certitude que cette affection peut prendre par instants des apparences très-fâcheuses, qu'elle peut être facilement confondue avec la gangrène phagédénique, dont elle diffère cependant autant que les vésicules de l'*herpès preputialis* diffèrent des chancres syphilitiques. Il n'y a entre ces deux maladies que des similitudes d'aspect momentanées. Il est vrai d'ajouter que dans les cas où le doute peut exister, si une thérapeutique active et locale intervient, la guérison pouvant survenir dans les deux cas, il ne restera plus de moyen de diagnostic différentiel.

Nous avons pu assez facilement juger la question ayant eu l'occasion d'étudier maintes fois la marche spontanée de ces affections. M. Taupin, guidé par la ressemblance momentanée que prend parfois la maladie aphtheuse chronique avec ce que nous avons nettement séparé des stomatites sous le nom de gangrène phagédénique buccale, a conclu à la nature gangréneuse des diverses espèces de stomatites. M. Taupin a vu très-juste, en effet, quand il a appelé gangréneux les ulcères phagédéniques à marche asthénique qui ne soit en réalité que la gangrène de la bouche avec une marche moins rapide. Mais il a eu tort de généraliser ce caractère gangréneux en l'appliquant à toutes ces affections. M. Barrier reconnaît que « dans la stomatite ulcéreuse, la gangrène peut s'y montrer parfois avec des caractères *incontestables*, mais qu'elle constitue alors une complication favorisée, soit par une disposition inhérente à l'enfance qui se manifeste dans d'autres maladies de la bouche, soit par les mauvaises conditions locales et générales où les sujets se trouvent placés. » Nous n'insisterons pas pour rappeler combien ces gangrènes *incontestables* compliquant certaines affections buccales ressemblent à la gangrène phagédénique dont nous avons essayé de faire l'histoire.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS D'HYPOSPADIAS TRAUMATIQUE GUÉRI, APRÈS CINQ MOIS DE TRAITEMENT, PAR LA CAUTÉRISATION, AIDÉE DE L'APPLICATION D'UNE POMMADE COMPOSÉE D'HUILE ET DE CIRE ; par M. POULET, D. M. P. à Plancher-les-Mines.

Tout le monde connaît les difficultés que présente la cure des fistules de la partie mobile de l'urètre. « Ces fistules, dit M. Civiale, en apparence si simples, sont cependant remarquables par l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent à tous les modes de traitement, même lorsqu'elles se bornent à un léger pertuis, à une fente presque capillaire. » Cependant les inconvénients qui sont inhérents à cette infirmité, parfois même la gravité des affections consécutives qu'elle peut déterminer, sont des motifs plus que suffisants pour y attacher une extrême importance. Faire connaître aux praticiens un cas de guérison radicale, relater en détail les procédés mis en pratique, est donc à la fois un devoir accompli et un service rendu. C'est pourquoi je viens aujourd'hui livrer au contrôle impartial du public médical l'observation suivante :

HYPOSPADIAS TRAUMATIQUE. — APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL; INSUCCÈS; DE LA SUTURE ENTORTILLÉE (ID.). — SUPPRESSION DE LA SONDE; CAUTÉRISATION PAR L'ACIDE NITRIQUE ET SUBSIDIAIREMENT PAR LE NITRATE D'ARGENT; RÉDUCTION A UN PERTUIS CAPILLAIRE. — NOUVELLE SUTURE; ÉCHEC PAR L'IMPRUDENCE DE L'ENFANT. — GUÉRISON DÉFINITIVE, AU BOUT DE CINQ MOIS DE TRAITEMENT, PAR LA CAUTÉRISATION AIDÉE DE L'APPLICATION ASSIDUE, EN GUISE DE BOUCHON, D'UNE POMMADE COMPOSÉE D'HUILE ET DE CIRE.

OBS. — Aug. Hingray dit Haut-du-Them, âgé de 11 ans, est confié à mes

---

les guider et les surveiller, aides, prosecteurs, chefs de clinique, etc. Puis le vrai remède est-il indiqué dans la brochure de M. Pietra-Santa ? Voyons. Quelle est la vraie cause de ce défaut de communauté? Le trop grand nombre d'élèves. Vous aurez beau faire *une distribution plus pratique des cours*, *augmenter le nombre des leçons que chaque professeur fait dans l'année*, *réduire le nombre des lits dans les salles de clinique*, transporter les leçons de clinique de l'amphithéâtre *au lit du malade*, vous ne ferez pas que le professeur puisse répartir chaque jour, entre tous également, l'instruction qu'il leur doit. La multitude d'élèves inscrits pour le cours théorique l'empêche de connaître seulement leurs visages; la foule qui assiége les lits de la clinique ne lui défend pas d'établir entre elle et lui des rapports assez étroits, parce que la composition de l'auditoire est réglée par une sorte d'adoption du maître par l'élève et ne varie pas beaucoup pendant une certaine période de temps; mais il ne peut les admettre tous également à l'observation du même malade. *Dans l'état actuel des choses*, les vingt-quatre lits par salle, demandés par l'auteur, seraient tout à fait insuffisants; il suffit d'entrer dans une clinique de la Faculté pour s'en assurer. Afin de se ménager la possibilité d'examiner fructueusement quelques malades, les élèves repoussés d'un lit devancent le professeur et vont l'attendre à un lit plus éloigné. Ils se partagent ainsi les sujets d'observation, de telle sorte qu'une centaine de sujets n'en fournissent peut-être pas douze ou quinze à chaque groupe d'observateurs. Et c'est pour la même raison, pour que la parole du maître arrive à tous, pour que les éléments du diagnostic et du traitement soient posés en présence de tous, que la leçon est faite à l'amphithéâtre. Ce mode d'enseigner est tellement une nécessité de circonstance, que, dans des Facultés moins populeuses, la clinique a lieu souvent au lit du malade. C'est, par exemple, l'habitude constante du professeur Fuster (de Montpellier). C'est une pratique souvent suivie à Strasbourg, sans préjudice toutefois de la leçon à l'amphithéâtre. Comment donc parer aux inconvénients que nous venons de rappeler? Il n'y a que deux moyens bien efficaces : augmenter le nombre des chaires de clinique, ou éparpiller davantage les élèves en multipliant les Facultés.

Multiplier les Facultés, c'est aussi ce que demande M. Pietra-Santa, mais dans sa réponse et non dans sa brochure. Nous n'étions donc pas obligé d'en parler, et nous ne l'avons pas fait, parce que cette question seule se prête à bien d'autres considérations. Dans l'esprit de l'auteur, d'ailleurs, la nouvelle création se lie seulement, comme conséquence, à l'établissement d'une école complémentaire. Comment entend-il cet établissement? Un passage de sa lettre semble placer le stage uniquement dans les grands centres, Paris, Montpellier, Strasbourg; un autre nous laisse croire que Faculté et École complémentaire pourraient coexister à Paris; car il y est dit que les élèves *de la Faculté* seraient attachés au service de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié, et qu'on réserverait *pour les stagiaires* l'hôpital des Cliniques et la Charité. Quelle que soit la vraie pensée de l'auteur, nous persistons à croire que la cohabitation de deux écoles dans la même ville aurait les plus graves inconvénients, et que le nombre des stagiaires fournis par une Faculté comme celle de Paris, qui monterait, non pas à 285, comme le dit l'auteur, mais au double, puisque le stage serait de deux ans, rendrait difficilement praticable, soit l'établissement voisin d'une école complémentaire, soit l'émigration dans une autre ville; que l'émigration aurait, de plus, l'incon-

soins (janvier 1852) pour une fistule urinaire de la portion pénienne de l'urètre. A l'âge de 7 ans, cet enfant eut la fantaisie de s'entourer la verge, à la base, avec un fil assez fortement serré. La constriction amena la tuméfaction de l'organe et la gangrène des parties sous-jacentes. Il en résulta un pertuis fistuleux qui, petit à petit, finit par livrer passage à la totalité des urines. En même temps une stricture fibreuse se forma au niveau de la fistule et apporta d'assez grands obstacles à la miction pour constituer une strangurie complète. Depuis lors le petit garçon resta sujet à une incontinence d'urine déplorable, principalement nocturne à la vérité, mais telle que la pourriture s'emparait de son linge au bout de peu de jours. En outre, par suite de la difficulté de l'émission des urines qui ne s'écoulaient plus que laborieusement et goutte à goutte, il survint par intervalles des coliques néphrétiques intolérables. Tous ces phénomènes, mais surtout le dernier, ne contribuèrent pas peu à miner l'excellente constitution du jeune sujet, qui se trouvait menacé d'une affection grave, lente et probablement fatale des organes urinaires, si l'art n'était intervenu sur ces entrefaites.

Voici quel était l'état des parties au moment où l'enfant me fut présenté:

1° Un phimosis considérable rendait pénible et extrêmement douloureux l'action de rabattre le prépuce. Ce vice de conformation, dans les cas de ce genre, n'est point ordinairement congénital; M. Ricord l'a noté dans l'observation qu'il a insérée dans les ANNALES DE CHIRURGIE (mai 1841). Je pense qu'on peut en donner une explication très-simple. Quand la verge est étreinte par un fil ou un anneau, les parties se gonflent au-dessous de la constriction et un phimosis accidentel, *mais éphémère*, en résulte. Que si toutefois les téguments se trouvent mortifiés circulairement, il restera, après que l'étranglement aura été levé, une cicatrice en forme de virole, qui, par ses adhérences, empêchera la rétraction du fourreau et la réduction du phimosis. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, le fait est assez général pour appeler l'attention.

2° Une cicatrice annulaire existait en avant des bourses, interrompue seulement par l'orifice de la fistule. Cette dernière arrondie, à bords calleux latéralement, avait environ 2 lignes de diamètre; elle était creusée en infundibulum dans l'épaisseur de la paroi du canal, en sorte que son orifice interne n'avait guère qu'une ligne d'étendue.

3° Un rétrécissement énorme existait au niveau de la fistule. En effet, je tentai en vain l'introduction de bougies de divers calibres; en vain employé-je le numéro le plus bas de ma collection, tout échoua; cependant j'acquis bientôt la certitude que le canal était encore perméable. En comprimant le pertuis et recommandant au malade d'uriner, je vis sourdre quelques gouttes de liquide par le méat; alors j'eus recours à un mandrin d'argent des plus déliés, en guise de stylet, et je fus assez heureux pour franchir l'obstacle.

INDICATIONS. — La première était évidemment d'enlever le phimosis pour ouvrir aux sondes une entrée facile. La seconde consistait à détruire le rétrécissement. La troisième, dans le cas où l'accomplissement de la précédente n'aurait pas remédié à l'incontinence d'urine, devait être de combattre cette dernière par tous les moyens possibles. Rien en effet de si important, avant de faire aucune tentative d'obstruction; car si, dans les conditions ordinaires, le principal obstacle à la cicatrisation est le contact de l'urine lors de la miction, quelles ne sont pas les difficultés, quand ce liquide est à même de baigner perpétuellement les bords de la fistule?

Ces trois indications remplies, il me semble qu'il fallait recourir immédiatement soit à la suture, soit à la cautérisation. Mais dans les cas où ces moyens viendraient à échouer, je me réservais de satisfaire à une quatrième indication préalable, celle qui fut posée par MM. Ségalas et Ricord, à savoir la dérivation périnéale de l'urine.

En conséquence de ces indications, voyons maintenant quel fut le traitement institué.

Le phimosis fut opéré par la circoncision, le malade étant plongé sous l'influence du chloroforme. La muqueuse fut relevée réunie par cinq points de suture aux téguments de la verge, et le quatrième jour la cicatrisation s'était faite par première intention, dans tout le pourtour de la couronne, excepté au niveau du frein.

Aussitôt je commençai l'œuvre difficile de la destruction du rétrécissement. Humble praticien de campagne et jouissant, à ce titre, du droit incontestable de me trouver dépourvu de moyens ordinaires de dilatation, j'eus l'idée de recourir d'abord à des cordes à violon et de harpe de divers calibres. La chanterelle fut seule admise le premier jour. Je la laissai en place pendant vingt-quatre heures; après quoi, continuant par le *mi*, etc., j'obtins par le moyen de la dilatation *permanente rapide*, dans l'espace de quinze jours, la possibilité d'introduire une sonde n° 5. Je ferai remarquer en passant aux partisans exclusifs de la dilatation temporaire, que, dans les cas de rétrécissements fibreux tels que celui-ci, elle n'est guère praticable. Ici, par exemple, elle lut essayée à plusieurs reprises, sans succès ou plutôt chaque fois avec perte d'une partie des avantages obtenus. Ainsi, soit que l'on vînt à retirer la bougie au bout d'une demi-heure, selon la règle, soit même que par accident l'instrument se fût échappé au bout de plusieurs heures, du moment que le canal était redevenu libre, la stricture se reproduisait de plus belle. On avait beau présenter le même calibre ou un calibre d'un numéro immédiatement inférieur, il fallait y renoncer provisoirement et revenir à des instruments beaucoup plus fins. Cependant, dans ces circonstances, il était enjoint à l'enfant d'apposer le doigt sur l'orifice fistuleux pendant la miction, afin par là de faire suivre à l'urine, autant que possible, son cours normal.

Tout en travaillant à recalibrer le canal, j'instituai pour triompher de l'incontinence d'urine un traitement par la poudre de belladone. Cette dernière fut administrée à la dose progressive d'un decigramme jusqu'à 5. On suspendait dans le principe au bout de huit jours pour recommencer deux ou trois jours après par la dose la plus faible; mais comme on remarqua que l'incontinence avait de la tendance à reparaître dès que la belladone était suspendue, elle fut administrée dès lors sans interruption. Soit par l'influence seule de cet agent thérapeutique, soit en même temps par suite de la présence d'une sonde dans le canal, l'issue involontaire de l'urine qui avait persisté malgré le rétablissement de la miction cessa entièrement au bout de six semaines à deux mois.

Dès que la dilatation du canal fut suffisante pour livrer passage à des sondes volumineuses, les col ques néphrétiques disparurent pour toujours.

Trois semaines après le début du traitement et lorsque le canal put admettre le n° 7, je pris le parti d'aviver la fistule par la cautérisation actuelle, au moyen d'un petit cautère à bec d'oiseau. Mais malgré cet avivement et bien que des cautérisations répétées par la pierre infernale vinssent en aide, le pertuis se cicatrisa dans le même état qu'auparavant. La présence de la sonde dans le canal avait déterminé un écoulement blennorrhagique, principalement au niveau de la coarctation, qui fit échouer cette première opération. Lorsque la disparition de tout écoulement permit de songer à une deuxième tentative, on chercha à éviter l'action de la cause précitée par l'emploi d'une sonde plus fine (n° 5). Alors la fistule fut avivée par le bistouri et une aiguille transversale apposée; malheureusement la sécrétion purulente de l'urètre reparut, ce qui, joint à la dureté des parties réunies par la suture entortillée (il s'agissait en effet d'un tissu inodulaire blanchâtre, très-dense), donna lieu à un résultat incomplet. On n'obtint qu'une légère diminution d'étendue de la fistule.

A quoi recourir? Je songeai bien à une deuxième suture, dans laquelle je rapprocherais d'avant en arrière par conséquent des tissus plus vasculaires et doués de plus de vitalité; mais je fus retenu par la crainte que l'écoulement urétral n'amenât un nouvel échec. Force était, pour remédier à cet obstacle, de supprimer entièrement la sonde et de m'astreindre à sonder l'enfant chaque fois que le besoin d'uriner se ferait sentir. M. Vidal (de Cassis) a d'ailleurs mis en pratique la même idée, dans le traitement d'une fistule périnéale. Bientôt j'enseignai au petit malade à se sonder lui-même, ce qu'il fit en peu de temps très-aisément. Cette pratique, qui a en même temps le grand avantage d'éviter une dilatation intempestive de la fistule, fit tarir toute espèce d'écoulement.

---

viennent de faire passer les élèves d'un grand centre d'activité scientifique dans un milieu moins richement pourvu. L'imitation de la Toscane emporterait nécessairement, selon nous, le transport des Facultés hors des grands centres de population, qui seraient réservés exclusivement au stage. C'est le seul système logique; ce serait le seul véritablement efficace. Mais, nous le répétons, l'éloignement des élèves, pendant cinq ans, des lieux où se concentre l'activité scientifique, où abondent les moyens d'éducation, où fermente l'émulation, soulève des difficultés qui mériteraient un examen spécial. L'occasion nous en sera peut-être offerte quelque jour. Ce que nous voulions dire quant à présent, c'est que ces difficultés sont inhérentes aux conditions de localité et ne se sont pas présentées en Toscane.

A. DECHAMBRE.

— L'Académie de Rouen a proposé un prix de 600 fr. pour un MANUEL D'HYGIÈNE POPULAIRE, ce prix, qui devait être décerné il y a deux ans, a encore été ajourné; cependant elle n accordé les récompenses suivantes à trois des concurrents:

A M. Hébrard, docteur-médecin à Bourg (Ain), une médaille en or de 300 fr.;

A MM. Henri Duclos et Bonteiller fils, docteurs-médecins à Rouen, une médaille en or de 200 fr.;

Et à M. Louis Leclerc, docteur-médecin à Paris, une autre médaille de 100 fr.

— On écrit de Varsovie, 8 août:

« Le prince gouverneur a fait don de 500 livres de thé à la commission de secours, pour être distribués tous les matins aux pauvres de la capitale. Dans ces deux derniers jours, le choléra a frappé 254 personnes, 214 sont mortes.

» Les gens de la campagne ont perdu courage, les récoltes sont restées dans les champs, faute de bras pour les enlever. La peur de la mort les pousse dans les bois. Les symptômes de la maladie sont terribles. Des crampes saisissent le malade, et la mort arrive quelques heures après.

» A Swierczewo, colonie qui compte quelques centaines d'habitants, il n'y a plus que 10 personnes vivantes.

» A Wielkavice, qui est à quelque distance, 15 personnes sont mortes dans l'espace de quelques heures.

» A Sieradz, petite ville sur les bords de la Wartha, plus de 500 personnes sont mortes.

» A Opatowko, à Blasky, Wartha, Radonn, et vers l'intérieur de la Pologne, des milliers de tombes s'ouvrent, auprès desquelles les parents et les orphelins versent des larmes. »

— Le buste de Signorini a été inauguré solennellement dans l'Université de Padone, dont il fut l'un des principaux ornements.

A cette époque, quelques cautérisations au nitrate d'argent rétrécirent considérablement l'ouverture fistuleuse; mais arrivée à un certain degré d'amélioration, elle resta stationnaire. La nécessité d'un caustique plus puissant se faisant sentir, l'acide nitrique, qui procura à Astley Cooper un beau succès dans un cas semblable, me parut mériter la préférence. A deux reprises différentes, il fut appliqué de façon à déterminer une escarre suffisamment étendue et profonde. La fistule se trouva en définitive réduite à un pertuis capillaire, mais nullement encore oblitérée.

Après avoir de nouveau constaté l'impuissance de la cautérisation par la pierre infernale, je pensai qu'il était à propos de pratiquer une nouvelle suture non plus transversalement, mais d'avant en arrière. Tout faisait espérer un plein succès lorsque, le troisième jour, l'enfant, dont l'indocilité était très-grande, s'étant fatigué à jouer, perdit de l'urine pendant la nuit. Je trouvai le lendemain le pansement imbibé de ce liquide et absence de réunion.

Cependant les bords de l'orifice devenaient de plus en plus calleux, et la difficulté d'une réunion immédiate de plus en plus considérable. Ces circonstances contre-indiquaient une nouvelle suture; mon intention était donc d'employer de nouveau la cautérisation, mais je n'en eus pas le loisir. Les parents de l'enfant ne pouvant se résoudre à de nouvelles dépenses, voulurent l'emmener au bout de trois mois de traitement. Je donnai au père, lors de son départ, un crayon de pierre infernale, en lui recommandant de cautériser de temps en temps, et une sonde n° 6, dont l'enfant devait se servir pour uriner.

Deux mois plus tard (12 juillet), cet enfant me fut ramené par son père, parfaitement guéri contre mon attente, et voici ce qui me fut raconté. Tant que l'on fit usage de la sonde, l'orifice ne se ferma point, en dépit de cautérisations exactes et réitérées. Après un mois de traitement, le père imagina de laisser de côté l'instrument que je lui avais confié, et, pour empêcher l'urine de sourdre à travers la fistule, d'employer matin et soir une pommade composée d'huile et de cire blanche. Cet expédient réussit, dit-il, à merveille. La pommade appliquée, aucune trace d'urine ne pouvait s'échapper pendant la miction, si bien qu'après trois semaines de ce nouveau traitement, il ne restait plus vestige de l'orifice qui m'avait donné tant de tablature pendant plusieurs mois. Quoi qu'il en soit de la valeur de ce récit, je n'en constatai pas moins, avec la plus grande satisfaction, l'oblitération complète de la fistule et l'intégrité parfaite des téguments à son niveau.

Les principales conséquences pratiques à tirer de ce fait sont, ce me semble, les suivantes : 1° la dilatation permanente rapide est appelée à donner, dans les cas de rétrécissements analogues à celui-ci, de prompts et heureux résultats; 2° ou a pu constater l'efficacité de la belladone dans l'incontinence d'urine; 3° contrairement au procédé général, il vaut mieux s'abstenir, dans les cas de ce genre, de l'emploi d'une sonde permanente, soit à cause de l'écoulement qu'elle peut occasionner, soit surtout à raison de l'obstacle mécanique qu'elle oppose à la coarctation de la fistule; 4° quant au rôle actif attesté par le père de l'enfant et rempli, dans la cure, par la pommade de cire, je m'abstiens de rien préjuger, ayant besoin de nouvelles expériences pour formuler un jugement. Quelque peu chirurgicale que paraisse cette action, le fait n'en est pas moins digne de toute l'attention des praticiens.

Voilà l'histoire de mes tentatives et de mes insuccès. J'ai voulu en faire part au public médical, parce qu'il s'agit d'une infirmité dégoûtante, parfois grave, toujours d'une curation difficile et incertaine. On y verra entre nos mains l'insuffisance de nos procédés opératoires et un expédient grossier, si le fait mérite quelque créance, réussir rapidement entre les mains d'un profane. Je ne veux pas que cet enseignement, si enseignement il y a, soit perdu pour mes confrères praticiens. Aussi bien nulle expérience ne nous appartient en propre. C'est un bien public, πᾶσι καὶ οὐδενί, et dont on ne saurait, dans notre profession, frustrer la science sans un crime de lèse-humanité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE; par M. le docteur FURNARI.

Quoi de plus simple, dira-t-on, que l'aiguille de Scarpa et de Dupuytren pour abaisser le cristallin, que la curette de Daviel, les couteaux de Wenzel et de Richter pour l'extraire? Simplifie-t-on une méthode en multipliant et en compliquant les instruments destinés à les mettre en pratique? Cette objection serait très-fondée si toutes les cataractes étaient de la même nature, si elles avaient la même consistance et le même degré d'adhérence à l'iris; mais il n'en est pas ainsi, et pour ne parler que de cette dernière complication, ne sait-on pas que, sur dix opérations de cataracte par abaissement, il y a au moins trois cataractes secondaires qui résultent de fragments capsulaires restés adhérents et que les aiguilles ordinaires n'ont pas pu détacher.

Notre nouvel instrument n'a d'autre but que d'éviter cet inconvénient; c'est une *aiguille-pince* pouvant servir pour la cataracte primitive, et pour la cataracte secondaire; cette aiguille, supportée par un manche en ivoire, n'a pas plus de volume que celle de Scarpa; elle est formée d'une tige se terminant par deux branches parfaitement égales dont les extrémités réunies constituent une lance légèrement courbe. Au bord interne des branches, il y a des aspérités ou dents destinées à saisir les parcelles opaques. Une gaîne, partant de l'intérieur du manche, accompagne l'aiguille jusqu'à la base de sa lance.

L'instrument fonctionne à l'aide d'un nouveau mécanisme renfermé dans le manche; ce mécanisme se compose d'une boîte intérieure dans laquelle sont logées la bascule, la canule et le ressort; ces trois pièces sont solidement ajustées ensemble. En appuyant sur la bascule on fait rentrer la gaîne dans le manche; alors l'aiguille, abandonnée à elle-même, se sépare en deux, saisit et déplace les corps opaques qui obstruent la pupille, et, lorsque le pouce abandonne la bascule, le tube remonte par la force du ressort logé à l'intérieur et fait rapprocher les branches de l'aiguille qui forment une véritable pince.

Contrairement à ce qui existe dans les autres instruments employés jusqu'à ce jour, ici l'avantage est qu'on ouvre le mécanisme en appuyant sur la bascule, et que, dans les autres, on le ferme; dans les premiers, l'instrument est constamment ouvert et il faut exercer une pression continuelle sur la bascule pour les fermer; dans ce dernier il est constamment fermé et il ne s'ouvre dans l'œil qu'à volonté et dans les cas compliqués où l'on a besoin d'une aiguille-pince. C'est là, en effet, l'idée nouvelle de l'instrument; il s'ouvre et fonctionne par un mouvement direct et non pas à l'aide d'une force soit de recul, soit de projection. Lorsqu'il en est ainsi, il y a un inconvénient grave, car le chirurgien ne pouvant agir directement, il lui est difficile de coordonner avec exactitude ses mouvements et d'éviter, dans tous les cas, de blesser l'iris et la cornée.

Dans les cas de cataracte simple l'instrument fonctionne comme une aiguille ordinaire, avec cette différence que sa lance pouvant, selon la volonté du chirurgien, prendre dans l'œil un certain développement et s'appuyer sur une grande partie de la surface du cristallin, le déplacement ou le broiement du corps opaque deviennent plus prompts et plus faciles. En effet, si le cristallin se fragmente et qu'il ne puisse pas être abaissé en masse pendant ses mouvements de rotation et d'avant en arrière, que lui fait subir l'aiguille, on pourra l'écraser en le comprenant entre les branches de la lance; il en est de même des lambeaux capsulaires qu'on pourra facilement saisir, rouler autour de la lance et extraire en retirant l'instrument.

L'aiguille-pince trouve naturellement son application générale dans les cataractes secondaires, soit qu'elles proviennent des fragments capsulaires ou des détritus du cristallin et de sa capsule. Dans ces cas, il est facile de comprendre qu'une aiguille-pince est préférable à la pince à coulant, dont la première idée appartient à Hunter. Ces pinces, les serre-têtes de M. Desmarres surtout, quelque simples et ingénieux qu'ils soient, n'ayant pas de tranchant à leur extrémité, nécessitent une ponction de la coque oculaire avec un instrument tranchant avant de les faire manœuvrer dans l'intérieur de cet organe. Notre aiguille-pince remplissant cette double indication, n'a pas le même inconvénient.

La principale difficulté à vaincre c'était de faire une aiguille séparée par le milieu, et malgré le petit volume de la lance, malgré la jonction des deux branches à leur extrémité, d'obtenir une pointe lisse acérée et solide pour faire la ponction aussi facilement que si la lance et la pointe étaient d'une seule pièce. Ce qu'il y a de plus important, c'est que, malgré la multiplicité des pièces qui composent cet instrument, il n'est ni plus lourd, ni plus volumineux que les aiguilles ordinaires, grâce au fabricant, M. Mathieu, dont le zèle et le bon vouloir égalent l'habileté dans la mécanique chirurgicale.

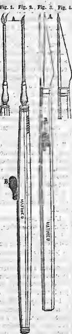
On peut rendre le mécanisme de cette aiguille plus simple en supprimant le ressort extérieur et en la faisant manœuvrer comme l'aiguille de Baratta et de Luzardi avec un coulant à rondelle placé à la partie supérieure du manche, le mécanisme des pièces intérieures restant toujours le même; cependant nous préférons le ressort, parce qu'il donne plus de force de pression à l'instrument, empêche le chevauchement des branches et saisit plus solidement les corps opaques, ce qui est très-important dans les cataractes dures ou dans les fausses membranes, qui chez les vieillards surtout, prennent une consistance presque cornéenne. Les opérations que nous avons déjà faites avec cet instrument et les résultats que nous avons obtenus, nous font espérer qu'il sera sinon adopté, du moins essayé par les praticiens.

Voulant faire une application plus générale du mécanisme que nous ve-

nons de décrire, nous avons imaginé un *couteau-pince* destiné à l'extraction de la cataracte et à l'opération de la pupille artificielle. Ce couteau, composé comme l'aiguille d'un mécanisme identique renfermé dans un manche ordinaire, se termine par un corps de tranchant formé d'une lame mobile articulée à sa base et venant s'appuyer sur le dos d'une lame fixe avec laquelle il forme un couteau de Richter se terminant par une aiguille-pince droite. Une double rainure pratiquée dans l'épaisseur interne des deux lames est destinée à en empêcher le chevauchement. La manœuvre de cet instrument dans sa méthode par extraction est très-facile à exécuter. On fait une ponction à la cornée an lieu d'élection et l'on porte directement la pointe du couteau sur le cristallin pour déchirer la capsule; une légère pression du pouce sur la bascule fait ouvrir l'instrument, dont l'extrémité saisit quelques fragments capsulaires; on se hâte immédiatement après, sans retirer l'instrument de l'œil, de pratiquer la contre-ponction selon les règles générales de cette méthode. Une légère pression sur le globe suffit pour faire sortir la lentille; dans le cas contraire, à l'aide d'une *curette-pince* fermée on déplacera le cristallin, et, s'il y a des lambeaux adhérents de capsule, on les retirera en ouvrant la curette.

Nous n'avons pas cru nécessaire de donner ici le dessin de ce dernier instrument; c'est une curette plus mince, plus creuse et plus recourbée que celle de Daviel, mais séparée en trois branches percée de trous, formant pince à volonté à l'aide du mécanisme intérieur sus-indiqué. Cet instrument a quelque analogie avec la pince à double bascule que nous avons décrite en 1841 dans notre TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX. Fermée, la nouvelle curette est très-polie et n'offre aucune rugosité; ouverte, elle constitue un excellent moyen de prise et de dégagement à cause de ses trois branches et des petites griffes dont elles sont pourvues. Enfin, on pourrait utiliser notre nouveau mécanisme en le surmontant d'une petite paire de ciseaux, du crochet double de Beer, etc.

Pour ce qui concerne la pupille artificielle, il est facile de comprendre que l'aiguille et le couteau-pince que nous venons de décrire seront d'une grande utilité dans les différentes méthodes proposées pour cette opération, et surtout lorsqu'on voudra pratiquer la *corétomie* et la *corectomie*.



DESSINS DE L'AIGUILLE-PINCE ET DU COUTEAU-PINCE.

Fig. 1re. — Aiguille-pince ouverte pour l'opération de la cataracte et pour extraire les fragments capsulaires dans les cataractes secondaires.

Fig. 2. — Aiguille-pince fermée. A. Lance de l'aiguille. B. Bascule renversée à engrenage mettant en mouvement le mécanisme intérieur.

Fig. 3. — Couteau-pince ouvert pour l'extraction de la cataracte et l'opération de la pupille artificielle. A. Lame articulée mobile et lame fixe, se terminant par une aiguille-pince. B. Bascule pour le mécanisme intérieur.

Fig. 4. — Couteau-pince fermé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de l'année 1851 et de janvier 1852 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Remarques sur l'état du crâne et du cerveau dans l'hydrocéphalie congénitale chronique; sur l'idiotie et la paralysie qui l'accompagnent*; par M. Battersby. 2° *Tribut clinique à l'investigation et au traitement de la maladie*; par M. Ritchie. 3° *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*; par M. François. 4° *Sur un cas de molluscum chronique*; par M. Craigie. 5° *Statistique de la vie à la Nouvelle-Orléans*; par M. Stark. 6° *Cas d'opération césarienne, suivi de remarques sur la métrite puerpérale ou inflammation aiguë de l'utérus*; par M. Coley. (Malgré l'insuccès de l'opération dans ce cas, l'auteur s'en déclare le partisan, et fait remarquer qu'une incision pratiquée sur l'utérus enflammé expose moins ce viscère à la gangrène que les violences nécessitées par les tentatives d'embryotomie.) 7° *Observation de ramollissement et de fragilité des os, avec des urines fortement chargées de matière animale*; par M. Macintyre. 8° *Remarques sur le ramollissement pathologique des os*; par M. Solly. 9° *Histoire du choléra épidémique à Chatham, Rochester et Strood en 1849*; par M. Stratton. 9° *Tribut à la statistique de la médecine militaire dans la présidence de Bombay*; par M. Kinnis. 10° *Électro-biologie appliquée avec succès à la chirurgie*; par M. Marsden. 11° *Observations paraissant prouver que la syphilis secondaire est capable de se communiquer à l'homme sain*; par M. James Stark. 12° *Différents faits chimiques appliqués à la physiologie*; par M. Barreswill. 13° *Sur l'emploi du spéculum dans le diagnostic et le traitement des maladies utérines*; par M. Robert Lee. 14° *Pratiques funestes dans quelques districts villageois de l'Irlande, causées par la croyance dans les fées*; par M. Pickells. (Un enfant témoigne-t-il un peu plus d'intelligence qu'on n'a à l'attendre de son âge, les parents se figurent (illusion qu'on ne dira certes pas née de l'amour-propre!) que ce n'est point là leur véritable fils, et qu'une fée l'a changé. Pour remédier à cette prétendue substitution, on tourmente le pauvre enfant jusqu'à ce qu'il ait avoué le fait, s'il est en âge de parler; ou bien, dans le cas contraire, on lui fait boire de l'infusion de digitale, remède vanté contre ces enchantements, à des doses que l'auteur a vues plus d'une fois devenir mortelles.) 15° *Sur l'état du sang et des vaisseaux sanguins dans l'inflammation, étudié par les expériences, les injections et l'examen microscopique*, par M. Wharton Jones. 16° *De la mortalité résultant du choléra parmi les troupes européennes de l'armée de l'Inde*; par M. Stark. 17° *Observations d'ichthyose et de développement anormal de poils*; par M. Pickells. 18° *Remarques sur la prétendue distinction de l'amaurose en fonctionnelle et organique*; par M. Mackensie. (L'auteur croit qu'il y a confusion dans l'esprit de ceux qui veulent admettre une différence entre ces deux états : c'est, selon nous, faute de s'être bien rendu compte de la signification des mots, qu'on s'imagine en trouver une dans les choses.) 19° *Considérations sur les dépôts urinaires*; par M. Bacon. 20° *Sur la structure et l'usage du ligament rond de l'utérus, avec quelques réflexions sur le changement qui a lieu dans la structure de l'utérus pendant la grossesse*; par M. Rainey. 21° *Expériences sur la section des nerfs glosso-pharyngiens et hypoglosse de la grenouille, et observations sur les altérations qui ont lieu consécutivement à l'opération dans la structure de leurs fibres primitives*; par M. Aug. Waller. 22° *Considérations sur les tissus articulaires sains et morbides*; par M. Birkett. 23° *Sur la fièvre de la Nouvelle-Orléans, et en particulier sur la fièvre jaune de 1849*; par M. Fenner. 24° *Diathèse hémorrhagique constatée chez deux frères; remarques sur sa tendance héréditaire*; par M. Pickells. 25° *Cas d'épilepsie accompagnée de fièvre; inflammation, perforation et gangrène des poumons, ainsi que du pneumo-thorax*; par M. Orr. 26° *Note sur un cas de molluscum chronique*; par M. Nebel. 27° *Sur quelques points relatifs à la médecine navale de l'Angleterre et à celle des États-Unis*; par M. Stratton. 28° *Remarques sur la mort par strangulation*; par M. Alfred S. Taylor. 29° *Sur les altérations graisseuses du cœur*; par M. Richard Quain.

OBSERVATION DE RAMOLLISSEMENT ET DE FRAGILITÉ DES OS; par le docteur WILLIAM MACINTYRE.

REMARQUES SUR LA PATHOLOGIE DE LA MOLLESSE DES OS; par le docteur SAMUEL SOLLY.

Donnons d'abord les détails nécroscopiques qui constatent l'affection osseuse chez le sujet de M. Macintyre.

En divisant les cartilages costaux à l'endroit ordinaire, les extrémités osseuses correspondantes se détachèrent en petits morceaux. Les côtes, dans toute leur longueur, étaient ramollies et cassantes. On pouvait très-aisément les couper, et aussi les briser presque sans effort. Elles avaient évidemment diminué de volume et de poids. Leurs lames externes étaient épaisses et fragiles; elles cédaient, puis éclataient, quand on les pressait entre le pouce et l'index. A l'intérieur, elles contenaient une substance gélatiniforme, de couleur rouge et onctueuse au toucher. Même état du sternum, qui, lorsqu'on le pliait, cédait un peu, puis se rompait. Sa surface profonde offrait une rougeur très-marquée et très-étendue, et sa portion celluleuse était remplie d'une matière rougeâtre. La colonne présentait dans toute sa longueur, mais surtout au dos et aux lombes, la même

altération, et ce double état de mollesse et de fragilité. Les corps des vertèbres dorsales et lombaires égalaient à peine en volume ceux des vertèbres cervicales. Le sacrum et les os du bassin n'étaient pas ramollis, mais offraient une teinte grise particulière. On ne poursuivit pas plus loin l'examen du système osseux ; mais on s'assura que les os des membres résistaient à tous les efforts faits pour les briser.

Ajoutons que les muscles de la portion antérieure du thorax étaient mollasses, d'une couleur grisâtre et exsangues. Il ne paraît pas que les autres muscles du corps aient été examinés.

Les lésions notées dans le thorax et l'abdomen n'ont pas grande importance dans l'espèce. Les reins furent l'objet d'une inspection attentive. Le droit avait son volume ordinaire ; sa tunique propre n'offrait aucune lésion dans sa texture et se détachait facilement. La surface de l'organe était unie et de couleur normale, sans la moindre apparence de marbrure. Un peu de congestion du tissu, qui était du reste parfaitement sain. Pas la moindre trace de granulation, même à la loupe. Le rein gauche était plus gros que le droit, mais sans altération véritable.

Le sujet de cette observation était un homme de 45 ans, qui avait éprouvé de très-vives douleurs dans les lombes, le bassin, la poitrine, les épaules et le long de la colonne vertébrale. Les membres n'étaient pas douloureux, mais ils étaient maigres et affaiblis. Il rapportait la douleur du thorax à un violent coup reçu quatorze mois auparavant. Au milieu d'un dérangement de la santé générale, on nota un jour la présence d'un œdème, et l'on fut ainsi amené à examiner l'urine. Ce liquide était acide, opaque, d'une densité exagérée ; il ne contenait pas trace de sucre. Traité par la chaleur, il donna, mais seulement à la température de l'ébullition, un abondant précipité de matière animale, qui avait tous les caractères de l'albumine. En y ajoutant de l'acide nitrique, il n'y ent pas immédiatement précipité ; au contraire, l'urine, qui était trouble, comme on a dit, devint instantanément claire et garda sa transparence pendant une heure et demie environ. Au bout de ce temps, on remarqua qu'elle avait donné lieu au dépôt d'une masse jaune, qui, bien différente du coagulum résultant de l'action de l'acide nitrique sur le sérum du sang ou sur l'urine albumineuse, fut complétement dissoute par la chaleur et se précipita de nouveau en se refroidissant. Quand l'urine était préalablement chauffée jusqu'à ébullition, puis, pendant qu'elle était encore fluide, refroidie de quelques degrés, on obtenait immédiatement un coagulum qui disparaissait encore quand on reportait la température au degré de l'ébullition. L'acide oxalique donnait un abondant précipité blanc, que le tanin convertissait en une masse très-consistante.

Le malade succomba à une sorte de dissolution de l'organisme, après avoir éprouvé de vives douleurs aux différentes parties du tronc. L'urine fut encore plusieurs fois examinée. On la trouva toujours très-chargée de phosphate et d'urate, mêlée à une certaine quantité de matières animales. Dans une expérience particulière, une ébullition de quelques minutes n'y amena aucun précipité ; mais ayant été retirée de la flamme de la lampe, elle se coagula aussitôt en une masse uniforme ressemblant à du *blanc-manger*.

L'intérêt particulier de cette observation est dans la coexistence de la *mollesse* et de la *fragilité* des os. Ces deux affections, que certains auteurs ont réunies dans une même description, sont très-différentes et pour ainsi dire opposées. Dans l'*ostéomalacie*, les sels calcaires manquent dans les os et sont rejetés en abondance par les urines ; alors le tissu osseux gorgé de sucs peut se couper, se fléchir avec une grande facilité, et devient à la longue, sous l'action des muscles, le siége des courbures les plus variées. Dans la fragilité, au contraire, c'est la trame organique qui fait défaut et l'élément terreux prédomine. Les os deviennent alors friables à ce point qu'il suffit quelquefois d'enfoncer le doigt dans leurs parties celluleuses pour y produire une crépitation. Or, dans l'observation qu'on vient de lire, ces deux ordres d'altération paraissaient combinées, et les urines accusaient, en effet, un double départ de substances salines et de matières animales. Nous ne savons s'il existe d'autres faits semblables dans les annales scientifiques. Il est à regretter pourtant que les os n'aient pas été soumis à l'analyse chimique, comme aussi que la présence de la matière animale dans l'urine n'ait pas été démontrée par des expériences spéciales et plus précises. Si, en effet, la perte des sels calcaires par les urines, dans les cas d'ostéomalacie, est hors de doute, il n'en est pas de même de la perte des matières animales, fibrine, gélatine, albumine, dans la fragilité. La science sur ce point n'est pas encore parfaitement renseignée.

Nous avons remarqué les vives douleurs accusées par le malade. C'est là, en effet, un des symptômes les plus constants de l'ostéomalacie, symptômes trompeurs et qui font involontairement songer à la névralgie ou au rhumatisme. C'est aussi ce qui est arrivé dans ce cas, où la nature du mal n'a été reconnue que très-tard.

Nous rappellerons aussi l'état des muscles de la poitrine. Il est probable que si l'examen eût été porté plus loin, on eût trouvé la même altération dans d'autres parties du système musculaire, notamment autour de la colonne vertébrale et du bassin. Quand elle est portée à un haut degré, elle aboutit à un véritable état graisseux qui laisse des traces épaisses sur le scalpel. Dans un cas d'ostéomalacie générale, que nous avons publié en 1835 dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, l'état graisseux des muscles était des plus remarquables.

— Les remarques sur la pathologie de la *mollesse des os*, par M. Samuel Solly, sont extraites des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES. C'est parce qu'elles avaient été citées par M. Macintyre que les rédacteurs du JOURNAL D'ÉDIMBOURG les ont placées à la suite de son travail. Il s'agit de deux observations très-importantes d'ostéomalacie, accompagnées de détails anatomiques d'après lesquels l'auteur croit pouvoir rattacher la maladie à l'inflammation. Il pense que la phlegmasie réside primitivement dans les vaisseaux sanguins, que l'action des absorbants est surexcitée, et que c'est ainsi qu'ils emportent les sels calcaires qui ne trouvent plus ainsi d'issue que par les reins.

ÉLECTRO-BIOLOGIE APPLIQUÉE AVEC SUCCÈS A LA CHIRURGIE ; par M. MARSDEN.

Cette communication, que le rédacteur du journal n'insère qu'en en laissant à son auteur l'entière responsabilité, contient un nouvel exemple d'insensibilité produite par le magnétisme animal durant une opération chirurgicale : il s'agissait de l'extirpation très-laborieuse d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, pour laquelle il fut nécessaire d'arracher une dent et de scier l'os.

Afin d'obtenir l'insensibilité, M. Marsden commença par placer dans la main droite du malade un disque galvanique. Il se mit alors vis-à-vis de lui, et détruisit par une série de passes la sensibilité de la tête et de la face ; enfin il *voulut* que le patient tînt constamment ses yeux fixés sur les siens, et n'éprouvât aucune douleur, bien qu'il sentît les manœuvres de l'opération.

L'effet, si l'on en croit la narration, répondit complétement à ce programme magnétique. Le patient demeura immobile pendant tout le cours de l'opération. En apprenant qu'elle était terminée, il manifesta le plus grand étonnement, et dit qu'il avait senti l'extraction de la dent et la section de l'os, mais comme sensations tactiles seulement, et sans en subir de douleur.

— Nous formulons contre ce nouvel exemple de la puissance mesmérique des réserves non moins formelles que le rédacteur du journal à qui la relation en est empruntée ; mais de plus que lui, nous ne saurions trop nous étonner de voir aujourd'hui un médecin en possession des admirables bienfaits de l'éthérisation, donner systématiquement la préférence à un agent aussi radicalement nul, selon nous, aussi capricieux, d'après ses fauteurs eux-mêmes, que l'influence dite magnétique.

M. Marsden, du reste, continue sur le traitement de l'épilepsie et du bégayement ce qu'il appelle ses expériences électro-biologiques. Nous attendons, pour les analyser, ses observations ultérieures, qui porteront cette fois sur un objet moins sujet à engendrer des illusions, puisqu'il s'agira, non d'un effet passager, mais de résultats définitifs, à constater.

OBSERVATIONS PARAISSANT PROUVER QUE LA SYPHILIS SECONDAIRE EST CAPABLE DE SE COMMUNIQUER A L'HOMME SAIN ; par M. JAMES STARK.

Des trois observations que l'auteur rapporte, nous n'en reproduirons qu'une, les deux autres étant des cas de transmission de la syphilis congéniale. En effet, les exemples de ce genre sont tellement nombreux qu'il y aurait peu d'intérêt à en présenter ici un nouveau, bien qu'il soit, comme tous les autres semblables, susceptible de la même interprétation que l'école de M. Ricord leur donne.

Une importance beaucoup plus grande s'attache au fait suivant, que nous citons *in extenso*, tel que M. Stark le raconte.

OBS. — M. R. M. contracta, au commencement de 1845, la syphilis sous forme de chancre primitif, avec bubon. Un traitement approprié le délivra de tout symptôme, et il en demeura pendant plusieurs mois exempt. Il fut alors alarmé de voir apparaître des taches sur diverses parties du corps. En même temps il commença à éprouver de la douleur au gosier, une faiblesse générale et des souffrances dans les membres, surtout dans les tibias. Il s'aperçut aussi d'un écoulement par la verge. Son médecin lui dit qu'il avait la syphilis secondaire, et le soumit à un traitement qui le débarrassa peu à peu de tous les accidents, à part l'écoulement, qui persista ; mais on l'attribua à un état de faiblesse.

Comme ce malade était très-désireux de se marier, mais qu'il ne redoutait pas moins de communiquer à sa femme quelque affection vénérienne, il consulta plusieurs médecins qui le déclarèrent parfaitement guéri, lui direut même que les relations sexuelles pourraient hâter la disparition de l'écoulement urétral, et l'autorisèrent en conséquence à se marier, ce qu'il fit en octobre 1846.

Au bout d'un mois, la jeune femme commença à se plaindre de douleur au gosier, qui fut attribuée au froid, puis d'une perte vaginale, qu'on traita de *fleurs blanches*. Il se manifesta bientôt après une éruption autour de l'anus, à la vulve, au périnée et en haut et en dedans des cuisses. Les conseils de deux médecins, successivement appelés, ne l'ayant pas soulagée, elle consulta M. Stark le 19 juillet 1847.

Elle avait, à ce moment, perdu depuis trois mois beaucoup de son embonpoint. Les douleurs des os des jambes étaient quelquefois portées, la nuit, au point de l'empêcher de dormir. Faiblesse générale; sensation de pesanteur aux reins et vers l'hypogastre; inappétence; constipation; règles abondantes. Quand elle veut avaler une gorgée de liquide, il revient par les narines. En l'examinant, on trouva au voile du palais, à gauche de la luette, une perforation assez large pour laisser passer une grosse plume, et plusieurs ulcérations superficielles sur le voile du palais, les amygdales et le reste de l'arrière-bouche. Du mucus sanguinolent s'échappe par les narines. Quelques taches de *lèpre vénérienne* existent sur les bras, les jambes et le cou. La vulve, le périnée et la partie supérieure et interne des cuisses sont le siége d'élevures echtymateuses exulcérées. Une douzaine de tubercules muqueux s'observent autour de l'anus et au périnée. Les grandes lèvres sont extrêmement gonflées, rouges et douloureuses. Sur le cou et les épaules, on voit une douzaine de places blanches, lisses et brillantes, de l'étendue d'une lentille chacune, datant de la même époque que les echtyma, mais n'ayant pris que graduellement leur apparence actuelle. Il existe sur la langue un ulcère, qui, selon la malade, débuta par un bouton dur, au sommet duquel il se forma de la matière, et qui, en s'ouvrant, donna lieu à un ulcère qui ne paraît pas avoir de tendance à guérir. Son centre est déprimé, ayant l'aspect du verre; ses bords sont blancs, un peu élevés.

Aucun doute n'étant possible sur l'existence de la syphilis constitutionnelle: M. Stark prit le mari à part pour l'examiner. Celui-ci raconta ses antécédents tels que nous venons de les rapporter. Il offrait encore deux faibles taches cuivrées de *lèpre vénérienne* sur le coude droit, une vers le poignet gauche et une sur le tibia droit. L'écoulement était réduit à quelques gouttes de mucosité sortant lors des efforts de défécation. Il présentait de la rougeur au gosier; la voix était un peu rauque, et il se plaignait d'une tumeur qui s'était formée sous la langue, avait percé, s'était guérie avec peine pour reparaître ensuite et percer de nouveau. En explorant cette région, M. Stark y constata la présence d'un ulcère à centre profond, grisâtre, couvert d'une matière gluante, à bords blanchâtres, élevés et épais. Il avait en outre sur la langue trois petites ulcérations, qui s'étaient d'abord présentées sous forme de boutons durs, lesquels avaient suppuré, s'étaient rompus en donnant lieu aux ulcères de mauvaise nature qu'on voit actuellement.

M. Stark blâma cet homme (chose bien singulière!) de s'être marié étant encore porteur *d'un écoulement urétral*. Le mari (renseignement bien plus précieux) affirma au médecin qu'il avait été tellement impressionné de sa première syphilis que jamais depuis lors il ne s'était mis dans le cas d'en prendre une seconde.

Les remèdes appropriés donnés à ces deux malades opérèrent une guérison telle qu'ils eurent ensuite un enfant pur de tout symptôme syphilitique.

—La circonstance dans laquelle cette observation voit le jour nous dispense de tout commentaire; de plus habiles que nous se chargeront de cette partie de notre tâche. Nous signalerons seulement à l'attention de ceux qui voudront en contester la signification cet ulcère existant chez le mari, *sous* la langue, et celui qui, chez la femme, débuta aussi sur la langue *par une pustule*. Ce n'est effectivement là ni le siége ordinaire ni le mode de formation habituel des lésions constitutionnelles de cette région. Et de ce que le mari eut une première fois la vérole constitutionnelle, il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pu contracter ensuite de nouveaux chancres par un baiser impur; il ne s'ensuit pas non plus que la bouche de sa femme fût à l'abri de l'infection syphilitique primitive.

SUR L'EMPLOI DU SPÉCULUM DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES UTÉRINES; par M. ROBERT LEE.

Bien qu'il ne se termine point par des conclusions en règle, ce travail n'en doit pas moins être considéré comme un plaidoyer contre le spéculum. Non-seulement l'auteur en proscrit l'abus, mais sa pratique tendrait même à en restreindre singulièrement l'usage. C'est ainsi que, examinant les diverses lésions utérines, il élimine d'abord du nombre de celles où le spéculum peut rendre des services la classe entière des polypes. En effet, dit-il, quand ces tumeurs ont franchi plus ou moins complétement le col, on peut exactement déterminer, par le toucher, leur volume, leur longueur, leur densité, l'épaisseur de leurs parois, et les rapports qu'elles ont avec le col. On peut, il est vrai, user du spéculum pour apprécier la couleur du polype et le degré de vascularité de sa membrane d'enveloppe, ce qui, en effet, ne pourrait pas être déterminé sans l'inspection oculaire. Mais cette notion n'a aucune importance pour le traitement.

Dans le cancer commençant, le spéculum ne donne pas la certitude de cet état plutôt que le toucher, et il expose aux mêmes méprises. Quand, au contraire, le cancer est à une période avancée de son évolution, qu'il existe une ulcération, l'emploi de l'instrument explorateur n'est pas seulement inutile pour le diagnostic, il devient des plus préjudiciables. En 1827, M. Lee vit une malade qui, souvent examinée au spéculum pour l'instruction des élèves, mourut d'une hémorrhagie survenue après l'exploration faite avec l'instrument bivalve.

Depuis la puberté jusqu'à l'âge mûr l'utérus n'est que rarement affecté de maladies organiques. Jusqu'à l'âge de trente ans, les maladies les plus communes sont l'aménorrhée, l'hystérie, la dysménorrhée, la métrorrhagie, la leucorrhée et diverses lésions nerveuses. M. Lee a toujours refusé de procéder à une exploration mécanique chez les jeunes femmes non mariées, à moins que des douleurs vives, constantes et localisées, dans la région utérine, douleurs ne cédant pas au traitement, n'annonçassent une altération sérieuse. En effet, d'une part, ainsi qu'on vient de le voir, les altérations organiques sont rares à cette époque de la vie; et, d'un autre côté, l'intégrité de la conformation normale est trop précieuse pour qu'on aille, sans nécessité bien évidente, la compromettre.

Dans la leucorrhée, affection si commune, M. Lee a souvent vu les cautérisations exécutées tous les jours à l'aide du spéculum demeurer infructueuses; tandis que la guérison s'obtenait rapidement par l'influence du régime, de l'hygiène, d'un meilleur air et de l'exercice.

Voulant savoir d'une manière positive quelle est la fréquence des ulcères du col, que certains pathologistes regardent comme si nombreux, M. Lee pria ses collègues de faire faire l'autopsie, pendant l'année 1832, de toutes les femmes qui succomberaient à l'hôpital, après que, pendant leur vie, on les aurait soigneusement examinées. Or sur 1017 inspections cadavériques pratiquées (en en excluant les enfants), on nota chez 708 l'état de l'utérus. Chez 13 d'entre elles il y avait congestion ou inflammation du col, sans caractère spécifique; sur quelques-unes l'inflammation était limitée au fond du viscère, et on n'aurait pu, pendant la vie, la découvrir qu'en examinant la matrice arrachée du bassin. 24 étaient des cas d'inflammation puerpérale, 13 d'hydropisie ovarique ou tubaire, 34 de tumeurs fibreuses ou osseuses, 21 de cancers. Il en résulte que l'ulcère du col est une maladie extrêmement rare; autrement, dit l'auteur de ces recherches, elle n'aurait pas échappé à mon examen, ayant coupé et exploré sur le cadavre tant de centaines de matrices.

Le mémoire de M. Lee finit par plusieurs observations de femmes que le traitement par le spéculum et les cautérisations pour de prétendus ulcères laissait dans un état déplorable, et qui guérirent dès qu'on leur appliqua un ensemble de moyens agissant *sur toute la constitution*.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La fin au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 AOUT 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

NOUVELLES ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG.

M. THÉNARD lit un rapport sur un mémoire de M. Lecanu ayant pour titre: NOUVELLES ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG. (Commissaires: MM. Dumas, Andral, et Thénard, rapporteur.)

L'auteur du mémoire dont nous avons à vous rendre compte, dit M. le rapporteur, a déjà fait des observations remarquables sur le sang; il est parvenu, dans des recherches qui datent de 1830, à en extraire la matière colorante qu'il a étudiée avec soin et qu'on a depuis désignée sous le nom d'hématosine. Aujourd'hui il se propose de résoudre les trois questions suivantes:

1° Le sang, d'après l'analyse microscopique, n'étant évidemment formé que de globules rouges ou brun rouge tenus en suspension dans un liquide jaunâtre et limpide appelé sérum, est-ce dans les globules ou le sérum ou tout à la fois dans ces deux liquides que se trouve la fibrine?

2° Comment parvenir à séparer complétement les globules sanguins du sérum au milieu duquel ils nagent et roulent sans cesse pendant la circulation dans les animaux vivants?

3° Quelle est la composition chimique des globules sanguins?

Ces trois questions sont importantes. L'auteur résout la première d'une manière fort simple. S'étant assuré que le sulfate de soude en dissolution concen-

trée s'oppose à la précipitation de la fibrine, et est sans action sur les globules du sang, il reçoit le sang à la sortie de la veine ou de l'artère dans de l'eau saturée de sulfate de soude à + 12°, puis il filtre le liquide à travers le papier joseph. Tous les globules restent sur le filtre. Le *sérum*, au contraire, tenant en dissolution toute la fibrine passe à travers; et lorsqu'on vient à l'étendre de huit à neuf fois son volume d'eau, la fibrine s'en précipite tout entière en filaments gélatineux; il n'en reste point ou il n'en reste tout au plus que des traces dans la liqueur filtrée. O, comme on verra tout à l'heure que les globules ne contiennent point de fibrine, il s'ensuit que cette substance ne fait partie que du *sérum*.

Mais comment se procurer tous les globules sanguins purs, ou plutôt comment les séparer complétement du sérum dans lequel ils sont tenus en suspension? Les globules possèdent une propriété remarquable: c'est de ne pouvoir être attaquées par les dissolutions salines et surtout par la solution saturée de sulfate de soude. Il suffira donc de les laver avec cette solution, à la température de + 12°, pour enlever tout le sérum qui pourrait être adhérent à leur enveloppe. Déjà le sulfate de soude avait été employé pour opérer cette séparation. Mais au lieu d'employer le procédé de M. Lecanu, on commençait par extraire la fibrine en battant le sang, puis après avoir ajouté le sulfate de soude au sang battu, les globules en étaient séparés par le filtre.

Enfin quelle est la composition des globules sanguins? Ils contiendraient, suivant l'auteur, jusqu'à huit substances diverses.

1° De l'hématosine;

2° Beaucoup d'une substance qui a été signalée par Berzélius, MM. Gmelin et Mudler, et qu'ils ont nommée globuline;

3° Très-peu d'albumine;

4° Une matière fibrineuse qui leur sert d'enveloppe;

5° Une matière animale dite *extractive* et soluble dans l'alcool et l'éther;

6° Une matière grasse;

7° Divers sels, au nombre desquels sont des chlorures, des phosphates et des carbonates alcalins;

8° De l'eau qui, sauf l'enveloppe, tient toutes ces matières en dissolution.

La propriété qu'a l'eau de dissoudre les globules, moins leur enveloppe, permet d'isoler celle-ci. Lorsqu'ensuite la liqueur filtrée est soumise à l'ébullition, l'hématosine, la globuline, l'albumine se coagulent; la matière dite extractive, les sels, la matière grasse restent au contraire en dissolution. De là les moyens de grouper les substances immédiates qui constituent les globules, et de les séparer ensuite en mettant à profit l'action qu'exercent sur elles les différents dissolvants. C'est ce qu'a essayé de faire avec soin M. Lecanu.

Parmi les diverses substances immédiates qui par leur réunion composent les globules sanguins, il en est qui méritent de fixer un instant l'attention de l'Académie.

Au premier rang est l'hématosine. Dans l'état où elle avait été obtenue par l'auteur en 1830 et 1837, elle contenait encore de l'albumine. M. Lecanu parvient à l'en séparer. Ainsi purifiée, l'hématosine qui joue un si grand rôle dans l'économie animale est soluble dans l'alcool concentré; elle se dissout même très-facilement dans l'éther à la température ordinaire, en lui donnant une belle couleur rouge de sang, et s'en dépose par l'évaporation spontanée sous forme de petites lamelles d'éclat métallique de couleur améthiste tout à fait semblables à l'argent rougé.

Vient ensuite la globuline signalée, comme nous l'avons dit précédemment par Berzélius, M. Gmelin et M. Mudler; M. Lecanu l'a mieux caractérisée et a démontré qu'elle constituait une grande partie des globules et ne faisait point partie du *sérum*; elle se distingue d'ailleurs de l'albumine, avec laquelle elle a de grands rapports par la propriété qu'elle a de se dissoudre à chaud dans l'alcool à 20° et de ne pas être précipitée par le sous-acétate de plomb.

La matière fibrineuse doit être aussi l'objet de quelques remarques; c'est elle qui forme l'enveloppe des globules sanguins et qui permet de concevoir comment il peut se faire que les globules soyent si solubles dans l'eau et la teignent à l'instant en un beau rouge, tandis qu'ils ne colorent ni le *sérum*, au milieu duquel ils nagent, ni l'eau saturée de sels et surtout de sulfate de soude. La cause en est évidente: c'est que la matière fibrineuse constitue une sorte de membrane, imperméable, soit au liquide albumineux, soit aux dissolutions salines; et si, quand on fouette le sang à la manière des bouchers, il reste coloré, c'est sans doute parce qu'on brise l'enveloppe des globules et qu'alors rien ne s'oppose plus à leur mélange avec le sérum. Aussi, lorsque, après avoir violemment agité le sang, on abandonne le liquide au repos. la matière fibrineuse se dépose-t-elle en lamelles incolores, translucides, à reflets nacrés, flexibles et malléables au plus haut degré.

La substance dont elle se rapproche le plus et avec laquelle on serait tenté de la confondre est la fibrine Cependant elle en diffère surtout par la résistance à l'action dissolvante de la potasse caustique. L'eau chargée d'un dixième de son poids d'alcali dissout même à froid la fibrine hydratée, et ne dissout même pas l'enveloppe des globules à la température de l'ébullition.

Enfin, disons un mot de l'albumine des globules. N'est-il pas extraordinaire que les globules sanguins en contiennent si peu, lorsque le sérum dans lequel ils nagent en est presque entièrement formé, et ne serait-on pas autorisé à soupçonner qu'elle pourrait peut-être ne provenir que de ce que les globules en auraient absorbé une quantité sensible?

Quoi qu'il en soit, il ressort évidemment de ces observations que les matières animales qui composent le sérum sont essentiellement différentes de celles qui composent les globules sanguins.

Le sérum ne contient que de l'albumine et de la fibrine; point de globuline, point d'hématosine. Les globules sanguins ne contiennent, au contraire, que de l'hématosine, de la globuline; point de fibrine, peu d'albumine.

Tels sont les principaux faits qu'a observés M. Lecanu. Il a le projet de continuer ses recherches; nous ne saurions trop l'y encourager.

En effet, que de questions encore à éclaircir ou à résoudre! Qu'il nous soit permis d'en indiquer quelques-unes.

1° Refaire et répéter plusieurs fois l'analyse des divers sangs veineux et celle du sang artériel, en tenant compte, autant que possible, des influences qui pourraient en modifier la composition.

2° Constater avec grand soin la différence qui existe entre la nature de l'un et celle de l'autre.

3° Déterminer la proportion des principes constituants de l'hématosine, de la globuline et de l'enveloppe des globules sanguins.

4° En quoi l'hématosine du sang artériel diffère-t-elle de l'hématosine du sang veineux?

5° Quelle est l'action qu'exercent l'oxygène et les principaux gaz sur le sang veineux et le sang artériel?

6° Le sang veineux est-il transformé en vrai sang artériel dans son contact avec l'oxygène, hors de la circulation? Le sang artériel est-il ramené à l'état de sang veineux par l'action du gaz azote, du gaz carbonique, du gaz hydrogène, dans les mêmes circonstances?

7° Quelle est la densité du sérum et celle des globules sanguins dans la même espèce de sang?

8° Pourquoi le sang abandonné au repos se prend-il en masse, même lorsqu'on le maintient au degré de la chaleur animale et qu'on le met en mouvement? Comment se fait-il que les sels du sérum qui tiennent la fibrine en dissolution dans les artères et les veines, de concert avec l'albumine peut-être, cessent de la dissoudre quand le sang en est extrait? L'air entre-t-il pour quelque chose dans ce phénomène extraordinaire?

9° En quoi les matériaux du sang diffèrent-ils réellement des matériaux du chyle et de ceux de la lymphe?

10° Comment s'opère la transformation du chyle et de la lymphe en sang?

11° N'y aurait-il pas quelque analogie entre l'enveloppe des globules et la substance qui constitue les veines et les artères?

12° Nous ne saurions encore recommander assez aux physiciens de rechercher dans des phénomènes d'optique; entre autres dans celui des anneaux colorés, la mesure des dimensions du globule du sang; ils trouveront à ce sujet des remarques intéressantes dans l'ouvrage du célèbre docteur Thomas Young, intitulé: MEDICAL LITTERATURE.

Toutes ces questions et tant d'autres encore qu'on pourrait y ajouter sont d'une haute importance. Déjà même elles ont fait pour la plupart l'objet des recherches d'hommes très-distingués.

Mais le sang joue un si grand rôle dans l'économie animale qu'on ne saurait trop s'en occuper. C'est un sujet d'étude auquel la vie tout entière d'un physiologiste habile, d'un savant chimiste pourrait être consacrée avec fruit. Une remarque nouvelle, quand elle s'applique à la nature ou aux fonctions du sang, n'est jamais sans une réelle valeur.

Aussi lira-t-on avec un grand intérêt les observations que M. Lecanu a faites sur l'existence et la dissolution de la fibrine dans le *sérum*; sur le moyen simple et ingénieux qu'il emploie pour démontrer ce fait important; sur l'hématosine qu'il parvient à obtenir pure; sur la globuline, dont on ne trouve aucune trace dans le *sérum*, quoique très-abondante dans les globules sanguins; sur la production de la couenne (dite inflammatoire); enfin sur la matière fibreuse qui sert d'enveloppe aux globules et qui, perméable à l'eau, l'est complétement au sérum ou à l'eau chargée de sels de nature différente.

C'est pourquoi nous n'hésitons pas à proposer à l'Académie de décider que le mémoire de M. Lecanu sera imprimé dans le RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS.

Ces conclusions sont adoptées.

SÉANCE DU 16 AOUT.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA DIGESTION.

M. LUCIEN CORVISART communique des recherches ayant pour but d'administrer aux malades qui ne digèrent point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux.

Ces recherches, extraites d'un travail expérimental sur la digestion, sont relatives à l'albumine d'œuf. L'auteur résume cette première partie de son travail en appelant l'attention sur les points suivants:

1° La présence dans l'œuf d'une substance pareille à celle qui prend naissance de l'albumine dans les digestions opérées par le suc gastrique, dès lors sans doute propre à la nutrition de l'embryon comme elle est propre à la nutrition de l'animal parfait;

2° La transformation de l'albumine en cette substance, dont les propriétés se modifient avec la plus grande facilité: circonstance favorable à la production des tissus;

3° L'impuissance où est l'albumine d'en fournir sous l'influence du suc gastrique au delà d'une certaine quantité, ce qui montre bien que toutes les substances azotées ne sont pas exclusivement et entièrement digérées par le suc gastrique, et que les fèces pourraient bien provenir non d'une insuffisance accidentelle, mais d'une insuffisance constante de cette action;

4° La nécessité pour obtenir cette matière de présenter à l'albumine une

grande quantité d'eau, en rapport avec l'usage populaire de boire un verre d'eau après un œuf;

5° La possibilité de donner aux malades dont l'estomac ne digère point *un gramme seulement de cette substance pour équivaloir à un blanc d'œuf entier;* résultat qui présente encore ses analogues; ne sait-on pas combien nourrit un bouillon, quoiqu'il contienne si peu de matières, mais de matières très-nutritives? *c'est plus encore pour cette substance, car elle est toute digérée.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Quatre lettres du commerce relatives à des remèdes secrets;

2° Une lettre du ministre d'État transmettant une proposition de faire expérimenter par une commission scientifique un remède contre la rage, envoyé de Londres par M. Delarne, qui en a constaté l'efficacité dans les Indes occidentales.

— M. Fichel Mayer, ancien négociant, annonce à l'Académie qu'il lui fait hommage d'un tableau exécuté par son fils, et représentant Guillaume Harwey prouvant la circulation du sang à Charles Ier, roi d'Angleterre.

— M. Seux, médecin en chef de l'hospice de la Charité à Marseille, communique un mémoire sur la transmission de la syphilis des enfants trouvés de Marseille à leurs nourrices.

— M. Champouillon, médecin au Val-de-Grâce, adresse un mémoire sur les effets comparatifs de l'huile de foie de morue et des médicaments iodés dans le traitement de la phthisie pulmonaire (commission nommée).

— M. Chabert (de la Nouvelle-Orléans) adresse un mémoire sur la fièvre jaune (comm. : MM. Londe, Louis Gérardin).

La correspondance comprend enfin quatre lettres, relatives à la syphilisation, de MM. Sperino, Piedagnel, Hugot, et de MM. Fayel, Roque et Dupuiset, élèves de M. Ricord. Nous les reproduisons sommairement.

SYPHILISATION.

M. Sperino adresse la lettre suivante :

« M. Ricord, dans le discours qu'il a prononcé contre la syphilisation dans la séance de l'Académie de médecine (3 août), a dit : *Ce qui paraît certain, c'est que dans une maison de refuge de Turin on refuse de recevoir les femmes qui sortent du syphilicôme à cause des accidents qui se reproduisent.*

» M. Ricord savait très-bien que ce renseignement ne méritait pas trop sa confiance; mais puisqu'il a cru devoir le publier, je vous prie, monsieur le président, de communiquer à l'Académie la déclaration de deux honorables confrères, M. Frola, médecin de la maison de refuge dont a parlé M. Ricord, et M. Sella, tous les deux membres de la commission académique qui étudie avec moi la syphilisation. On y verra d'une manière bien nette que ce que M. Ricord s'est empressé de publier à cet égard est entièrement *faux*, et que d'autres femmes syphilisées ont été reçues encore récemment dans le même établissement.

» M. Ricord a dit qu'*il y a des morts qu'on n'attribue pas à la syphilisation, mais qui sont dans des proportions considérables pour un hôpital des vénériens.* Il aurait dû ajouter que dans les documents où il a puisé cette notice, il a aussi lu que les deux femmes mortes dans l'été de 1851, par maladies internes non vénériennes, avaient eu, l'une *cinq* inoculations (piqûres), et l'autre *deux* seulement. Et M. Ricord, qui certainement a plus d'une fois fait un nombre d'inoculations plus considérable, n'aurait pas dû faire peser sur la syphilisation la mort de deux femmes, dont j'ai voulu parler par délicatesse dans le document qu'il a lu. M. Ricord en trouvera les observations dans le travail qui sera le résultat de mes études sur la syphilisation, et qui paraîtra dans quelque temps.

» M. Ricord, dont le mérite est aussi connu en Italie, s'est peut-être placé trop haut, selon moi, pour déprécier les connaissances scientifiques de ses confrères et pour lancer un jugement, qui, je crois, est peut-être trop précoce, soit sur la question de la prophylaxie, soit sur celle du traitement des maladies vénériennes par la syphilisation.

» Le 23 mai 1851, je publiai que *le temps seul et les faits scrupuleusement observés pourront résoudre les grandes questions de la syphilisation.* C'est encore la même réponse que je crois devoir faire aujourd'hui à M. Ricord. »

— M. Piedagnel, au sujet d'une assertion émise par M. Depaul relativement à l'érysipèle de M. J... (l'étudiant qui a succombé après avoir été syphilisé et dont il a été question dans la discussion), rapporte les faits dont il a été témoin. Il résulte des détails que M. Piedagnel expose dans cette lettre que M. J... aurait eu antérieurement à l'érysipèle en question des pustules syphilitiques, et que cet érysipèle lui-même, auquel il a succombé, n'était que la conséquence de ces pustules.

— M. Hugot, étudiant en médecine, rectifie les assertions inexactes, suivant lui, de M. Depaul au sujet de l'étudiant en médecine syphilisé, désigné dans la discussion sous l'initiale P... Ce jeune homme qui, au dire de M. Depaul, aurait acquis l'immunité syphilitique, aurait au contraire, d'après l'auteur de la lettre, présenté à la suite des inoculations syphilisatrices les symptômes d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par les accidents secondaires les plus multipliés et les moins contestables.

— MM. Fayel, Roque et Dupuiset, élèves externes dans le service de M. Ricord, exposent les expériences dont ils ont été témoins à l'hôpital du Midi, dans le but de rétablir les faits sur lesquels M. Depaul, d'après eux, aurait été mal renseigné. Les faits exposés dans cette lettre sont principalement relatifs à M. Laval. Il en résulterait que les détails donnés par M. Depaul sur les phénomènes observés sur M. Laval sont inexacts en plusieurs points, et particulièrement en ce sens que les inoculations qui n'ont pas réussi chez ce sujet n'avaient pas réussi non plus chez d'autres.

La discussion continue sur la syphilisation.

La parole est à M. Malgaigne.

M. Malgaigne, tout en faisant une large part aux sentiments de la dignité humaine et de la dignité médicale, unanimement invoqués, ne voudrait pas cependant qu'on la leur fît trop grande.

Il lui avait paru, en lisant le rapport, que la question de moralité avait tellement préoccupé la commission, que la question scientifique en était restée un peu éclipsée. Le soin avec lequel l'honorable rapporteur est venu depuis traiter la question scientifique, et rendre ainsi à son rapport le complément qui lui manquait, a fait voir que sa critique à cet égard n'était pas sans quelque fondement.

M. Malgaigne voulait qu'on séparât rigoureusement la question d'application qui implique la question de moralité et la question de fait, qui n'implique que la recherche de la vérité. Il s'unissait de toutes ses forces à la juste réprobation dont la commission avait frappé certaines applications de la doctrine, c'est-à-dire la syphilisation préventive; faisant toutefois ses réserves quant à la syphilisation curative. Ainsi donc, pour la syphilisation préventive, on est d'accord; l'auteur même de la syphilisation l'a répudiée; on avait lieu d'espérer qu'elle ne reparaîtrait plus dans le débat, comment se fait-il qu'elle y soit rentrée?

M. Bégin a voulu en donner la raison. C'est que, a-t-il dit, *la vérité scientifique ne comporte pas cet abandon de prétentions d'abord mises en avant;* elle est une et ne saurait se scinder. M. Malgaigne signale d'abord une petite confusion dans l'argumentation de M. Bégin; la vérité scientifique est une, sans doute, et lorsqu'elle est établie, on ne saurait la scinder, en garder une partie, en rejeter une autre. Mais autre chose est la vérité, autre chose est l'application de cette vérité. M. Bégin a donc fait là une confusion regrettable.

Repoussant les fins de non-recevoir, invoquées par M. Bégin et par M. Larrey, M. Malgaigne aborde la question scientifique dont il fait deux parts, la théorie et les faits.

Pour la théorie, il a déjà montré combien les conclusions débordaient les prémisses, combien la démonstration était insuffisante; il croyait avoir démoli tout l'échafaudage de doctrines et de théories et en avoir déblayé le terrain de la discussion. Il n'insistera pas davantage; et c'est sur les faits exclusivement qu'il réclame l'examen.

Les faits, il est incroyable comme, du côté de la commission, ils sont pauvres, rares, incomplets.

Ils sont d'abord étrangement présentés. Il y avait la préoccupation morale, en vertu de laquelle la question était jugée par avance, dès lors les faits n'ont été regardés qu'à travers ce prisme, qui en a beaucoup changé les apparences.

Toute la partie positive du rapport se réduit à trois faits, deux favorables et un défavorable. Les deux faits favorables, on les dédaigne; le fait défavorable, une critique un peu légère l'eût fait rejeter; loin de là, on l'adopte, et l'on en fait la base d'un jugement définitif!

C'est que, dans cette idée préconçue que la syphilisation est une chose honteuse, immorale, repoussante, on est presque invinciblement porté à lui trouver dangers, à lui trouver des victimes.

Le premier fait allégué a trait à cet officier traité par M. Marchal (de Calvi). C'était un vieux vérolé qui avait passé à diverses reprises par l'iodure de potassium et par le mercure; il entre enfin au Val-de-Grâce avec un tubercule de la langue ulcéré à y mettre le bout du doigt. On l'inocule; *quatre à cinq jours après*, dit M. Ricord lui-même, *l'ulcère de la langue est modifié; la langue, qui était très-gonflée et douloureuse, a repris son volume.* Cela n'est déjà pas si fâcheux; puis, au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri; mais, environ trois mois et demi après, il se présente à la consultation de M. Ricord avec d'autres accidents. M. Ricord triomphe de cette rechute; mais du moins la syphilisation n'en est pas cause, d'autant que M. Marchal dit que le traitement a été interrompu. L'aurait-il guéri radicalement? C'est douteux; mais ce dont on ne peut douter, c'est que, avec et pendant les inoculations, le malade a guéri d'un tubercule ulcéré de la langue. Ceci, dit M. Ricord, est une coïncidence. Soit encore; je suis facile, ajoute M. Malgaigne, j'admets la coïncidence; mais enfin la syphilisation n'a pas été nuisible à ce malade, puisque, coïncidence ou non, il a guéri. Mais on a oublié un petit détail qui n'était pas sans importance. En combien de temps ce tubercule s'est-il cicatrisé? M. Marchal nous l'a appris depuis : *en huit jours.* Cela valait la peine d'être dit. On peut donc rayer cet officier du nombre des victimes.

Le deuxième fait de M. Ricord est relatif à mademoiselle X... Cette jeune personne avait attrapé, en 1851, une superbe vérole constitutionnelle. Après sept mois environ, on lui fait des inoculations; elle ne guérit point, et aujourd'hui c'est M. Ricord qui la traite. Elle a ce qu'elle avait auparavant, des accidents secondaires. Celle-là, à ce qu'il paraît, n'a rien gagné; mais, en revanche, elle n'a pas perdu grand'chose. On ne peut pas l'appeler une victime.

Troisième fait : celui-ci est très-bref. M. J..., l'amant de la jeune personne en question, ayant la vérole, se fait inoculer, et parcourt une série de 150 inoculations *que la mort termina*, dit l'orateur, *il y a quelques jours seulement.* Cela est bien concis dans la bouche de M. Ricord, et l'imagination alarmée se figure les accidents vénériens les plus graves conduisant l'infortuné jeune homme au tombeau. Les piqûres d'inoculation auraient engendré, quoi? un érysipèle!

M. Ricord dit ensuite un mot, en passant, du fait de M. Zelaschi, fait *déplo-*

rable, et qu'il n'aurait pas le courage de vous raconter; mais ce fait, à tout prendre, n'est pas si déplorable.

Un homme se présente à M. Zelaschi avec un chancre rongeant de trente-cinq jours de date, que la cautérisation avait exaspéré. Pendant dix-huit jours, M. Zelaschi fait dix-neuf inoculations; le chancre marche toujours. Le praticien, effrayé, s'arrête, et pendant quarante jours, il essaye d'arrêter son chancre par un traitement plus rationnel. Rien n'y fait : le chancre continue sa marche; il s'y joint une syphilide et des douleurs ostéocopes. M. Sperino est appelé; plus expert en syphilisation, il veut que l'on recommence. En huit jours, quarante-trois inoculations. Le douzième jour de ce traitement nouveau, la syphilide s'arrête, les douleurs diminuent. Le dix-septième jour, plus de douleurs; le chancre commence à se cicatriser. Bref, en moins de deux mois, la guérison est complète.

L'observation est-elle si déplorable? D'abord le malade a guéri : c'est un grand point; puis il a guéri sous l'influence de l'inoculation : c'est encore une victime qui vous échappe.

Enfin on trouve dans le discours de M. Ricord une mention fort rapide d'un dernier sujet, M. P... Mais M. Bégin a complété depuis cette petite histoire; il a vu, lui, M. P..., *atteint, après quatre mois et demi d'inoculation, de la syphilis constitutionnelle la mieux caractérisée, et dans un état beaucoup plus grave que ne l'a jamais été celui de M. L...*

Il résulte des lettres échangées au sujet de M. P... que si ce sujet a eu la vérole, c'est qu'il a voulu l'avoir, comme il le déclare lui-même; et, chose assez singulière, il prend parti contre M. Ricord pour M. Auzias! Quant à son déplorable état, l'Académie peut se rassurer : M. P... se porte à merveille. Et comment s'est-il guéri? *par la syphilisation.*

Après M. Ricord, M. Begin a cherché aussi à rassembler quelques faits çà et là, d'après les journaux; il mentionne un exemple de succès de M. Auzias; un grand nombre d'individus présentés par M. Auzias dans des conférences publiques; l'un d'eux attestant à l'Institut l'exactitude du fait qui le concerne, et enfin ces *on dit* qu'il y a maintenant à Paris, parmi les classes distinguées de la société, des individus qui déclarent avoir fait avec profit l'expérience de la syphilisation. Tout cela, dit-il avec raison, est bien vague : tout repose sur des assertions. On aurait pensé, d'après cela, qu'il aurait conclu à la vérification de ces assertions merveilleuses. Pas du tout : il conclut que rien de tout cela ne mérite attention. Cette conclusion déborde encore les prémisses.

On disait, avec juste raison, que le fait de M. Marchal (de Calvi) étant seul, ne pouvait rien; mais on savait que M. Marchal avait dix-huit faits du même genre, qui, s'ils ne suffisent pas pour entraîner la conviction, suffisent pour frapper tout homme sérieux et de bonne foi. J'ai vu ensuite, ajoute M. Malgaigne, plusieurs malades de M. Auzias; j'en ai vu un inutilement traité par M. Thiry (de Bruxelles), guéri par la syphilisation. Je n'ai pas pu voir, faute de temps, un autre malade traité plus de trois mois par M. Ricord lui-même, guéri par la syphilisation. J'ai vu un gentilhomme breton, dont je parlais dans une autre séance, porteur d'une vérole de vingt ans, ayant passé par les mains de vingt médecins, n'ayant trouvé, dit-il, de soulagement que dans la syphilisation.

Je ne veux conclure de cet ordre de faits rien que ceci : c'est que de tels résultats sont trop importants pour être rejetés trop légèrement; c'est qu'ils demandent impérieusement à être vérifiés avant d'être jugés.

Mais il y a, suivant l'orateur, un autre ordre de faits sur lesquels il sera plus affirmatif. C'est ce fait si considérable sur lequel M. Bégin et M. Ricord ont glissé légèrement, ce fait de l'immunité acquise contre l'inoculation du chancre et qui est à lui seul toute une révolution dans l'histoire de la syphilis. Puisque la commission n'a pas voulu la mettre en lumière, je vais, dit-il, essayer de tracer l'histoire des faits.

Un des points de la doctrine de M. Ricord, c'est que la syphilis appartient à l'homme tout entière, qu'on ne pouvait la faire passer aux animaux. M. Malgaigne s'étayant sur les expériences décisives, à ses yeux, de M. Auzias, les considère comme faisant brèche à l'édifice de M. Ricord, jusque-là considéré comme inattaquable.

Poursuivant ensuite les conséquences de ce fait, la transmissibilité de la syphilis aux animaux, et l'immunité qu'ils acquièrent après un certain nombre d'inoculations, M. Malgaigne se demande pourquoi la même chose n'arriverait pas chez l'homme. Tous les faits nouveaux, toutes les belles découvertes de M. Ricord y tendaient. C'était d'abord cette distinction capitale du chancre simple, qui ne donne pas la vérole, et du chancre induré, qui la donne fatalement, et qui serait ainsi le seul et véritable chancre syphilitique. C'était cet autre point de doctrine, qu'un bubon sécrétant du pus spécifique garantit celui qui le porte de la vérole constitutionnelle. C'était encore cette troisième loi, qu'on n'a la vérole constitutionnelle qu'une seule fois; d'où, par une présomption assez légitime, M. Ricord penchait à conclure que les enfants d'un homme ainsi devenu réfractaire pouvaient bien participer à cette immunité. Ainsi l'idée de la syphilisation venait bien de cette école.

Et, d'une autre part, M. Ricord n'avait observé que l'immunité contre la syphilis constitutionnelle; M. de Castelnau, précédé, dit-on, par M. Parent-Duchâtelet, arrive à signaler des cas étranges d'immunité contre le chancre lui-même.

Or cette immunité peut-on artificiellement la produire? La réponse désormais ne saurait plus être négative; et M. Malgaigne prend acte de ce fait pour discuter l'un des points fondamentaux de la doctrine de M. Ricord, savoir que le pus du chancre est toujours et finalement inoculable, et que, suivant les propres expressions de M. Ricord, *tous les hommes sont égaux devant le chancre.* Puis l'orateur se résume en ces termes :

Je n'aurai pas la présomption de dicter à l'Académie ce qu'elle a à faire, ni de lui proposer aucune espèce de conclusion. Si elle vote la condamnation de la syphilisation préventive, je la voterai des deux mains; si elle comprend dans le même blâme la syphilisation curative, je m'abstiendrai, n'ayant pas d'éléments suffisants, et les faits acquis jusqu'à présent me paraissant plutôt favorables que contraires. Mais si, avant toute vérification, et contre les vérifications déjà faites, elle enveloppait dans un arrêt commun les faits que je viens de signaler, je ne veux pas dire que je protesterais, ce serait la science tout entière qui protesterait contre un pareil jugement.

M. Ricord, répondant à la dernière argumentation de M. Depaul, qui a mis en question la valeur de certains faits avancés par lui dans la discussion, revient sur la transmission de la syphilis aux animaux.

A propos de la chatte dite affectée de syphilis constitutionnelle, je demanderai à notre jeune collègue de la section d'accouchement, dit M. Ricord, s'il connaît toutes les causes d'avortement chez les chattes, et s'il n'y en a pas d'autres que la syphilis; s'il connaît assez bien les maladies de leurs nouveau-nés pour faire, à coup sûr, un diagnostic différentiel, qui n'a pu être rigoureusement déterminé dans cette enceinte, du *pemphigus neo-natorum*......

On a pompeusement fait l'histoire d'un singe, le singe de M. Langlebert. Cette histoire a été volontairement tronquée et très-légèrement acceptée. D'après la relation détaillée qu'en a donnée M. Langlebert dans une lettre dont M. Ricord donne lecture, ce singe, d'abord inoculé sur trois points différents, en juin 1850, eut trois ulcérations qui durèrent environ vingt jours. La cicatrice de l'une d'elles présenta une petite dureté qu'on regarda comme une induration spécifique, mais qui parut à M. Langlebert tenir au tissu inodulaire. Jusqu'au mois d'avril 1851, c'est-à dire pendant dix mois, l'animal n'avait présenté aucun signe d'infection générale, lorsque M. Langlebert découvrit, là où portait la ceinture, deux petites croûtes qui, au premier abord, lui parurent suspectes. C'est à propos de ces croûtes que M. Cazenave, consulté, répondit que si on lui montrait des croûtes semblables sur le cuir chevelu d'un homme, il n'hésiterait pas à les regarder comme syphilitiques. Mais M. Langlebert ayant continué à observer attentivement l'animal, vit ces croûtes tomber deux ou trois jours après, sans laisser aucune trace, et sans qu'il en reparût aucune autre semblable depuis. Vers le milieu du mois de juillet, M. Langlebert inocula de nouveau son singe, il survint encore un chancre qui dura cinq semaines, et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, l'animal *n'a présenté aucun symptôme de vérole constitutionnelle.*

M. Ricord, à cette occasion, présente quelques considérations sur la petite dureté de l'ulcère du singe que l'on prit pour l'induration.

Les syphilisateurs, dit-il, ont une grande tendance à trouver partout l'induration spécifique. Le moindre engorgement, le plus petit empâtement, la plus légère dureté suffit pour cela. Il leur importe surtout de montrer cette induration chez les animaux. Je l'ai nié jusqu'à présent et je le nie encore, malgré le fait d'anatomie pathologique de mon savant ami M. Diday.

Sans doute que l'induration spécique est une des productions morbides les plus riches en tissu fibro plastique.

Mais est-ce à dire que le tissu fibro-plastique soit un signe pathognomonique du chancre infectant? Non, sans doute, c'est une production morbide commune à plusieurs maladies, et qui ne présente rien de spécial dans la syphilis.

Quant à l'ophthalmie *chronique* du singe, sur laquelle on a également insisté, aux termes de la lettre de M. Langlebert, elle a duré *quarante-huit heures!*

Je n'ai rien à ajouter à cette lettre, continue M. Ricord, au point de vue de la syphilis constitutionnelle. Quant aux accidents locaux, je vous ai dit ce que j'en pensais. On s'efforce de ne pas comprendre ce que j'entends par terrain de transplantation, et moi, j'insiste pour expliquer ce que cela signifie. Cela veut dire, une fois pour toutes, que la syphilis n'est pas une affection naturelle aux animaux; qu'elle peut être momentanément transplantée sur eux; mais qu'elle se borne à sa manifestation locale la plus simple, sans que jamais l'art ait à intervenir. Il ne survient jamais, chez les animaux, la série des autres accidents qu'on observe chez l'homme.

A propos de ce qui a été dit de M. Laval, dont l'histoire a déjà donné lieu à plusieurs rectifications de la part de quelques élèves, M. Ricord lit une lettre que lui adresse M. Lindmann, et dans laquelle ce médecin expose que M. Laval lui a montré sur son bras gauche la cicatrice récente d'un chancre qui avait eu tout au moins la grandeur d'une pièce de 5 sous; et qu'il lui a avoué que si, l'année passée, il avait paru syphilisé, cela n'avait dépendu que de l'impuissance du pus qu'on avait employé pour l'inoculation, mais qu'il n'avait jamais été dans l'immunité contre le virus chancreux.

Arrivant à l'observation de M. J..., M. Ricord expose son histoire détaillée écrite par un de ses amis, M. Roby, élève des hôpitaux. Il ressort de cette histoire ces faits principaux, que M. J..., après plusieurs mois de syphilisation, se croyant désormais à l'abri de tout accident, vit une femme plus que suspecte et contracta un chancre, qui fut *cautérisé par le maître!* qu'après s'être soumis de nouveau à des inoculations faites avec un virus plus énergique, il tomba dans un état de chloro-anémie avec fièvre quotidienne, etc.; qu'enfin, deux mois après il fut pris d'un érysipèle auquel il succomba, et qu'au moment de sa mort il portait encore au bras des chancres en suppuration.

A ces détails, M. Ricord ajoute quelques particularités qui confirment les détails consignés dans la lettre de M. Piedagnel.

Revenant sur les faits de M. Marchal (de Calvi), M. Ricord prenant au hasard l'une des observations racontées de mémoire, s'exprime ainsi :

M. Marchal (de Calvi) fait une inoculation à la cuisse d'un malade qui porte des chancres à la verge. Un bubon survient chez ce malade, que M. Marchal

attribue à l'inoculation syphilisatrice, et plus tard les ulcérations de la verge s'améliorent, d'où M. Marchal conclut aux bienfaits de la syphilisation.

Il est dit dans la pseudo-doctrine que les inoculations syphilisatrices guérissent les accidents primitifs qui précèdent, et qu'elles empêchent, font avorter, ou résolvent rapidement les bubons. Or voici une inoculation syphilisatrice qui donne un bubon de toute pièce et avec toutes ses conséquences; mais que M. Marchal de Calvi se tranquillise, l'expérience m'a positivement appris que ce n'est pas son chancre d'inoculation de la cuisse qui a donné lieu au bubon, mais bien les ulcérations existant à la verge. Je suis étonné qu'un anatomiste et un physiologiste aussi distingué que lui, pour un fait comme celui-là, n'ait pas déterminé quel était le ganglion qui s'était infecté, si c'était un ganglion oblique de l'aine, ou bien si c'était un ganglion vertical de la cuisse. Et je puis dire qu'il ne l'a pas déterminé, car cela a été discuté devant des confrères ici présents.

Les observations que M. Diday vient de publier sans commentaires dans la Gazette Médicale ne sont pas plus confirmatives pour la syphilisation que ce que l'on connaît déjà. Ou bien la syphilis ne se conduit pas à Turin comme elle se conduit à Paris; ou bien notre confrère de Turin ne comprend pas le chancre induré comme nous le comprenons ici! La succession de chancres indurés qu'il admet, et à la distance qu'il indique, est contraire à la plus vulgaire observation.

Un seul signe lui suffit pour constater l'induration : c'est l'engorgement dur de la base; tous les autres éléments du diagnostic, si précieux, si nécessaires pour arriver à reconnaître le chancre induré, font complétement défaut dans les observations de M. Sperino. Ce qui frappera surtout nos confrères qui sont chargés, à Paris, de services de femmes vénériennes, c'est la fatalité, la régularité de la production des chancres indurés chez les femmes de M. Sperino, tandis qu'ici l'induration spécifique se formule si mal chez les femmes, que quelques-uns de nos confrères, qui s'étaient seulement arrêtés à ce signe, ont pu croire que c'était le *chancre non induré* qui était le chancre le plus souvent infectant sur la femme.

Les observations de M. Sperino ne peuvent donc être regardées comme précises. Presque jamais on ne dit où a été emprunté le pus, les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades qui le fournissaient, le temps de durée et l'aspect des ulcérations auxquelles on l'empruntait, etc. On y voit le plus souvent une série d'inoculations qui réussit, une série qui échoue, une autre qui suit et qui réussit encore en tout ou en partie; des inoculations pratiquées sur des régions, où toutes choses égales d'ailleurs, elles ne prennent jamais une grande étendue, etc. Est-il besoin de dire ce qu'on doit penser des billets de sortie des malades de M. Sperino, sur lesquels on inscrivait : *presque syphilisés*, après avoir entendu la lettre de M. Lindmann à propos de M. Laval, le syphilisé par excellence?

M. Ricord donne ensuite lecture d'une lettre de M. Diday, qu'il doit, dit-il, à son amour pour la vérité. Cette lettre renferme la relation détaillée du fait que M. Diday a incidemment consigné dans la Gazette médicale. (Voy. année 1851, p. 816, ligne 3.)

Fidèle à mes premières conclusions, ajoute-t-il, il ne me restait plus qu'à vous dire, aujourd'hui, que la syphilisation prophylactique doit être légalement prohibée, et la syphilisation curative, telle qu'on nous la présente, rejetée d'une thérapeutique sage par tous les esprits prudents et sérieux.

M. Ricord termine son argumentation par une courte réplique à M. Malgaigne, à laquelle, faute de temps, il n'a pas pu donner le développement qu'il désirait.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la bouche; par le docteur A. F. Talma, médecin-dentiste du roi des Belges. — Brochure in-8°.

Ce n'est ici qu'un extrait de mémoires, actuellement sous presse, sur quelques points fondamentaux de la médecine dentaire. L'extrait fait désirer vivement le travail intégral. On ne saurait, sous une forme plus concise, plus claire, plus séduisante, réunir ce qu'il y a d'essentiel dans l'hygiène de la bouche. Le résumé des notions fondamentales en étiologie est si judicieux, les préceptes hygiéniques sont si bien entendus, que cette brochure d'une trentaine de pages serait pour toute personne soigneuse de son appareil dentaire un *vade-mecum* parfaitement suffisant. Suivre l'auteur dans l'exposé de ces préceptes, impossible à moins de copier le livre. Rien n'y a été oublié de ce qui concerne, parmi les soins hygiéniques généraux, les vêtements, l'alimentation, et parmi les soins locaux, les lotions, les poudres dentifrices, les opiats, les instruments à friction, la manière de les employer. Les moindres détails ont trouvé leur place, et toujours dans une juste mesure qui exclut la minutie : sur tout cela nous sommes forcé de nous en tenir à une banale formule d'éloge. Le lecteur plus curieux pourra aisément se satisfaire.

Nous ne nous attacherons ici qu'à deux ou trois points plus directement scientifiques.

M. Talma signale une différence de composition entre la salive proprement dite et le liquide versé par les follicules de la muqueuse buccale. La première, dit-il, est alcaline, et la seconde acide. La distinction entre les deux produits est, en effet, légitime, mais peut-être ne repose-t-elle pas sur des termes aussi absolus. La plupart des analyses de la salive ont été faites sur le liquide mixte de la cavité buccale; si de ces analyses où le liquide était trouvé tantôt alcalin et tantôt acide, on pouvait conjecturer qu'il provenait de deux sources différentes, on était loin pourtant d'en avoir la preuve; et en tout cas la conjecture n'eût pas été juste de tout point puisqu'il paraît à peu près certain que la salive proprement dite peut devenir acide. Quelques expérimentateurs ont bien opéré sur le liquide fourni par une fistule parotidienne; mais cela donnait la réaction de la salive et non celle du mucus. Il faut véritablement venir jusqu'à la commission de l'Institut en 1845 pour avoir sur ce point des expériences bien précises. Or cette commission a constaté (*sur le cheval*, il est vrai) l'*alcalinité* du liquide salivaire et du liquide mixte; seulement le premier est beaucoup plus alcalin que le second et passe moins souvent à l'acidité. C'est, comme le professe M. Bérard, le mélange en diverses proportions des deux fluides qui fait ordinairement, sinon toujours, l'acidité ou l'alcalinité de la salive mixte.

Ce résultat ne contrarie en rien une explication donnée par M. Talma, de la plus grande fréquence de la carie dentaire à la mâchoire supérieure. C'est à la portion inférieure de la cavité orale que se réunit et s'accumule la salive comme dans un réservoir naturel; il en résulte que c'est à la surface des dents inférieures que la liqueur acide doit être soumise à une neutralisation plus permanente. Voilà une interprétation nouvelle d'un fait bien connu et qui a souvent occupé les dentistes. M. Oudet l'attribue au contact des liquides chauds contre lesquels les dents inférieures sont défendues par les vases mêmes dans lesquels nous buvons. D'autres y ont vu un effet de la disposition du système nerveux. L'explication de M. Talma est pour le moins ingénieuse, et nous le répétons, elle se motive presque aussi bien par le peu d'alcalinité du liquide mixte et sa tendance à l'acidité que par un état d'acidité permanente.

La salive devient acide sous certaines influences. La suppression de la transpiration cutanée dans le diabète avait fait pressentir à M. Dumas que la salive devait prendre alors de l'acidité. C'est ce qu'ont confirmé des expériences ultérieures. Mais le même effet est-il produit par les affections gastriques? On connaît les intéressants travaux de M. Donné sur cette question. L'acidité du liquide buccal serait, suivant lui, un signe pathognomonique de gastrite; elle n'existerait pas dans le simple embarras gastrique. M. Talma, sans rappeler cette distinction, signale comme cause d'acidité des humeurs de la bouche « presque toutes les maladies aiguës ou chroniques qui affectent l'estomac ou qui retentissent sympathiquement sur ce viscère. » Ces opinions ne s'accordent pas avec les résultats des recherches entreprises par M. Andral et communiquées à l'Institut en 1848 (Voir Gaz. Méd., 1848). L'honorable rapporteur se refuse à reconnaître, dans l'acidité des humeurs de la bouche, un fait pathologique, et dit l'avoir observée chez les personnes les mieux portantes, chez celles qui digèrent le mieux. Nous ne nions pas ces résultats. Cependant le goût acide suit si ordinairement les digestions pénibles, les douleurs et les pesanteurs gastriques, qu'on ne peut se défendre de croire à un rapport direct entre les deux phénomènes; ce qui n'empêcherait pas que la même acidité ne puisse se présenter sous des influences morbides différentes et plus générales, malgré le bon état de la digestion.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

— Il règne en ce moment en Espagne des diarrhées et des dyssenteries épidémiques très-meurtrières, surtout chez les enfants, chez lesquels elles revêtent la forme de choléra.

— La médecine ligurienne vient de perdre un de ses plus nobles représentants dans la personne du docteur Batolla, professeur de chirurgie à l'Université de Gênes, et l'un des rédacteurs de la Gazette médicale ligurienne.

— Un journal a donné la nomenclature des monuments élevés depuis 1845 dans les principales villes de France à la gloire des illustrations de notre pays. Parmi les médecins, nous ne voyons guère que ceux de Cuvier à Aix, de Bichat à Belley, du docteur Champion à Bar-le-Duc, et de Larrey à Paris. C'est bien peu sans doute, si l'on considère le nombre immense de statues élevées à nos littérateurs et à nos hommes de guerre, mais c'est quelque chose cependant, quand on réfléchit combien le rôle des médecins a été mal apprécié par la société. Il y a donc à se louer de cette justice, un peu maigre sans doute, rendue à la médecine; mais l'avenir rétablira, il faut l'espérer, la balance en notre faveur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

QU'Y A-T-IL DE PROUVÉ, QU'Y A-T-IL D'UTILE DANS LA SYPHILISATION?

Si pures que soient ses intentions, si modéré que soit son langage, la presse, par le fait seul de la publicité qu'elle donne, a pour résultat infaillible de souffler le feu des passions personnelles aux plus inoffensifs tempéraments, comme d'attiser les questions les plus abstraites. Après tout, le mal n'est pas si grand; ce n'est qu'un coup d'éperon qui a du moins l'avantage de stimuler notre indifférence!

Mais, calme ou modéré, le journalisme a un devoir à remplir. Après la discussion, c'est à lui d'en enregistrer les résultats. Dégageant alors les questions de personnes aussi soigneusement qu'il les avait excitées, il prend à chaque opinion ce qu'elle a produit de juste, de rationnel, ou seulement de perfectible, et, pour le conserver à l'avenir, l'isole avec sollicitude du voisinage contagieux des improvisations, répliques, lettres explicatives, réclamations, etc.

Trop au-dessous du théâtre de la bataille pour y prendre part, trop éloigné pour en écrire le bulletin, c'est ce dernier rôle qui seul me convenait, et que je vais essayer de remplir. Assez de *Te Deum* ont été chantés : on doit savoir, je pense, à qui la victoire est restée. N'en parlons donc plus. Le corps d'armée est resté sur la place : et il nous répugnerait de n'intervenir que pour constater des décès. Voyons plutôt si, aux avant-postes, tous les blessés sont décidément et pour toujours hors de combat.

La syphilisation, on peut le dire, a été rudement menée et par ses adversaires et par ses défenseurs. Quelle surabondance de raison d'une part! De l'autre, quelle indigence de faits! Au rebours de l'usage en pareille matière, c'est la résistance qui a pris, cette fois, les allures militantes, apanage ordinaire de toute innovation qui cherche à se faire jour; et dès les premières passes, on a pu voir la doctrine nouvelle réduite à sacrifier une partie de son bagage.

Et pourtant, selon nous, il y a dans la syphilisation, outre l'espoir qu'on peut légitimement fonder sur ses progrès, quelque chose de réel, d'acquis dès à présent à la science.

On a d'abord refusé à cette hypothèse l'appui de l'analogie. Tandis que la vaccine, lésion toute locale en apparence, crée dans l'organisme une immunité contre la variole; tandis que l'on voit, comme l'a rappelé notre ami Dechambre, un seul bouton variolique, sans éruption générale, réaliser la même préservation, on nie *à priori* qu'il puisse en être de même pour le chancre convenablement inoculé et dosé. Pour nous, nous partageons jusqu'à présent ces doutes; mais ce qui nous surprend, c'est qu'on les pousse d'emblée jusqu'à la négation absolue; ce qui nous étonne surtout, c'est de voir que ceux qui dénient si magistralement au chancre la faculté d'influencer l'organisme, sont justement les mêmes qui donnent à tous leurs malades du mercure pour un ulcère primitif simple.

Mais le fait capital qui sortira de cette discussion, c'est l'impossibilité où se trouve l'individu qui a subi l'insertion méthodique de plusieurs chancres d'en contracter ensuite de nouveaux. Quelles sont ses preuves? Quelle est sa portée? C'est ce qu'il faut examiner.

La loi de décroissance de la réceptivité syphilitique locale s'étaye, pour les syphilisateurs, sur des expériences faites soit chez les animaux, soit chez l'homme. A ce propos, remarquons que la transmissibilité du chancre primitif de l'homme aux animaux, portée incidemment devant l'Académie, n'y a pas rencontré une seule contradiction sérieuse. J'en excepte M. Bégin ; car de ce qui vient de l'honorable rapporteur, tout à mes yeux est sérieux, même une prétérition. « S'il ne s'agissait, a-t-il dit, d'un praticien aussi éclairé que M. Diday, si M. Welz n'avait été vu par plusieurs personnes compétentes, j'ajouterais qu'ils n'ont peut-être été victimes que d'une insertion de matière irritante, comme on en rencontre quelquefois à la suite de quelques piqûres d'amphithéâtre.....» Soit : mais puisque vous voulez bien admettre que les observateurs étaient aussi éclairés, aussi compétents qu'il le fallait pour diagnostiquer un chancre, passons. Ce n'est pas la peine de reprendre la plume, plus que la lancette, pour répondre à un pareil trait.

Les expériences sur les animaux, dans le but spécial de constater la décroissance des ulcères successifs, ont donc toute la valeur de celles faites sur l'homme. Or ces expériences sont nombreuses : elles concordent toutes à établir la réalité de cette diminution de réceptivité poussée jusqu'à sa perte complète. « L'explication de ce fait, dit M. le rapporteur, peut être difficile; mais elle est certainement étrangère à une pénétration virulente de l'économie, que rien n'atteste, que tous les phénomènes repoussent au contraire. » — Nous ignorons la cause du phénomène; mais *certainement* ce n'est *point celle-là!* Voilà, réduit à sa simple expression, le sens de l'argument. M. Bégin pense-t-il sincèrement que ce puisse être là le dernier mot de la science? Je ne sais : mais cette *certitude dans l'incertitude* eût été, ce me semble, une véritable bonne fortune pour sa verve si finement satirique, s'il l'avait rencontrée exprimée dans les mêmes termes par ses adversaires.

Mais tout ne s'est point passé aux degrés inférieurs de l'échelle zoologique. Chez plusieurs hommes, malades ou sains, des inoculations méthodiquement réitérées ont produit : d'abord une série de chancres de moins en moins *actifs* (je me sers du mot puisqu'il a fait fortune et qu'il m'appartient); puis, après un certain nombre de piqûres, un état tel, que de nouvelles inoculations n'ont plus occasionné d'ulcérations. Nous aurons tout à l'heure à restreindre la valeur de ce fait. Mais, en lui-même, tel que nous venons de l'énoncer, il est vrai. Nous en avons été témoin nous-même. M. Auzias-Turenne l'a reproduit avec un certain éclat, en l'entourant des formes du défi. Plus paisiblement, M. Sperino l'a constaté presque autant de fois qu'il l'a cherché. Sous le rapport de l'exactitude matérielle, il subsiste donc; et, malgré son importance qui appelait sur lui les prédilections de la tempête, il est sorti de la lutte académique sans avoir essuyé de dénégation : nous entendons de dénégation catégorique, précise, répondant franchement et sans ambages par un *non* à un *oui*.

Pour ramener cette exception parmi les phénomènes pathologiques ordinaires, M. Gibert a produit deux explications qui, à tort selon nous, semblent avoir exercé une influence persuasive sur l'Académie :

D'abord, a-t-il dit, le *procédé* de transmission artificielle a sur le succès de cette transmission une influence si grande qu'il peut la faire échouer ou réussir. La gale ne s'inocule pas par l'inoculation de sa sérosité. Les lésions syphilitiques secondaires ne se propagent point par la piqûre avec la lancette. Et cependant ces maladies, dans d'autres conditions, sont évidemment contagieuses. — Mais, dans l'espèce, les voies diverses de communication

Feuilleton.

DES THERMES DE ROME.

(Suite et fin. — Voir le numéro 32.)

Les diverses parties que nous venons d'énumérer formaient par leur réunion le premier plan des Thermes, perpendiculairement auquel les deux ailes se développaient sur une longueur égale, réunies l'une à l'autre par un quatrième côté, le tout formant ainsi un carré de 4,275 pieds. C'est sur les trois derniers côtés que se trouvaient comme une galerie continue les exèdres, les hémicycles, les écoles, les bibliothèques, etc., donnant sur des allées de platanes, de là appelées *Platanones*. Deux entrées symétriques se trouvaient sur les parties latérales que longeaient les voies des portes Colline et Viminale ; près de cette dernière étaient les réservoirs.

Cette ceinture quadrilatère où l'on avait multiplié tout ce qui pouvait concourir aux exercices, aux distractions et aux délassements, entourait un carré central où étaient les Thermes proprement dits qui pouvaient contenir jusqu'à 3,200 baigneurs. En quittant la Via di Porta-Pia (porte Colline), en face de la fontaine de Sixte-Quint, on trouve successivement une école selon la méthode de l'abbé de l'Épée, l'*instituto dei sordo-muti*, l'établissement des orphelines, les greniers de l'horreum de Grégoire XIII, un second orphanotrophion pour les garçons, les puits à huile de l'*annona olearia* de Clément XIII, l'église en croix grecque de Sainte-Marie-des-Anges, la Chartreuse, la caserne des Thermes, des greniers à foin, des voûtes élevées et hardiment jetées : toutes constructions entées sur la plus grande partie des ruines plus ou moins restaurées du *Frigidarium*, de l'*Atrium*, du *Tepidarium*, du *Laconicum*, du *Conisterium*, de l'*Ephebeum*, du *Calidarium*, de l'*Apodyterium*, du *Xixtus*, des portiques, des bassins, des fontaines, etc. Ces diverses parties en nombre égal à droite et à gauche du *Xixtus*, point central qui était aux Thermes ce que le foyer est à nos théâtres, affectaient une disposition exactement symétrique, ayant eu peut-être pour objet de former deux établissements distincts pour chaque sexe. Toutes étaient décorées avec luxe, et partout la richesse était unie au grandiose. L'on voit encore sur leurs bases primitives, dans la grande salle rectangulaire du *Xixtus* qui a plus de 100 mètres de long et dont on a fait, d'après les dessins de Michel-Ange, la nef principale de l'église actuelle, des colonnes de granit d'un seul bloc qui ont 62 palmes de hauteur, dont les chapiteaux corinthiens soutiennent une corniche très-remarquable. Les voûtes d'arêtes et les murs étaient ornés de peintures, et les pavés étaient en mosaïque. Au delà de l'église se trouve la Chartreuse, dont les galeries sont supportées par les cent colonnes en travertin d'un portique carré ; au lieu du vaste jardin

n'ont rien à faire. C'est le même procédé qni est mis en œuvre; s'il échone après nn certain nombre d'expériences, ce n'est donc pas sa faute, pnisqn'il réussissait en premier lieu; et c'est évidemment ailleurs qu'il fant chercher la raison de son impuissance vers la fin des inoculations.

En second lien, ajoute M. Gibert, la contagion ne s'opère pas constamment, fatalement; et il serait contraire à tout ce qne l'expérience a appris sur les maladies contagienses de déclarer qu'un individu doit être à tout jamais assuré contre ces maladies, parce que, temporairement, et peut-être exceptionnellement, il s'est montré réfractaire à une on à plusieurs tentatives. — Oui, effectivement, et M. Gibert a raison sur ce point, il y a quelque chose de capricieux, de variable, de contradictoire même dans tout ce qni touche à la contagion; et l'on peut souvent reconnaître que tels sujets y échappent nne, deux fois, sur le théâtre même où d'autres ont été moins heureux, ponr aller succomher en définitive à une troisième aventure. Mais ce qui est vrai de la contagion *accidentelle* l'est beaucoup moins pour la contagion *par innculatinn*. Ponrqnoi? Parce qne, alors, toutes les conditions matérielles et locales, de la part de l'infecté et de celle de l'infectant, sont au gré de l'opératenr; parce qu'il peut choisir la qualité du virus, le lieu de la piqûre, surveiller les snites, multiplier les tentatives, etc. Aussi échoue-t-on rarement — M. Ricord le sait mieux et l'a proclamé plus haut que personne — dans les inoculations dn pus chancrenx; et en cette matière, le résultat négatif, aussi hien que le positif, est-il à hon droit considéré partout comme nn élément de diagnostic parfaitement valahle.

Mais cette perte d'aptitnde à être infecté localement dure-t-elle toujonrs, longtemps du moins? Hélas! c'est ici que les démentis les plus fondes sont venus saper les espérances des syphilisateurs. Les catastrophes signalées avec autant d'esprit que de force par M. Ricord, le dernier *accident* survenu au champion de la non-inoculabilité, les malheurs dont nous avons été personnellement témoin, les détails des observations de M. Sperino, tout jusqu'au langage volontairemeot obscur de la commission italienne appelée à juger ses expériences, prouve que la préservation est loin de se réaliser chez tous, — plus loin de résister constamment anx insertions d'un nouveau pus, — plus loin encore de demeurer définitive. Ce n'est pas qu'il n'y ait eu, sous ce rapport, que des échecs. Non certes : mais enfin, ils ont été assez nombreux et assez flagrants pour autoriser à penser que le prohlème n'a pas encore reçu sa solution complète.

Cette solution que le présent lui refuse, la méthode doit-elle l'attendre de l'avenir? Elle la cherchera, n'en doutons pas, malgré les proscriptions académiques. N'ayant point à la diriger dans ses investigations, notre seul rôle ici est de déterminer quelles sont ses chances de succes. Or il faudrait d'ahord pour cela, momentaoé ou durable, exceptionnel ou régulier, savoir quelle est la *cause* de cet état réfractaire. Est-ce une pénétration virulente inoffensive, analogue de la période latente de la syphilis? L'organisme y participe-t-il réellement? Et de quelle manière et à quel degré? Ne serait-ce point là noiquement une saturation locale, ainsi que nous essayâmes de l'expliquer (v. GAZ. MÉD., 1851, p. 431) et que M. de Castelnau dit l'avoir constaté le premier? Ces questions ont le malheur d'être à la fois des questions préalables et des questions qui ne penvent être éclairées que par les faits. Ceci nous amène naturellement à examiner l'opportunité, la légitimité d'expériences ultérienres de syphilisation.

Au point où la discussion est arrivée, il n'est pas douteux que de nouveanx essais ne soient nécessaires, soit ponr vider les points restés litigieux de la doctrine, soit surtout ponr lui donner, par nne modification dans ses procédés d'exécution, l'assurance dont elle manque et le degré de perfectionnement dont elle pent être susceptible. Mais qnoi! L'expérimentation est-elle licite? Après tant et de tels mécomptes se tronvera-t-il des médecins ponr proposer, des patients pour suhir de nonvelles applications d'une théorie qni, restée la même, n'aurait rien de plus rassnrant pour son avenir qne le souvenir de son passé? Voilà le point délicat de la question.

Parmi les échecs lamentables de la syphilisation, telle qn'on la connaît aujourd'hni, nons savons que plusieurs ont été grossis par l'esprit d'opposition; que d'autres ont résulté d'une application tont à fait défectueuse des principes qu'elle a posés; qne parfois on lui a fait bean jeu, en la snspendant d'autorité, comme au Val-de-Grâce, au moment où elle se disait sûre du snccès..... Nous le savons; mais cependant son martyrologe est assez volumineux pour inspirer, toutes défalcations légitimes faites, nne salutaire défiance aux médecins plus soucieux dn salut de leurs malades que de l'éphémère retentissement qui s'attache à nne expérience d'éclat. Sons ce rapport, M. Ricord a hien mérité de la science par la vive lumière qu'il a portée dans ces mystères déplorables; et l'on a pu voir qne nous ne craignions point de nous associer à ses protestations en leur prêtant l'appui des faits tombés à notre connaissance.

Qu'est-ce à dire cependant? Faut-il en rester là? Cette étude, d'engageantes analogies, des résultats déjà acqnis, ne permettent point de la déclarer *à priori* irrévocahlement infructueuse. Doit-il être interdit à tous de la poursuivre par cela seul que quelques expérimentatenrs compromettants l'ont poussée trop loin ou trop vite? Cette embarrassante qnestion a justement préoccupé l'Académie. M. Bégin a fait entendre à ce sujet des conseils qu'on ne saurait trop méditer. Vous voulez, dit-il à ses adversaires, qu'on expérimente encore avant de juger! Mais commencez par formuler les regles d'une expérimentation syphilisatrice assez sage et assez prudente pour mettre les personnes qu'on y soumettra à l'ahri des dangers qu'elle entraîne!

Pensant avec raison qu'en pareille matière c'était le cas ou jamais de donner à la fois le précepte et l'exemple, M. Bégin trace lui-même le programme des conditions que devront remplir les futures expériences; en deux mots, pour être autorisé à opérer, le médecin doit, selon lui, « avoir *la certitude* que l'agent proposé est, par lui-même et de sa nature, incapable de nuire. Il faut, en second lieu, que la maladie qu'il s'agit de combattre ne puisse être guérie par aucun moyen plus simple, plus facile et plus efficace. »

Ce rigorisme s'excuse aisément en faveur de l'intention; mais enfin c'est nn rigorisme outré : M. Bégin nous pardonnera de le lui dire. Dans quel traité de chirurgie, lui qui a titre et autorité de maître, aurait-il osé écrire qu'une opération n'est indiquée que si elle est *incapable de nuire?* Non : quelque chanceuse, quelque périlleuse qu'elle soit, on la propose sans hésiter lorsqne, la maladie n'étant pas curable spontanément, l'opération est de tous les moyens celui qui offre le plus de chances de gnérison.

Dans ces termes, les seuls acceptables, il nous sera facile de spécifier les cas où la syphilisation curative nous paraîtrait, même en son état d'imperfection actuelle, consciencieusement susceptible d'application :

1° Dans les chancres primitifs phagédéniques chroniques, vieux ulcères serpigineux, étendus et persistant depuis des années, qui se seraient montrés réfractaires aux cautérisations, au fer et à l'opium à haute dose, à l'in-

---

qu'entoure ce portique, fut autrefois le bassin de natation. Outre ce bassin en plein vent (*sol divo*), orné de fontaines jaillissantes, en partie ombragé, en partie exposé au soleil, il y avait aussi des piscines couvertes et remplies d'eau tiède pour l'hiver, car on fréquentait les Thermes en toute saison, plus fréquemment en été toutefois. Un Telephus Gramaticus, auquel il fut donné d'en user pendant près de quatre-vingts ans, avait coutume, dit-il, de se baigner en été le double qu'en hiver. Quant au moment de la journée, c'était dans l'après-midi qu'on allait aux Thermes, *a meridie ad vesperum*, et de préference à deux heures, moins peut-être parce que c'était le moment où, pour les bains frais, l'eau était à température plus convenable, que parce que la matinée était toute consacrée aux affaires (*negotiis*). Or il est à remarquer que pour la masse de ce peuple quoique maître de la terre, chez lequel l'agriculture, l'industrie et le commerce n'étaient presque rien, qui par suite tombait dans une oisiveté absolue, tout travail manuel incombant aux esclaves par le fait qu'ils étaient vaincus, l'une des premieres et des principales affaires était de se rendre aux salutations de leurs patrons qui, après la première et la deuxième admission, faisaient distribuer la sportule en vivres ou en argent, et se rendaient ensuite, escortés de leurs clients, au Forum, ce lieu où s'agitaient toutes choses.

Le moment venu de l'ouverture des Thermes, pour avertir le public on sonnait les *tintinnabula*; l'usage des cloches, comme on le voit date de loin à Rome. Avant cette sonnerie, nul n'avait accès aux Thermes, sauf pour cas de maladie, car chez les anciens Romains la majeure partie de la médecine fut dans l'usage des bains sous toutes formes et de toutes sortes.

En effet, après les bains du Tibre, viennent les bains d'eau chaude, puis les bains de vapeurs, les bains d'air sec et chaud, les bains de sable; puis on en vint pour adoucir la peau a mêler l'huile à l'eau, et après ces bains oléagineux on employa des bains d'huile pure. La coquetterie amena certaines femmes a faire usage de bains de lait de chèvre et d'ânesse, et à cet effet Poppea, femme de Néron, avait toujours à sa disposition un fort troupeau d'ânesses ayant mis bas. Des hommes, visant plutôt à fortifier leurs membres, prenaient des bains de vin.

Enfin, pour tenter de guérir certaines maladies ordinairement incurables, il n'est pas jusqu'aux bains de sang dont on n'ait essayé. On lit dans les conciles que Constantin dit le Grand, atteint de la lèpre, fit usage (*horresco referens!*) de bains *sanguinis juvenum*. Heureusement qu'il fut guéri de cette horrible habitude par la vertu de l'eau bénite, disent les auteurs sacrés.

Les *tintinnabula* sonnant, chacun alors de faire ses préparatifs pour sa toilette de bain, *andromede*, *sudatorium*, *strigille* pour déterger la sueur, sorte de racloir recourbé sur le plat en os, en ivoire, en fer, en argent ou en or. On faisait aussi provision de pommades et d'onguents, que le savon vint remplacer quand l'usage, dit Pline, s'en répandit des Gaules en Italie. La farine de Lupins était employée comme aujourd'hui le son ou la pâte d'amandes. Tous ces objets, de même que les essences, les parfums renfermés dans des vases ou dans des cornes de buffle et autres préparées à cet effet, étaient confiés à des esclaves, ordinairement à de petits garçons qui précédaient leurs maîtres. Ceux qui n'emportaient rien trouvaient à prix d'argent dans l'établissement tout ce dont ils pouvaient avoir besoin; d'autres, ne prenant part ni aux baignades ni aux exercices, se dirigeaient en simples spectateurs sur tel ou tel point des Thermes

fluence du séjour à la campagne et de l'hydrothérapie : il n'est pas d'année où les hôpitaux spéciaux n'en reçoivent plusieurs cas ;

2° Chez les malades affectés d'une syphilis tertiaire *en progrès*, qui s'aggrave malgré l'iodure de potassium, alors que (circonstance peu rare) l'iodure n'est plus d'aucun secours, soit qu'il ait épuisé son action curative, soit qu'il provoque, dès qu'on le recommence, des accidents qui forcent d'en suspendre l'usage ;

3° Lorsqu'un malade est depuis quelques années en proie à des récidives d'accidents secondaires qui l'entravent dans sa carrière sociale, et qui ont résisté aux traitements pharmaceutiques et hygiéniques institués par divers praticiens et suivis avec persévérance : pour ma part, je le déclare franchement, de tels cas se présentent parfois encore à mon observation ;

4° Sur les sujets qui, gorgés à tort de mercure pendant le cours des accidents primitifs, ne peuvent ensuite plus en supporter fructueusement l'administration lorsque la vérole constitutionnelle s'est déclarée, et deviennent par conséquent incurables : cas rare, mais que j'ai vu et suivi jusqu'au décès ;

5° Hors de la syphilis, — pour des cancers ulcérés, prochainement mortels et inopérables.

Dans ces catégories, le danger de la maladie étant évident, celui du remède me paraissant moindre, pouvant d'ailleurs s'atténuer grâce à un peu de circonspection et plus de lenteur que l'on n'en a parfois mises, *je pratiquerais la syphilisation*, en choisissant le premier procédé de M. Sperino.

Quelque rare que doive être l'indication ainsi restreinte, on voit cependant que si tous les praticiens s'entendaient sur ce point, et dirigeaient vers les grands centres de population ceux de leurs malades placés dans les conditions désignées, à coup sûr, en peu d'années la syphilisation se trouverait éclairée par une expérimentation suffisante, sans, je pense, que l'humanité eût à exprimer un regret ni la science un mot de blâme.

Nous avons évité de nommer jusqu'ici la syphilisation *préventive*. Nous ne la repoussons point pour cela ; car, rationnellement et surtout expérimentalement, elle nous paraît plus fondée, plus soutenable quant à présent, que la curative. Mais fidèle au grand principe de ne rien risquer qu'en cas de péril, nous restreindrions les essais aux cas énoncés ci-dessus. Le procédé destiné à préserver étant celui-là même qu'on préconise pour guérir, ils s'essayeraient forcément ensemble chez les malades dont l'état pathologique nécessiterait cette ressource extrême, et une fois redevenus bien portants, l'occasion ne se ferait pas attendre de prononcer à quel degré ils auraient gagné, en même temps que la santé, l'immunité antisyphilitique. Mais quant aux gens sains, la syphilisation, telle qu'elle se formule et s'emploie aujourd'hui, ne saurait leur être trop rigoureusement refusée.

Mais la morale ! s'écriera-t-on. Eh quoi ! vous autoriseriez une pratique dont le succès délierait le libertinage du seul frein qui le retienne encore !... — A ces philosophes en retard, je veux faire la seule réponse qu'ils soient en état de comprendre.

Dans tous nos hôpitaux, les nouveau-nés atteints ou menacés de syphilis sont, de peur d'infecter les nourrices, allaités artificiellement

Débilités déjà par la maladie, ayant besoin plus que tous autres de puiser dans une nutrition irréprochable de quoi résister au virus destructeur, on ne leur offre, on ne peut leur offrir que le plus insuffisant des succédanés.

Pour les sauver, pour rapprocher du moins leurs chances de guérison de celles de l'adulte, que faudrait-il? Quelques gouttes du lait naturel !

Eh bien ! supposez la syphilisation préventive à l'état de vérité, c'est-à-dire de pratique innocente et certaine : il y aura dès lors des mamelles pour ces petits êtres, victimes innocentes des torts ou de la crédulité d'un autre. Tout enfant suspect trouverait sa nourrice syphilisée. L'égoïsme des riches n'aurait plus de prétexte pour sacrifier au salut d'un rejeton notoirement infecté la santé d'une villageoise, et souvent celle de toute sa famille. Et les administrations hospitalières s'empresseraient sans doute de donner l'exemple de cette utile innovation, en excitant le zèle de leurs nourrices attitrées à subir l'opération salutaire.

Mais nous voici involontairement en avance sur les prétentions, peut-être même sur les espérances de la syphilisation actuelle. Revenons sur nos pas, et concluons, autant qu'on le peut faire sur un terrain aussi récemment ensemencé et aussi profondément bouleversé que celui-ci :

1° Que la syphilisation argue d'analogies assez plausibles ;

2° Qu'elle a réalisé dans un nombre, proportionnellement considérable, de cas l'immunité, pour un certain temps, de l'individu contre une nouvelle atteinte de chancre primitif;

3° Qu'elle est, de par les faits, beaucoup moins fondée à réclamer une part dans la guérison des symptômes constitutionnels, qui a eu lieu concurremment avec ses manœuvres ;

4° Que des accidents extrêmement sérieux, observés pendant les inoculations successives, ont été dus parfois à l'omission de ses règles, mais parfois aussi à leur trop fidèle observation ; — que, dans un grand nombre de cas, la série des inoculations s'est opérée sans altérer notablement la santé des individus, mais sans qu'on puisse affirmer que la syphilis constitutionnelle n'en sera pas quelque jour la conséquence ;

5° Que les expériences à faire ultérieurement ne devraient être tentées que sur des sujets porteurs de maladies assez graves pour leur faire courir plus de dangers que la syphilisation n'en pourrait créer ;

6° Que la syphilisation, exclusivement bornée à ces cas, ne devra jamais être pratiquée dans un but préventif, sur des individus sains, on n'ayant que des chancres probablement curables dans le laps de temps ordinaire.

— Qu'il me soit permis, en terminant, d'adresser un mot de remerciment aux honorables académiciens pour la manière dont ils ont bien voulu, presque tous, apprécier mon travail sur la vaccination antisyphilitique. Cette faveur, qui s'applique sans doute aux intentions bien plus qu'aux résultats obtenus, a été pour moi à la fois une récompense de la modération que j'avais gardée dans l'exposé de mes espérances, et un dédommagement pour les critiques que cette même modération m'a attirées. Un fait ressort clairement de la discussion académique, c'est que mes inoculés ont tous été préservés contre les suites constitutionnelles du chancre existant au moment où l'inoculation fut pratiquée. Le nombre de ces cas, à la vérité, est peu considérable. Mais l'objection s'adresse bien plutôt à autrui ; car évidemment je ne pouvais, par moi seul, donner à ces essais la confirmation du nombre énorme de cas dont ils auraient besoin pour passer à l'état de vérité démontrée. Il devait me suffire (et c'est ce que j'ai fait) de suivre mes opérés assez longtemps pour être en droit de pouvoir dire : Aucun

---

ou s'égaraient dans leurs bosquets ; mais tous en entrant devaient payer un quart d'as (le quadrans) rétribution qui permettait à chacun d'aller ou bon lui semblait, sans distinction de rang. Il n'y avait d'exception à cette règle de péage que pour les enfants au-dessous de 14 ans qui avaient une heure réservée pour la baignade. Cependant il fut certaines circonstances où l'entrée fut gratuite pour tout le monde en signe de réjouissance publique.

Dès qu'on avait franchi la première enceinte, le stade, les platanées, on entrait dans l'*apodyterium*, grand vestibule où l'on déposait ses vêtements entre les mains des esclaves. Celui, comme disait Despréaux,

> *Qui n'allait* pas de grands esclaves fastueux,
> Les fatiguer de *lui* ni se fatiguer d'eux,

suspendait simplement son vêtement au porte-manteau, où il était autant en sûreté, et cela en vertu d'un article de règlement aussi court que draconien dans sa teneur, disant que tout voleur serait puni de mort : *Capite puniretur*. De l'*apodyterium*, les jeunes gens allaient se livrer aux exercices du quinquertium (le πένταθλον des Grecs), savoir : à la lutte, au disque, au saut, à la course et au pugilat. Ceux qui devaient lutter après s'être frottés d'huile dans l'*elæotherium* allaient se soupoudrer le corps dans le *conisterium*. Les plus forts faisaient de l'escrime ou de la voltige à cheval. En hiver, les athlètes s'exerçaient en stades couverts ; après la fatigue de ces divers exercices, on se faisait frotter, ou réparait la dépense de force par un repos momentané dans l'air sec et chaud du *calidarium* et par les délassements des bains à diverses températures, souvent à plusieurs reprises dans la même journée. La manière de prendre les bains dans les Thermes varia beaucoup ; toutefois les points généraux de cette pratique étaient : 1° le bain d'étuve humide ou sèche, l'une ou l'autre ou toutes deux successivement ; 2° le bain tiède le plus souvent avec onction préalable ; 3° les ablutions ou les immersions froides ; 4° le massage en douce température. On pouvait aussi, sans sortir du *calidarium* ou *laconicum*, arrêter la sudation par des ablutions ou des immersions dans la vasque ou la piscine d'eau froide qui était au centre. Ceux ordinairement qui ne se livraient pas aux exercices, bien enveloppés faisaient d'abord une nédation dans les tièdes vapeurs du *tepidarium*. De là ils passaient comme ceux qui avaient fait de la gymnastique, mais plus longtemps qu'eux, dans le *calidarium*, où ils transpiraient plus abondamment encore. Après ces bains d'étuve, on prenait plusieurs bains d'eau à température décroissante jusqu'à l'eau froide. Ceux qui désiraient plus particulièrement se livrer à la natation avaient le choix entre les piscines d'eau chaude et le grand bassin à température ordinaire.

D'après Galien, la coutume était d'entrer d'abord dans le *laconicum* pour y faire une sudation ; de là on descendait dans λουτρον, piscine d'eau chaude ; puis, pour prévenir des sueurs immodérées, on se plongeait rapidement dans l'eau froide, et l'on se rendait aussitôt après dans la douce atmosphère du *tepidarium* où l'on procédait aux frictions et aux onctions du massage. L'*oleum jasminum* était largement employé, souvent même avant l'immersion, pour que la peau fût mieux imprégnée de son essence. Enfin on achevait sa toilette dans l'*apodyterium*, appelé aussi le *spoliatorium*, à portée duquel se trouvaient des parfumeurs aux mains exercées pour le culte de la barbe et des cheveux.

d'eux n'a eu la syphilis constitutionnelle pour conséquence du chancre existant lors de l'inoculation.

La seule objection solide qui m'ait été faite est celle-ci : Vous avez à dessein écarté tous les chancres indurés; par conséquent, n'agissant plus que sur des chancres non infectants, vous n'avez préservé de la syphilis constitutionnelle que des gens qu'elle ne menaçait en aucune façon. — J'avoue que le procédé aurait mieux fait ses preuves en choisissant pour les exempter de la vérole constitutionnelle des malades actuellement porteurs de chancres indurés; mais (je m'en rapporte à ceux de mes adversaires qui connaissent l'évolution de la syphilis) ne serait-ce pas exiger beaucoup d'un prophylactique que de lui demander de prévenir ce qui est déjà réalisé, d'empêcher la vérole quand l'induration existe?

Quant au fond de l'objection, je persiste à soutenir que quoique l'induration accompagne le plus souvent la syphilis constitutionnelle, elle n'en est pas cependant le précédent obligé. J'ai vu, avec beaucoup d'autres praticiens, des symptômes secondaires incontestables suivre des chancres incontestablement non indurés. Et la meilleure preuve qu'il en est ainsi, c'est que l'on chercherait en vain dans les écrits de la doctrine opposée une phrase articulant nettement, explicitement cette pensée : *Non, il n'y a jamais de syphilis constitutionnelle sans qu'il y ait eu de chancre induré.*

En fixant un instant l'attention sur un travail dont le seul mérite sera peut-être d'être devenu le point de départ des conceptions semblables imaginées depuis lors, je ne prétends ni en rehausser l'importance, ni lui rendre par cette défense une valeur que des expérimentations seules pourraient dorénavant apporter. Il m'a seulement semblé opportun, au moment où l'on semble se détacher des pratiques de la syphilisation, de rappeler aux médecins qu'une autre voie a été ouverte dans le même but — voie aussi différente de la syphilisation que la vaccine pour la petite vérole le fut de l'inoculation ; — que cette méthode comporte plusieurs procédés, dont quelques-uns seulement jusqu'ici ont été essayés ; — qu'enfin l'analogie promet à ceux qui s'engageront dans cette direction des résultats plus satisfaisants et dépourvus tout au moins des compensations fâcheuses que la syphilisation n'a pas toujours su éviter.

P. Diday.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU PETIT BASSIN (lu à la Société de biologie) ; par M. Charcot, interne lauréat des hôpitaux.

Les kystes hydatiques sont indiqués dans quelques auteurs classiques (1) parmi les tumeurs qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire du petit bassin. Cependant il n'existe dans la science qu'un assez petit nombre d'exemples de ces kystes; et encore ces exemples ont-ils peu frappé les observateurs, malgré les accidents divers qu'ils ont occasionnés, en gênant dans leurs fonctions les organes au voisinage desquels ils se sont développés. En effet, on les a vus gêner ou empêcher l'émission de l'urine et des matières fécales, et devenir chez la femme grosse un obstacle à l'accouchement.

Dans quelques cas, ces kystes ont pu arriver à la dernière période de leur évolution, et leur perforation a été suivie de l'évacuation de leur contenu; alors les hydatides qu'ils contenaient ont été rejetées avec l'urine ou les matières fécales, et ce travail morbide, accompagné de phénomènes plus ou moins graves, s'est tantôt terminé par la mort, tantôt par une guérison complète. Presque toujours la nature de la maladie a été méconnue; cependant, lorsqu'une opération a été dirigée contre elle, le résultat a été quelquefois heureux.

Sous le rapport des accidents qu'ils occasionnent et sous celui du diagnostic, les kystes *hydatiques*, situés ou développés dans l'excavation du petit bassin, offrent des particularités assez remarquables chez la femme. Je les étudierai donc successivement chez la femme et chez l'homme.

§ Ier. — KYSTES HYDATIQUES DÉVELOPPÉS DANS L'EXCAVATION DU PETIT BASSIN, CHEZ LA FEMME.

Je commencerai l'exposé des cas de kystes hydatiques situés ou développés dans l'excavation du petit bassin, chez la femme, par une description anatomique du cas que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de biologie.

Obs. I. — Sur cette pièce, on voit deux kystes hydatiques, développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, entre la face antérieure du rectum et la face postérieure des organes génitaux. Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'une femme conduite pour la dissection à l'amphithéâtre des hôpitaux. Ces deux kystes sont régulièrement sphériques, à peu près d'égal volume; ils ont de 5 à 6 centimètres de diamètre chacun et adhèrent entre eux dans une très-petite partie de leur circonférence; l'un d'eux, plus volumineux, est faiblement uni en arrière, à la face antérieure du rectum, par du tissu cellulaire très-lâche; il est situé à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus, plutôt à droite qu'à gauche de l'axe de l'intestin; son adhérence avec le second kyste est intime, et on ne peut la détruire sans entamer la paroi fibreuse elle-même. Le second kyste est situé un peu plus bas que son congénère et en avant de lui; il adhère par sa face antérieure au col de l'utérus dans l'étendue de 2 centimètres environ, et à la partie la plus reculée de la face postérieure du vagin, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres; l'adhérence avec les organes génitaux est très-intime, et faite au moyen d'un tissu fibreux très-dense.

Le kyste postérieur est ouvert dans le rectum, par une ulcération arrondie, située à 10 ou 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal; cette perforation, pratiquée par conséquent dans la partie la plus élevée de la poche hydatique, est arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, et présente de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de diamètre.

Les deux kystes ne communiquent nullement entre eux, au lieu de leur adhérence; l'antérieur n'offre lui-même aucune communication, soit avec le vagin, soit avec l'utérus.

Avant la dissection du tissu cellulaire lamelleux qui enveloppait de toutes parts ces deux tumeurs et les réunissait en une seule, elles formaient une masse allongée, oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et située sous le péritoine qu'elle avait soulevé et dont elle s'était coiffée. Le péritoine, en effet, descendant de la face antérieure du rectum, enveloppait les kystes supérieurement et de chaque côté, puis remontait pour recouvrir la face postérieure du corps de

(1) Laugier et Cruveilhier, Dictionnaire en 30 vol., art. Bassin.

Ce n'est pas, avons-nous dit, dans un but seulement hygiénique qu'on allait aux Thermes, on en tirait aussi largement parti sous le rapport thérapeutique : c'était la grande ressource contre les affections cutanées et articulaires, les douleurs, les anciennes blessures et toutes les maladies chroniques. Bien plus, on en vint à employer les bains, concurremment chauds et froids, dans les fièvres continues et surtout contre les fièvres intermittentes.

Déjà Hippocrate avait signalé les avantages des bains contre la fièvre quarte, et Plutarque rapporte qu'*Alexander magnus febricitans in balneo dormierit.* L'avis des médecins de Rome fut partagé, mais les partisans des bains l'emportèrent sur les détracteurs. Asclépiade en usa hardiment, et Galien déclarant que non-seulement les bains étaient utiles, mais que dans certaines fièvres ils étaient la seule ressource, formulait ainsi sa manière de voir sur ce point : *Ex balneis vacuatur quidquid in corpore vel fuliginosum vel fumidum sit.*

Toutefois, selon ses vues humoristiques, il prescrivait de n'employer les bains dans les fièvres *continues et putrides* qu'au moment où *in urinis coctio apparet.* Il dit spécialement de n'employer les bains : *nec in pleuritidi et pulmonis inflammatione nisi concocto morbo aut certe inanito corpore*, et dans les arthrites rhumatismale et goutteuse : *humoris cursus ad partem infimum balneo concitatur.* Quant aux fièvres intermittentes, il considérait les bains comme très-utiles, *dans toutes les quotidiennes qui étaient provoquées par les ardeurs du soleil et des fatigues excessives.*

La rémission du troisième jour surtout était le meilleur moment pour faire prendre un bain chaud, immédiatement suivi d'une immersion dans l'eau froide.

Si la fièvre revenait au quatrième jour, l'accès terminé, on recommençait les immersions. La fièvre tierce avait ce privilége spécial que, avant que la coction apparût *in urinis*, on pouvait la traiter efficacement par les bains. D'après les préceptes de Galien, le fébricitant devait être mis dans un bain à température modérée et y séjourner un certain temps, de là être plongé dans un bain froid, puis recevoir des affusions d'eau tiède, être épongé, essuyé et frictionné avec précaution et mis au lit. La fièvre hectique, *ex erysipelate*, devait être traitée moins par les bains que par l'eau froide administrée en boisson.

On voit que l'hydrothérapie ne date pas d'hier, sans contester à Priessnitz l'originalité de son *modus faciendi.* De même aussi les sudations dans le *laconicum*, suivies d'ablutions ou d'immersions froides dans la vasque ou la piscine qui en occupait le centre, nous donnent l'origine du bain oriental ou bain russe.

Dans les Thermes, outre les lits fixes et suspendus servant au repos pour motif de santé, il y avait aussi des lits de festin dans les salles de la *diæta*, pour prendre le repas après le bain ; car parmi les préparatifs qu'on faisait porter on n'oubliait pas les *vasa ad vescendum* plus ou moins confortablement garnis de provisions de bouche. Ces repas, qui n'étaient pas toujours de famille et qu'on pouvait commander sur les lieux aussi somptueux qu'on le désirait, devinrent des fêtes licencieuses dont les préliminaires commençaient à l'*apodyterium.* En effet, bien que les règlements primitifs eussent prescrit la séparation des sexes, que les atteintes à la morale publique fissent encourir les peines les plus sévères, la mort même pour quiconque *in Thermas mulieribus discretas violenter intrare præsumpsisset*, avec les mains de Temps et par la force des

l'utérus. Le cul-de-sac recto-vaginal était donc complétement effacé et rempli par nos tumeurs; ces dernières d'ailleurs ne descendaient pas jusqu'au périnée, et la plus inférieure en était distante d'au moins 4 centimètres, même dans son point le plus déclive; c'est donc par en haut et dans le sens antéro-postérieur, que leur développement s'est effectué surtout : en haut le péritoine est repoussé, en arrière le rectum est comprimé, aplati, et ses fibres musculaires se développent pour vaincre l'obstacle apporté au cours des matières fécales; en avant l'utérus est appliqué contre le pubis, son col aplati et considérablement allongé. L'organe de la gestation subit en outre un déplacement de totalité qui le porte en haut et en avant; le vagin, au contraire, est repoussé par en bas, et une tumeur vient faire saillie dans sa cavité, à la partie la plus reculée de sa face postérieure, immédiatement en arrière du col utérin.

Tous ces faits auraient certainement pu être constatés pendant la vie, et on pouvait parfaitement les percevoir sur le cadavre par le toucher rectal et le toucher vaginal, surtout en combinant ensemble ces deux modes d'exploration.

La dissection des kystes eux-mêmes, nous a démontré : que l'un d'eux, le plus voisin du rectum, recevait des vaisseaux artériels assez volumineux (ils étaient injectés à la cire), provenant de plusieurs branches des hémorrhoïdales moyennes, qui se détournaient un instant de leur trajet habituel pour les fournir; que l'autre en recevait aussi, dans sa moitié antérieure surtout, lesquelles provenaient, les unes, des artères vaginales du côté gauche et les autres du tronc même de l'artère utérine du côté droit. Les petites ramifications de ces artères pénétraient, de toute évidence, dans le tissu même de la poche fibreuse.

Rien dans ce qui va suivre qui ne soit commun aux kystes hydatiques en général; la membrane propre est épaisse, constituée par un tissu fibreux, résistant, coriace; sa surface interne est inégale et tapissée çà et là par une matière blanchâtre, friable, assez adhérente cependant à la poche, dans l'intérieur de laquelle elle s'avance en quelques points, assez loin pour former des cloisons incomplètes (matière tuberculeuse de Kuhn).

En comprimant la tumeur la plus voisine du rectum, laquelle n'était pas vide quand nous la rencontrâmes, il s'échappa par l'orifice anal de ce conduit un liquide séreux, trouble, blanchâtre; puis trois ou quatre hydatides entières du volume d'une noix. Ayant incisé la poche fibreuse, nous trouvâmes dans son intérieur, trois ou quatre hydatides entières qui n'en avaient pas été chassées par la compression, et en outre une très-grande membrane blanche, généralement opaque, couverte de végétations irrégulières sur ses deux faces, laquelle était repliée sur elle-même. Quand on faisait flotter dans l'eau cette membrane déchirée en plusieurs endroits, elle prenait d'elle-même une forme sphérique. Examinée avec soin, on la trouvait composée d'au moins cinq membranes secondaires, transparentes dans certains points, opaques dans d'autres et comme tachetées; les points opaques correspondaient à des épaississements et aux végétations quelquefois très-saillantes dont nous avons parlé. S'il s'agit ici d'un débris d'hydatide, celle-ci, en la supposant pleine, devait être tellement volumineuse, que les autres n'auraient certainement pas pu trouver place entre sa surface externe et la surface interne de la poche d'enveloppe, et avaient dû à une certaine époque être renfermées dans son intérieur (hydatide mère). Nous devons dire toutefois que toutes les hydatides étaient parfaitement libres, et ne contractaient aucune adhérence, soit avec la membrane que nous venons de décrire, soit avec le kyste d'enveloppe.

Le kyste le plus voisin du vagin fut trouvé plein d'une sérosité trouble où nageaient une quinzaine d'hydatides pleines de divers volumes; deux d'entre elles étaient plus grosses que des noix, les autres variaient de volume, et les plus petites n'étaient pas plus grosses que de très-petits pois; d'ailleurs aucune membrane qui rappelât, soit par ses dimensions, soit par ses autres caractères physiques, celle qu'on a rencontrée dans le premier kyste.

Les hydatides elles-mêmes, avaient leurs caractères habituels. Les parois des plus volumineuses pouvaient se décomposer en trois membranes au moins, dont la moyenne était la plus épaisse et la plus opaque; celles des plus petites paraissaient composées de deux feuillets. Le liquide contenu dans l'intérieur des vésicules ayant été examiné au microscope, nous y rencontrâmes des echinocoques, dont les suçoirs et les crochets étaient fort visibles; on rencontrait aussi çà et là dans le liquide des crochets isolés.

Nous n'avons pu, malheureusement, nous procurer aucun renseignement sur les phénomènes qui auraient pu être observés pendant la vie de cette femme. Nous avons même à regretter de n'avoir pu examiner ses autres viscères, le foie, par exemple, afin de rechercher s'il n'y existait pas quelque autre collection d'hydatides.

Tout incomplète qu'elle est, cette description montre comment des kystes hydatiques ont pu se développer dans le petit bassin, entre le rectum et les organes génitaux, sous le péritoine qui les unit, refouler ces organes, les déformer, et enfin l'un d'eux s'ouvrir spontanément dans le rectum. Quant à l'autre kyste, celui qui était plus en rapport avec le vagin, sa position en dehors du péritoine et la grande épaisseur de ses parois auraient été, je crois, une garantie suffisante contre tout accident redoutable, si on eût pratiqué l'ouverture pendant la vie.

Je passe à un second exemple très-curieux, dans lequel le kyste hydatique, après avoir rendu plusieurs accouchements difficiles, a été guéri après l'incision de ses parois, en plusieurs points par le vagin.

Dans un mémoire intitulé : OBSERVATIONS SUR LES TUMEURS DE L'EXCAVATION PELVIENNE QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT DIFFICILE, mémoire célèbre dans l'art obstétrical et publié dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES de Londres pour 1817, Park (1) a rassemblé six cas qui lui sont propres de tumeurs développées ou descendues dans la cloison recto-vaginale, et qui ont pu gêner l'expulsion du fœtus, ou même indiquer des manœuvres sérieuses. Sur ces six cas, il en est au moins un qui a trait au sujet qui nous occupe; il est consigné dans l'obs. n° 2. En voici l'analyse.

OBS. II. — Park fut appelé, avec le docteur Lyon, auprès de madame S..., primipare, et dont l'accouchement semblait devoir bientôt se faire. Au premier examen, il trouva *le vagin presque entièrement rempli par une tumeur* dure, située entre le vagin et le rectum. Ce ne fut qu'avec une certaine difficulté que le doigt put être introduit entre la tumeur et le pubis, et pénétrer jusqu'au col. Park désespérait de voir l'accouchement s'accomplir par les seuls efforts de la nature. Cependant il s'effectua naturellement; toutefois ce ne fut pas sans un travail long et pénible.

Par la suite, madame S... eut deux grossesses gémellaires terminées prématurément : la première au quatrième mois, la deuxième à la fin du septième. Les enfants de 7 mois furent expulsés sans accident.

Pendant ces grossesses, la tumeur, en comprimant l'urètre, occasionnait de temps à autre la rétention de l'urine dans la vessie et nécessitait l'emploi du cathéter, et cependant le toucher ne faisait reconnaître aucune modification dans le volume de la tumeur. Un jour Park, en la refoulant par hasard avec le doigt, détermina l'émission des urines. Il instruisit le mari de cette manœuvre, et le cathéter devint dès lors inutile. Ce fut là, d'ailleurs, le seul incident notable de ces grossesses.

Une nouvelle grossesse eut lieu. Le terme arriva. Park fut appelé pour prendre des mesures décisives à l'égard de la tumeur. La dilatation du col était complète, et déjà les membranes s'étaient rompues. Toute la nuit se passa dans le travail le plus pénible, et cependant rien n'avançait. La tête appuyait sans cesse contre la partie supérieure de l'obstacle, mais sans pouvoir descendre le moins du monde dans le bassin.

(1) Park, OBS. ON TUMOURS WITHIN THE PELVIS.

---

choses, ces réglementations par leur excès de rigueur aussi passèrent à l'état de lettres mortes. La foule assistait indistinctement aux exercices des jeunes gens et des athlètes le plus souvent entièrement nus. Les jeux, les bains et le climat firent de la quasi-nudité, d'une simple synthèse flottant au vent, la tenue habituelle des Thermes; partout se firent indifféremment réunion en commun, les baignades, et le contact multiplié de l'un et l'autre sexe tint de la promiscuité, ainsi que le dit Proutanus.

« Quid thermæ nisi lene, molle, mite?

» Hic fas est juveni, hic licet puellæ certatim teneros inire lusus. Hic et basia morsiunculasque subreptim dare, mutuosque fovere amplexus licet, et jocari, hanc legem sibi balnea edidere. »

Perse signale le jeu de certains miroirs par lesquels :

« . . . . . Reflexa nudorum qui intus lavabantur corpora majora et quasi gigantea specie apparebant nudis puellis et catamitis procacibus ad hoc irritamentum lasciviæ introductis. »

Tacite signale une particularité analogue dans la description du festin de Néron sur l'étang d'Agrippa et dans les bosquets et lieux de plaisance qui l'entouraient.

« . . . . . . Igitur in stagno Agrippa fabricatus est ratem cui superpositum convivium aliarum tractu navium moveretur; naves auro et ebore distinctæ, remigesque exoleti, per ætates et scientiam libidinum componebantur. Volucres et feros diversis e terris, et animalia maris oceano ab usque petiverat. Crepidinibus stagni lupanaria adstabant illustribus feminis completa. Contra scorta videbantur nudis corporibus, Jam gestus motusque obsceni; et postquam tenebræ incidebant quantum juxta nemoris et circumjecta tecta consonare cantu et luminibus clarescere. »

Clément Alexandre dit, en parlant des femmes qui fréquentaient les thermes :

« Servis nudæ exuuntur ab eis item nudis fricantur. » D'autres ne rougissaient pas : « se exuere spectatoribus tanquam corporum cauponibus. » Enfin, sans autre parure qu'une couronne de pampre, de lierre, d'hyacinthe ou d'anémone : « eo venere intemperantiæ mulieres ut cœnent et sint ebriæ dum lavantur. Viris autem et feminis communia aperta sunt balnea ac ex eo exuuntur ad intemperantiam. »

Eh! comment en eût-il été autrement chez un peuple désœuvré, ignorant et superstitieux, pour qui toute passion ou vice, comme toute vertu, avait sa divinité, et chez lequel Bacchus et Vénus surtout, tenant le reste de l'Olympe en échec, entraînaient chaque année la population dans les désordres inénarrables de leurs fêtes?

Lors des cataclysmes d'armées barbares qui engloutirent Rome, les thermes eurent le sort commun, et leur ruine fut achevée par la répulsion que le souvenir des scandales des derniers temps inspirait au prosélytisme chrétien, qui prit à tâche de proscrire l'usage des bains. La part des abus que les thermes occasionnent est large sans doute, mais on doit reconnaître qu'ils ne furent en quelque sorte que des points de reflet des mœurs d'un état social dont le relâchement avait sa source autre part.

D'ailleurs, à une époque où les ablutions hygiéniques furent en oubli, nous devrions dire en horreur, au moyen âge, les vices et les désordres furent à leur comble durant cette nuit de barbarie qui précéda les temps modernes. Les la-

Alors il fut décidé qu'une incision serait pratiquée. L'instrument choisi fut une lancette cachée ou pharyngotome. Park le conduisit sur son doigt jusqu'au point où les enveloppes de la tumeur lui parurent le plus minces, et y pratiqua *cinq ou six incisions* très-légères et non pénétrantes; puis, forçant avec le doigt, il pénétra dans une large cavité, qu'il crut remplie par une matière gélatineuse.

Aussitôt il s'en écoula un liquide séro-sanguinolent entraînant avec lui un certain nombre de fragments membraneux, ayant l'apparence de morceaux de tripe (strippings of tripe). Quelques-uns de ces lambeaux atteignaient en dimension le quart d'une feuille de papier ordinaire.

La première douleur qui suivit cette opération évacua complétement le contenu de la tumeur. Celles qui suivirent terminèrent bientôt l'accouchement.

Ce ne fut que très-lentement que madame S... se rétablit. Une suppuration abondante et extrêmement fétide se manifesta; des douleurs de reins assez vives, de la fièvre, une grande prostration, furent les principaux symptômes observés, et ce ne fut qu'au bout de huit ou dix semaines que la malade se rétablit complétement.

Il est probable que le travail de cicatrisation qui suivit cette opération amena un certain degré de rétrécissement; car, dans l'accouchement qui suivit, alors que le col utérin était complétement dilaté et les membranes rompues, ce ne fut qu'après un travail très-pénible, de sept ou huit heures de durée, que la tête franchit le bassin. Un autre accouchement eut encore lieu par la suite : il s'agissait d'une présentation du bras à la fin du huitième mois. Park éprouva beaucoup de difficulté à introduire sa main pour aller à la recherche des pieds, et l'obstacle, dit-il, ne résidait certainement pas dans le col utérin.

Quoique le mot *hydatides* n'ait pas été prononcé par l'auteur de cette observation, il est impossible de le méconnaître dans sa description. Le siége des kystes qui les renfermait était, suivant toute probabilité, le même que dans l'observation précédente, à moins que ce cas ne fût analogue à celui qui a été relaté par M. Cruveilhier, cas dans lequel l'ovaire, converti en une poche hydatique, était tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal (en refoulant, chacun de leur côté, le rectum et le vagin), auquel le kyste adhérait très-intimement.

D'ailleurs, au point de vue pratique, la distinction entre ces deux sortes de kystes hydatiques pelviens, les uns développés dans l'ovaire tombé dans l'excavation du petit bassin, les autres développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, paraît difficile, sinon impossible, pendant la vie.

Voici un troisième exemple, intéressant surtout au point de vue anatomique, et qui prouve d'ailleurs, avec plusieurs autres observations que je rapporterai plus loin, que les kystes hydatiques du bassin sont souvent accompagnés de semblables kystes dans la rate, le foie et d'autres viscères.

Les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS pour 1831 renferment la note suivante :

OBS. III.—M. Barre lit l'observation d'un kyste hydatique d'un volume énorme développé dans le bassin.

L'utérus est appliqué sur sa face antérieure, et lui est intimement uni. Les trompes et les ovaires sont en grande partie confondus avec les parois du kyste. Le rectum est adhérent à sa partie postérieure et gauche. Le kyste contient un nombre immense d'acéphalocystes, dont le volume varie de celui d'un œuf de dinde à celui d'une noisette. Le liquide a l'aspect du pus séreux. Un kyste hydatique semblable, mais beaucoup moins volumineux, existe dans la rate. Aucun détail sur les phénomènes observés pendant la vie.

Ici le doute qui règne dans l'observation de Park, au sujet du véritable siége du kyste, dans l'ovaire ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, n'existe pas. En effet, les deux ovaires étaient exempts d'altération.

J'emprunte à M. ROUX (CLINIQUE DES HÔPITAUX, t. II, n° 46), un quatrième exemple de kyste hydatique du bassin, faisant saillie dans le vagin, et traité et guéri par l'incision. L'observation a d'ailleurs été consignée tout au long dans l'article *Acéphalocyste* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, et considérée par M. Cruveilhier comme un cas de kyste hydatique d'un des ovaires.

OBS. IV. — Madame B..., âgée de 38 ans, avait eu, huit ans auparavant, un accouchement long et pénible. L'accoucheur reconnut la cause de la difficulté dans une tumeur existant au côté gauche du vagin, et ne dissimula pas à la malade l'obstacle qu'elle pourrait apporter à un accouchement ultérieur. Cette tumeur s'accrut, mais sans déterminer aucune espèce d'accident pendant cinq ans. Mais pendant les trois années qui suivirent, l'émission des urines et des matières fécales devint difficile, et le mari de la malade était forcé de la sonder trois ou quatre fois par jour. A l'hôpital de la Charité, on constata en effet l'existence d'une tumeur dure, située à gauche, s'étendant de la marge du bassin à la grande lèvre.

Il y avait un certain degré d'engourdissement du membre pelvien gauche. M. Roux se décida à pratiquer une opération; il incisa le vagin dans toute sa hauteur. Cet habile chirurgien croyait à l'existence d'une tumeur solide; mais au premier coup de bistouri, il s'écoula une grande quantité de liquide incolore et un grand nombre d'acéphalocystes de toute grosseur.

On agrandit l'ouverture, et alors une membrane d'un blanc perlé vint se présenter sur les bords de la plaie. On la saisit avec des pinces, et en faisant de douces tractions, on la détacha peu à peu, et on finit par l'amener tout entière au dehors.

On remplit la plaie de boulettes de charpie. Les jours suivants, on fit des injections, et la guérison ne se fit pas attendre.

Ce kyste hydatique s'était-il développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans l'ovaire? Je l'ignore; M. Cruveilhier incline vers cette opinion, en faveur de laquelle il cite l'observation suivante (1):

OBS. V. — Une femme âgée de 30 ans, observée par M. Basset, interne à la Pitié, présenta une tumeur de la région hypogastrique qui faisait aussi saillie par le vagin et le rectum; la palpation abdominale, le toucher rectal et le toucher vaginal combinés donnèrent pendant la vie une bonne idée de la forme et des rapports de la tumeur. Les phénomènes les plus saillants furent la constipation et la difficulté à uriner. Le cathétérisme était souvent presque impossible, et il fallait changer la direction de l'instrument.

La malade succomba bientôt dans l'état adynamique.

Un des ovaires transformé en un kyste hydatique, était tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal et avait adhéré intimement aux organes voisins; le vagin et le rectum étaient aplatis, la vessie médiatement comprimée et pleine d'urine. Dans l'épiploon gastro-splénique existait aussi un kyste hydatique volumineux, qui s'était probablement primitivement développé dans la rate, car son enveloppe extérieure se continuait avec la capsule de cet organe. Aux détails anatomiques que nous venons de donner, nous ajouterons que la tumeur qui descendait presque jusqu'au périnée, avait le volume d'une tête d'adulte; qu'elle contenait un liquide purulent et de très-volumineux hydatides, que la trompe correspondante communiquait probablement avec le kyste lui-même; et que, suivant

(1) Cruveilhier, art. ACÉPHAL. — Basset, Soc. ANAT., 1818.

mentations de Pierre de Damien, récemment le livre de l'abbé Gosselin, et tant d'autres témoignages irrécusables ne laissent aucune incertitude à cet égard. Ces conditions sont bien de nature assurément à atténuer le mal qu'on attribue aux thermes; dans tous les cas, quelle que soit la part qui leur revienne, il y a ici une double question à dégager. Les thermes romains, nous l'avons vu, furent bien autre chose que des établissements de bains. Les accessoires l'emportèrent sur le principal.

Passons condamnation sur certaines dépendances des thermes, mais ne prohibons pas les bains, qui sont et resteront incontestablement l'une des plus grandes ressources dont on puisse tirer parti pour l'hygiène publique.

Quoi qu'il en soit, notre époque se ressent encore de l'hydrophobie du moyen âge; à Rome surtout l'horreur de l'eau est aussi prononcée que la vogue en fut grande autrefois. Il est vrai qu'il y a à cela quelques motifs. Les bains publics, ainsi appelés par ironie sans doute, ne sont que de méchantes cabines dont le prix d'entrée, trop élevé d'ailleurs, équivaut à une prohibition pour le plus grand nombre; encore a-t-on observé que les bains exposent à la fièvre intermittente.

Le climat, en effet, par l'intensité et la variabilité d'action de tous ses phénomènes atmosphériques, développe chez ceux qui vivent sous ses influences une impressionnabilité spéciale qui commande de grandes précautions en toutes circonstances, notamment pour se baigner. A plus forte raison redoute-t-on d'aller se plonger dans les eaux troubles du Tibre, au lit profondément encaissé par des rives désolées. Cette influence du climat sur la génèse des fièvres, de tout temps commune aux pays méridionaux, et notamment à l'Italie centrale, est précisément ce qui avait fait aux anciens Romains une nécessité de s'entourer dans leurs établissements de bains de tout ce qui pouvait concourir à créer un milieu artificiel protecteur pour se livrer à leurs pratiques hygiéniques. Aujourd'hui comme autrefois, cette influence rendrait nécessaire des établissements spéciaux appropriés aux besoins et aux mœurs de la population, qui retrouverait dans l'usage des bains les bénéfices prophylactiques et curatifs qu'ils procureront toujours, pris en conditions favorables. Regrettons que, sous ce rapport, Rome, cette vaste nécropole, n'ait que les vestiges des thermes d'autrefois, dont les tronçons d'aqueducs gisent en ruines comme les ossements d'un gigantesque squelette, épars dans le désert de l'Agro-Romano.

Dr ARMAND,
Aide-major au 35e de ligne, chargé du service médical des eaux minérales thermales de Viterbe (États romains).

— Un journal de médecine espagnol, LA UNION, contient l'article suivant : « En trois mois nous avons vu mourir de blessures reçues dans des combats de taureaux, le banderillero Bocca-Negra, le picador Puerto et l'espada Cano. Voilà qui fait l'apologie de ces combats de taureaux, si en honneur parmi nous, mais certainement peu honorables pour notre caractère national. »

toute probabilité, le passage de son contenu dans la cavité utérine, n'était empêché que par l'aplatissement considérable qu'avait subi le col utérin en même temps qu'il s'était allongé.

Il est évident que, si on compare cette observation aux précédentes, la plupart des symptômes tant locaux que généraux, que nous avons rapportés, s'appliquent aussi bien aux kystes extra-péritonéaux hydatiques du petit bassin, qu'à ceux qui se développeraient dans l'ovaire abaissé et adhérent dans la cavité pelvienne. La seule époque où de telles tumeurs pourraient être distinguées l'une de l'autre, est celle où le kyste *hydatique* de l'ovaire, n'ayant pas encore contracté d'adhérences, serait mobile, réductible, éloigné du doigt, susceptible de changer de position dans les diverses attitudes imprimées au malade. Hors ce cas, il est clair que leur histoire symptomatique, et que les inductions thérapeutiques auxquelles elles pourraient donner lieu, se confondent.

Quant à la question de savoir s'il est naturel de considérer comme appartenant à l'ovaire (ainsi que le pense M. Cruveilhier), une tumeur *hydatique irréductible*, saillante dans le vagin; ou s'il faut penser plutôt qu'elle s'est développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le doute me paraît le parti le plus sage.

L'observation de M. Cruveilhier tendant à démontrer que les kystes hydatiques de l'ovaire peuvent, comme d'ailleurs les autres kystes du même organe, descendre dans le cul-de-sac recto-vaginal, proéminer dans le vagin et par suite constituer une tumeur du petit bassin, n'est pas isolée dans la science. On lit en effet dans la REVUE MÉDICALE de 1838, qu'un rapport de madame Boivin, une femme malade à la maison royale de santé, en 1826, présentait une tumeur qui remplissait tout le ventre, et qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences. Elle soulevait la paroi postérieure du vagin, ce qui fut constaté par le toucher. M. Paul Dubois en fit l'incision à travers les parois vaginales, et il sortit environ 20 litres d'une matière analogue à de la bouillie par sa consistance. Après la déplétion du kyste, l'utérus élevé qu'il était redescendit occuper sa place dans le bassin, et l'on sentit qu'il était dans son état naturel. L'amélioration qui suivit cette opération ne fut que de courte durée, car la malade mourut un mois après. L'autopsie démontra que la tumeur était due à l'ovaire gauche qui avait acquis du développement par suite de la disposition dans son intérieur d'une quantité d'hydatides et de beaucoup de matière *tuberculeuse*.

En résumé :

1° Les kystes hydatiques se rencontrent quelquefois, chez la femme, dans l'excavation du bassin. Parfois les kystes ont leur siége primitif dans un des *ovaires*, parfois dans le *tissu cellulaire* extrapéritonéal;

2° Ces kystes hydatiques peuvent être simples ou multiples, et accompagnés de kystes semblables dans d'autres parties du corps;

3° Les kystes gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales et peuvent être un obstacle à l'accouchement;

4° La guérison de ces kystes peut être quelquefois la suite de leur ouverture spontanée *dans le rectum*, ou de leur ouverture dans le vagin, par l'instrument tranchant;

5° La sortie d'un ou plusieurs acéphalocystes est, pendant la vie, le signe caractéristique de ces tumeurs. J'ai constaté, dans un cas, que les acéphalocystes contenaient des ecchinocoques; on n'a pas recherché ces helminthes dans les autres cas qui ont été publiés.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR UN CAS D'INFECTION PURULENTE SURVENUE A LA SUITE DE LA CAUTÉRISATION D'UN BUBON DÉGÉNÉRÉ AU MOYEN DE LA POUDRE DE VIENNE; par M. le docteur BOURGUET, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

Le fait suivant démontre, contrairement à l'opinion de MM. Bonnet (de Lyon), Rivallié, et de la plupart des chirurgiens qui dans ces dernières années ont cherché à généraliser l'emploi des caustiques à l'exclusion de l'instrument tranchant, que cette manière d'opérer ne met pas constamment à l'abri de l'infection purulente.

Quoique nous soyons très-disposé à considérer le résultat funeste qui est survenu dans cette circonstance comme entièrement exceptionnel, nous n'en croyons pas moins utile de le faire connaître, afin que les praticiens soient prévenus de la possibilité de pareils accidents, et que sachant qu'il n'est point de méthode ni de procédé opératoire qui mette d'une manière certaine à l'abri de l'infection purulente, ils soient portés à surveiller attentivement l'apparition des premiers symptômes de cette terrible maladie, et surtout à éloigner de leur malade les causes qui peuvent en favoriser le développement.

OBS. — Un militaire, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, contracte à Rome, dans le courant de juillet 1840, une blennorrhagie et un bubon. Sous l'influence d'un traitement approprié la blennorrhagie disparaît, mais le bubon persiste et s'indure malgré l'emploi des sangsues, des frictions mercurielles, des cataplasmes. Le malade est renvoyé en France et évacué sur l'hôpital d'Aix où il entre le 23 novembre 1849.

A son arrivée, il est mis à l'usage d'un traitement par les pilules de Dupuytren et la tisane de saponaire; en outre, un vésicatoire est appliqué sur le bubon.

Après trois mois de traitement, son état ne s'étant pas sensiblement amélioré et le bubon continuant à présenter une induration très-étendue, les mercuriaux sont remplacés par l'iodure de potassium à doses progressivement croissantes, depuis 50 centigrammes jusqu'à 2 grammes. En même temps, des frictions iodurées sont pratiquées sur la tumeur, et le malade prend de temps à autre quelques bains généraux.

Malgré ce traitement, la résolution ne marche nullement; bien plus, de la fluctuation se manifeste dans divers points, et plusieurs ponctions deviennent nécessaires. Mais au lieu de tendre vers la guérison, les ouvertures résultant de ces ponctions restent fistuleuses, et on sent sous la peau un tissu mollasse, comme fongueux, entremêlé d'une induration très-forte de plusieurs ganglions lymphatiques.

Cet état paraissant devoir se modifier très-difficilement sous l'influence d'un traitement général, et un grand nombre de moyens locaux ayant déjà été employés sans avantage, nous résolûmes de l'attaquer en détruisant les tissus fongueux et indurés au moyen de la poudre de Vienne.

Le 24 janvier, une première cautérisation fut pratiquée au centre du bubon, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres de long sur 2 centimètres environ de large.

Quelques jours après, à la chute de l'escarre, tous les tissus malades n'ayant pas été atteints, une nouvelle application du caustique eut lieu dans une moindre étendue.

Enfin, le 5 février, un point induré restant encore à la partie supérieure de la plaie, nous prescrivîmes une troisième application de poudre de Vienne, dans une étendue qui ne dépassait pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Pendant les premiers jours, le malade paraissait très-bien; l'escarre provenant de la dernière cautérisation commençait même à se détacher, et la plaie offrait une couleur vermeille dans le reste de son étendue, lorsque, le 12 février, ce jeune homme fut pris de frissons qui se prolongèrent pendant une partie de la nuit et se reproduisirent le lendemain, à peu près à la même heure. En même temps, la plaie changea d'aspect, ses bords s'affaissèrent, la suppuration diminua considérablement et devint séreuse. (Prescript. : Sulfate de quinine en pilules, 1 gramme; pansement de la plaie avec des plumasseaux de styrax.)

Les jours suivants, les frissons se renouvelèrent à des intervalles irréguliers, malgré la continuation du sulfate de quinine; la physionomie s'altéra; la peau prit une teinte ictérique très-prononcée; la prostration fit des progrès sensibles: la langue, les dents, les gencives devinrent fuligineuses; enfin, le malade succomba le 26 février, après avoir été soumis, sans succès, à l'emploi des diurétiques, des sudorifiques, de la teinture d'aconit à haute dose, d'après la méthode de M. Tessier, à l'application de grands vésicatoires aux bras, aux jambes et sur l'abdomen, etc.

L'*autopsie* nous permit de constater les lésions suivantes.

Vers le milieu du pli de l'aine existe une plaie un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs; elle est presque complètement desséchée et offre un aspect grisâtre. En dessous de cette ulcération, sous le bord inférieur du ligament de Fallope, on rencontre un fragment de ganglion lymphatique induré de la grosseur d'une petite aveline n'ayant pas été atteint par le caustique. Les veines épigastriques, honteuses externes, sous-cutanée abdominale, et les petits rameaux veineux qui avoisinent la plaie sont examinés avec le plus grand soin; il n'existe, à leur intérieur, ni caillots ndhuratoires, ni traces de la moindre phlogose; leur membrane interne présente la consistance accoutumée; elle est lisse, polie, offre une teinte pâle uniforme, et ressemble en tout point à la surface interne des autres veines que nous examinons dans divers endroits, afin de pouvoir établir un terme de comparaison. Il en est de même de la veine crurale, qui est ouverte en dessus et en dessous de la plaie de l'aine; ses parois sont affaissées, et elle ne renferme que du sang fluide, en assez petite quantité. Les veines iliaque externe, iliaque primitive, la veine cave inférieure, ne présentent également aucune trace de phlegmasie, pas plus que la veine porte ni les veines hépatiques.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qui partent du pli de l'aine et se dirigent vers l'abdomen sont aussi l'objet d'un examen minutieux et ne présentant rien de particulier.

Le grand lobe du foie est augmenté de volume du côté de la convexité. Le doigt promené à sa surface perçoit, dans ce point, une fluctuation manifeste; un histouri plongé au centre de la tumeur fluctuante donne issue à 150 grammes environ de pus parfaitement lié. Outre cette collection principale, ce même lobe

présente neuf ou dix autres collections de moindre importance, dont quelques-unes renferment, comme la première du pus phlegmoneux, homogène et bien lié, d'autres de la sanie purulente; d'autres sont formés uniquement par des foyers sanguins, et quelques-uns même par une simple injection locale. Tout autour et dans le reste de son étendue le parenchyme du foie est sain.

Les plèvres présentent des traces non douteuses d'inflammation: la droite plus que la gauche. Les poumons renferment comme le foie un grand nombre d'abcès métastatiques à différents degrés d'évolution, exactement circonscrits, disséminés dans les deux poumons, principalement dans le droit. Nous en comptons dix à onze dans le poumon droit, et quatre à cinq dans le poumon gauche. Quelques-uns renferment du pus, mais le plus grand nombre sont constitués par des noyaux durs, à aspect grisâtre; autour d'eux le tissu du poumon est sain et crépitant.

Les autres viscères ne présentent rien de particulier: le cœur est flasque; les cavités droites et gauches renferment l'une et l'autre du sang fluide, poisseux, de couleur brune noirâtre, exhalant, ainsi que tout le reste du corps, une odeur de pus très-prononcé; ni la surface interne du cœur ni les gros vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent ne présentent des traces d'inflammation; le sang qu'ils renferment est fluide, et nulle part réuni en caillots.

Outre l'intérêt que présente l'observation qui précède, au point de vue de la cause *occasionnelle* de l'infection purulente, cause sur laquelle nous avons appelé l'attention en commençant, nous ne voulons pas terminer sans dire un mot du résultat de l'autopsie.

Ainsi qu'on a pu le remarquer par les détails dans lesquels nous venons d'entrer, l'autopsie n'a pas permis de reconnaître la moindre trace de phlébite dans les veines situées au pourtour de l'ulcération de l'aine, pas plus que dans la veine crurale, la veine iliaque, et les autres parties du système veineux, quoique l'examen en ait été fait avec un soin très-minutieux.

La théorie qui considère l'infection purulente comme *toujours* consécutive à la phlébite, et qui croit que le pus est sécrété dans la cavité des veines avant d'être mélangé avec le sang et déposé dans les organes, trouvera le fait qui précède un peu embarrassant à expliquer. On ne saurait admettre, en effet, qu'une veine a pu sécréter du pus sans être enflammée, et tout en conservant sa texture normale comme dans le cas actuel. Malheureusement pour la théorie le fait existe, il n'a pas été inventé tout exprès pour les besoins de la cause; au contraire, il a été observé avec soin, sans idée préconçue, et avec le désir bien arrêté de ne voir que ce qui existait réellement.

A ce sujet, nous dirons que s'il nous est arrivé, comme à tous les chirurgiens, de rencontrer assez souvent des traces de phlébite et d'autres lésions du système veineux (caillots organisés et adhérents, suppuration de l'intérieur des veines, etc.) chez des malades qui avaient succombé à l'infection purulente, nous avons vu pareillement d'autres cas dans lesquels l'autopsie n'a révélé aucune lésion de ce système. Un premier fait de ce genre s'est présenté à nous, il y a plusieurs années, et nous fut fourni par un homme âgé de trente-quatre ans, atteint de fracture du crâne avec enfoncement des deux tables de l'os, fracture produite par la chute d'un énorme clou en fer, de la hauteur d'un second étage. Le malade avait traversé avec bonheur les premiers accidents; une esquille assez volumineuse qui comprimait le cerveau avait pu être enlevée, et la plaie qui en était résultée était presque entièrement cicatrisée, lorsque le trente-neuvième jour après l'accident, se déclarèrent des symptômes d'infection purulente auxquels il succomba. L'autopsie faite avec beaucoup de soin, ne nous permit de reconnaître aucune inflammation des petites veines entourant la plaie, des veines diploïques, des sinus de la dure-mère, des veines du cerveau, ni d'aucune autre portion du système veineux. Et cependant des abcès métastatiques nombreux existaient dans le foie, les poumons, l'articulation de l'épaule et du genou, l'épaisseur et les interstices des muscles de la région jambière antérieure. Un second cas, du même genre, nous a été offert par une femme âgée de cinquante-quatre ans, à qui nous avions enlevé une tumeur squirrheuse du sein et un paquet de ganglions dégénérés dans le creux de l'aisselle. La plaie du sein était complétement cicatrisée, celle de l'aisselle était réduite à de très-petites dimensions, lorsque, à la suite d'une indigestion occasionnée par une soupe aux choux, le trente-troisième jour après l'opération, survinrent des vomissements et un frisson prolongé, qui furent suivis de tous les symptômes de l'infection purulente. A l'autopsie, nous ne rencontrâmes également aucune lésion du système veineux, tandis que le foie était rempli d'abcès métastatiques. Enfin, nous en avons observé un troisième, dans le courant de mars 1849, chez un militaire à qui nous avons pratiqué la resection du quatrième métatarsien, pour une carie de la tête de cet os. Ici les premiers symptômes d'infection purulente apparurent peu de jours après l'opération, et emportèrent le malade au bout de dix jours. A l'autopsie, nous trouvâmes un grand nombre d'abcès métastatiques dans les deux poumons et un épanchement séro-purulent dans la plèvre gauche, mais pas la plus petite trace de phlébite.

A ces faits, les partisans de la phlébite quand même répondront que cette inflammation n'en existait pas moins, quoique nous ne l'ayons pas constatée. Nous connaissons d'avance cette réponse, qui est extrêmement commode; mais, nous l'avouons, elle ne saurait nous satisfaire, et nous croyons que tout esprit un peu sévère aura de la peine à s'en contenter. Il nous semble peu logique, en effet, d'admettre qu'un médecin, même peu versé dans l'étude de l'anatomie pathologique, ne saura pas distinguer une veine enflammée d'une autre qui ne l'est pas : il suffit pour cela d'avoir de bons yeux et d'examiner attentivement les veines, afin de s'assurer si leurs tuniques sont saines, ou bien si elles présentent (l'interne surtout) des altérations de texture et de coloration. D'ailleurs, il existe dans la science d'autres faits que ceux que nous venons de rapporter, dans lesquels on n'a trouvé à l'autopsie aucune trace de phlébite, chez des malades qui avaient succombé à l'infection purulente. M. le professeur Bérard aîné lui-même, quoique partisan exclusif de la phlébite, avoue en avoir constaté (1). Or un pareil aveu a beaucoup de prix à nos yeux. Il nous paraît hors de doute que si un homme aussi bien placé que M. Bérard et aussi habitué à de pareilles recherches n'a pas toujours rencontré l'inflammation des veines dans ses autopsies, c'est que cette inflammation n'est pas constante, et qu'on ne peut pas baser sur elle une explication qui soit applicable à tous les cas d'infection purulente.

Mais si la phlébite n'est pas toujours le point de départ de l'infection purulente, et si on ne peut pas, dans tous les cas, considérer cette maladie comme une simple inflammation des veines suivie de suppuration, il y a lieu de se demander ce qu'elle est en réalité, et comment il est possible de comprendre la production des abcès métastatiques. Sans nous dissimuler combien sont grandes les difficultés qui entourent cette question, nous dirons cependant qu'il nous semble possible d'en donner une explication satisfaisante, en admettant que la formation et le passage du pus en nature dans le torrent circulatoire ne sont pas la cause unique de cette maladie, mais que, dans quelques circonstances spéciales, l'absorption des éléments, c'est-à-dire des parties les plus ténues et les plus fluides du pus, suffit pour produire les abcès métastatiques et les phénomènes généraux de l'infection purulente.

A l'appui de cette manière de voir, nous établirons les propositions suivantes :

1° Dans presque tous les cas d'infection purulente connus, il existait à la surface du corps une plaie en suppuration.

2° Au début de la maladie, ordinairement après un frisson prolongé, on voit le pus sécrété à la surface de la plaie devenir sanieux, fétide, plus irritant, plus fluide et plus séreux que dans l'état ordinaire.

3° A la même époque, la quantité de la suppuration diminue constamment; parfois même elle se supprime d'une manière complète.

4° Après la mort, on trouve le sang noirâtre, granulé, poisseux, se coagulant moins facilement, exhalant une odeur de pus très-prononcée, dans les cas où la phlébite a précédé l'infection purulente comme dans ceux où il n'en existe pas de trace.

5° L'absorption du pus en nature, soit par les veines, soit par les lymphatiques, n'est pas possible, et ne saurait être invoquée comme explication de l'infection purulente (L.-P. Bérard).

6° L'absorption des éléments les plus fluides du pus n'a rien qui répugne aux lois d'une saine physiologie.

7° On trouve un moyen d'expliquer par là non-seulement les faits d'infection purulente sans phlébite dont nous venons de citer quelques exemples, mais encore ceux rapportés par M. Tessier et d'autres chirurgiens, dans lesquels la veine était oblitérée par un caillot adhérent sur les limites mêmes du point où le pus était réuni au foyer.

On nous objectera peut-être que, dans les collections de pus déjà formées qui se terminent par résolution, ainsi que dans la fièvre hectique, de résorption, ou *infection putride*, comme M. Bérard l'a appelée, on voit également la résorption des parties les plus fluides du pus, sans qu'il survienne néanmoins des abcès métastatiques. A cela nous répondrons que, dans ces cas, les éléments du pus ne restent pas mélangés avec le sang, et ne vont pas se déposer dans les organes pour y constituer les noyaux des abcès métastatiques, comme dans l'infection purulente, mais qu'ils sont, au contraire, éliminés au dehors par divers émonctoires (les urines, la sueur, etc.). — Nous dirons, en second lieu, qu'il existe dans l'infection purulente une *prédisposition particulière* pouvant être rapportée à des causes spéciales (état traumatique, accidentel ou chirurgical, accouchement, etc., etc.), qui placent l'économie dans des conditions très-différentes de celles au milieu desquelles elle se trouve placée dans l'infection putride. — Enfin nous admettrons encore, comme établissant une différence entre ces deux maladies, l'existence d'une *affection morbide géné-*

(1) Ph. Bérard, Dict. de méd., 2e édit., t. XXVI, p. 477.

rale antérieure à l'absorption des éléments du pus, et se traduisant à l'extérieur par le frisson particulier dont nous parlions tout à l'heure, les changements dans l'aspect de la plaie, qui de rose devient blafarde; l'altération des qualités physiques du pus; la diminution ou la suppression de la suppuration, symptômes qui se présentent tous dès le début de la maladie, par conséquent avant l'introduction du pus dans le sang (1).

En résumé, l'infection purulente nous paraît devoir être considérée comme une *complication accidentelle*, pouvant accompagner indistinctement toute espèce de blessure ou de lésion traumatique avec plaie, les opérations chirurgicales les plus légères comme les plus graves, l'accouchement, et, dans quelques cas même, une simple plaie en suppuration, ainsi que nous l'avons vu une fois chez un malade qui en fut atteint à la suite de brûlure, au moment où celle-ci se trouvait en pleine suppuration. Cette complication a pour résultat d'introduire dans l'économie le pus en nature ou les éléments les plus fluides du pus, selon qu'elle se lie à une phlébite suppurée sans oblitération du calibre de la veine ou à une phlébite, suivie d'oblitération de ce vaisseau par des caillots organisés et adhérents (Tessier), ou bien enfin à des cas dans lesquels il n'existe pas de traces de phlébite. Mais en raison de la nature toxique des principes introduits dans le sang, ce qui n'était d'abord qu'une simple complication, ne tarde pas à constituer une maladie nouvelle infiniment plus grave que la première, la *fièvre*, la *diathèse*, l'*infection purulente*, ainsi qu'on l'a tour à tour appelée, maladie qui a été considérée avec beaucoup de raison comme un véritable empoisonnement, et dans laquelle, en effet, un principe étranger essentiellement nuisible est mélangé au sang, voyage avec lui, et en se déposant au milieu des solides occasionne ces collections purulentes étendues et multipliées auxquelles on a donné le nom d'*abcès métastatiques*, collections se formant, comme on sait, avec une extrême rapidité, le plus souvent sans symptômes d'inflammation préalable, et amenant la mort d'une manière presque fatale.

Avant de terminer ces réflexions qui nous ont été dictées par le désir de trouver une explication rationnelle des faits rapportés plus haut, nous croyons devoir dire un mot de l'*étiologie*.

L'étude des causes qui président au développement de l'infection purulente, des causes prédisposantes comme des causes déterminantes, ne nous paraît pas avoir été poursuivie avec tout le soin qu'elle eût mérité; elle seule cependant peut donner la clef de bien des difficultés, et fournir les moyens de prévenir cette terrible et trop fréquente complication, contre laquelle malheureusement les ressources de la thérapeutique sont presque toujours, ou pourrait même dire toujours, impuissantes lorsqu'elle est une fois développée.

Parmi les causes qui nous paraissent avoir été trop peu étudiées, nous signalerons en première ligne les *causes morales*. Et pourtant personne n'ignore l'influence que les causes de ce genre exercent sur l'économie animale, et en particulier sur les sécrétions avec lesquelles la suppuration offre tant d'analogie, comme l'ont établi les travaux de Morgan et de J. Hunter : ainsi tout le monde sait que la sueur, les larmes, l'urine, le lait, la bile, etc., peuvent être augmentés, diminués, supprimés, dénaturés sous l'influence de l'effroi, de la peur, de la crainte, de la colère, d'un violent chagrin, etc., etc. Or quelle est, dans la vie, la circonstance où les causes de ce genre sont plus multipliées et où l'économie elle-même est plus facilement impressionnable qu'à la suite des opérations chirurgicales et de l'accouchement, états qui, entre tous, favorisent la production des abcès métastatiques? En second lieu, nous signalerons les *erreurs de régime*. Il serait certainement facile de trouver des raisons physiologiques nombreuses pour démontrer l'influence que les erreurs de régime peuvent exercer sur le développement de l'infection purulente; toutefois, nous nous bornerons à rappeler un fait qui démontre cette action d'une manière incontestable, c'est celui de cette femme dont nous avons rapporté plus haut l'observation abrégée, chez laquelle la maladie se déclara le trente-troisième jour après l'opération, à la suite d'une indigestion provoquée par une soupe aux choux. Enfin, nous serions assez porté à croire que l'*impression du froid* peut également servir de cause déterminante dans quelques cas.

On le voit, tout n'a pas encore dit à cet égard, et il y a lieu de se préoccuper davantage et d'apporter à l'avenir plus de soins à la recherche des causes de l'infection purulente, surtout des causes déterminantes, les plus importantes de toutes, car elles peuvent offrir à l'homme de l'art l'occasion de faire de la *médecine préventive*, qui est incontestablement la meilleure et la plus efficace.

(1) L'existence d'un état morbide antérieur à l'absorption des éléments du pus permet en outre d'expliquer l'ordre selon lequel se succèdent les symptômes que nous venons d'énumérer : ainsi on sait que la plupart des maladies présentent à leur début un frisson plus ou moins prolongé; que la suppuration diminue ou se supprime généralement sous l'influence d'une maladie concomitante; enfin qu'un grand nombre de maladies, et même simplement des causes de maladies, ont pour résultat de modifier la nature de la suppuration.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI D'UNE NOUVELLE ESPÈCE D'AIGUILLE DANS L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE.

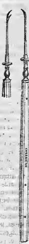
OBS. — La nommée Malherbe (Marianne), âgée de 65 ans, entre le 15 juillet 1852 au nº 23 de la salle Sainte-Rose (hôpital de la Charité), service de M. Gerdy.

Les antécédents de la malade n'offrent aucune particularité. L'œil gauche est cataracté depuis deux ans. La malade ne voit pas de cet œil. Tous les symptômes et signes indiquent une cataracte lenticulaire.

L'œil n'est pas enflammé, et la malade jouit d'une bonne santé. Il n'y a ainsi nulle contre-indication à l'opération.

M. Gerdy pratique la méthode d'abaissement le 19 juillet. Pour cette opération, il a recours à l'aiguille à deux branches et à l'aiguille à coulisse du nouveau modèle de M. Charrière fils.

Déjà M. Gerdy, pour éviter la bascule du cristallin autour de l'aiguille quand on ne pèse pas sur le centre même du cristallin, imagina il y a plusieurs années une aiguille composée de deux branches s'ouvrant comme une pince de Hunter, et se fermant avec une canule qui jouait le rôle de coulant. Comme l'instrument était difficile à bien faire, M. Gerdy avait engagé MM. Lüer et Charrière à chercher une modification qui en rendît la fabrication plus facile. M. Charrière n'avait pu y parvenir, quand il présenta dans un autre but une aiguille double à ciseaux, qu'il voulait exposer à Londres, et qu'il avait faite d'après le modèle de M. Gerdy, pour porter dans l'œil un instrument propre à s'y déployer. M. Gerdy, trouvant cet instrument capable de simplifier son aiguille, demanda à M. Charrière de faire une aiguille semblable pour abaisser la cataracte, en la modifiant légèrement pour le but auquel il la destinait. C'est ce que M. Charrière fils a heureusement exécuté.



Cette nouvelle aiguille de M. Charrière fils est composée de deux parties assemblées par un coulant qui adhère à l'une d'elles. Elle est disposée de manière que les branches s'assujettissent mutuellement l'une contre l'autre, au point que leurs lames font l'office de ciseaux. Ces ciseaux coupent très-bien. Le manche, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire (voir la figure), s'assemble avec la double aiguille par une simple échancrure dite à baïonnette, de sorte qu'on peut la nettoyer aussi aisément et aussi complétement qu'une aiguille simple ordinaire.

Pour traverser la sclérotique, l'aiguille double n'a pas exigé plus d'efforts qu'une aiguille simple, ce qui était le difficile de l'exécution, et n'a point causé plus de douleur à la malade.

La membrane cristalline est déchirée par l'aiguille encore simple, puis celle-ci s'ouvre facilement dans la chambre postérieure; elle y manœuvre librement, sans souffrance pour la malade, ses deux branches étant écartées.

Celles-ci sont appuyées par leur plein sur la face antérieure du cristallin, de chaque côté de son centre, et on abaisse la lentille. Le cristallin remonte; il est abaissé de nouveau et aussi promptement, et reste abaissé. Puis l'instrument est fermé et retiré de l'œil sans qu'il y ait eu d'autre phénomène que l'écoulement d'un peu de sérosité roussâtre dans l'intérieur de l'œil. La malade ne souffre point, et, quoique la vision soit peu distincte, il y a lieu d'espérer un heureux résultat.

Au reste, ce n'est pas la première fois que M. Charrière fils exécute l'idée d'une aiguille à deux branches capable de s'ouvrir dans l'œil sans causer d'accident. N'a-t-il pas présenté l'aiguille-pince faite sur le même principe que l'aiguille précédente, introduite dans l'œil aussi facilement que l'aiguille simple à cataracte? Elle s'ouvre dans celui-ci sans danger, y pince des fausses membranes ou des débris de cataracte qui ne se résorbent pas, les tire au dehors par son ouverture d'entrée, et permet ainsi de les extraire complétement ou en partie, car quelquefois elles se déchirent. Cette manœuvre est simple et, souvent efficace, sans résultat fâcheux.

M. Guersant l'employa en juillet 1851, à l'hôpital des Enfants malades, sur un petit garçon de douze ans opéré de cataracte une année auparavant, et dont la vision était très-gênée par des lambeaux qui obstruaient le champ de la pupille. (GAZ. DES HÔP.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

PRATIQUE FUNESTE DES PAYSANS IRLANDAIS DU COMTÉ DE CORK, FONDÉE SUR LA CROYANCE AUX FÉES; par le docteur WILLIAM PICKELLS.

En 1851, aux assises de Nenagh (comté de Tipperary), une femme, nommée Bridget Peters, fut accusée et convaincue d'avoir donné la mort à un enfant en lui administrant de fortes doses de digitale pourprée, dans la croyance que cet enfant avait été substitué au sien par les fées. La digitale avait été donnée en décoction.

Ce fait donna à M. William Pickells l'idée de reprodnire un article anonyme dont il est l'auteur, et qui a été inséré en 1828 dans le BOLSTER'S QUATERLY MAGAZINE. Depuis cette époque, il a appris que la même superstition était plus étendue qu'il ne l'avait cru d'abord, et que le clergé catholique employait toute son influence à la combattre.

Les détails contenus dans le travail de M. Pickells sont assez curieux pour que nous en rapportions les principaux.

Aux yeux des paysans d'une partie de l'Irlande, les enfants atteints de certaines affections; scrofules, rachitisme, et d'autres encore, ne sont pas des êtres humains, mais bien des êtres surnaturels qui ont été méchamment substitués par les fées aux enfants véritables qu'elles ont emportés. Or il est de croyance que ces êtres succombent à des doses de digitale trop faibles pour donner la mort à un être humain : de là un moyen de s'assurer de la supercherie. On fait bouillir une poignée de feuilles fraîches de digitale, comme on ferait d'un chou (in the manner of cabbage), et l'on en donne une certaine dose à l'enfant. Quelquefois même le jus des feuilles est donné par gouttes. Si le petit être succombe, ce n'était pas un être humain; s'il revient à la santé, après les premiers effets de la drogue, il n'y avait pas eu substitution. Malheureusement la dose administrée est souvent assez considérable pour donner la mort. La superstition est tellement enracinée que les hommes éclairés appellent une répression légale. Dans un cas cité par l'auteur, une mère se présente chez M. Drummond, administrateur du jardin botanique, et lui demande si la plante qu'elle tient à la main est bien celle qui tue les enfants substitués; M. Drummond lui adresse les plus vives remontrances. Néanmoins cette femme, rentrée chez elle, administre la drogue; l'enfant fut trouvé mort le lendemain matin.

Il importe d'autant plus de détruire de si funestes croyances que, l'épilepsie étant au nombre des maléfices infligés par les fées, certains auteurs ont cru voir dans une telle tradition un témoignage favorable aux vertus anti-épileptiques de la digitale; et c'est encore la digitale qui forme, si nous ne nous trompons, la base de certaines pilules vantées de nos jours contre cette redoutable infirmité. Les fées n'exercent pas seulement leur malice en dérobant (stealing) les enfants, mais encore en les frappant (striking) de quelque maladie. Ces deux expressions sont populaires en Irlande; le *stealing* et le *striking* résument les deux modes d'intervention des fées : l'épilepsie et la paralysie sont des effets du *striking*.

La digitale, connue encore en Irlande sous le nom de *luss-more* ou grande herbe, est plus souvent appelée *« fairie's cap, » chapeau de fée*, à cause de la riche couleur pourpre de sa fleur en clochette. Il y a encore une autre plante qui porte le nom d'herbe des fées (*fairie's herb*); c'est la *scrofulaire*. Prise en nature, elle constitue, aux yeux du bas peuple, un excellent remède contre l'épilepsie. Comme on la suppose confiée à la garde des fées, pour s'en procurer sans encourir leur vengeance, on attache à la tige un porc ou un chien, qui arrache la plante.

SUR LA STRUCTURE ET L'USAGE DU LIGAMENT ROND DE L'UTÉRUS; par M. G. RAINEY.

Deux voies sont ouvertes pour arriver à connaître si un muscle est soumis ou non à l'empire de la volonté. On peut étudier ses fonctions, ses usages, tels que l'observation nous les enseigne, ou bien prendre, au contraire, pour point de départ la considération de sa structure intime. Autrefois, la physiologie étant en avance sur l'anatomie, on employait de préférence le premier procédé; et, sous ce rapport, il ne peut pas être étonnant que la destination du ligament rond de l'utérus soit demeurée si longtemps obscure; mais aujourd'hui, on sait que les muscles volontaires sont formés d'un faisceau de fibres de volume presque égal, dont chacun offre des stries transversales parallèles, tandis que les muscles non volontaires sont simplement constitués par une agrégation de fibres plus ou moins distinctement nucléolées.

Partant de ce fait, on doit ranger les fibres du ligament rond parmi celles de la première classe, celles qui répondent soit à la volition, soit à l'influence excito-motrice; car, d'après M. Rainey, qui les a examinées chez douze sujets à ce point de vue, on y trouve toujours une apparence striée des mieux caractérisées.

L'anatomie graphique confirme encore cette donnée en révélant la véritable origine, ainsi que les connexions du ligament rond. Voici, en effet, comment M. Rainey le décrit. Il naît par trois faisceaux de fibres tendineuses. Le plus interne vient du tendon de l'oblique interne et du transverse près de la symphyse pubienne; le moyen provient du pilier supérieur de l'anneau inguinal externe, près de sa partie supérieure; le faisceau externe se détache du pilier inférieur de ce même anneau, dans le voisinage du ligament de Gimbernat. De ces diverses insertions les fibres passent en arrière et en dehors, se condensant bientôt; elles s'unissent alors de manière à former une corde arrondie, qui vient croiser l'artère épigastrique et descend derrière le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse, muscles dont elle est séparée par un mince fascia qui se continue avec le *fascia transversalis*. Elle glisse entre les feuillets du péritoine qui constituent le ligament large de l'utérus, et, se rapprochant enfin de ce viscère, peut être considérée comme s'insérant à lui, après s'être un peu étalée.

Les fibres musculaires striées forment la plus grande partie du ligament rond; elles sont surtout bien apparentes à son centre. Mais au niveau du ligament large, elles perdent peu à peu ce caractère et dégénèrent en fascicules de fibres granulées, mêlés de longs tractus de tissu cellulaire.

Cette description, comme on le voit, diffère assez sensiblement de la courte mention que les ouvrages classiques donnent au ligament rond, en disant que, après être sorti par l'anneau inguinal, *il se perd dans le tissu cellulaire du mont de Vénus et des grandes lèvres*. Il est vrai que des vaisseaux, un nerf, quelques lymphatiques et souvent un ganglion, passent à travers l'anneau inguinal; mais le tissu même du ligament est situé au-dessus de cet anneau, de manière à le fermer en partie. Il s'oppose donc à la sortie des viscères par cette ouverture, et concourt vraisemblablement à rendre, chez la femme, les hernies crurales plus communes que les inguinales.

Les auteurs ont jusqu'ici considéré le ligament rond, les uns comme formé de fibres ayant la même nature que celles de l'utérus, les autres comme résultant uniquement de tissu cellulaire condensé. En conséquence ceux-ci ne lui accordent que l'utilité d'un agent contentif ou suspenseur de l'utérus, tandis que ceux-là le croient destiné à servir au travail vital qui s'opère dans cet organe pendant la grossesse. Mais la présence de fibres musculaires striées renverse ces deux opinions; car elles seraient inutiles à un ligament suspenseur, et ne pourraient pas non plus partager les modifications que subissent les fibres utérines, puisque celles-ci sont d'une tout autre nature. Il est donc très-probable que ces ligaments ou plutôt ces muscles ont par leurs fonctions quelques rapports avec l'acte de la copulation. Leur action combinée doit rapprocher l'utérus de la symphyse pubienne et tendre ainsi à allonger le vagin. Cette manière de voir, déjà émise par quelques auteurs, explique la participation du ligament rond au coït, en admettant que l'allongement du vagin ainsi opéré contribue à attirer le sperme à la partie supérieure du conduit vulvo-utérin et au voisinage même du col. Mais, comme tous les muscles qui agissent dans ce moment, il n'obéit, bien entendu, alors qu'au pouvoir excito-moteur.

EXPÉRIENCES SUR LA SECTION DES NERFS GLOSSO-PHARYNGIEN ET HYPOGLOSSE ET SUR LES ALTÉRATIONS QUI SURVIENNENT CONSÉCUTIVEMENT DANS LEUR STRUCTURE; par le docteur AUG. WALLER.

La question des altérations qui surviennent dans la texture des nerfs après leur section a été diversement résolue. Burdach place une ligature sur le nerf sciatique d'une grenouille, et au bout d'une semaine n'aperçoit aucune lésion ni au-dessus ni au-dessous. Steinrück (DE REGENERATIONE NERVOR.; Berlin, 1838) dit que sur trois expériences semblables, le cordon devint plus petit, ce qu'il attribua à l'atrophie du névrilemme. Suivant Gonther et Schön (Muller, ARCHIVES, 1840), au bout d'une semaine la portion isolée du tronc devient moins arrondie, moins pleine que du côté sain; le tissu médullaire ressemble un peu à du caillé. Le changement d'aspect va en augmentant jusqu'à ce que le tissu paraisse tout à fait désorganisé. Nasse assure (Muller, ARCHIVES, 1839) que cinq mois après la section du nerf sciatique d'une grenouille, les tubes étaient transformés, au-dessous de la section, en granulations et en petites masses informes. On y voyait aussi de petits corps ovales, paraissant entourés d'une membranule pâle.

Reprenant cette question, l'auteur a fait quelques expériences sur les nerfs de la langue des grenouilles. Il y en a deux paires : l'une, partie du cerveau, traverse la partie postérieure du crâne, accompagnée du pneumo-gastrique ; elle correspond au glosso-pharyngien de l'homme ; elle descend jusqu'au *muscle* hypoglosse, puis, accompagnée de vaisseaux sanguins, passe par-dessus l'os hyoïde et pénètre dans la langue sans donner aucune branche au gosier. L'autre paire provient de la partie antérieure de la moelle, traverse le premier trou cervical et constitue la première paire cervicale du nerf. L'auteur la regarde, avec Burdach, comme l'analogue de l'hypoglosse chez l'homme. Or voici les lésions amenées progressivement par la section de ces deux nerfs, indépendamment bien entendu de l'influence exercée sur la sensibilité ou sur le mouvement.

1° Section du glosso-pharyngien. Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération, on n'observe d'abord aucun changement ; le tissu nerveux reste transparent. Généralement à la fin du troisième ou quatrième jour, la substance médullaire est légèrement trouble et comme un peu coagulée ; elle ne paraît pas remplir exactement le névrilemme. L'observation parfois ne peut aller au delà sur l'animal vivant, une mort prompte étant le résultat ordinaire de l'opération. Si l'examen est fait vingt-quatre heures après la mort, on remarque une grande différence entre les nerfs des deux côtés ; du côté sain, la décomposition commençante fait gonfler le nerf, tandis que du côté opéré son volume ne change presque pas.

L'aspect trouble du nerf, quand l'observation peut être poursuivie, aboutissait vers le sixième jour à une sorte de *caillebotté*. Les parties ainsi coagulées avaient parfois une apparence spongieuse, souvent le simple aspect de parcelles de substance médullaire échappées de leur enveloppe et conservaient encore le noyau qui caractérise cette substance. Le diamètre des tubes altérés était en général plus petit que du côté opposé, quelquefois même ils étaient tout à fait vides ; en sorte que la substance médullaire n'était retenue que par l'enveloppe générale du nerf, c'est-à-dire le névrilemme. Si par la potasse (qui ne dissout pas les nerfs) on détruisait les tissus environnants, la membrane tubulaire n'offrait pas de trace de rupture et la substance médullaire semblait moins désorganisée qu'avant la dénudation ; cependant la destruction était telle par places que des tubes nerveux étaient emportés avec les autres tissus dissous par l'alcali... Vers le dixième jour, les parties coagulées changent de forme et deviennent régulièrement granuleuses ; les granules sont noirs à la lumière directe et un peu blancs à la lumière réfléchie ; ils ont 1/20,000 de pouce de diamètre. L'état granuleux est complet vers le vingtième jour. Telles sont les circonstances principales de l'altération, dont l'auteur décrit minutieusement toutes les phases et tous les degrés.

2° Section de l'hypoglosse. Pendant les quatre premiers jours, aucun changement appréciable dans le tissu. Vers le cinquième, les tissus ont paru plus variqueux que du côté opposé et la substance médullaire plus irrégulière. Au bout de dix jours, elle était désorganisée, formant par intervalle des masses fusiformes. Ces altérations, qui étaient très-évidentes dans des tubes isolés, étaient reconnaissables aussi dans les branches. Après douze ou quinze jours, quelques tubes avaient cessé d'être visibles, leur matière granuleuse ayant disparu par absorption ; les branches contenaient de la matière médullaire amorphe.

Ces expériences, on le voit, confirment en les complétant les résultats obtenus par plusieurs physiologistes mentionnés au début de cet article.

Diathèse hémorrhagique constatée chez deux frères; par M. Pickells.

Cet exemple, que l'auteur réunit à beaucoup d'autres, pour démontrer l'hérédité de cette diathèse, nous semble assez peu concluant. On verra, en effet, par le texte de l'observation, d'ailleurs très-sommaire, et par l'aveu même de M. Pickells, que les deux blessés ont manqué des secours réguliers de la médecine, et par conséquent l'issue fatale de l'un et de l'autre cas peut fort bien être due uniquement à cette circonstance, sans que la disposition aux hémorrhagies existât, ou du moins fût très-prononcée chez ces individus. Quoi qu'il en soit, voici la relation, telle que nous la trouvons ici consignée, de ce double accident.

Obs. — Le frère aîné, âgé de 20 ans, moissonnait pendant un temps chaud. Arrivé à l'extrémité d'un sillon, et s'efforçant pour rivaliser avec son voisin d'en commencer un nouveau avant lui, l'extrémité de sa faucille frappa contre une pierre, et détournée par ce choc, le blessa au poignet. Il mourut d'hémorrhagie le même jour.

A un an de là, son frère cadet, âgé de 14 ans, eut le malheur de se couper le pouce avec un canif. La p'aie fut pansée de la manière ordinaire, et l'hémorrhagie paraissait arrêtée, lorsque le troisième jour ce jeune homme ayant fait quelque mouvement avec son pouce, la blessure se rouvrit et il mourut dans la journée même.

Chez aucun des deux frères des soins médicaux réguliers ne furent donnés ; on se borna à de simples applications styptiques, telles qu'on les emploie dans la médecine domestique. Le premier avait été envoyé dans un chariot à la ville, mais il succomba avant d'avoir pu arriver à ce terme qui n'était néanmoins distant que de sept milles. Ils étaient tous les deux un peu maigres, mais néanmoins bien portants en apparence, et n'avaient jamais eu, eux ni leurs parents, aucun indice d'une disposition de ce genre.

Un de leurs frères, homme marié, fut tellement frappé de ce double événement que pendant longtemps il évita de se servir d'un instrument tranchant, laissant à sa femme le soin de lui découper à table ce qu'il avait sur son assiette.

Ces détails ont été donnés à l'auteur par un cousin de ces individus.

Remarques sur la mort par strangulation; par le docteur Taylor.

En rendant compte, cette année même (p. 56), d'un excellent opuscule du docteur Jacquier (d'Ervy), nous avons insisté sur la possibilité du suicide par simple strangulation, *sans suspension*, et nous avons insisté, avec M. Orfila, avec M. Briand, avec M. Jacquier lui-même, sur l'extrême difficulté qu'il y a souvent, dans ce cas, à distinguer le suicide de l'homicide. La question s'est présentée, en 1851, aux assises de *Chelmsford Lent*. M. Taylor relate avec de longs détails toutes les circonstances du fait et y prend le sujet d'une thèse de médecine légale extrêmement variée et étendue. Nous nous contenterons d'en extraire ce qui concerne spécialement les moyens de distinguer l'homicide du suicide. Plus cette question est difficile et périlleuse, plus il importe d'accumuler les faits qui peuvent tendre à l'éclairer.

Le cadavre a été trouvé couché sur le côté droit, une corde enroulée trois fois et demi autour du cou, et attachée par son extrémité droite au chevet du lit. L'extrémité gauche de la corde était pendante et prise entre les doigts de la main gauche, qui était élevée vers le cou. Le premier tour comprimait fortement la peau ; le second était aussi très-serré et passait par-dessus le fichu et le haut du mantelet ; le troisième était lâche. La trace laissée sur le cou par les deux premiers tours était profonde et *horizontale*.

Il est évident que pour exercer une constriction aussi considérable sur le cou, le sujet, dans l'hypothèse du suicide, a dû faire effort vers sa *gauche*, et sans doute aussi tirer sur la corde avec sa main *gauche*. Des lors, on ne s'explique pas qu'il ait été trouvé couché sur le côté droit, le bras droit engagé sous le corps. L'inclinaison du tronc ne s'accorde pas davantage avec la direction horizontale dans l'empreinte circulaire de la peau. Ces deux remarques de l'auteur sont judicieuses. Néanmoins nous n'accorderions pas une aussi grande importance que lui à la seconde. Le sujet a pu, se tenant sur son séant, empoigner l'extrémité gauche de la corde et la tirer de toutes ses forces dans une direction à peu près horizontale. Que deux tours de la corde aient été également serrés, de manière à léser la peau, tandis que le troisième tour était lâche, ce n'est pas là, pour nous servir d'une expression de l'auteur, une *impossibilité* physiologique ; car rien n'oblige à supposer que le sujet ait d'abord fortement serré le premier tour, puis le second tour, ce qui, en effet, ne serait guère possible à cause de la défaillance qu'amènerait presque aussitôt une première constriction ; il n'est pas impossible que les deux constrictions circulaires aient été le résultat simultané d'une seule traction exercée sur le bout flottant de la corde, et aidée d'un mouvement de totalité du tronc à gauche pour tendre en même temps le bout fixé au chevet du lit. La circonstance capitale du fait est donc l'attitude du cadavre, qui n'est guère compatible avec l'effort que nous venons de supposer.

L'auteur insiste également sur le degré de longueur de la corde, degré tel qu'il ne permet pas de supposer une traction exercée par le sujet. Sa longueur totale était de 59 pouces et demi. Le cou du cadavre était gros ; la corde qui l'entourait trois fois et demi comprenait aussi diverses parties de l'habillement ; M. Taylor calcule qu'il a dû être employé, pour les trois tours et demi, *plus de cinquante-deux* pouces de corde. Il ne serait donc resté que 7 pouces pour la traction. C'en était assez, ajoute-t-il, pour atteindre la main portée vers le cou, mais non pour offrir un point d'appui solide. Ce serait là encore une considération très-importante, si elle ne paraissait fondée sur des calculs de cabinet, au lieu de résulter d'expériences directes sur le cadavre lui-même. Il est très-vrai que, lors de la levée du corps, le bout de la corde atteignait seulement la main gauche portée vers le cou ; mais le dernier tour était relâché, circonstance qui avait dû relever le bout flottant de la corde.

En somme, la question, dans l'espèce, ne nous paraîtrait pas tout à fait aussi claire qu'à M. Taylor, et nous ne nous étonnerions pas que d'autres experts se soient trouvés embarrassés devant la justice, si d'autres circonstances ne venaient témoigner clairement d'un homicide. Par exemple, la

trachée avait subi une constriction que la strangulation *volontaire* ne peut guère produire : elle avait été aplatie. Il existait en outre, sur le corps, des marques de violence. Comme M. Taylor donc, nous croyons à l'homicide; mais nous avons cru utile de faire quelques réserves au sujet de quelques-uns des signes qui ont paru entraîner surtout sa conviction.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITIONS AUX SÉANCES PRÉCÉDENTES.

EXPÉRIENCES DÉMONTRANT QUE L'ORIGINE DU NERF SYMPATHIQUE EST DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. J. BUDGE communique, sous ce titre, la note suivante :

(Commissaires précédemment nommés : MM. Magendie, Flourens, Pouillet.)

Les expériences que j'ai faites en commun avec M. Waller ont prouvé que l'irritation d'une certaine partie de la moelle épinière provoque la dilatation des pupilles (Voir les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE, 7 octobre 1851). Mais, si l'on coupe le nerf sympathique d'un côté seulement, et qu'ensuite on irrite la moelle épinière, la pupille correspondante au nerf sympathique qui n'a pas été coupé, est la seule qui se dilate; l'autre n'éprouve rien.

Il résulte incontestablement de cette expérience que la dilatation de la pupille, par suite de l'irritation de la moelle épinière, n'a lieu qu'au moyen du nerf sympathique. Mais cela ne prouve pas encore que le nerf sympathique ait son origine dans la moelle épinière; car il est facile de trouver une autre explication de ce phénomène. En effet, on peut supposer que le nerf sympathique naît des ganglions spinaux, puisque l'on a observé que des fibres nerveuses primitives sortent des globules des ganglions périphériques. Dans cette hypothèse, on pourrait regarder les ganglions comme des organes centraux, et penser que les fibres dont l'irritation provoque la dilatation de la pupille se dirigent vers les ganglions comme vers des centres, et que les ganglions ont la faculté d'opérer un mouvement réflexe, comme le fait la moelle épinière dans les cas ordinaires. Pour éclaircir cette question, j'ai fait les observations suivantes :

Après avoir mis à nu, sur un lapin, la première et la deuxième paire des nerfs pectoraux, à l'endroit où ils sortent de la moelle épinière, j'ai irrité, en la tenant isolée, la racine postérieure de la première paire; et cette irritation a amené la dilatation de la pupille. Aussitôt j'ai coupé cette racine tout près de la moelle épinière, et j'ai irrité de nouveau cette partie ainsi séparée de la moelle, sans que la pupille éprouvât la moindre irritation. J'ai ensuite irrité la racine antérieure du même nerf, et il s'en est suivi une très-grande dilatation de la pupille correspondante.

On peut en conclure que, dans ce cas, le ganglion n'est pas l'organe réflecteur; car autrement l'irritation de la racine postérieure aurait produit la dilatation de la pupille, même après que cette racine eût été coupée.

J'ai fait la même expérience sur la deuxième paire des nerfs pectoraux, et j'ai obtenu exactement le même résultat : d'où j'ai conclu que l'origine première du nerf sympathique est dans la moelle épinière.

Mais comme, chez les mammifères, l'opération dont il s'agit est très-violente, que l'hémorrhagie est plus considérable et que la sensibilité disparaît plus vite, j'ai voulu faire la même démonstration sur des grenouilles, qui peuvent vivre encore longtemps après l'ouverture de l'épine dorsale et même après des lésions de la moelle épinière, et ces expériences ont parfaitement réussi. Je les indiquerai en peu de mots.

1° Si l'on coupe le nerf sympathique sur une grenouille, au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, la pupille correspondante se rétrécit au bout d'une heure et demie, et la membrane nictitante s'avance plus ou moins sur la cornée, comme l'a observé le célèbre Petit.

2° Si l'on coupe la racine postérieure du deuxième nerf spinal (nerf brachial), la pupille correspondante se rétrécit également dans beaucoup de cas; mais ce phénomène n'a pas toujours lieu, et lorsqu'il se produit, il ne dure pas longtemps.

3° Si l'on coupe la racine postérieure et la racine antérieure du même nerf, la pupille se rétrécit et persiste dans cet état.

4° La deuxième et la troisième expérience s'appliquent également au troisième nerf spinal.

5° On obtient des effets encore plus considérables en coupant les deux racines de ces deux mêmes nerfs.

Si l'on extirpe la moitié de la moelle, derrière le troisième nerf, on ne remarque aucun effet sur la pupille correspondante.

J'ai montré à une réunion de membres de la Société scientifique de la Prusse rhénane une collection de grenouilles vivantes sur lesquelles avaient été faites ces différentes opérations, et ils ont pu constater tous les phénomènes que je viens de rapporter.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'EMBAUMEMENT PAR TRANSFUSION DU SANG.

M. BLANDET adresse sous ce titre la note suivante :

On sait que l'hyposulfite de soude et le chlorure de zinc sont les deux substances qui se partagent la faveur des opérateurs pour l'injection des corps. J'ai expérimenté sur l'action directe de ces agents sur le sang humain, et j'ai observé que l'hyposulfite de soude entretient très-bien le sang en dissolution, mais ne peut empêcher ce liquide, au bout de quinze jours, de prendre, au contact de l'air, une odeur nauséeuse et qui devient de plus en plus putride. Le chlorure de zinc empêche mieux le développement de cette odeur, mais finit par coaguler le sang. J'ai trouvé un sel alcalin comme l'hyposulfite et chlorure comme le chlorure de zinc, et participant à un haut degré des propriétés de l'un et l'autre. J'offre à l'Académie le sang d'une saignée datant d'un mois et rendu imputrescible et indécomposable à l'aide de la saturation de ce liquide, du chlorure de barium.

Ce sang ainsi conservé pourrait être à son tour employé comme agent conservateur, et remplacer les deux sels susnommés dans l'injection des corps. Il y aurait à cela un grand avantage, celui de rendre à des corps épuisés par la maladie l'aspect et la coloration de la vie, et même de la santé, si l'injection est bien faite; au lieu qu'en injectant des liquides incolores, les sujets émaciés gardent leur aspect cadavéreux et repoussant. Quelle mère ne donnerait pas volontiers de son sang pour en ranimer encore une fois l'aspect de son enfant chéri? Mais il n'est pas besoin pour cela d'un tel sacrifice. Le premier sang venu remplit les mêmes conditions, et pourvu qu'on le sature de chlorure de barium, cette transfusion est tout à fait innocente.

Ces nouvelles expériences doivent faire faire un nouveau pas à l'art déjà en progrès des embaumements; espérons que cette opération se généralisera davantage. Ne serait-il même pas à souhaiter que l'autorité intervînt pour la prescrire et la rendre nécessaire toutes les fois que le corps doit être mis dans un caveau de famille. Comment y conserver un corps s'il n'est pas embaumé, sans préjudice pour le voisinage qu'il remplit d'émanations délétères? Je terminerai ce mémoire en disant quelques mots d'un procédé d'embaumement par les voies naturelles, propre à M. Balard, ordonnateur particulier des convois. J'ai assisté à ses opérations, et je note qu'il a fait faire, lui aussi, un progrès à cet art. Toutes les fois que l'injection répugnerait aux familles, celles-ci ne peuvent mieux faire que d'employer le liquide de M. Balard, qui enraye à l'instant la putréfaction des chairs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 21 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. DEPAUL, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire et fait quelques observations au sujet des faits avancés dans les diverses lettres dont il a donné lecture dans la dernière séance et en particulier de la lettre de M. Piedagnel. Il résulterait de ces explications que ses précédentes assertions ne seraient nullement infirmées par les déclarations des auteurs de ces lettres.

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur la syphilisation.

La parole est à M. Lévy.

SYPHILISATION.

M. MICHEL LÉVY : La discussion paraît toucher à son terme, et le temps est venu de formuler une conclusion. Le rapport s'est borné à l'examen d'un fait particulier. La commission aurait craint de dépasser les limites de ses obligations en provoquant, par des conclusions générales, un jugement sur une pratique dont l'Académie n'était pas directement saisie. L'Académie peut-elle rester aujourd'hui dans la réserve que s'est imposée la commission? Non. Si la commission n'a eu à s'occuper de la syphilisation que d'une manière incidente, et comme par rencontre, à propos d'un fait unique, le débat s'est élargi à cette tribune. La doctrine de la syphilisation a eu, à tort ou à raison, les honneurs d'une exposition complète et d'une critique non moins complète.

La situation de l'Académie n'est donc plus ce qu'elle était avant cette discussion.

La syphilisation ne date pas d'hier; elle a eu déjà le temps de se montrer à l'œuvre; ce qu'elle peut en bien et en mal ressort de ses gestes et faits qui ont été racontés, analysés, discutés contradictoirement. Plus cette pratique est hardie, énergique, dangereuse, plus elle est de nature à révéler promptement sa valeur et ses effets réels. Éviter aujourd'hui de vous prononcer, ce serait déclarer que vous n'êtes pas suffisamment éclairés; par conséquent ce serait en appeler à de nouvelles démonstrations, à de nouvelles expériences, et vous assumeriez ainsi une part de responsabilité, je dirai plutôt de complicité, dan la propagande de la syphilisation.

A défaut de conclusion, le rapport de M. Bégin contient une solide exposition de principes. Déclarez que ces principes sont les vôtres.

Approuver des principes énoncés dans le rapport de la commission, voilà ce que doit faire aujourd'hui l'Académie; elle a mission de discerner le vrai progrès des agitations excentriques et des nouveautés à outrance et à tout risque. L'Académie, justement affligée des résultats qu'a déjà fournis la pratique nouvelle, et attentive à décliner juqu'à l'apparence de toute solidarité, stigmatisera de son vote la syphilisation dite préventive et curative.

La syphilisation préventive!... C'est maintenant à qui la repoussera. Dans le camp des syphilisateurs comme parmi les adversaires de cette pratique,

redouble de protestations, on rivalise d'énergie pour la flétrir. Voilà un premier résultat de cette discussion et qui suffirait pour en justifier l'opportunité.

Quant à la syphilisation curative, l'entreprenne qui osera sous sa responsabilité. L'exercice de notre art repose sur la conscience individuelle. La folie des malades fait l'audace des initiatives thérapeutiques; il ne nous appartient ni de les empêcher, ni de les encourager; notre rôle se borne à proclamer, en face de l'erreur ou de l'innovation dangereuse, les principes de la pratique régulière.

Deux médecins seulement ont parlé dans cette enceinte, l'un sur la syphilisation, l'autre pour la syphilisation. Le premier n'a laissé percer qu'une sorte d'inclination platonique pour cette méthode; il n'est pas sorti d'une réserve qui le tient à égale distance de l'affirmation que de la négation. Peu décidé probablement à l'essayer par lui-même, il faut voir, a-t-il dit, il faut expérimenter avec prudence, comme si la vérole, une fois inoculée, on était maître des accidents, comme si une maladie qui infiltre l'organisme tout entier et qui déroute par l'incertitude de sa marche, par la mobilité de ses formes, par l'imprévu de ses retours, par la persévérance de ses dangers occultes, pouvait être soumise à la discipline de vos recherches scientifiques. On ne saurait trop le redire à notre honorable collègue M. Depaul et aux esprits qui penchent dans la même direction d'idées, la syphilis ne ressemble pas à la variole, à la vaccine; elle n'a pas une évolution réglée, à périodes limitées, de courte durée; elle ne s'épuise pas dans un cycle de manifestations prévues; mais elle adhère, si je puis ainsi dire, à la constitution; l'imminence morbide qu'elle suscite est indéterminée; l'innocuité actuelle de vos inoculations syphilitiques n'est qu'apparente; elle ne garantit pas l'avenir. Dans cinq ans, dans dix ans encore, peuvent éclater les suites funestes des inoculations, qui, par un mécanisme ignoré, resteraient temporairement sans effet sur l'organisme.

L'autre orateur a débuté dans la discussion sur la syphilisation avec la même réserve que M. Depaul. Dans la séance du 27 juillet dernier, il disait: « Je n'ai » rien vu par moi-même en fait de syphilisation; je suis pareillement incom- » pétent pour la soutenir et la proscrire.... Mais avant tout, je veux que les faits » soient vérifiés; je veux que ses inventeurs et ses partisans soient bien avertis » que nous exigeons des preuves suffisantes, des preuves vraiment scienti- » fiques. » Assurément, puisque M. Malgaigne ne partage pas la répugnance profonde qu'inspire à beaucoup de ses collègues la continuation de semblables essais, il ne pouvait s'exprimer avec plus d'impartialité, c'est l'esprit d'examen dans la mesure de précision et de rigueur que nécessite la constitution d'un fait scientifique; et après avoir stipulé en si bons termes les conditions de la preuve, il ne pouvait manquer de les accepter pour lui-même.

Cependant qu'est-il arrivé? Dans l'intervalle de deux à trois séances, M. Malgaigne a voulu voir, il a vu, et il s'est converti à la doctrine de la syphilisation curative. Dès la fin de la séance du 3 de ce mois, nous devions nous attendre à ce dénouement, quand M. Malgaigne, réclamant la suite de la discussion, s'est écrié que la lumière commençait à se faire, et nous a promis pour la séance suivante le *fiat lux* de la syphilisation.

Or l'orateur qui a promis la lumière, l'orateur qui, le 27 juillet, de son propre aveu, n'avait encore rien vu en fait de syphilisation, et s'y déclarait incompétent, l'orateur qui s'annonçait difficile sur les preuves et les exigeait vraiment scientifiques, nous a apporté à cette tribune, quoi? Un brillant exorde contre la syphilisation préventive, devenue le bouc émissaire de toutes les indignations, l'énumération piquante d'un grand nombre de découvertes méconnues à leur origine, et de progrès niés *à priori*, un nouveau commentaire de faits connus et des incidents qui ont marqué le travail de la commission, l'annonce de la ruine prochaine ou déjà consommée des doctrines de M. Ricord, et.... un fait nouveau, un seul fait, sans compter celui qui concerne M. Marchal, fait souvent invoqué dans cette discussion, et où l'on voit un tubercule ulcéré de la langue guéri en huit jours par l'inoculation syphilitique, mais suivi de l'apparition de tumeurs gommeuses: cette observation répond elle aux justes exigences de sévérité scientifique professées par M. Malgaigne? Quant au fait nouveau, il appartient à M. Malgaigne, mais il l'a énoncé sans détails; il s'est borné à nous annoncer la bonne nouvelle d'un syphilisé réfractaire.... réfractaire à combien d'inoculations? réfractaire à quelle qualité de virus? réfractaire pour quelle période de temps? réfractaire au prix de quelles atteintes portées à sa constitution? C'est ce qu'on n'a pas dit, et ce qu'on ne peut nous dire définitivement dès aujourd'hui; on est parvenu à ensevelir momentanément le virus dans l'organisme, comme la semence dans la terre: qu'en sortira-t-il? Nul ne le sait, et voilà le seul fait original du second discours de M. Malgaigne.....

L'orateur frappé de ce que deux de ses plus distingués collègues accordent l'appui de leur talent à la syphilisation, de ce qu'une jeunesse, avide de progrès et de vérité, se presse aux discussions qu'elle soulève, se demande ce qui peut motiver ce mouvement des esprits, et s'il y a dans la doctrine nouvelle autre chose qu'une curiosité scientifique de haut goût, une trompeuse perspective de résultats, et comme un mirage de découvertes! La syphilisation, dit-il, frappe d'abord, comme toutes les recherches hardies qui s'attaquent à l'organisme, comme tous les faits étranges, insolites, que produit une expérimentation téméraire; elle présente un spectacle nouveau, celui de l'organisme en conflit avec des doses sans cesse renouvelées de l'un des virus les plus subtiles, les plus pénétrants, les plus dangereux qui puissent compromettre la santé des individus et des familles. Puis les questions qu'elle met à l'étude ramènent au problème général et complexe de l'immunité morbide, l'une des plus attrayantes thèses de la pathologie générale, et jusqu'à présent aussi d'une des plus obscures, des plus litigieuses. Immunité des infirmiers et des sœurs hospitalières qui sont en lutte permanente contre toutes les variétés d'infection; immunité partielle dans l'intérieur des familles où s'est produit un foyer de contagion; immunité du médecin qui reste pendant cinq à six mois en contact avec des centaines de cholériques; tout cela ne s'explique pas exclusivement par le hasard, par la résistance morale, ni par je ne sais quelle vertu réfractaire de l'économie. Ces formules conventionnelles, que l'on dirait inventées par l'ingratitude des malades, n'expliquent rien; autant vaudrait dire que la sœur, l'infirmier, le médecin, plongés dans une atmosphère miasmatique ou contagieuse, absorbent des quantités successives de poison morbide qui les imprégnent et se neutralisent par leur accumulation même. Plus on examine ce grand fait de l'immunité, plus il offre d'intérêt, et cet intérêt, je dois le dire, malgré le dégoût que m'inspire la syphilisation, ne fait pas entièrement défaut dans les expériences qu'elle a tentées; il ne faut pas moins les déplorer et les proscrire, car elle a méconnu la limite des pouvoirs octroyés au médecin. Personne ici ne songe à enrayer le progrès scientifique; mais l'expérimentation a ses bornes, et l'Académie, sans prétendre au gouvernement de la pratique médicale, est tenue de répondre aux témérités qui l'interrogent: Vous n'irez pas plus loin!

Au reste, M. Lévy comprend que l'autorité des jugements de l'Académie est au prix d'une réserve qui n'exclut jamais le progrès scientifique, aussi veut-il que le blâme de l'Académie, en frappant la syphilisation, laisse à l'avenir le soin de prononcer sur la valeur générale de la méthode dont elle n'est qu'une application malheureuse. Empruntant un exemple à l'histoire de l'inoculation et de la vaccine, il ne voudrait pas que le rejet de l'étrange pratique des syphilisateurs impliquât la négation anticipée des ressources que la médecine pourrait trouver ultérieurement dans les inoculations d'un autre genre. M. Lévy termine en demandant:

1° Que l'Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la syphilisation préventive et curative;

2° Qu'une lettre soit adressée au ministre de l'intérieur avec envoi du rapport et des documents fournis par la discussion sur la syphilisation.

M. Gerdy regrette que l'Académie se soit laissée aller à discuter une question aussi peu sérieuse que la syphilisation. Cette question n'avait d'ailleurs pas été portée régulièrement devant l'Académie; elle y a été introduite indirectement par l'un de ses adversaires. La commission avait donc raison et elle était dans son droit en disant qu'elle n'avait point à s'en occuper. Le parti le plus sage qu'eût pu prendre l'Académie à cet égard, c'eût été de suivre l'avis de M. Velpeau, de passer outre. Mais, enfin, puisqu'elle ne l'a pas fait, puisqu'elle a cru devoir examiner cette question, sera-t-il du moins sorti quelque chose de cette discussion? C'est ce que M. Gerdy se propose d'examiner. Il commence par réfuter une interprétation historique des grandes découvertes, toute différente de celle qu'ont l'habitude d'en faire les prétendus inventeurs, ce reproche incessamment reproduit contre les académies et tous les corps constitués, de méconnaître et de repousser toutes les vérités nouvelles. Puis analysant et résumant à sa manière la discussion, M. Gerdy fait une critique très-gaie de quelques-uns des discours qui ont été prononcés et où l'on ne trouverait, suivant lui, que des affirmations et des dénégations, accompagnées de force congratulations réciproques; et il termine ce discours, souvent interrompu par les rires de l'assemblée, en proposant à l'Académie de déclarer que les faits de syphilisation ne sont pas assez sérieux pour blâmer la commission de les avoir laissés de côté.

M. Malgaigne a dit, dans la précédente séance, qu'il était en mesure de présenter à l'Académie un sujet qui a acquis une complète immunité, et qui défie qu'on produise chez lui une inoculation. Il ajoute aujourd'hui deux nouveaux faits qu'il tient de deux hommes dont on ne récusera pas le témoignage, MM. Gosselin et Vidal, et il maintient l'offre qu'il a faite de soumettre à une commission un individu complétement syphilisé.

M. Ricord n'a pas répondu à ce défi lorsqu'il lui a été lancé de la tribune par M. Malgaigne, dans la séance dernière. Il désire donner un mot d'explication là-dessus. Je vous ai rappelé, mardi dernier, dit-il, que M. Laval qui, il y a un an, disait-on, n'était plus inoculable, l'était il y a six semaines, et l'est encore en ce moment, et cela d'après son propre aveu. Devais-je, messieurs, en présence d'un pareil fait et devant des adversaires qui persistent encore à me l'opposer, accepter ce défi? Je m'en garderais bien. Et je déclare, une fois pour toutes, que, sur une pareille matière, je n'accepterai jamais ce défi seul, je n'en accepterai qu'en présence d'une commission. (Mouvement).

M. Bégin a la parole pour résumer la discussion.

M. Bégin commence par constater que M. Depaul n'a rien ajouté d'essentiel, dans sa seconde argumentation, à son premier discours. M. Malgaigne n'est guère sorti non plus du cercle où M. Depaul et lui s'étaient renfermés dès le début de la discussion. M. Ricord, en replaçant les faits sous leur véritable jour, a reconstruit l'histoire véritable et désolante de la syphilisation et suffisamment réfuté ses deux adversaires.

Ce que le discours de M. Malgaigne contenait de plus saillant, c'est l'énumération des vérités méconnues et repoussées à leur origine. Il serait temps dit M. Bégin, de réduire à sa juste valeur et de rejeter de toute discussion sérieuse cet argument, si souvent reproduit, et d'apprécier chaque chose par elle-même. Revenant donc à la question de fait, M. Begin analyse les quatre observations récemment publiées par M. Sperino. Trois mois de traitement et quatre-vingt-huit inoculations chancreuses en moyenne, pour des accidents primitifs d'une intensité ordinaire, tels sont les bénéfices qu'aurait donnés cette méthode merveilleuse! Quant au résultat final, il est laissé dans l'ombre.

Aux insuccès qui lui sont opposés, l'inventeur de la syphilisation répond que la méthode n'a pas été suivie, et que dès lors il cesse d'être responsable du résultat. Mais, demande M. Bégin, quelle est la formule de l'auteur de la syphilisation? Il en a trois qui ont été indiquées dans le rapport; M. Sperino en a inventé une quatrième. Quelle est la bonne?

A cette observation, que les syphilisateurs français n'ont présenté jusqu'ici aucun exemple des succès de leurs inoculations, M. Malgaigne a répondu qu'il connaissait enfin une personne complétement syphilisée, à laquelle il défie de donner des chancres. Que prouve ce phénix de la syphilisation en présence de la constatation faite par la commission de Turin, qu'il est possible qu'un malade ne puisse pas être inoculé, tout en conservant sa maladie, du fait de M. L...., inoculable pendant un certain temps et inoculable maintenant? en présence de cet autre fait des filles publiques qui restent six ans et plus sans être infectées, puis qui contractent la syphilis comme les autres?

Quant aux quelques malades prétendus guéris par la syphilisation, n'a-t-on pas vu aussi, il y a vingt ans, des malades en plus grand nombre et plus gravement affectés, guéris sans aucun traitement spécial?

Les syphilisateurs ont, disent-ils, 300 faits à leur disposition; et ils ne les ont pas rendus publics! Cette abstention n'est-elle pas faite pour éveiller des doutes? Le silence des syphilisateurs à cet égard laisse aux faits déplorables connus toute leur force.

M. Bégin, abordant la partie morale de la question, exprime avec énergie la répulsion que lui inspire l'idée de ces cicatrices multipliées qui attesteront à toujours que les personnes qui les portent ont été atteintes de la syphilis.

Que l'on multiplie les expériences sur les animaux, qu'on les pousse, qu'on les varie à l'infini, les amis de la science ne pourront qu'applaudir à ces efforts. Mais l'homme doit être épargné et le malade laissé en dehors de ce genre d'études. L'intérêt de la science que l'on invoque ne saurait différer de l'intérêt de l'humanité elle-même. Toute expérimentation douloureuse, compromettante pour la santé et pour la vie, faite sur l'homme, sans nécessité réelle, dans le but d'élucider un point de doctrine, est un attentat flagrant à la morale et à la dignité de la profession. Ce n'est qu'en présence d'un danger imminent, d'une mort assurée plus ou moins prochaine, et après avoir reconnu l'impuissance des ressources de l'art, que le praticien, cédant à la nécessité, peut user de quelque remède nouveau énergique ou exécuter une opération hasardeuse. Mais tel n'est pas le cas où se trouvent les syphilisateurs qui commencent par infliger des douleurs, des suppurations, des prolongations de traitement qu'eût évités l'emploi des moyens ordinaires, et qui exposent à des accidents consécutifs qui ne se seraient peut-être jamais produits. Le mal inhérent à l'emploi de la syphilisation est immédiat, inévitable; son avantage n'est qu'une promesse non justifiée d'impunité pour des désordres futurs.

M. Bégin termine en déclarant qu'il persiste dans la conclusion finale du premier résumé qu'il a présenté dans l'avant-dernière séance.

M. le Président déclare la discussion close. L'Académie va avoir à délibérer sur les diverses conclusions proposées. Ces conclusions sont au nombre de trois, plus un amendement de M. Depaul déposé à l'instant sur le bureau.

1° Conclusions du rapport de M. Bégin.

« En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de déclarer, par un vote, qu'elle approuve les principes exposés dans le rapport de la commission, en ce qui concerne la pratique de la syphilisation, comme moyen prophylactique et comme méthode curative de la syphilis. »

2° Conclusions proposées par M. Michel Lévy.

« 1° L'Académie approuve les principes exposés dans le rapport de la commission.

» 2° L'Académie décide que le rapport et les documents fournis par la discussion sur la syphilisation seront adressés au ministre de l'intérieur. »

3° Conclusion proposée par M. Gerdy :

« Les faits de syphilisation ne sont pas assez sérieux pour blâmer la commission de les avoir laissés de côté. »

4° Amendement de M. Depaul :

« L'Académie ne trouvant pas la question suffisamment éclairée pour porter un jugement définitif, déclare passer à l'ordre du jour. »

M. Michel Lévy reconnaissant que sa première conclusion est implicitement contenue dans celle de la commission, l'abandonne et se rallie à celle-ci.

L'amendement de M. Depaul n'étant point appuyé, on passe outre.

La conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. le Président met ensuite aux voix la seconde proposition de M. Lévy consistant à décider l'envoi du rapport et des documents fournis par la discussion au ministre de l'intérieur.

Cette seconde proposition est également adoptée sans opposition.

La séance est levée avant cinq heures.

Séance du 24 août.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet cinq lettres relatives à des remèdes secrets, et une lettre relative aux graines de cédron, présentée comme fébrifuge et comme spécifique contre les morsures de serpent, avec demande de rapport. (Comm. précédemment nommée.)

— M. Blondeau, professeur de physique au lycée de Rodez, adresse des études sur les eaux thermales de Cauterets (Hautes-Pyrénées.) (Comm. des eaux minér.)

Fonctions des muscles de l'épaule.

M. Duchenne (de Boulogne) présente un mémoire sur les fonctions des muscles de l'épaule, sous le titre suivant : Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles qui meuvent l'épaule sur le tronc et le bras sur l'épaule.

Nous extrayons du résumé de ce travail les principales propositions suivantes :

I. Les muscles ou faisceaux musculaires auxquels on attribue la propriété de faire basculer le scapulum sur un axe fictif placé au centre de cet os, de manière à mouvoir ses angles interne et externe en sens contraires, n'exercent pas cette action physiologiquement; mais ils font tourner le scapulum sur l'un ou l'autre de ses angles supérieurs, qui reste fixe, tandis que l'angle inférieur s'élève ou s'abaisse en se rapprochant ou en s'éloignant de la ligne médiane.

II. L'élévation volontaire de l'épaule s'effectue par la contraction isolée de la portion moyenne du trapèze, quand elle n'exige point d'effort; mais sitôt que cette élévation rencontre de la résistance, d'autres muscles élévateurs s'associent, en combinant leur action, à la portion moyenne du trapèze, et cela avec d'autant plus d'énergie que cette résistance est plus grande.

Les muscles qui, dans ces grands efforts d'élévation de l'épaule, s'associent à la portion moyenne du trapèze, sont le rhomboïde, le grand pectoral par sa portion supérieure et l'angulaire de l'omoplate.

Quant au grand dentelé, auquel on attribue comme fonction principale celle de soutenir l'épaule chargée d'un lourd fardeau, l'électro-physiologie et la pathologie démontrent qu'il reste complétement étranger à cette action. Ce muscle a d'autres usages bien autrement importants : ainsi il concourt puissamment à l'inspiration, et son action est inséparable de celle du deltoïde pendant l'élévation du bras.

III. L'humérus, en s'élevant par la contraction isolée du deltoïde, déplace le scapulum de la manière suivante : 1° il déprime son angle externe, pendant qu'il élève son angle inférieur de 1 à 2 centimètres au plus, en le rapprochant de la ligne médiane; 2° il le fait pivoter sur son axe vertical, de telle sorte que son bord spinal, s'écartant des parois thoraciques de 4 à 5 centimètres, semble s'en détacher sous la forme d'une aile. Pendant cette expérience, on voit se former entre le bord spinal du scapulum et la partie correspondante du dos une sorte de gouttière profonde de 4 à 5 centimètres, et la tête de l'humérus a une tendance à abandonner la cavité glénoïde en se subluxant en bas.

Cette attitude vicieuse du scapulum, la volonté ne saurait la reproduire; car elle ne possède pas, comme l'électrisation, le pouvoir dangereux de faire contracter isolément le deltoïde.

IV. Pendant l'élévation volontaire du bras, le grand dentelé, placé pour ainsi dire sous les ordres du deltoïde, vient à l'aide de ce dernier, non-seulement, ainsi qu'on l'a dit, afin de fixer le scapulum, mais aussi pour compléter l'élévation verticale du bras, *la limite d'élévation par ce muscle étant la direction horizontale*. Le second temps de l'élévation du bras (l'élévation au-dessus de la ligne horizontale) est aidé aussi par la contraction synergique du tiers moyen du trapèze, surtout dans les mouvements de force.

V. L'atrophie ou la paralysie du grand dentelé occasionne un dérangement peu apparent dans l'attitude du scapulum; quand les bras pendent sur les côtés du tronc, l'angle inférieur de cet os est seulement un peu plus élevé, plus saillant et plus rapproché de la ligne médiane que celui du côté opposé. Mais dès que le bras s'écarte du tronc, on voit apparaître toutes les difformités qui résultent de l'absence de concours du grand dentelé, et qui ont été décrites plus haut (prop. II).

VI. Les fibres supérieures du grand dorsal excitées par l'électrisation, alors que les membres tombent parallèlement à l'axe du tronc, dépriment l'omoplate de dehors en dedans et d'avant en arrière, par l'intermédiaire de la tête de l'humérus, qui appuie sur la cavité glénoïde; les fibres inférieures du même muscle abaissent le moignon de l'épaule. L'excitation simultanée de toutes les fibres des deux grands dorsaux produit de chaque côté non-seulement les mouvements précédents, mais encore l'extension énergique du tronc.

VII. Le tiers inférieur du trapèze et le rhomboïde jouissent, il est vrai, comme le grand dorsal, de la faculté d'effacer les épaules en associant leur action; mais l'attitude qui en résulte est vicieuse ou disgracieuse, parce qu'ils élèvent en même temps et inévitablement le moignon de l'épaule. Aussi n'agissent-ils physiologiquement que pour maintenir le scapulum solidement rapproché de la ligne médiane dans certains mouvements de force du membre supérieur, comme pour attirer à soi un corps résistant.

VIII. En conséquence, de tous les muscles qui meuvent l'épaule, le grand dorsal est celui qui produit la meilleure et la plus belle attitude, en raison de son double pouvoir d'effacer les épaules et de les abaisser à la fois, en raison aussi de l'énergie avec laquelle il redresse le tronc. C'est lui qui, par exemple, donne chez le militaire l'attitude au port d'arme.

IX. Des trois muscles (le trapèze, le grand dorsal et le rhomboïde) qui, par la volonté ou l'excitation électrique, possèdent le pouvoir de rapprocher de la ligne médiane le bord spinal du scapulum, c'est le trapèze seul qui, par son tiers inférieur et par quelques fibres de son tiers moyen, maintient pendant le repos musculaire le scapulum à sa distance normale de la ligne médiane, qui

est chez l'adulte de 5 à 6 centimètres. Il suffit, en effet, que ces fibres du trapèze soient détruites par l'atrophie musculaire, pour que le scapulum s'éloigne du plan médian de 10 à 12 centimètres. Dans cette attitude vicieuse de l'épaule, le dos est arrondi transversalement; le moignon de l'épaule est porté en dehors et en avant, et la poitrine se creuse.

X. La contractilité tonique du rhomboïde maintient par sa tonicité le bord spinal du scapulum solidement appliqué contre le thorax.

Quand ce muscle perd cette tonicité (dans l'atrophie progressive, par exemple), le bord spinal du scapulum fait une saillie sous la peau, et l'espace compris entre ce bord spinal et la ligne médiane se creuse profondément.

Si l'atrophie du rhomboïde s'ajoute à celle du grand dentelé, au moment de l'élévation du bras, on voit entre le scapulum et le thorax une vaste excavation qui pourrait loger la main tout entière, et dans laquelle la peau s'enfonce en adhérant aux tissus, qu'elle recouvre avec une telle force qu'on ne peut l'en détacher, comme si un vide s'était formé sous elle.

XI. La connaissance des faits établis par les recherches électro-physiologiques et pathologiques exposées dans ce travail, permet d'expliquer le mécanisme des principaux mouvements de l'épaule et des attitudes vicieuses ou des déformations qui résultent des affections des muscles qui exécutent ces mouvements; la connaissance de ces faits, enfin, intéresse au plus haut degré le diagnostic différentiel de ces affections musculaires. (Comm. : MM. Bérard, Soubeyran et Bouvier.)

— M. Dubois (d'Amiens), sur la demande de M. le président, rend compte à l'Académie des obsèques de M. Dizé, qui ont eu lieu dans le courant de la semaine, et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce vénérable académicien. Des applaudissements accueillent la lecture de ce discours.

—L'Académie se forme en comité secret immédiatement après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport du prix d'Argenteuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1852; par M. le docteur Verneuil, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Embryologie.

ÉTUDES SUR LE DISQUE PROLIGÈRE AVANT LA FÉCONDATION DE L'OVULE; par le docteur Verneuil, prosecteur de la Faculté, etc.

La vésicule de de Graaf est composée, comme on le sait, de deux tuniques concentriques : l'une, la plus externe, est épaisse, résistante, comme fibreuse, parcourue par des vaisseaux abondants, tandis que l'autre, mince, hyaline, fragile et translucide, est immédiatement en rapport avec le contenu liquide de la vésicule. Sa face interne est revêtue par une couche de cellules épithéliales circulaires ou polygonales d'un petit diamètre, très-transparentes, munies d'un noyau, finement granuleuses, offrant en un mot une certaine ressemblance avec les revêtements d'épithélium pavimenteux de certaines muqueuses. Cette couche porte le nom de *membrane granuleuse*. D'après les auteurs, les cellules qui la composent s'accumulent vers un point de la circonférence de l'œuf pour donner naissance à un épaississement désigné sous le nom de *cumulus proliger*.

Au centre de cet agrégat se trouve l'œuf auquel ce cumulus sert tout au moins de moyen de fixité, d'atmosphère protectrice. D'après ce qu'on en dit généralement, l'ovule serait suspendu au milieu des cellules précitées, sans que celles-ci affectassent par rapport à lui de disposition particulière; c'est ainsi du moins qu'on le représente dans les planches d'embryologie. Il est, comme on le sait, difficile, sur des ovaires de l'espèce humaine, de retrouver l'ovule dans la vésicule graafeenne. J'ai donc cherché à répéter ces observations, moins pour trouver du nouveau que pour m'assurer de l'état des choses. J'ai fait porter mes premières investigations sur l'ovaire de la jument, et cet examen m'a tout d'abord révélé une particularité qui ne me semble pas dénuée d'importance.

Au commencement de ce mois, je pris à Alfort deux ovaires de jument et me mis en devoir de rechercher l'ovule. J'essayai vainement de le trouver dans plusieurs vésicules de de Graaf du volume d'une petite aveline et faisant plus ou moins saillie à la surface de l'ovaire; la difficulté de reconnaître l'œuf au milieu du liquide est plus grande qu'on ne pourrait le croire tout d'abord; enfin ayant mis à découvert *au centre de l'ovaire* une vésicule *du volume d'un pois*, je parvins à diviser la tunique externe et à extraire sans déchirure la tunique interne avec son contenu sous forme d'une petite ampoule jaunâtre et transparente; j'en fis l'ouverture sous le champ du microscope et pus parvenir heureusement à rencontrer l'ovule. Indépendamment de ce corps, le liquide renfermait : 1° un assez petit nombre des cellules de la membrane granuleuse libres et nageant dans le liquide; 2° de larges plaques formées par des lambeaux de cette même membrane, constituées par des accumulations de cellules et flottant dans le liquide, comme les glaçons dans une rivière qui charrie (1). Je m'attendais à rencontrer l'ovule perdu au milieu d'un assemblage plus considérable de ces cellules; il en était autrement. Cet ovule, en effet, était très-distinctement entouré par des cellules qui par leur forme et leur groupement affectaient une disposition très-régulière et qu'on ne pouvait attribuer au hasard. Allongées, pyriformes, elles étaient placées bout à bout au nombre de quatre ou cinq et formaient des séries longitudinales et rectilignes, toutes perpendiculaires à la surface de l'œuf comme les rais d'une roue sont perpendiculaires au moyeu central. Ces séries de cellules offraient toutes la forme d'une masse effilée à ses deux extrémités; elles présentaient rigoureusement la même longueur, les mêmes dimensions et serrées les unes contre les autres, elles constituaient avec l'ovule une figure très-analogue à une fleur radiée parfaite ou à l'image du soleil entouré de ses rayons. Ces cellules, d'autant plus petites qu'on les examinait plus près de la membrane vitelline, offraient une certaine ressemblance avec le reste des cellules de la membrane granuleuse; cependant elles s'en différenciaient non-seulement par leur forme allongée et leur groupement, mais encore par leur volume plus considérable et par une coloration jaunâtre très-marquée.

Tout autour de l'œuf, dans le liquide ambiant, nageaient des cellules libres ou groupées provenant des débris de la membrane granuleuse; mais ces dernières ne paraissaient pas particulièrement groupées autour de l'appareil que j'ai décrit plus haut et qui était véritablement tout à fait libre et distinct. Ajoutons que l'ovule que j'ai observé se composait d'une membrane vitelline très-distincte et d'un vitellus contenu; mais je n'ai pu y reconnaître ni la vésicule germinatrice ni la tache de Wagner.

Cette observation, que je me propose d'étendre à d'autres espèces animales, me paraît importante et mériter quelques développements. L'auréole de l'ovule est connue depuis Baër, qui l'a étudiée avec le plus grand soin et l'a désignée sous le nom de *disque proligère*; il l'a décrite comme un corps discoïde parfaitement isolé, regulièrement circulaire, fortement adhérent à l'ovule et accompagnant ce dernier jusque dans sa migration dans la trompe; c'est par une confusion, involontaire, sans doute, que les auteurs modernes (voir Longet, Phys. génération, p. 70) ont confondu le disque proligère avec le cumulus proliger. Je suis moi-même tombé dans cette erreur (Précis d'embryologie, 1852). Baër, qui a toujours soigneusement distingué ces deux parties, semblait regarder la première comme une véritable annexe de l'ovule, et la seconde seulement comme un épaississement de la membrane granuleuse.

Cependant de Baër, dont j'ai lu avec soin le travail traduit par Breschet, ne semble pas avoir assigné de caractère particulier aux cellules qui composent le disque proligère; il faut arriver jusqu'au beau travail de Martin Barry pour voir figurer cet organe comme distinct et doué de caractères morphologiques particuliers. En jetant les yeux sur la deuxième planche de son travail (Ova from the ovary after fecundation, Philos. transact., 1840, pl. 22, p. 592), on y voit l'ovule représenté avec son disque proligère, fig. 173, 179, 181, et pl. 25, fig. 195, qui offre tous les caractères que nous venons de décrire dans l'ovule que nous avons observé, c'est-à-dire un remarquable groupement de cellules qui constitue à la périphérie de l'ovule une auréole radiée très-remarquable. Martin Barry appelle *tunique granuleuse* la couche de cellules qui entoure immédiatement l'ovule; mais il pense que cette disposition radiée ne se rencontre qu'après la fécondation, dont elle constitue un des caractères anatomiques. Cette dernière assertion du physiologiste anglais ne nous paraît pas inattaquable, comme nous chercherons à le prouver tout à l'heure; nous observerons même que, dans sa fig. 173, l'ovule qui a déjà son disque radié présente encore la vésicule germinatrice, ce qui fait douter que cet œuf ait été fécondé, la disparition de cette vésicule s'effectuant dès que la fécondation est accomplie.

De son côté, Bischoff a rencontré également l'apparence du disque proligère telle que l'a figuré Barry; il a même représenté quelque chose de semblable, pl. 11, fig. 15 de l'atlas annexé au Traité d'embryologie de l'Encyclopédie anatomique, mais en ce point comme en d'autres il est en dissidence avec l'auteur anglais.

D'abord (p. 8) il admet que dans la vésicule de de Graaf les cellules de la membrane proligère sont plus nombreuses et plus serrées autour de l'ovule que dans tous les autres points, qu'elles y sont même unies plus intimement tant entre elles qu'avec ce dernier, ce qui fait qu'elles l'accompagnent lorsqu'il sort de la vésicule de Graaf; en un mot il admet bien un disque proligère, mais sans reconnaître de forme et de groupement particuliers aux cellules qui le composent; puis il ajoute : On voit d'après cela que la couche granuleuse (*tunica granulosa* de Barry) n'a point de limites précises à l'extérieur, qu'elle paraît tout à fait irrégulière, et qu'on ne peut la décrire comme une membrane particulière de l'œuf.

Lorsque plus loin (p. 530 et suivantes) il s'occupe de l'œuf arrivé à maturité, « il soutient encore que le disque proligère n'a point de limites, qu'il n'est » autre chose qu'une agrégation irrégulière des cellules de la membrane granu- » leuse et qu'on ne saurait attribuer aucune importance aux prolongements » irréguliers qu'il présente, et qui semblent résulter de la déchirure irrégulière » de cette membrane granuleuse. »

Pourtant, p. 574, en parlant des changements que subit l'œuf après l'accouplement, il se rattache jusqu'à un certain point à l'opinion de Barry. Il admet, comme lui, qu'alors le disque proligère prend une apparence distincte due surtout à des changements survenus dans la forme des cellules qui le composent. « Elles sont devenues, dit-il, plus grosses, plus transparentes, le noyau y est

---

(1) Je ne veux pas dire par là que la couche granuleuse soit ainsi fractionnée dans la vésicule de de Graaf quand celle-ci est intacte, mais que, moins heureux que Bischoff, j'ai toujours déchiré cette membrane en ouvrant l'œuf.

» plus prononcé; elles tiennent davantage les unes aux autres, de manière qu'à » *l'ouverture des follicules* elles ne se dispersent plus dans son liquide, mais » que la *membrane* sort en bloc sous la forme d'une masse gélatineuse et très- » visqueuse. Ces cellules sont garnies d'une queue ou allongées en une pointe » fine, en sorte qu'elles ressemblent à de petits matras dont tous les cols posent » sur la zone (membrane vitelline).... » L'ovule acquiert par là une apparence toute radiée. Cet aspect est constant chez les chiennes et les lapines, et comme Barry a observé le même phénomène, on peut le considérer comme général et certain.

Il résulte de ces citations longues, mais nécessaires, que Barry et Bischoff ont observé l'aspect radié de l'œuf de la lapine quand cet œuf était arrivé à maturité et avait été soumis à la fécondation; mais que ces deux savants diffèrent en ce point qu'avant la fécondation le premier admet avec Baër l'indépendance du disque proligère, tandis que le second le croit irrégulièrement constitué par une adhérence un peu plus intime des cellules granuleuses qui avoisinent l'ovule. L'observation qui m'est propre complétera peut-être leurs opinions.

L'ovule entouré d'un cercle radié que j'ai observé appartenait à une vésicule si peu développée, si profondément cachée dans le centre de l'ovaire, qu'il est physiquement impossible d'admettre que cet ovule ait pu être fécondé.

1° Je dirai donc avec Barry : Le disque proligère est un organe distinct du cumulus proliger et de la membrane granuleuse; il est régulièrement disposé, il est libre et forme une tunique particulière à l'ovule; en ceci je suis opposé à Bischoff.

2° Mais cette apparence radiée est indépendante de la fécondation, et comme Bischoff ne l'a pas rencontrée dans les vésicules de de Graaf sans accouplement, elle n'existe pas toujours ou pour mieux dire à toutes les phases de l'existence de l'ovule.

3° C'est sous l'influence de l'accouplement que ces deux auteurs l'ont observée, ou au moins, suivant Bischoff, lorsque les ovules sont mûrs : je suis donc porté à croire que la forme particulière des cellules du disque indique non pas la fécondation de l'ovule, mais sa maturité.

4° Pour moi l'ovule peut, sans subir l'influence du mâle, se développer complétement, et l'aspect radié du disque n'étant qu'un signe de maturité n'exige pas la fécondation. Cette évolution spontanée de l'ovule, les modifications que lui et son enveloppe éprouvent est un fait aujourd'hui prouvé, et M. Coste a démontré entre autres que la vésicule germinative disparaissait d'elle-même lorsque l'œuf était à maturité.

5° Le disque proligère n'est point un simple groupement de cellules, c'est une membrane distincte, comme le pense Barry. Je le considère comme le premier annexe de l'ovule, temporaire comme les autres annexes du germe; mais jouant un rôle particulier qui pour être encore inconnu à ce jour ne m'en paraît pas moins très-admissible.

On trouvera peut-être que j'ai été bien loin avec un seul fait; mais mon observation est entourée de toutes les garanties nécessaires, et d'ailleurs mes conclusions reposent sur une logique sévère, soit sur des notions qui tendent de jour en jour à être généralement admises.

II. — Physiologie animale.

Recherches sur la génération des huîtres; par M. Davaine.

M Davaine rend compte de nouvelles recherches qu'il a faites sur la génération des huîtres. Il résulte de ces recherches que l'huître est hermaphrodite. Le même organe produit les œufs et les zoospermes. Les éléments de l'ovaire et du testicule se trouvent, dans cet organe, tellement mêlés et confondus qu'il est impossible de les isoler par la dissection. Les cellules spermatogènes, ainsi que les œufs, sont rassemblés par petits amas qui ne peuvent être distingués qu'au moyen du microscope.

Dans la glande ovo-spermagène, les zoospermes et leurs cellules de développement apparaissent en premier lieu; ils sont réunis d'abord en groupes, faciles à reconnaître par l'auréole qui les entoure, et qui est produite par les filaments agités des zoospermes.

Les œufs se développent plus tard. Tant qu'ils n'ont pas atteint 2 dixièmes de millimètre de diamètre (mesure prise lorsqu'ils sont légèrement comprimés entre deux lames de verre), on trouve constamment avec eux des groupes de zoospermes et des cellules de développement. Mais lorsque les ovules ont atteint un diamètre de 2 dixièmes de millimètre, les zoospermes commencent à se désagréger et les cellules de développement disparaissent. Bientôt on ne trouve plus que des zoospermes isolés. Dans cet état, il est difficile de constater leur présence; cependant, avec un jour favorable et en les colorant par une solution d'iode, on peut quelquefois voir leur filament. On doit observer que la présence des zoospermes ne devient difficile ou impossible à constater que lorsque les ovules ont acquis tout leur développement et qu'ils sont aptes à être fécondés. Avec des œufs qui ont moins de 2 dixièmes de millimètre de diamètre, on trouve toujours des zoospermes réunis en groupe.

La fécondation des œufs s'opère dans l'ovaire. Les premiers phénomènes appréciables alors sont l'augmentation de consistance de la membrane vitelline, qui rend l'énucléation de l'œuf beaucoup plus facile; la disparition de la vésicule germinative, et, pour un certain nombre d'œufs au moins, un commencement de fractionnement. Après ces premiers changements, la ponte s'effectue. Les œufs passent alors entre les lobes du manteau et les lames branchiales; ils y séjournent un certain temps, plongés dans une substance muqueuse qui les protége contre le contact immédiat de l'eau de mer, et qui est probablement nécessaire à leur évolution. L'ovule subit, dans cet endroit, les périodes du fractionnement et passe à l'état de larve. Celle-ci se meut au moyen d'un appareil transitoire couvert de cils vibratiles. Cet appareil locomoteur tombe après un certain temps, et la larve peut être regardée comme au terme de son évolution. Alors néanmoins la petite huître diffère encore, sous plusieurs rapports, de ce qu'elle est à l'état parfait.

En même temps que s'accomplit entre les lobes du manteau et les lames branchiales l'évolution de l'œuf et de la larve de l'huître, la glande ovo-spermagène éprouve des changements qu'il est intéressant de suivre. Tant que les œufs (placés entre les lames branchiales) n'ont subi que les premières phases du fractionnement, on ne rencontre ordinairement dans la glande ovo-spermagène ni zoospermes ni œufs en voie de formation. Mais des groupes de cellules de développement des zoospermes ne tardent pas à paraître, de petite dimension d'abord et très-pâles. Bientôt ces cellules se multiplient, s'accroissent et se caractérisent; en même temps l'on aperçoit des groupes de zoospermes pâles, à mouvements lents, quelquefois peu appréciables. Ces cellules et ces zoospermes se rencontrent toujours dans la glande ovo-spermagène, lorsqu'au dehors les larves commencent à offrir des cils vibratiles. A l'époque où ces larves offrent un développement presque complet, et lorsqu'elles sont sur le point de perdre leur appareil locomoteur, les zoospermes, dans la glande ovo-spermagène, sont bien développés et ont acquis des mouvements très-vifs. Une fois M. Davaine a trouvé dans cette glande des zoospermes bien formés et des œufs en voie de développement, pendant qu'entre les branchies l'on voyait des larves très-avancées. Il est donc probable que l'huître effectue plusieurs pontes dans l'année.

III. — Physiologie végétale.

Recherches sur la composition des substances solubles extraites des terres fertiles; par MM. Verdeil et Risler.

Ces recherches présentent un grand intérêt au point de vue de la physiologie végétale; elles éclairent la question de la nutrition des végétaux, en même temps qu'elles peuvent guider dans les applications à la culture. Nous ne donnerons qu'un aperçu sommaire de ce travail, qui renferme des tableaux résultat d'analyse chimique exacte, et dont nous avons cherché seulement à reproduire l'esprit.

M. Verdeil communique à la Société le résultat de ses recherches sur les matières solubles tirées de divers échantillons de terres fertiles qui lui ont été adressées par l'Institut agronomique de Versailles. Les points les plus importants de ce travail intéressant tendent à prouver : 1° que les terres fertiles renferment un principe extractif soluble, provenant de la décomposition continuelle des débris végétaux; 2° que la composition de cet extrait est analogue à celle de la cellulose, de la pectine, du sucre, etc., etc. On y trouve, en effet, en moyenne :

Carbone.	39,5
Hydrogène.	7,9

L'azote s'y rencontre également, mais à l'état de sel ammoniacal : on en trouve en moyenne 1,75; 3° que cette substance jouit de la remarquable propriété de rendre soluble une grande proportion de silice et de carbonate de chaux, qui peuvent par cette voie pénétrer dans les végétaux; 4° que cette substance, continuellement formée, se décompose et forme de l'acide carbonique, si elle n'est point utilisée par la nutrition des végétaux.

Ces recherches sont d'un grand poids dans la discussion encore pendante de la nutrition des végétaux, et permettent d'affirmer que les plantes ne se nourrissent point exclusivement des produits empruntés à l'atmosphère, mais qu'elles trouvent des aliments tout préparés dans le sol où elles végètent; il reste à savoir comment cet extrait pénètre dans les plantes. Deux opinions sont en présence : les uns, avec Berzélius, admettent dans le terreau un corps particulier dont les chimistes ont fait un acide ou un corps neutre, et qui a été désigné sous le nom d'acide ulmique, ou humique, ou d'ulmine. Ce corps serait directement absorbé par les plantes. Les autres, avec Liebig, tout en reconnaissant l'existence de cette substance, pensent qu'elle n'est jamais absorbée directement par les racines, et qu'elle ne nourrit les plantes qu'après s'être décomposée et avoir donné naissance à l'acide carbonique, qui seul est assimilé.

La première de ces opinions est la vraie. Les plantes absorbent un principe immédiat qu'on peut retrouver dans leur intérieur; seulement ce principe n'est point un acide : c'est un corps neutre isomère du ligneux, de la cellulose, etc., etc., et qui entraîne avec lui une grande quantité de substances insolubles, comme la silice et le carbonate de chaux, qui doivent leur solubilité insolite à leur mélange avec un composé organique. Cette action remarquable n'est pas, du reste, un fait isolé : on sait, en effet, que l'eau sucrée dissout très-bien les sels de chaux.

C'est là, suivant M. Rayer, le point le plus important de ces recherches.

MM. Verdeil, Robin et Segond sont amenés par cet exposé à la question des engrais artificiels, sur lesquels on avait fondé beaucoup d'espérance, et qui n'ont donné presque aucun résultat. L'absence de principes organiques dans ces produits explique bien toute leur inefficacité.

IV. — Helminthologie humaine.

On sait depuis longtemps que les helminthes sont fréquents dans les pays

chauds; il est même certaines especes qui ne se rencontrent guère que dans les contrées méridionales, la filaire, par exemple.

Cette observation vient d'être confirmée dans un travail intéressant publié par le docteur Bilharz (du Caire). L'auteur y signale l'extrême fréquence des vers dans cette contrée; il décrit surtout une maladie curieuse causée par la présence de distomes contenus dans les excroissances fongueuses de la muqueuse vésicale.

M. Bilharz établit également l'existence d'hématozoaires dans le sang humain, fait qui n'avait pas été authentiquement observé jusqu'à ce jour.

M. Hiffelsheim a fait de ce travail une analyse consciencieuse, que nous reproduisons.

Les helminthes, et particulièrement les nématodes, existent très-fréquemment chez les populations indigènes du Caire.

Il n'est pas rare de rencontrer sur un même sujet une réunion de *strongles duodénaux* (ancyclosl.), d'*ascarides lombricoïdes*, de *tricocéphales*, d'*oxyures vermiculaires*, au nombre d'un millier.

Le *tænia* est tellement fréquent en Abyssinie que son absence constitue une anomalie.

L'esclave, au moment où on le vend, reçoit toujours une forte provision de *cousso*.

Le *strongle intestinal* se rencontre particulièrement dans le repli de la muqueuse spinale.

Il s'y implante fortement, et sur le point d'adhérence se produit une ecchymose lenticulaire, blanche au centre, et percée d'un trou qui fait communiquer la surface interne avec le tissu cellulaire sous-muqueux. Souvent on trouve entre ces deux couches un helminthe gorgé de sang, et qui produit une légère saillie dans le canal.

La capsule buccale, cornée, range cet animal parmi les sclérostomes; d'autre part, la disposition asymétrique de ses dents le distingue des autres strongles.

J'arrive maintenant à la partie la plus importante de la communication : je veux parler des hématozoaires trouvés sur l'homme.

Jusqu'à présent il n'existe pas de cas bien avéré de la présence d'hématozoaires chez l'homme.

Le fait était regardé comme probable par M. Chossat, dans l'excellente thèse que lui inspira M. Rayer; mais les faits n'étaient pas assez positifs jusqu'ici. Après ma communication, il ne restera plus de doute dans votre esprit.

Le docteur Bilharz, en ouvrant la veine porte, aperçut un animalcule qu'il prit d'abord pour un nématode; mais après l'avoir retiré du sang et soumis au microscope, il le reconnut pour un distome.

Cet individu a un corps aplati et une queue qui mesure dix fois environ la longueur de celui-ci.

La queue est canaliculée, et renferme un petit trématode qui est la femelle du mâle, qui l'enveloppe dans son appendice comme dans une gaîne.

Les ovaires, les œufs qu'il renferme, ne permettent aucun doute à cet égard. Les organes génitaux du mâle sont moins distincts, et on n'y a pas découvert de spermatozoïdes.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous donner les principaux caractère de ce distome et de sa femelle:

Le *distomum hæmatolium* a les sexes distincts.

Le corps du mâle, blanchâtre, filiforme, supérieurement convexe, aplati en bas, est lisse à sa surface.

La queue a neuf fois la longueur du corps; elle est parcourue par un canal médian.

La bouche, triangulaire, se continue avec un pharynx non musculaire. Le pore génital est situé entre le canal abdominal et l'extrémité caudale, ou le *gynécophore*.

La femelle, de forme différente, est bien plus petite. Le corps est comme rubané, un peu transparent. La queue n'offre point de canal. Le port génital est uni au bord postérieur du canal abdominal.

La longueur de ces individus est de 3 à 4 lignes; mais le mâle dépasse de beaucoup la femelle.

Il est propre à l'Égypte. On l'a trouvé dans la veine porte et ses branches.

Dans les veines mésaraïques, dans les hépatiques, les intestinales et la liénale, on a toujours rencontré les mâles avec la femelle dans le gynécophore.

En faisant l'autopsie d'un enfant mort de méningite, on découvrit à la surface interne de la muqueuse vésicale des excroissances molles, fongueuses, renfermant du sang extravasé.

Ces excroissances, dit l'auteur, sont aussi rares en Europe que fréquentes en Égypte. Souvent elles se recouvrent d'une croûte saline qu'y dépose l'urine.

Ces fongosités étaient creusées de plusieurs cavités communiquant entre elles; il s'y trouvait un grand nombre de mâles du distome, avec le gynécophore garni d'une femelle. Celles-ci avaient l'ovaire rempli d'œufs. Là où ces fongosités allaient se développer, la muqueuse était chargée d'un amas de mucus visqueux enveloppant une masse d'œufs du distome.

Le docteur Lautner a également observé la présence de ces œufs dans les excroissances de la vessie.

Enfin il trouva, dans une autre circonstance, cet helminthe, et qui n'est point rare, à ce qu'il paraît.

En examinant l'intestin d'un sujet mort de dyssenterie, voici ce qu'il trouva :

La muqueuse était hypertrophiée depuis le milieu du colon transverse jusqu'à l'anus, très-injectée et recouverte d'un mucus rougeâtre. La muqueuse était soulevée et détachée du tissu cellulaire sous-jacent, couverte d'érosions, surtout au niveau de l'S romaine et du rectum. En enlevant la muqueuse, on découvrit des amas d'œufs. La muqueuse, les intervalles des glandes de Luberkuhn, les capillaires, en étaient remplis. La vessie, fongueuse chez ce même sujet, en renfermait également. Le docteur Bilharz a vu de ces œufs se transformer, se développer et éclore sous ses yeux.

Au bout d'une heure de séjour dans l'eau, les mouvements cessaient et les helminthes s'y dissolvaient assez souvent. L'auteur a trouvé au milieu des œufs des enveloppes, qu'il est tenté de considérer comme des cocons dont l'animal s'entourerait avant d'éclore. Le professeur Griesinger y a, d'ailleurs, rencontré les œufs chez un sujet dyssentérique. Ces œufs seraient les analogues de ceux des furselliariens.

La fréquence des distomes, chez les sujets dyssentériques, inspire à l'auteur la pensée d'un rapprochement avec l'acarus.

V. — Anatomie pathologique.

TUMEUR FIBREUSE DE L'OVAIRE DROIT; ASCITE; PONCTION AVEC INJECTION D'EAU ALCOOLISÉE DANS LE PÉRITOINE; MORT; observation recueillie dans le service de M. JOBERT (de Lamballe), par M. BLIN, interne.

La nommée Bandonin, âgée de 43 ans, est accouchée pour la première fois à l'âge de 29 ans. Cinq ou six jours après l'accouchement, apparition d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, au-dessus du ligament de Fallope. Pendant quatre ans la tumeur s'accroît lentement; elle acquiert le volume du poing. La malade eut alors un deuxième accouchement qui fut heureux. La tumeur s'accrut toujours lentement jusqu'à l'âge de 42 ans, époque à laquelle les règles disparurent. Dans cette dernière année, l'accroissement fut beaucoup plus considérable, et il survint une ascite qui nécessita une ponction quinze jours avant l'entrée de la malade.

Au moment de l'entrée à l'Hôtel-Dieu (16 juin), le liquide s'est déjà reproduit dans le péritoine; la santé générale s'altère, la face est amaigrie, les membres inférieurs sont œdématiés. La palpation de l'abdomen, dénote, en exerçant une certaine pression qui refoule le liquide ascitique, la présence d'une tumeur irrégulière, bosselée, qui remonte jusqu'à 0,1 environ au-dessus de l'ombilic. Le toucher vaginal fait reconnaître en arrière du col utérin une tumeur arrondie d'une dureté cartilagineuse.

Quelques jours après l'entrée de la malade, M. Jobert de Lamballe pratique la paracentèse, et après avoir laissé écouler une portion de la sérosité épanchée dans le péritoine, il fait une injection avec le liquide suivant :

Alcool.	60 grammes
Eau distillée	500 —

L'écoulement du liquide arrêté pendant un quart d'heure est ensuite repris jusqu'à complète évacuation.

Après la ponction, douleurs de ventre peu intenses. Pas de réaction générale. Les jours suivants, l'ascite se reproduit rapidement. Bientôt apparaissent des vomissements et de la diarrhée qui cessent d'abord et reprennent à partir du 1er juillet avec intensité jusqu'à la mort (7 juillet). Pas de sensibilité du ventre à la pression.

AUTOPSIE le 9 juillet. — Le péritoine vésical et pariétal très-congestionné; flocons albumineux qui recouvrent les anses intestinales. La tumeur du ventre est tout à fait indépendante de l'utérus, en arrière et à droite duquel elle est développée. Au premier abord, elle semble isolée de l'ovaire, et en arrière de la trompe du côté droit on trouve dans le ligament large un certain épaississement qui paraît être le vestige de l'ovaire atrophié par la compression. Mais, d'un autre côté, on voit manifestement que la tumeur est fixée à l'utérus par un ligament qui correspond parfaitement au ligament de l'ovaire du côté opposé. Cette tumeur est pyriforme, à grosse extrémité tournée en haut, et présente quelques bosselures, elle pèse 3 k. 500 g. A la coupe on la trouve formée en majeure partie par du tissu fibreux; vers la partie inférieure, ce tissu acquiert une densité et une dureté cartilagineuse; vers la partie supérieure, il présente un certain degré de ramollissement, et on trouve même plusieurs petits kystes qui varient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Au centre de la tumeur existent de plus des masses fibrineuses contenues dans des cavités vastes et régulières. On peut supposer qu'il s'est fait des hémorrhagies à l'intérieur de kystes préexistant.

M. Verneuil a étudié cette tumeur au microscope; il l'a trouvée formée d'un tissu fibreux très-dense. L'existence des foyers hémorrhagiques a été également facile à reconnaître. Des caillots fibrineux compactes, des globules sanguins altérés formaient ces masses, dont l'aspect tranchait sur celui du reste de la tumeur.

VI. — Pathologie chirurgicale.

1° CANCER INFILTRÉ DU CORPS DE L'UTÉRUS; KYSTE MULTIPLE DE L'OVAIRE; RUPTURE DE L'UN D'EUX; PÉRITONITE SURAIGUË; MORT; observation recueillie dans le service de M. JOBERT (de Lamballe), par M. DUFOUR, interne.

La nommée Marquaille, âgée de 42 ans, journalière, entre le 4 mai 1852, salle Saint-Maurice, n° 34. Réglée à 14 ans, mariée à 15, devint mère à 19 ans,

puis à 20 ans; à 31 ans, troisième grossesse, fausse couche quelques mois après, rétablissement complet de la santé, qui resta bonne jusqu'à 40 ans. A cet âge apparurent des troubles divers du côté de la menstruation; à la suite de pertes abondantes, la santé générale s'altéra, la peau prit une teinte jaunâtre caractéristique, des douleurs presque continues se manifestèrent à l'hypogastre et dans la région inguinale droite.

Quelques jours avant son entrée, une tumeur globuleuse se montra au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, et tous les accidents augmentèrent. A son entrée à l'hôpital, M. Jobert reconnut, au-dessus des pubis, une tumeur pyriforme rappelant la situation et la forme de l'utérus parvenu au quatrième mois d'une grossesse ordinaire, mate à la percussion, légèrement inégale à sa surface. Cette tumeur est distincte d'une seconde tuméfaction située à gauche, au-dessus du ligament de Fallope; cette seconde tumeur rénitente au centre, empâtée à la circonférence, mate dans toute son étendue, présente une fluctuation obscure dans son point le plus culminant. La pression y provoque des douleurs très-vives. La surface du col utérin est complétement intacte, mais son orifice entr'ouvert laisse écouler un mélange de sang et de pus.

On diagnostique un cancer limité au corps de l'utérus, et une tumeur siégeant à gauche dans les annexes de l'utérus; l'état de la malade s'aggrave de jour en jour, l'utérus est le siége de douleurs vives, lancinantes, ou bien de contractions semblables à celles de l'accouchement.

La tumeur du côté gauche augmente rapidement de volume; la fluctuation y est plus franche; mais le 23 mai, elle s'affaisse, et en même temps apparaissent les symptômes d'une péritonite foudroyante. La mort survient dans la journée.

AUTOPSIE. — Le péritoine est le siége d'une inflammation générale; on vérifie l'exactitude du diagnostic relativement à la tumeur médiane, qui est constituée par le corps de l'utérus; la tumeur de la fosse iliaque gauche est due à l'ovaire, qui est le siége de kystes multiples, et qui adhère fortement à la partie postérieure de la matrice. Le plus élevé des kystes ovariques, transformé en poche purulente, s'est rompu à sa partie supérieure, et l'épanchement de son contenu a été le point de départ de la péritonite; à droite, l'ovaire et la trompe sont sains, mais maintenus par des adhérences dans le cul-de-sac recto-utérin. L'utérus présente le volume d'une grosse orange, sa face externe est lisse, sa face interne fongueuse, recouverte d'un putrilage infect, donne naissance à sa partie antérieure à une masse molle et réduite en putrilage; la coupe des parois utérines donne au raclage un suc lactescent abondant, miscible à l'eau. Le microscope y découvre une énorme quantité d'éléments cancéreux et surtout de noyaux; néanmoins l'apparence fibroïde du tissu utérin est encore appréciable, et il est facile de voir qu'il s'agit surtout d'une infiltration cancéreuse ayant dissocié les fibres de la matrice. En certains points, le produit morbide s'est aggloméré en petits foyers ramollis, dont l'un communique avec le kyste ovarique rompu, l'autre avec la cavité d'une grosse veine utérine dans laquelle se prolonge le tissu cancéreux. Le col utérin ne participe point à cette altération; les ganglions lombaires ne sont point engorgés.

L'observation de M. Jobert est intéressante à plus d'un titre. Je signalerai l'existence d'un cancer du corps, sans altération du col, comme un fait rare. Les chiffres manquent pour préciser le rapport de fréquence entre les lésions organiques des deux segments de l'utérus; mais il est bien remarquable qu'elles respectent aussi souvent les limites de deux parties contiguës, quoique physiologiquement assez distinctes.

Tout porte à croire que le cancer a débuté par la muqueuse utérine, qui offrait encore en un point limité les vestiges d'un champignon cancéreux très-développé. Quoi qu'il en soit, la lésion, en se propageant, avait pris la forme infiltrée sans détruire l'apparence particulière du tissu utérin.

D'un autre côté, des kystes se sont développés dans l'ovaire; nous regrettons de ne pas savoir dans quel état était le parenchyme de cette glande entre les divers kystes; l'ovaire était-il cancéreux? ou bien les deux lésions étaient-elles indépendantes? Nous ne partageons pas les opinions de Delpech sur l'influence du cancer sur la production des kystes; toutefois, nous aurions désiré quelque éclaircissement sur la marche des deux maladies. Quant à l'issue funeste, elle nous offre un exemple remarquable de la terminaison des kystes par inflammation, sécrétion purulente intérieure et rupture, ce qui s'accorde bien, du reste, avec les idées que nous nous faisons de l'évolution pathologique de ces productions.

Notre rôle de commentateur ne peut s'étendre plus loin, nous signalerons seulement, en passant, les difficultés d'un diagnostic précis relativement à la tumeur de la fosse iliaque gauche; on pouvait, au lieu d'un kyste ovarique, croire tout aussi aisément à la formation de ces abcès de voisinage qui ne sont pas très-rares autour des cancers avancés.

La double communication du foyer cancéreux avec la collection purulente du kyste, avec une veine utérine et cette absence insolite d'engorgements ganglionnaires voisins sont des particularités intéressantes. La dernière surtout explique peut-être comment il n'y avait pas, dans l'économie, d'autres foyers cancéreux. La malade n'a donc point succombé à l'infection spécifique, mais bien à une complication fortuite.

VII. — BOTANIQUE ET PATHOLOGIE VÉGÉTALE.

NOTE POUR ÉTABLIR L'ORIGINE DU FROMENT CULTIVÉ; par M. GERMAIN DE SAINT-PIERRE.

Des différents types de structure chez l'embryon des graminées; confirmation par l'examen de l'embryon des observations de M. Fabre sur l'origine des froments cultivés.

L'embryon des graminées présente les types de structure suivants :

Première division : Hypoblaste embrassant.

Première sous-division : Épiblaste nul, coléorhize nulle. Exemple : *Oriza* (le riz).

Deuxième sous-division : Épiblaste nul, une coléorhize. Exemples : *Maïs*, *Sorghum*, *Coix*, etc.

Troisième sous-division : Un épiblaste, une coléorhize. Exemples : *Glyceria*, *Crypsis*.

Deuxième division : Hypoblaste scutelliforme.

Première sous-division : Un épiblaste, une coléorhize. Exemples : *Avena*, *Ægilops*, etc.

Deuxième sous-division : Pas d'épiblaste, une coléorhize. Exemples : *Bromus*, *Elymus*.

Les froments cultivés ne se trouvent en aucun lieu du globe à l'état spontané. M. Fabre a démontré, par une culture de plusieurs années, que les froments cultivés sont des déformations des *Ægilops ovata* et *Æ. triaristata*, plantes répandues dans la région méditerranéenne. Chez ces espèces les graines d'un même épi fournissent, l'une la plante type, l'autre une variété regardée autrefois comme une espèce distincte et désignée sous le nom d'*Æ. triticoïdes*. Cet *Æ.* triticoïdes cultivé pendant plusieurs années, en employant pour chaque nouveau semis des graines du semis précédent, a produit des plantes ayant tous les caractères botaniques des Triticum.

D'autre part, M. Germain de Saint-Pierre a constaté que l'embryon des froments cultivés ne diffère pas de celui des espèces du genre *Ægilops*; chez les uns et les autres, il existe un épiblaste très-apparent. Au contraire, chez les espèces spontanées rattachées au genre *Triticum*, l'épiblaste est nul ou rudimentaire. Le genre Triticum, tel qu'il est limité aujourd'hui, renferme donc des plantes appartenant à deux genres différents : les *Triticum* cultivés qui doivent être considérés comme un appendice du genre *Ægilops*, et les *Triticum* spontanés (espèces vivaces : *T. repens*, *T. caninum*, etc.), qui constituent un genre distinct désigné déjà autrefois sous le nom d'*Agropyrum*, d'après des caractères tirés des organes de la végétation.

MALADIE DES OLIVIERS ET DES ORANGERS.

M. Montagne a présenté à la Société, en janvier 1850, quelques observations sur les fumagines de Persoon, qui attaquent ordinairement les feuilles coriaces de certains arbres et leurs rameaux. Il a surtout mentionné une espèce du genre antenaria *Anelœophila* qui couvre les feuilles des oliviers d'une croûte noire, dont l'effet est d'interrompre les fonctions de la respiration, et son nouveau genre *Capnadium* qui produit les mêmes phénomènes sur les feuilles des orangers.

M. Rayer ayant reçu de Nice une caisse remplie de ces deux champignons parasites, M. Montagne a profité de cette occasion pour les mettre sous les yeux des membres de la Société et leur expliquer tout à la fois les différences caractéristiques des deux genres et l'effet commun qu'ils déterminent sur les végétaux en question.

VIII. — VÉGÉTAUX PARASITES.

1° MALADIE DU BLÉ CAUSÉE PAR DEUX CRYPTOGAMES, L'UREDO GLUMARUM ET LA PUCCINÉE DES GRAMINÉES; par M. MONTAGNE.

Dans sa séance du 7 juillet, la Société centrale d'agriculture a reçu de M. Barral communication d'épis de blé atteints d'une sorte de rouille, qui ont été renvoyés à mon examen. Ce blé avait été pris dans les environs de Versailles.

C'est l'intérieur des glumes qui est attaqué; on y remarque de petites taches d'un beau jaune orange et d'autres d'une couleur brune. Ces taches, orbiculaires, ont environ un tiers de millimètre de diamètre, mais deviennent un peu plus grandes par confluence. Les premières ou les jaunes sont formées par les pustules d'un *uredo glumarum*, espèce heureusement rare et encore fort peu connue. Ses spores, d'un jaune d'or, recouvrent le cariopse ou le grain de blé d'une poussière abondante. Les taches brunes sont causées par la présence, insolite en ce lieu, de la *puccine* des graminées. La forme de ces taches, qui sont rondes et confluentes, au lieu d'être longuement linéaires, comme quand ce parasite attaque les feuilles, en fait une variété remarquable, sinon une espèce différente. L'identité des spores dans le type et la variété me dissuade de la regarder comme distincte.

Les épis atteints de ce mal, qui règne malheureusement dans beaucoup d'autres localités, sont décolorés, et le grain ne prend pas de nourriture; son développement est arrêté, mais il n'est pas attaqué directement.

Cette maladie, comme on peut le concevoir, ne comporte aucun remède. Comment agir à l'intérieur des enveloppes closes du blé? Elle est due à la saison, d'abord pluvieuse, puis devenue excessivement chaude dans ces derniers temps.

2° SUR LA COLORATION ROUGE DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES PAR LA PRÉSENCE DU MONAS PRODIGIOSA (EHRENBERG), PALMELLA PRODIGIOSA (MONTAGNE); par M. MONTAGNE.

M. Montagne lit une note sur un phénomène curieux et extraordinaire dont il vient d'être témoin pendant un court séjour qu'il vient de faire à la campagne. Voici dans quels termes il en rend compte.

« Le 14 juillet dernier, j'étais depuis quelques jours au Parquet, près de Rouen, en compagnie de M. A. Le Prévost, membre de l'Institut. La moitié d'une volaille, rôtie et découpée la veille, avait été conservée dans un gardemanger placé dans la cuisine, et conséquemment dans un milieu d'une température encore plus élevée que celle du dehors, laquelle était d'environ 33° cent. Au moment de la servir, les domestiques s'aperçurent qu'elle était entièrement couverte d'une couche comme gélatineuse de la plus belle couleur de carmin, et assez semblable à celle de la gelée de groseille récemment faite. Comme j'avais connaissance des mémoires de M. Sette (1) et de M. Ehrenberg, sur la coloration rouge des substances alimentaires, je reconnus sur-le-champ le *monas prodigiosa* du savant académicien de Berlin, production rare et curieuse que depuis longtemps je désirais observer. M. Rayer m'en avait bien, à la vérité, communiqué un échantillon qui lui avait été envoyé de Berlin vers 1849, mais c'est le développement spontané de la production en question, inconnue jusqu'à ce jour en France, qui m'intéressait vivement. Je plaçai sur une lame de verre une parcelle de la substance délayée dans un peu d'eau, et je l'observai avec un microscope d'une puissance médiocre, suffisante néanmoins pour constater l'exactitude de ma supposition.

» Cette production se développe, dans certaines circonstances encore inappréciables, sur toutes les substances alimentaires qu'elle recouvre d'une sorte d'enduit gélatineux, qui, par sa couleur rutilante, rappelle un peu celle du sang artériel. Dans le mémoire cité, M. Ehrenberg montre qu'il faut en effet rapporter à ce phénomène tous ces exemples de sang trouvé dans le pain, sur des hosties consacrées, etc., que l'ignorance et la crédulité des siècles reculés attribuaient à de coupables maléfices en regardaient comme des prodiges de funeste présage. Et combien de victimes innocentes ont été immolées aux idées superstitieuses et à la barbarie qui régnaient alors! Le phénomène est facile à produire, surtout sur du riz crevé, bien égoutté et conservé entre deux assiettes; la coloration est alors magnifique. L'échantillon que j'ai apporté a été semé par moi, et au bout de trois jours il était déjà aussi beau que possible.

» La promptitude avec laquelle se produisent les êtres infiniment petits qui constituent ces taches aurait quelque utilité si, comme l'a prétendu M. Pietro Col, chimiste de Padoue, on pouvait l'employer à colorer solidement la soie en rose de plusieurs nuances. M. Chevreul m'a promis de l'expérimenter, et je m'occupe en ce moment d'en multiplier la production pour la soumettre à ses savantes investigations.

» Je ne dirai plus que quelques mots sur la nature de cette singulière production. M. Sette, qui en a parlé le premier, en a fait un nouveau genre de champignon, auquel il donne le nom barbare de *loogalactinaimetropha*.

» M. Ehrenberg, dans le mémoire cité (Acad. des sciences de Berlin, 1848) n'admet pas que ce soit un champignon, et je partage son sentiment à cet égard; mais il en fait une monade qu'il nomme *monas prodigiosa*, et à laquelle il attribue un diamètre variable entre 1/3000 et 1/8000 de ligne. Malgré cette dimension si excessivement petite, M. Ehrenberg affirme que cet animalcule est pourvu d'un suçoir plus court que le reste du corps. J'avouerai que, malgré toute ma bonne volonté, je n'ai pu réussir à voir cette espèce de trompe ou de suçoir propre aux monades. Et pourtant j'ai fait usage d'un grossissement de près de 1200 diamètres.

» Cette production qu'accompagne *toujours* une gangue mucilaginiforme me paraît bien mieux placée parmi les algues, dans le genre *palmella*, par exemple, dont elle a la plupart des caractères. A part l'habitat et la dimension, il y a même entre elle et le *palmella cruenta*, qui se plaît au bas des murs humides, une analogie, une ressemblance même qu'on ne saurait méconnaître. Ce sera donc pour moi désormais un *palmella prodigiosa*.

» C'est à cela que je bornerai ce que j'avais à dire sur le phénomène si intéressant de la coloration rouge des substances alimentaires, renvoyant pour plus de détails, et surtout pour l'interprétation des faits historiques curieux qui s'y rapportent, à l'excellent mémoire de M. Ehrenberg. »

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CIRCULATION DE L'EAU CONSIDÉRÉE, COMME MOYEN DE CHAUFFAGE ET DE VENTILATION DES ÉDIFICES PUBLICS; par M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule. — 1852.

S'il est une question de salubrité publique dont la connaissance parfaite importe au médecin hygiéniste, c'est sans contredit celle du chauffage et de la ventilation des édifices.

(1) MEMORIA STORICO-NATURALE SULL' ARROSSIMENTO STRAORDINARIO DI ALCUNE SOSTANZE ALIMENTOSE OSSERVATO NELLA PROVINCIA DI PADOVA L'ANNO 1819.

Les faits abondent pour démontrer les graves atteintes que porte à la santé un air vicié par la respiration, et l'expérience de tous les jours constate les bienfaits d'une ventilation méthodique. Par ventilation, nous entendons l'entretien permanent d'un air pur, de sorte que l'encombrement n'implique pas l'idée d'insalubrité si le local est suffisamment ventilé, de même que le séjour d'un petit nombre d'individus dans un vaste local nullement ou incomplétement aéré n'assure point l'innocuité de l'air.

De tout temps les observateurs ont signalé des épidémies de typhus, de dyssenterie, de croup, de fièvre puerpérale, de muguet, d'ophthalmie des nouveau-nés, etc., comme les suites fréquentes d'un défaut de ventilation.

D'après une récente communication faite à l'Académie des sciences de Paris, M. Guyon, médecin inspecteur à Alger, admet que la pellagre et la lèpre s'observent chez les Kabyles, dont les habitations sont privées d'une saine aération, alors que les Arabes, qui couchent sous la tente étant exposés à tous les vents, sont exempts de ces maladies endémiques.

Le fait suivant, que nous empruntons à M. Boudin, est des plus significatifs et des plus concluants : à l'hôpital Beaujon, les inflammations couenneuses, les érysipèles, la pourriture d'hôpital, se manifestent depuis des années dans trois pavillons, alors que ces affections épargnent le quatrième. Or ce dernier seul est ventilé, de telle sorte que chaque malade reçoit au delà de 50 m. c. d'air par par heure. « Là, dit M. Boudin, nous paraît devoir être cherchée la cause principale de la différence dans la salubrité relative des salles. »

La mortalité atteint un chiffre plus considérable là où l'on constate un manque d'aération comme dans le cas d'une agglomération d'individus.

Ainsi, on compte en Angleterre :

18,2 décès sur 1000, dans les districts comportant 206 habitants par mille carré, tandis qu'on trouve 26 sur 1000, dans les districts comportant 5,045 habitants par mille carré.

En France, on trouve :

Dans la population civile de 20 à 27 ans, 12,5 décès sur 1,000 habitants.
— militaire du même âge, 20 —

La vie moyenne dans les villes est à celle des campagnes :: 55 : 38, c'est-à-dire qu'il y a une différence de dix-sept années.

Loin de nous la pensée de faire jouer à une aération insuffisante un rôle exclusif dans la production des maladies et des décès; nous nous bornons à constater sa puissante et funeste influence.

Dans le but d'assainir les édifices publics par le moyen, reconnu aujourd'hui seul efficace, d'une ventilation régulière et pouvant aisément s'allier avec le chauffage en hiver et la réfrigération en été, de nombreux et louables efforts ont été tentés. Plusieurs expérimentateurs ont imaginé divers appareils dont l'application n'a point tardé à démontrer les défectuosités et l'insuffisance.

Dans ces derniers temps, la question si importante du chauffage et de la ventilation des édifices publics, mise au concours par l'administration de l'assistance publique pour l'hôpital du Nord, a fait un pas immense.

Trois systèmes ont été proposés : 1° le chauffage à air chaud; 2° le chauffage par la vapeur (immersion ou circulation de vapeur); 3° le chauffage par circulation de l'eau.

L'étude de ces divers systèmes, si attrayante par leur actualité et leurs progrès récents, si féconde en résultats thérapeutiques et économiques, a paru à M. Boudin digne d'une sérieuse attention. Qu'il nous soit permis de rapporter succinctement ses recherches si intéressantes, consignées dans deux mémoires successifs, publiés dans les ANNALES D'HYGIÈNE, 1852, t. XLVII, et ayant pour titre : DE LA CIRCULATION DE L'EAU CONSIDÉRÉE COMME MOYEN DE CHAUFFAGE ET DE VENTILATION DES ÉDIFICES PUBLICS (1).

Après avoir mis complétement hors de cause le système du chauffage à air chaud, à raison d'inconvénients majeurs, tels qu'altération des qualités physiques et chimiques de l'air pur, par suite du contact avec des tuyaux métalliques, et aussi par une forte température, facile détérioration des tubes conducteurs, ventilation nulle, etc., M. Boudin se livre à l'examen impartial des deux autres systèmes.

I. SYSTÈME DE CHAUFFAGE ET DE VENTILATION PAR CIRCULATION DE L'EAU. — Le fourneau à cataplasme qui se trouve au rez-de-chaussée dans tous les hôpitaux est utilisé comme foyer principal; il chauffe une cloche remplie d'eau communiquant par un tube vertical avec un réservoir placé sous les combles et entouré d'une cheminée d'appel. De ce réservoir recevant l'eau chaude partent des tubes qui la conduisent dans les diverses pièces à chauffer, où ils se terminent dans des poêles: ce sont des tubes *afférents*; de là, plus ou moins refroidie, l'eau est reprise par des tubes descendants qui la ramènent dans la cloche : ce sont les tubes *de*

(1) Ces deux mémoires se trouvent, publiés séparément, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire.

retour. Quant à la ventilation, elle s'effectue au moyen de divers tuyaux: les uns, conduisant l'air pur, communiquent d'un côté avec l'extérieur, et de l'autre, se rendent dans les locaux à chauffer, après avoir traversé de bas en haut les tubes afférents d'eau chaude, seulement vers leur terminaison dans les poêles; les autres, chargés de l'air vicié, plongent dans les salles par deux ouvertures situées au niveau du plafond et du parquet auxquelles M. Bondin donne la juste dénomination de *bouches d'extraction*, et vont aboutir à la cheminée d'appel. Pour faciliter l'intelligence de la disposition de ces appareils, l'auteur donne une planche avec une légende explicative. Rien n'est plus simple maintenant que de comprendre le fonctionnement du système de M. Léon Duvoir.

En hiver, l'air vicié de la salle est attiré par la bouche d'extraction inférieure, qui le rejette dans l'atmosphère; à la faveur de ce vide partiel, l'air pur de l'extérieur se précipite dans les conduits qui traversent les poêles, s'échauffe alors au contact des tubes d'eau chaude, et se répand enfin dans les salles. La quantité d'air pur qui arrive est proportionnelle à la quantité d'air impur qui s'échappe, les ouvertures d'introduction et d'extraction ayant une section égale, et la vitesse du renouvellement de l'air dans un temps donné dépend évidemment de l'activité de la cheminée d'appel.

Pour l'été, M. Léon Duvoir dispose un grand cylindre rempli d'eau sortant du puits, et traversé par des tubes à air communiquant supérieurement avec l'atmosphère et inférieurement avec le local à rafraîchir. L'appel continue de s'exercer; seulement l'eau chaude du réservoir supérieur est ramenée à la cloche par un tuyau complémentaire, et les tubes afférents qui aboutissent aux salles sont fermés par des clapets. Alors l'air extérieur s'engouffre dans les nombreux tubes qui plongent au milieu de l'eau du cylindre, se refroidit pendant son trajet, et se précipite dans l'appartement sous la double pression de son poids et de l'appel provoqué par l'extraction de l'air intérieur. Deux effets sont nécessairement produits, substitution continuelle d'un air neuf à un air impur, échange incessant d'une température élevée pour une température basse. A l'Institut, où la salle des séances est rafraîchie et ventilée par cet appareil de M. Léon Duvoir, voici les résultats constatés en présence de nombreux témoins, le 7 août, alors que deux cent cinquante personnes environ étaient rassemblées à l'occasion de la distribution des grands prix de musique:

1° La température extérieure était de 27° cent.; le thermomètre intérieur a toujours marqué 22° cent. pendant trois heures qu'a duré la solennité, de sorte que la réfrigération était de 5°, sans tenir compte du calorique constamment produit par les assistants.

2° L'air pris à l'extérieur à 27° cent. arrivait dans la salle à 16°, c'est-à-dire que l'appareil lui faisait subir un abaissement de température de 11° cent.

3° L'anémomètre de M. Combes traduisait un écoulement d'air frais et pur de 8000 m. c. par heure.

Tout se lie dans ce système admirable par sa simplicité ingénieuse; en hiver, le chauffage favorise la ventilation et *vice versâ*; en été, la réfrigération s'allie parfaitement à la ventilation.

Quelques modifications récentes du système L. Duvoir sont trop importantes pour être passées sous silence.

UTILISATION DE LA FUMÉE. — Le conduit de la fumée s'élève depuis le fourneau jusqu'au plancher du comble en traversant la chaudière et le tube ou les tubes ascensionnels pleins d'eau qui en partent, de sorte que la fumée communique son calorique à l'eau qui l'entoure, et il en résulte nécessairement une surface de chauffe plus étendue et une dépense moindre de combustible (1).

BOUILLEUR. — Le fourneau chauffe encore un bouilleur qui transmet l'eau par un tube ascendant à un réservoir placé au troisième ou au quatrième étage, d'où part un tube qui descend au bouilleur et qui est muni de robinets à chaque étage, de sorte qu'il y a partout une distribution facile et économique d'eau chaude.

ORIFICES D'INTRODUCTION DE L'AIR NEUF. — Pour le placement de ces orifices, M. Boudin propose une importante modification qui nous semble digne d'être expérimentée. Il pense qu'il serait utile d'introduire l'air chaud par des orifices situés au niveau du sol, au lieu de le lancer à la hauteur de 1m,20, qui est celle des poêles à eau; et en été, l'air froid serait versé par des orifices situés à hauteur d'homme, au lieu de pénétrer au niveau du sol, d'après la disposition adoptée par M. L. Duvoir. Ce mode d'introduction lui paraît, avec raison, le plus propre à résoudre le problème hygiénique de la prompte mise en contact de l'air neuf avec les organes respiratoires.

Par l'union intime du chauffage et de la ventilation, par leur régularisation facile et bien entendue, M. L. Duvoir est arrivé à un double résultat d'une importance capitale qui résout des difficultés majeures non encore surmontées jusqu'ici. D'une part, il parvient à donner aux appartements une température non-seulement constante et déterminée, mais aussi *uniforme*. Or on sait quelle inégalité de température existe dans une pièce à diverses hauteurs; on a constaté qu'à 5m,85 d'élévation, dans une salle non ventilée, la température était de 24°, tandis qu'elle n'était que de 18° au niveau du plancher. D'autre part la ventilation est méthodique, réglée, et peut être activée d'une manière prodigieuse selon les éventualités. A l'hôpital Necker, le système Léon Duvoir fournit par heure et par malade 60m cubes d'air. A Charenton, les locaux les plus rapprochés du centre de l'appareil reçoivent par heure 119m cubes d'air, et les plus éloignés 67m cubes. Les cellules du palais de justice destinées aux prévenus, sont alimentées par 80m cubes d'air dans l'espace d'une heure.

L'auteur du mémoire que nous analysons fait ressortir à dessein ces deux faits bien fondamentaux: *répartition égale d'une température constante, force de la ventilation*; il en fait jaillir des aperçus hygiéniques d'une incontestable utilité et pressentir des applications pratiques très-ingénieuses. D'abord il considère qu'une température uniformément répandue dans un appartement a pour résultat avantageux de mettre toutes les parties du corps de l'homme en rapport avec un même milieu ambiant et d'utiliser tout le calorique perdu, d'où résulte une grande économie de combustible. Admirant ensuite la puissance de l'appareil ventilateur, M. Boudin se demande s'il y a lieu de se préoccuper, autant qu'on le fait, de la question de la fixation d'un minimum d'aération par heure et par individu, ainsi que du rapport rigoureux entre le cubage d'un local et le nombre de ses habitants. On conçoit dès lors tout le parti qu'on pourrait tirer d'une large ventilation dans le cas d'épidémies, et les immenses avantages qui en résulteraient si elle était appliquée aux théâtres, aux ateliers, aux manufactures, etc.; on comprend aussi qu'elle pourrait être utilement employée comme moyen de désinfection des latrines, des amphithéâtres de dissection, des salles de varioleux, de gâteux, etc., etc. Enfin l'hygiène militaire trouve nécessairement une place dans les considérations du médecin en chef du Roule. Le casernement ne gagnerait-il pas énormément en salubrité s'il était soumis à une large ventilation? N'aurait-on pas l'espoir alors de voir disparaître ces séries de maladies se manifestant si souvent dans une caserne et qui semblent liées si étroitement à des atmosphères miasmatiques plus ou moins stagnantes et durables. C'est un des plus grands mérites de M. Léon Duvoir, on ne saurait trop le reconnaître, d'avoir réalisé le premier un immense progrès dans l'art difficile de la ventilation.

Un point que M. Boudin signale aussi à l'attention d'une manière spéciale, c'est la simplicité d'exécution et de construction de cet appareil de chauffage et de ventilation. Déjà de nombreux édifices publics à Paris sont en possession du système Léon Duvoir, tels que le palais du Luxembourg, l'Hospice des Jeunes Aveugles, celui de Charenton, l'Observatoire, les hôtels du ministère de l'instruction publique, de la préfecture de police, de la cour des comptes, la manufacture des tabacs, l'église de la Madeleine, de Saint-Philippe du Roule, l'hôpital Beaujon, etc., etc.; déjà diverses provinces en ont doté leurs établissements, déjà plusieurs maisons particulières l'ont adopté, sans que jamais un reproche sérieux ait été formulé. Mais une preuve principale de l'utilité et des avantages de ce système, c'est qu'il a été appelé à être substitué à d'autres appareils de chauffage: ainsi il a remplacé le système Talabot au palais du Luxembourg et récemment le système par la vapeur à l'Institut, tandis qu'il a toujours été maintenu et approuvé partout où il fonctionne. Si l'appareil de M. L. Duvoir a été l'objet d'attaques nombreuses, on peut dire qu'elles ont été péremptoirement réfutées. On lira avec intérêt l'argumentation des concurrents rapportée au long dans le mémoire qui nous occupe.

II. SYSTÈME DE CHAUFFAGE PAR LA VAPEUR (CIRCULATION ET IMMERSION DE VAPEUR).—Ce projet est basé sur l'emploi de la vapeur dont les tuyaux de circulation agissant, soit directement sur l'air à son passage dans les conduits qui l'amèneraient dans les divers locaux, soit sur des poêles à eau destinés à former des récipients de chaleur; l'air serait lancé dans les pavillons par des ventilateurs mus par des machines à vapeur alimentées par les chaudières. L'air pénétrerait ainsi dans les salles avec une pression un peu plus grande que la pression extérieure et sortirait par les orifices et canaux disposés à cet effet. La vapeur aurait ainsi des effets caloriques pour l'eau et des effets mécaniques pour l'air.

Les objections que M. Léon Duvoir adresse à ces appareils sont capitales et nous paraissent devoir être prises en sérieuse considération. Il pose qu'une usine aussi vaste et aussi compliquée que celle de ses compétiteurs nécessite de fréquentes réparations et par là même plus de frais d'entretien, ainsi que des interruptions fréquentes de service. De plus, pour un grand hôpital, le bruit incessant et inévitable de ces machines à vapeur ne sera-t-il pas nuisible au repos des malades? Des ruptures fréquentes des tubes de fonte ne seront-ils pas la conséquence nécessaire de variations brusques de tem-

(1) Cette nouvelle disposition est mise en pratique à l'hôpital Necker avec un avantage marqué.

pérature? Il en résultera, comme à l'Institut et à la prison Mazas, des fuites de vapeur toujours nuisibles. La ventilation promise de 20m cubes par heure et par lit lui paraît insuffisante, l'expérience ayant prouvé, selon lui, qu'il faut la porter à 60m cubes. La ventilation par insufflation lui semble illusoire. « En effet, dit M. Léon Duvoir, chaque fois que l'on ouvrira une porte ou une fenêtre, il s'établira un courant qui refoulera l'air de la salle en dehors de l'ouverture béante, et alors l'air vicié contenu dans les conduits d'évacuation descendra immédiatement dans la salle. »

L'expérience a prononcé sur le chauffage par la vapeur; il a été constaté l'hiver dernier à la prison Mazas, où ce système est établi, que les cellules n'avaient jamais plus de 10° centigrades, malgré un chauffage *de nuit et de jour avec cinq fourneaux*. Nous voyons aussi plusieurs établissements l'abandonner et le remplacer par le système opposé, c'est-à-dire par le chauffage à circulation d'eau, tels que le palais de l'Institut, la chambre des pairs. Quant à la ventilation mécanique non encore éprouvée, il est permis de douter de sa puissance, quand celle qui s'opère au moyen de tarares tout à fait analogues ne produit que des résultats peu satisfaisants.

M. Bondin aborde ensuite la question économique avec tous les développements que son importance comporte, et insiste particulièrement sur les désavantages du système par la vapeur par rapport au système par circulation de l'eau.

Ainsi, pour l'hôpital du Nord, le système de chauffage par l'eau donne lieu à une dépense de 33,485 fr. pour frais annuels d'entretien et de combustible; tandis que le système par la vapeur, *ramené à des conditions identiques*, exigerait 62,100 fr. : ce qui fait une différence de 28,615 fr. en faveur de la méthode Léon Duvoir.

D'autre part, les frais d'établissement du premier système s'élèvent à 280,000 fr., tandis que ceux du second montent à 338,000 fr., c'est-à-dire qu'on dépense 58,000 fr. de plus pour construire l'appareil des compétiteurs de M. Léon Duvoir.

Pour établir le chauffage par la vapeur à la prison Mazas, on a dépensé 203,294 fr., et l'on a un renouvellement d'air au plus de 30,000m cubes par heure. Or M. Léon Duvoir avait soumissionné pour 150,000 fr., et en garantissant 127,600m cubes par heure. De plus, il faut 30,000 fr. de combustible par an, tandis que, par le système Duvoir, on n'en aurait dépensé que 16,711, en donnant même une ventilation de 60m cubes au lieu de 30m cubes.

De plus, on lit dans le BUDGET SPÉCIAL DES DÉPENSES DE LA PRÉFECTURE DE POLICE POUR L'EXERCICE DE 1852, p. 39 : « Lors de la présentation du projet de budget pour 1851, le préfet de police avait demandé pour le chauffage et l'éclairage un crédit de 147,203 fr. La commission départementale trouva ce chiffre exagéré, et croyant que l'administration obtiendrait une économie notable en exigeant l'exécution du marché passé entre la préfecture de la Seine et le sieur Grouvelle pour le chauffage et la ventilation de la maison Mazas, elle réduisit l'ensemble du crédit à 137,674 fr. Mais l'avis du préfet de la Seine, conforme en tout point à celui du préfet de police, et qui s'appuyait d'ailleurs sur la déclaration précise et formelle de la commission d'architecture et de la commission spéciale chargée de la réception des appareils, a été que le marché Grouvelle devait être considéré comme *n'étant pas susceptible d'application*, et que le mode employé par l'administration, pour le chauffage et la ventilation de la maison Mazas, était le seul actuellement praticable, et de nature à concilier *les besoins du service et les intérêts du département*. En conséquence l'administration a dû continuer à pourvoir *par elle-même* au service du chauffage et de la ventilation de la maison Mazas, qui a entraîné une consommation de 640,000 kil. de charbon. » Au contraire, nous savons que partout on trouve avantage et économie à charger M. L. Duvoir du fonctionnement de ses appareils.

Les deux systèmes de chauffage par la vapeur et par l'eau ont été soumis à l'examen rigoureux de plusieurs commissions, chargées par le préfet de la Seine et par le ministre de l'intérieur de donner leur avis motivé sur leur valeur comparative. Or le système Léon Duvoir, qui avait déjà été jugé favorablement en 1844 par une commission scientifique composée de MM. Gay-Lussac, Séguier, Grillon et Regnault, qui récemment avait été l'objet d'un rapport très-remarquable du général Morin, vient encore de recevoir l'approbation des dernières commissions.

Voici la conclusion du Conseil des bâtiments civils : « Il serait hasardeux, pour ne pas dire imprudent, de se livrer aux éventualités d'un système où tout est en quelque sorte incertitude, et d'abandonner celui qui, en toute occasion, a satisfait aux conditions qui lui ont été imposées. » Voici enfin comment M. Bondin lui-même résume les avantages et les inconvénients principaux des deux systèmes : « D'un côté, nous voyons dans le projet de M. Léon Duvoir un système de chauffage qui depuis plus de quinze ans a réalisé constamment les plus heureux résultats sous le rapport de la régularité du service, de l'extrême rareté des interruptions, de la complète absence d'accidents, de l'économie, et surtout de l'hygiène. Ce système a remplacé à diverses reprises, et avec grand avantage, divers procédés de chauffage et de ventilation, ayant avec le système qu'on lui oppose aujourd'hui au moins une grande analogie, et dont l'expérience a démontré l'insuffisance et le côté dispendieux.

» D'autre part, se présente un projet de chauffage par la vapeur, avec ventilation mécanique, projet sans antécédents d'application aux hôpitaux, et dont les résultats définitifs peuvent, par cette raison même, non-seulement ne pas réussir, mais encore offrir des inconvénients imprévus.

» Du côté de M. Léon Duvoir, garantie de 60m cubes d'air par heure et par malade, et demande de 280,000 fr. pour premier établissement. De l'autre côté, offre de 20m cubes seulement, et demande de 338,000 fr. de premier établissement, avec augmentation notable des frais d'entretien des appareils et du combustible.

» Ainsi, d'une part, économie dans les dépenses et garantie d'une large ventilation, seule capable d'assurer la salubrité d'un grand hôpital; de l'autre, augmentation des frais de premier établissement de près de 60,000 fr., accroissement des dépenses annuelles d'entretien et de combustible, enfin offre d'une aération trois fois moindre et souvent insuffisante. » En présence de faits aussi explicites, aussi probants, n'a-t-on pas lieu de s'étonner que l'administration hésite tant à prendre un parti, et paraisse si embarrassée pour le choix qu'elle doit faire?

Enfin, pour donner une solution définitive à cette importante question du chauffage de l'hôpital du Nord, le ministre de l'intérieur a chargé tout récemment le général Morin, membre de l'Institut, de juger en dernier ressort. Ce général, si compétent en pareille matière, arrive à une décision à laquelle on était loin de s'attendre, après les éloges officiels déjà donnés par lui au système de M. Duvoir. Il propose de confier à M. Léon Duvoir le chauffage et la ventilation de trois des pavillons de l'hôpital du Nord, et d'abandonner les trois autres, à titre d'expérience, à ses compétiteurs. Pour nous, nous avons peine à comprendre, quand l'expérience a prononcé depuis longtemps en faveur du système de M. Léon Duvoir, qu'on persiste à le soumettre à de nouveaux essais, et surtout à le mettre en parallèle avec un autre système qui n'a point encore subi la sanction de l'expérimentation. Toutefois nous dirons avec M. Bondin : « Si la proposition de M. le général Morin est adoptée par le ministre, nous en féliciterions sincèrement la science, qui, par suite du fonctionnement simultané des deux systèmes rivaux au milieu de circonstances identiques, posséderait enfin des éléments pratiques d'une facile comparaison, et dont les résultats conduiraient infailliblement à la solution définitive d'une des plus importantes questions de l'hygiène publique. »

Dans ces derniers temps, quelques journaux industriels se sont efforcés à faire admettre, contradictoirement aux faits les plus notoires, l'infériorité du système Léon Duvoir, et la supériorité de ses prix, par rapport au système par la vapeur.

Mais, en voyant M. L. Duvoir fournir avec son appareil 60m cubes d'air par par heure et par malade à l'hôpital Necker, 80m cubes par heure pour les cellules du palais de justice, comment peut-on soutenir que son procédé est inférieur à celui de la prison Mazas, qui ne donne que 10 à 25, et, assure-t-on, 30m cubes d'air neuf par heure (1)?

Si maintenant l'on consulte le nouveau rapport d'une commission d'enquête sur Mazas, qui a paru tout récemment au MONITEUR, on reconnaît que le système de ventilation qui y est appliqué est tout à fait insuffisant. En effet, d'un côté, le renouvellement de l'air ne peut s'opérer d'une manière utile et favorable à la santé qu'à la condition de l'ouverture des fenêtres en été; de l'autre, l'air neuf envoyé aux détenus ne provient pas directement de l'extérieur, mais est puisé dans les galeries, et conséquemment dans un état de viciation plus ou moins avancée. Enfin, d'après les termes mêmes du rapport, cette ventilation « est impuissante à détruire l'odeur fétide ou la poussière incommode occasionnée par certains travaux, et notamment par la manipulation de la baleine. »

Le système de chauffage par la vapeur, tel qu'il est proposé pour l'hôpital du Nord, coûtera 60,000 fr. de plus pour frais d'établissement que le système de chauffage et de ventilation par la circulation de l'eau, et donnera lieu en outre à une dépense plus considérable pour l'entretien et le combustible. La prison Mazas dépense annuellement, pour le chauffage par la vapeur, 30,000 fr. de combustible, et dépenserait 38,400 fr. s'il y avait une ventilation de 60m cubes par heure, tandis que M. Duvoir

(1) Rapport officiel de la commission d'enquête nommée par le préfet de la Seine.

n'avait demandé, en remplissant cette condition, que 16,711 fr. pour frais annuels de combustible. Après de tels faits, où est, je le demande aux adversaires de M. L. Duvoir, la supériorité de ses prix?

Au moment de terminer, nous recevons la dernière livraison du DICTIONNAIRE DES ARTS ET MANUFACTURES, qui renferme l'article *Chauffage*, par M. Ph. Gronvelle.

Après avoir donné la description du système de chauffage par la vapeur, appliqué au palais de l'Institut, M. Gronvelle, au lieu de chercher à expliquer l'abandon récent de ce système, formole cette conclusion : « La bibliothèque de l'Institut est la *seule* à Paris qui soit chauffée (par la vapeur) avec sécurité absolue et de la manière la plus agréable pour les bibliothécaires et les lecteurs. Espérons que cet exemple sera bientôt adopté dans les autres bibliothèques publiques. » En présence d'une telle déclaration, nous nous sommes de nouveau rendu à l'Institut, et nous avons pu constater encore une fois que les appareils fonctionnant actuellement ne sont pas ceux que décrit avec soin M. Gronvelle, mais bien ceux de M. Léon Duvoir, dont il ne fait à ce sujet nullement mention. N'est-il pas surprenant que, dans un ouvrage sérieux et aussi recommandable que le DICTIONNAIRE DES ARTS ET MANUFACTURES, de semblables assertions puissent trouver place?

Grâce au travail si complet et si nouveau de M. Boudin, que tout le monde lira avec un vif intérêt, il est permis dès aujourd'hui de se faire une idée exacte et précise des divers systèmes de chauffage et de ventilation appliqués aux édifices publics, et d'apprécier sainement leur importance relative au point de vue hygiénique et économique.

H. BAILLY, D. M. P.

VARIÉTÉS.

— M. Liébig vient d'être nommé professeur public de l'Université de Munich, et en même temps directeur-conservateur du laboratoire chimique. Les honoraires du célèbre chimiste sont fixés à 16,000 fr. par an.

La Faculté de médecine de Munich a appelé en outre les hommes les plus distingués (les deux MM. Siébold, M. Pfeifer) pour remplacer les pertes qu'elle a éprouvées dans ces derniers temps.

— M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, et professeur à l'École de médecine de cette capitale, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Malle, chirurgien principal de l'armée, auteur de plusieurs ouvrages estimés, vient de mourir à l'âge de 47 ans.

— Le congrès scientifique de France ouvrira, le 6 septembre prochain, sa dix-neuvième session, à Toulouse.

— On écrit de Berlin :

« Dans le corps médical de notre ville, on s'occupe du projet de constituer un tribunal pour les affaires d'honneur. Les principes fondamentaux, publiés par des lettres d'invitation et proposés par quelques praticiens des plus distingués, ont excité une vive résistance parmi leurs confrères, ces principes ne reconnaissant pour base que les punitions infligées par les tribunaux ordinaires. »

DE L'EMPLOI EN MÉDECINE DE L'IODURE D'AMIDON ; par le docteur QUESNEVILLE.

L'iodure d'amidon, cette combinaison si curieuse pour les chimistes, si heureuse pour la thérapeutique, entre décidément dans la pratique médicale. Voilà près de deux ans que le docteur Quesneville a appelé l'attention de ses confrères sur l'emploi de ce composé, et qu'il est parvenu, *ce qu'on n'avait pas fait avant lui*, à le rendre soluble dans l'eau, et à préparer, avec le soluté, un sirop agréable et très-actif. Depuis lors les médecins qui, jusqu'à ce jour, n'osaient pas employer l'iode à cause des accidents qu'il cause parfois et des difficultés de son mode d'administration, ayant pu apprécier l'innocuité du nouvel agent thérapeutique, malgré son activité bien constatée, font aujourd'hui un usage journalier de l'iode liquéfié par l'amidon, d'après la méthode Quesneville. Les préparations Quesneville sont donc très-souvent demandées aux pharmaciens, et un grand nombre, mais sans succès, ont cherché à imiter ces produits. Chargé dernièrement, par la Société de pharmacie, de faire un rapport sur tous ces procédés d'imitation, M. Soubeiran les a, en effet, reconnus défectueux, et a pu constater que l'on peut facilement obtenir un sirop d'iodure d'amidon, contenant sensiblement 2 gr. et demi d'iode par kilogr., soit 5 centigr. d'iode par cuillerée de sirop. M. Magnes Lahens était déjà arrivé au même résultat, par l'analyse qu'il avait faite du sirop Quesneville, auquel il avait trouvé exactement cette composition qui est en effet celle qu'il a adoptée. L'efficacité du sirop d'iodure d'amidon ne saurait être mise en doute, et quoique les préparations qui contiennent l'iode à l'état libre, comme l'huile iodée et l'iodure ioduré de potassium, soient plus actives, on doit leur préférer le sirop d'iodure d'amidon quand il est administré aux enfants scrofuleux, aux natures débiles, aux phthisiques. Son administration, en cette circonstance, ne pourrait être remplacée.

DU SIROP D'IODURE D'AMIDON. — L'iodure d'amidon rendu soluble et combiné au sucre pour en faire un sirop n'avait jamais été préparé ni employé en médecine ; c'est le docteur Quesneville qui, le premier, l'a fait connaître et en a conseillé l'emploi. Ce sirop, très-recherché aujourd'hui, est préféré par les médecins aux autres préparations d'iode destinées à être prises à l'intérieur comme l'iodure de fer et celui de potassium, car il possède sur ces derniers produits l'avantage inappréciable de n'entraîner aucune irritation, et de pouvoir être absorbé facilement et complétement par suite de sa propre assimilation avec les principes de la digestion.

Un des emplois les plus heureux que le docteur Quesneville ait fait du sirop d'iodure d'amidon est sa substitution à l'huile de foie de morue dans toutes les maladies où cette huile est recommandée. Il est reconnu aujourd'hui que le sirop d'iodure d'amidon agit beaucoup plus favorablement, et plus promptement que l'huile de foie de morue, qui ne doit d'ailleurs sa vertu qu'à un peu d'iode qu'elle renferme naturellement. Voici comment s'exprime, sur le sirop d'iodure d'amidon, un médecin fort compétent, qui, malade, l'a expérimenté sur lui-même : « Votre sirop d'iodure d'amidon fait merveille ici : je n'ai pu supporter l'huile de foie de morue, et cette préparation que je lui ai substituée m'a fait éprouver beaucoup de soulagement. »

EMPLOI DU SIROP D'IODURE D'AMIDON. — Ce sirop, tel qu'il est préparé par le docteur Quesneville, est formulé de telle sorte qu'une cuillerée à bouche pesant 20 grammes contient 5 centigrammes ou un grain d'iode : c'est donc 2 grammes 50 centigrammes par kilogramme de sirop. Malgré cette très-petite proportion, l'iode est ici si heureusement combiné avec une matière organique, l'amidon, qu'avec quelques grammes d'iode on peut produire autant d'effet qu'avec les autres iodures à dose beaucoup plus forte. De là cet immense avantage d'obtenir guérison sans s'astreindre à se noyer d'iode et s'exposer ainsi à faire naître, à côté d'une maladie qu'on éteint, une autre maladie que l'on ne peut plus guérir.

En prenant donc chaque jour deux ou trois cuillerées de sirop d'iodure d'amidon, et pour commencer une demi-cuillerée le matin et une demi-cuillerée le soir, et augmentant graduellement jusqu'à trois cuillerées par jour, on pourra espérer au bout de quelques mois d'obtenir une guérison à peu près complète. Ce moyen d'administrer l'iode à petite dose sera surtout adopté par les médecins qui, tout en ne croyant pas aux préceptes exagérés de l'homœopathie, adoptent cependant ce qu'il y a de fondé en elle, à savoir que des médicaments que l'on fait absorber en très-petite quantité agissent beaucoup mieux que lorsqu'ils sont donnés à très-haute dose.

Le sirop d'iodure d'amidon est conseillé aux personnes qui craignent d'être atteintes de la poitrine, ou qui même déjà ont le germe des tubercules. Ce sirop est encore le spécifique le plus sûr de tout état scrofuleux. Les personnes qui ont la peau luisante, gonflée, dont les glandes sont engorgées, devront surtout en faire usage. Les médecins homœopathes l'ordonnent aussi et en font la base de leurs prescriptions énergiques — quelques gouttes dans un verre d'eau, disent-ils, suffisent. Enfin ajoutons encore que des médecins très-sensés l'ont conseillé à leurs malades comme sirop hygiénique tout à la fois.

TABLETTES D'IODURE D'AMIDON. — Dans quels cas faut-il employer ces tablettes d'iodure d'amidon? Un mot d'abord sur l'iode et sur ses propriétés éminemment bienfaisantes.

D'après des recherches toutes récentes sur l'iode, recherches qui ont fait le sujet de communications à l'Académie des sciences de Paris, il résulterait que l'iode fait partie de presque tous les corps de la nature, qu'il est contenu dans l'air, que presque toutes les eaux potables en renferment d'assez grandes quantités, ainsi que la plupart des aliments, comme le sel, le vin, le cidre, le lait, les œufs, etc., etc., que la terre arable en contient beaucoup, en un mot qu'il est à peu près partout. Voilà pour la généralité; maintenant examinons les exceptions. — Il y a des pays insalubres où les maladies sont fréquentes, où la phthisie pulmonaire fait des ravages, où la scrofule, le goître, le crétinisme, sont pour ainsi dire endémiques. — Or, dans ces pays, on a analysé les eaux, on n'y a pas trouvé d'iode ; on a analysé les mines de sel gemme, l'iode y fait défaut, et quant à l'air, c'est à peine s'il y en a des traces. Quant à la terre arable, nulle trace. Ces analyses répétées en d'autres lieux également insalubres ont donné des résultats identiques, et on en a conclu que l'iode, qui est le spécifique de la scrofule qui guérit le goître, et auquel la phthisie pulmonaire demande aujourd'hui guérison, pourrait bien être un élément essentiel à la vie ou tout au moins à une bonne constitution, et qu'il y aurait un moyen de suppléer à l'absence d'iode de telle ou telle localité, ce serait de prendre des médicaments légèrement iodés. — Le problème à résoudre était donc de composer un médicament iodé tout particulier, n'ayant aucune action irritante sur l'économie, s'associant parfaitement à la constitution et surtout facile à prendre en tout temps. Le docteur Quesneville a trouvé dans l'iodure d'amidon toutes ces qualités réunies; il en a composé des tablettes que chacun, même en état de santé parfaite, peut prendre sans crainte. Chaque tablette contient un centigramme d'iode, leur goût est agréable, et c'est la meilleure manière d'administrer l'iode à des enfants ou à ceux qui vont à la campagne ou en voyage, et qui ont besoin de suivre longtemps un régime iodé. On pourra en prendre cinq à six tablettes par jour.

(REVUE SCIENTIFIQUE, mai 1852.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE.

Il est très-vrai que des constitutions médicales particulières sont généralement attachées aux différentes saisons de l'année et tournent avec elles dans un cercle perpétuel. A l'hiver, les maladies inflammatoires de l'appareil pulmonaire; au printemps, les mêmes maladies jointes aux fièvres éruptives; à l'été, les affections abdominales bilieuses et cholériformes; à l'automne, les dyssenteries et les fièvres intermittentes. Il semble donc qu'il n'y ait aucun intérêt à ramener l'attention sur ces périodiques variations de la santé publique. Cependant il y a ici plusieurs remarques à faire. Outre que l'ordre des constitutions peut être quelquefois interverti, comme nous avons eu parfois occasion de le montrer dans nos REVUES SANITAIRES; qu'on peut voir, par exemple, des diarrhées bilieuses, cholériformes, régner en hiver sous l'influence d'une température estivale (année 1848), chaque constitution donnée offre au moins deux éléments morbides : le caractère général de la maladie et son caractère local. Or ces deux éléments ne sont pas toujours dans le même rapport réciproque. L'élément bilieux n'est pas fatalement enchaîné aux viscères abdominaux, ni l'élément inflammatoire aux viscères thoraciques. Si notre observation pendant les quelques années dont nous avons esquissé l'histoire sanitaire, dans la GAZETTE, ne nous a pas induit en erreur, la localisation de la maladie varie moins encore que son génie propre, c'est-à-dire qu'il est moins rare de voir en hiver des pneumonies bilieuses ou adynamiques que des phlegmasies abdominales; ou en automne, des diarrhées simplement inflammatoires que des localisations thoraciques.

A l'époque de l'année où nous sommes parvenus, on ne manque presque jamais de rencontrer beaucoup de dérangements intestinaux; mais ils ne se présentent pas constamment sous la même forme. Le plus souvent, succédant aux flux diarrhéiques et aux coliques intenses, comme névralgiques, qui sont l'apanage de la saison la plus chaude, ils revêtent, vers le mois d'août, la forme bilieuse, et plus tard la forme dyssentérique. L'élément phlegmasique proprement dit peut faire défaut, ou n'intervenir que très-accessoirement. Or il n'en est pas ainsi cette année. On observe sans doute des dy-senteries; on rencontre des diarrhées bilieuses très-abondantes, dans lesquelles un laxatif, donné au milieu de douleurs assez intenses et de fréquentes évacuations, amène ce qu'on appelle, en terme de matrone, un *débordement*, et détermine la solution. Mais, dans beaucoup de cas, le ventre est dans un état d'éréthisme et de chaleur qui impose au praticien de grands ménagements. Tantôt il est tendu, constamment douloureux, surtout dans la station debout, très-sensible au toucher; les lavements entiers sont difficiles à supporter et rendus avec de vives douleurs. Tantôt il est revenu sur lui-même comme si tout le tube intestinal était en contraction, et le moindre gaz qui chemine, quelques cuillerées de matière liquide à évacuer, occasionnent des tranchées pénibles. Nous avons vu dans la pratique civile deux cas de phlegmon de la fosse iliaque survenus après cinq ou six jours de douleurs générales de l'abdomen ayant tous les caractères de la phlegmasie la plus violente, et se calmant à chaque application de sangsues autour du nombril. Un jour la douleur se fixait plus spécialement dans la fosse iliaque, et l'on constatait presque aussitôt une dureté qui allait croissant. Dans ces deux cas, l'abcès, traité surtout par l'application continue de la glace, s'est ouvert dans les intestins, et les malades ont parfaitement guéri.

On comprend aisément combien il est important de ne pas tomber dans une préoccupation trop exclusive de la constitution saisonnière, et de distinguer les formes morbides. L'institution du traitement y est sérieusement intéressée. Quand la scène commence à changer sur le théâtre de la pratique, il peut en résulter tout d'abord de l'hésitation. Sydenham le confessait sans honte. Il faut donc s'appliquer à s'orienter le plus vite possible sur ce nouveau terrain. Pour ce qui concerne les affections abdominales, dont la symptomatologie est extrêmement variable, il y a surtout, en clinique, quatre formes à considérer : 1° le simple flux intestinal que le diascordium, la thériaque, le laudanum suspendent; que les mêmes remèdes guérissent plus solidement quand on les a fait précéder d'un purgatif; 2° la diarrhée bilieuse, qui nécessite les laxatifs doux, à petites doses souvent répétées et noyées dans une grande quantité de liquides adoucissants, afin d'atténuer l'action irritante du médicament et celle de la bile elle-même sur la muqueuse digestive; 3° la forme nerveuse, tantôt consistant dans un véritable éréthisme, une tendance au retrait intestinal, et paraissant liée à une excitation des nerfs moteurs; tantôt très-douloureuse, véritablement névralgique, et subordonnée à une excitation des nerfs de la sensibilité. C'est le cas des simples adoucissants (bains, cataplasmes, quarts de lavement, tisanes légères), unis à quelques calmants, comme le thridace, la belladone, le pavot; 4° enfin, la vraie phlegmasie, avec ou sans phlegmon, sur le traitement de laquelle il est inutile d'insister. Sans vouloir établir occasionnellement le diagnostic différentiel de ces états morbides, nous ne pouvons nous dispenser de rappeler combien il serait important de ne pas négliger autant qu'on le fait actuellement une pratique qui, pour avoir été gâtée par M. Purgon, n'en est pas moins d'une extrême utilité; c'est d'inspecter fréquemment les évacuations alvines. Aucun élément de diagnostic ne vaut celui-là. On peut bien, à force de combiner les symptômes, délimiter certains groupes, passibles de traitements plus ou moins différents. Mais il faut avouer que toute la perspicacité du monde ne tire pas toujours d'incertitude. Un simple coup d'œil jeté sur les matières alvines commande quelquefois tout le diagnostic, et, du même coup, toute la thérapeutique. C'est un liquide éminemment bilieux, qui rend compte à l'instant des coliques intermittentes, des tranchées; ce sont des billes noires et dures, qui amènent à placer dans la constipation la source des accidents; ce sont des matières muqueuses, aérées, témoignant (quand il s'y joint des coliques et du ténesme) d'un état phlegmasique intense, ou seulement un liquide trouble, mêlé aux matières délayées, n'attestant qu'une phlegmasie modérée; c'est une abondante sérosité blanchâtre, signe d'une affection cholériforme, etc. Dans la constitution médicale actuelle, l'état bilieux et l'état inflammatoire ressortent principalement de cet examen, le second plus souvent qu'il n'a coutume à cette époque de l'année. Tel est le simple fait que nous voulions signaler à l'attention des praticiens.

A. DECHAMBRE.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XV.

DE ROME A NAPLES PAR LES MARAIS PONTINS.

A M. le docteur Maillot, inspecteur médical, membre du conseil de santé des armées.

Naples, 1er mai 1852.

Si vous voulez parcourir avec fruit le trajet de Rome à Naples, suivez les vieux us, prenez le vulgaire voiturin, lent véhicule par la portière duquel vous aurez tout le temps d'examiner le pays. Chaque jour on s'arrête deux heures pour faire reposer les chevaux, et l'on arrive assez tôt au gîte, le soir, pour jeter un coup d'œil sur le pays, pour jaser avec ses hôtes, et même pour converser quelque peu avec les médecins de l'endroit. De Rome à Naples, on met quatre journées, qui ne paraissent pas trop longues quand la compagnie est bonne et que l'on sait goûter ce que l'on voit.

La ville de Rome n'est séparée de la grande plaine pontine que par un seul accident de terrain, c'est le massif isolé des montagnes albanaises (1); en deçà et au delà, tout est plaine. Du rempart de Rome au pied de Civitâ Lavinia, où commence le fameux bassin patrie de la fièvre, on ne compte que vingt milles romains, à vol d'oiseau. La ligne fictive que nous tirons est presque suivie par la route; elle traverse la ville d'Albano et franchit le massif montagneux à son extrémité S. O. La barrière protectrice de Rome s'est ici considérablement abaissée et rétrécie; ce n'est plus qu'un groupe de collines.

De Rome à Albano s'alongeait autrefois une rue merveilleuse, la Via Appia, toute bordée de tombeaux, les uns modestes, la plupart fastueux, beaucoup monumentaux et gigantesques. Le vandalisme et la cupidité ont bouleversé les sépulcres afin de dépouiller de leurs ornements les cadavres et les caveaux; aujourd'hui les vieilles tombes ressortent de terre, leurs pierres éparses se réunissent, et bientôt, grâce à Pie IX, Rome aura, comme Pompéi, sa Voie des tombeaux.

Jadis la cité des morts était animée par la foule des visiteurs et des passants; aujourd'hui ces lieux sont plus solitaires et plus tristes qu'aux jours où la né-

(1) Nous désignerons par ce nom tout le pâté montagneux groupé autour de Monte Cavi, pâté aux différentes parties duquel on a imposé des dénominations diverses.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES NÉVROSES ;

par J.-B.-G. Barbier.

INTRODUCTION.

Les maladies que l'on nomme névroses sont propres aux êtres organisés qui possèdent un appareil nerveux. Ces maladies ont pour cause, un trouble de l'innervation, et pour caractères, de se montrer sur des organes qui conservent leurs qualités normales, qui n'offrent aucune modification, aucune altération dans leur constitution matérielle.

Les parties vivantes dont les névroses pervertissent les mouvements fonctionnels conservent ordinairement leur composition naturelle, leur température, leur coloration, etc. Tous les jours nous voyons les poumons ne plus se dilater entièrement, la respiration menacer de se suspendre ; le cœur opérer des contractions inégales, violentes ; l'estomac être le siége de constrictions très-douloureuses, etc. ; et cependant les tissus de ces organes sont sains. La raison de ces anomalies pathologiques, c'est que l'innervation seule est viciée sur les tissus organisés qui sont affectés de névroses, et que la force vitale qui dirige les actes nutritifs, circulatoires, absorbants, etc., dans ces tissus, a conservé toute son autorité.

Dans l'être organisé qui est pourvu d'un appareil nerveux, se manifestent deux puissances qu'il faut distinguer ; l'une procède d'une cause surnaturelle ; l'autre est un produit de l'organisation.

Le premier dynamisme émane d'une loi spéciale, qui a été portée à l'origine du monde, et qui s'applique à tous les êtres organisés, aux plantes et aux animaux. Cette loi se montre dans chacun de ces êtres comme une puissance qui conduit leur existence, qui veille au maintien du volume, de la forme, de l'aptitude, des qualités des diverses parties de leur corps. Par des modes de combinaison qui ne sont plus ceux de la loi des affinités minérales, cette puissance compose, avec les principes élémentaires, des fluides et des solides qui ne se trouvent que dans les êtres organisés. Elle fait vivre ces derniers un temps déterminé, à l'aide de fonctions dont le nombre, dont le but sont invariables. Par la génération, cette puissance passe des êtres qui existent dans ceux qui leur succèdent, et elle répète sur chacun d'eux les actes qu'elle exécutait sur les premiers. C'est cette puissance que nous appelons la force vitale ; c'est d'elle que parlent les médecins quand ils prononcent les mots nature, principe vital, etc.

L'autre dynamisme n'est pas, comme le premier, une force unitaire, fondamentale, essentielle à l'état d'être vivant. Ce dynamisme n'existe que dans un certain nombre de corps organisés. Il a pour origine un appareil spécial, l'appareil nerveux, qui a été comme ajouté à leur organisation. Cet appareil n'a pas la faculté de vivifier les parties sur lesquelles il agit ; ce n'est pas sa puissance qui anime le germe dont la fécondation vient de s'opérer, qui dirige son développement, qui règle la forme générale de l'être qui en sortira. Cet appareil n'existe pas encore, et le germe qui doit devenir un animal a déjà commencé son évolution.

Toutefois, le pouvoir de l'appareil nerveux sur l'organisation animale a une importance qui oblige le médecin à étudier avec soin la marche, les variations de son exercice. Que ce pouvoir se borne à exciter les mouvements insensibles ou apparents des organes, à favoriser leurs opérations, il n'en devient pas moins un auxiliaire nécessaire de tous les actes fonctionnels qui s'accomplissent dans cette organisation. Si un changement d'état dans les diverses parties qui composent l'appareil nerveux, imprime à ce pouvoir une énergie accidentelle, ou l'abaisse au-dessous de son degré normal, il en résultera toujours des mouvements déréglés des organes, une perturbation des fonctions de la vie, les affections pathologiques qui ont reçu le nom de névroses.

Nous allons successivement parler : 1° de l'innervation ; 2° de l'appareil organique d'où elle procède ; 3° des accidents que fait naître le trouble de son action ; 4° des maladies que l'on doit rapporter à ce trouble.

I. — DE L'INNERVATION.

L'appareil nerveux remplit plusieurs offices dans une organisation. Sa portion sensitive recueille les impressions que font sur elle les corps extérieurs. Elle les transmet au cerveau, où elles deviennent des perceptions.

Nous ne sentons pas les contractions du cœur, les mouvements des poumons, de l'estomac, des intestins, le travail des sécrétions, etc., tant que les organes qui les exécutent conservent leur condition normale. Mais si ces organes ont pris des qualités accidentelles, s'ils deviennent le siége d'une chaleur plus vive, d'une rougeur, d'un gonflement, d'une tension, de tiraillements fibrillaires, etc., les nerfs nous donnent le sentiment de cette modification organique : nous sommes avertis de son existence.

L'appareil nerveux est l'agent qui met en action les muscles qui sont soumis à la volonté. Qu'une détermination soit prise, aussitôt une impulsion sort du cerveau ; elle traverse la moelle allongée, la moelle épinière, les cordons nerveux, et déjà les muscles se contractent. Cette innervation motrice est virtuelle, et elle s'exerce par la partie de l'appareil nerveux que l'on nomme le système cérébro-spinal.

Mais l'appareil nerveux remplit, dans un corps vivant, une autre fonction dont nous devons ici signaler l'importance. Les centres médullaires et les plexus ganglionnaires exercent sur toutes les pièces d'une organisation animale une influence dont l'action est continue, incessante ; cette influence aide, décide les mouvements des organes ; elle favorise l'accomplissement de leurs opérations ; elle est nécessaire pour la régularité de leurs fonctions. Le concours de cette influence est indispensable pour l'exercice de la circulation, de la respiration, des fonctions auxquelles la vie est attachée.

Cette influence, que nous nommons innervation, ne porte que sur la motilité des tissus organisés. Ce sont les mouvements secrets ou visibles de ces tissus qu'elle excite ; son action se montre dans les contractions, dans les oscillations, dans les vibrations fibrillaires, dans la tension, dans la fermeté des tissus organisés. Mais tout ce qui est au delà du mouvement reste étranger à l'innervation. C'est la force vitale qui retient chaque organe dans ses attributions, qui conduit chaque fonction à son but, qui établit cet enchaînement, cet accord admirable que l'on remarque entre la digestion des aliments, la circulation du sang, la respiration de l'air atmosphérique, les diverses sécrétions, et la nutrition de toutes les parties fluides et solides du corps. C'est toujours la force vitale que l'on retrouve dans les actes qui sont essentiels à la perpétuation

---

cropole était debout : la cendre des morts a été dispersée, et les vivants fuient ces champs fiévreux et mortels. La plaine romaine, inculte et sans arbres, se pare d'elle-même d'un tapis de verdure que foulent les troupeaux à peu près sauvages de chevaux et de bœufs ; mais l'œil cherche en vain une habitation, un bosquet, un jardin. Nous n'avons pas besoin d'aller jusqu'aux marais Pontins pour trouver l'insalubrité ; elle existe aux portes de Rome et souvent dans Rome même.

Après avoir fait onze à douze milles, on arrive au pied de la barrière montagneuse. Avec la pente commencent les cultures : la vigne, les oliviers, les champs de plantes potagères ont remplacé les monotones prairies. La salubrité renaît avec l'altitude et avec la culture *arborescente* des terres, qu'on me permette cette expression. On passe sous Castel Gandolfo qui se mire dans le beau lac où se reflétait autrefois Alba Longa ; on traverse la ville d'Albano ; la route longe la riche vallée d'Aricia, autrefois couverte par les eaux, sous le nom de lac de Turnus ; le village d'Aricia se présente ensuite ; puis voilà Gensano, au bord d'un vieux cratère où dort paisiblement le lac de Némi ; enfin Civitâ-Lavinia est perchée sur un monticule qui domine la plaine pontine. Pour arriver à Velletri, où nous devons coucher ce soir, il faut faire un coude à l'est.

Toutes ces localités, en exceptant cette dernière ville, qui se trouve hors de la direction, sont échelonnées à courts intervalles sur une ligne qui n'a pas plus de 7 milles d'étendue, tandis que de Rome à Castel-Gandolfo, durant un espace d'environ 10 milles, on ne rencontre pas le moindre village. Ces dispositions sont bien significatives : dans la plaine, la maladie et la mort ; sur la montagne, la salubrité et la vie. Au pied de Civitâ-Lavinia, la plaine recommence, et avec elle la solitude.

Albano est une ville très-saine comparativement à la campagne romaine, mais les fièvres n'y sont cependant pas inconnues ; on y observe même quelques pernicieuses, dont l'origine, du reste, doit très-probablement être recherchée dans les voyages des Albanais à travers la campagne romaine. Qu'Albano ne soit pas tout à fait exempt de fièvres, cela se comprend à merveille ; cette ville se trouve en effet située presque à l'extrémité du massif montagneux rétréci et abaissé, comme nous l'avons dit, véritable promontoire dont le pied est baigné de trois côtes par les effluves de la campagne romaine et de la plaine pontine. Albano n'est guère, approximativement, qu'à 200 mètres au dessus de la plaine, ce qui, dans une pareille position topographique, ne lui vaudrait qu'une immunité incomplète, si la luxuriance des cultures qui entourent la ville et l'abri que lui prêtent des accidents de terrain, ne venaient contribuer à sa salubrité. Les Albanais le savent si bien que, sous l'administration française, du temps de l'empire, ils vinrent à Rome pour réclamer en masse contre le projet de couper un bois qui garantissait leur ville du souffle pernicieux du sud.

Velletri, ville d'environ 10,000 âmes, est située sur d'anciennes laves, le long de la rampe qui regarde la plaine pontine ; une certaine altitude et des cultures arborescentes qui descendent jusque dans la plaine, la protégent assez contre la malaria, pour que sa population ne soit pas en décadence. Dégageons nous de son fouillis de rues étroites et grimpantes, pour nous diriger vers le palais Lancelotti. Deux cents marches de marbre blanc vont vous conduire à une terrasse de laquelle la vue peut se promener sur tous les alentours. Pour continuer notre comparaison, nous pourrions nous croire sur une île ; au N.-E. apparaît une autre terre élevée, couronnée de neige ; c'est la chaîne de la Sabine ;

des espèces. Ainsi, dans une organisation vivante, l'innervation joue le rôle d'un moteur dans une machine. Elle donne l'impulsion à toutes les pièces; mais ce n'est plus l'innervation qui gouverne l'action spéciale qu'accomplit chacune de ces pièces. Nous voyons apparaître ici l'autorité, la prévoyance, la domination de la loi qui régit les êtres organisés.

Nous pouvons constater que l'innervation sort de l'appareil nerveux. Nous pouvons suivre l'exercice de sa puissance, étudier ses effets. Mais il nous est impossible de pénétrer son essence, de connaître ce qu'elle est.

Les centres médullaires et les plexus ganglionnaires tiennent de la force vitale la faculté de produire l'innervation. L'appareil nerveux reste inerte, la source de l'innervation est tarie, aussitôt que cet appareil cesse d'être vivifié, d'être animé par la force vitale. D'un autre côté, l'innervation est impuissante, elle ne produit aucun effet lorsqu'elle arrive sur des tissus organisés qui ne sont pas actuellement pénétrés par la force vitale. Celle-ci éteinte, l'innervation n'a plus de prise sur ces tissus.

On conçoit facilement que, pour fournir une innervation bienfaisante salutaire, les centres médullaires et les plexus ganglionnaires ont besoin d'être dans leur condition normale. Si ces centres nerveux ont éprouvé un changement d'état, si leur température, leur coloration, leur constitution moléculaire, leurs qualités physiologiques ne sont plus les mêmes, l'innervation prend un caractère nouveau, une puissance accidentelle. Au lieu de soutenir le travail des organes, elle le trouble. Au lieu de favoriser l'exercice des fonctions, elle le pervertit.

Quand des phénomènes névrosiques apparaissent dans une organisation animale, il y a toujours eu deux choses. D'abord la force vitale a éprouvé une viciation sur un point de l'appareil nerveux; elle a laissé ce point prendre des qualités anormales. Puis l'innervation qui en découle a acquis une puissance désordonnée, dont l'exercice provoque les mouvements, les anomalies qui se manifestent dans les organes où elle se rend.

La perturbation de la puissance nerveuse peut offrir bien des caractères différents. Tantôt cette perturbation cause une excitation des organes, une accélération de leurs mouvements, un exercice précipité de leurs fonctions. Tantôt elle consiste en un décroissement de puissance; les opérations vitales sont ralenties, languissantes. L'innervation peut suivre un cours déréglé; alors elle se fait remarquer par les contractions anormales, par les efforts désordonnés qu'elle provoque, par les accidents convulsifs ou spasmodiques qu'elle suscite.

Il ne faut pas croire que, pour vicier l'innervation, il soit nécessaire qu'une lésion sérieuse, qu'une altération matérielle grave occupe les centres médullaires ou les plexus ganglionnaires. Il ne faut pas supposer qu'il existe alors sur ces sources de l'innervation un travail morbide qui pénétrerait leur substance, qui tendrait à la modifier, à la dénaturer; comme une phlogose, un ramollissement, une dégénérescence, une congestion sanguine, etc. Un changement d'état fugace, passager, secret, qui semble n'intéresser que l'action des centres nerveux, qui ne laisse aucune trace sur les cadavres, suffit pour pervertir l'innervation, pour lui donner un autre caractère, pour la rendre perturbatrice. Tous les jours nous voyons quelques gouttes d'éther sulfurique, une cuillerée d'eau de fleurs d'oranger, une émotion rétablir l'influence nerveuse dans son mode normal, faire cesser des accidents spasmodiques. La cause organique qui troublait l'innervation était bien légère, puisqu'elle a cédé à ces moyens.

Quand l'innervation des centres médullaires et des plexus ganglionnaires suit son cours régulier, l'organisation est dans un état de calme, nous éprouvons un sentiment de bien-être. Souvent il survient dans la vie des malaises passagers, des accablements momentanés, qui tiennent à ce que l'innervation vient d'éprouver une légère déviation dans la mesure de sa puissance; mais la santé soutient ces ébranlements. C'est quand le dérèglement de l'innervation va jusqu'à la perversion, que ses effets prennent une intensité morbide, qu'ils passent à la condition de symptômes.

Les centres médullaires et les plexus nerveux sont, dans l'organisation, les parties qui éprouvent le plus souvent des mutations d'état. Toutes les causes physiques ou morales qui ont quelque prise sur nous, déterminent ces mutations que suit toujours un trouble de l'innervation. C'est la puissance nouvelle, que celle-ci acquiert alors, ce sont les mouvements qu'elle provoque dans les organes, qui nous révèlent qu'un changement vient de s'opérer dans l'appareil nerveux, qui nous montrent le point de cet appareil où il a son siége, qui peuvent même nous faire juger de son intensité.

Si on cherche ces modifications morbides sur l'appareil de l'innervation, on arrive rarement à découvrir leur nature; on reconnaît seulement qu'elles s'établissent vite et et qu'elles cessent de même, qu'elles offrent des rémissions et des exacerbations. Souvent elles semblent renaître d'une manière périodique. Quant aux phénomènes qui décèlent ces modifications, on les voit varier comme l'organisation de la partie sur laquelle on les recueille.

Le sang est soumis à la puissance de l'innervation. Qu'une peur, un saisissement, une colère, donne à cette force organique un caractère de perturbation, en même temps qu'elle se fera sentir au cœur, aux artères, aux vaisseaux capillaires, elle déterminera d'une manière soudaine une modification profonde de la masse sanguine.

La faculté que l'on nomme résistance vitale suppose une innervation entière, libre, suffisante, associée à une action complète, énergique, de la force qui nous fait vivre. Il y a une résistance vitale développée chez l'homme qui est peu sensible au froid, qui répare vite la perte de calorique que lui fait éprouver le milieu dans lequel il se trouve, qui supporte la fatigue, etc. La résistance vitale manque dans les personnes qui recherchent le feu, les rayons du soleil, qui ont besoin de se couvrir de laine. La résistance vitale se montre puissante dans les individus qui font impunément des excès, qui ne se plaignent jamais de leur santé, dont les maladies se terminent promptement et par des efforts critiques.

Des deux modes de sensibilité que l'on a admis en physiologie, comme des propriétés des tissus vivants, l'un appartient à la force vitale, l'autre à l'appareil nerveux. La sensibilité que l'on dit organique, qui, dans la partie où on la suppose, dirigerait les opérations secrètes de la nutrition, de l'absorption, des sécrétions, présente partout la force vitale en action. La sensibilité que l'on nomme animale est une perception : elle n'existe pas sur les tissus organisés auxquels on la concède; elle ne peut être un de leurs attributs. Ces tissus sont en possession de nerfs sensitifs, qui leur donnent l'aptitude à recueillir les impressions qu'ils reçoivent, à les transmettre au cerveau. C'est là que la sensibilité se manifeste, qu'elle devient douleur, chaleur, tiraillement, pression, élancement, cuisson, etc. Ces perceptions sont dans la dépendance de l'état où se trouve le cerveau. Un certain degré d'irritation de la pulpe médullaire des hémisphères les rend plus vives, les exagère. Une congestion sanguine de l'encéphale anéantit, annulle la sensibilité animale.

à ses pieds se groupent quelques îlots plus bas. Sur toutes ces terres, les habitations, les fermes, les bourgs et les villes se pressent; sur la plaine, ou, si l'on veut, sur la mer, on aperçoit à grand'peine quelques points blancs, voiles isolées et perdues dans l'immensité. La loi qui a présidé à la répartition des habitations reçoit donc ici une application nouvelle. La plaine pontine n'a point de villages, mais, sur les rampes des Lepini qui la dominent, on compte Sermonetta, Sezze, Norma, Ninfa, Basciano, Piperno, et San Felice perché sur le haut promontoire de Circé. Cette loi s'étend plus loin encore : quand un monticule d'une suffisante altitude s'élève, même isolé, au sein de la plaine, l'homme qui a intérêt à rapprocher sa demeure du centre de ses travaux, s'empresse de hisser son nid sur cette élévation. Ainsi, dans les environs de Tivoli, les monts Albins sont précédés de quatre mamelons isolés, sur lesquels on trouve Palumbara, Monticelli, Sant'-Angelo et le couvent de San Francesco. Les mêmes circonstances se représentent dans la vallée du Sacco, dans la plaine que nous avons sous les yeux et dans la partie qui nous échappe; Monte Fortino, Paliano, Rocca-Massimi, Valmontone, Lugnano, Cora, etc., sont assis sur des hauteurs éparses ou alignées en petites chaînes.

Du palais Lancelotti, on domine la plaine pontine, resserrée entre la chaîne des monts Lepini au N.-E. et la mer au S.-O. La chaîne se rapproche de plus en plus de la mer en allant vers Terracine, et finit par atteindre le rivage au rocher pittoresque de l'antique Anxur. De notre observatoire, on aperçoit bien ce prolongement vertical du mont Caume, qui surplombe Terracine. La masse imposante du Monte Circeo, tout peuplé du souvenir d'Ulysse et de la magicienne, découpe sa silhouette sur la mer et sur la plaine, dont il est une sorte de promontoire. La plaine pontine se présente comme une surface unie d'un gris bleuâtre velouté, coupé de marbrures verdâtres qui sont des maquis et des fourrés. En allant vers la mer, ces taches se rapprochent et se réunissent; le rivage est en effet occupé par des forêts et de vastes broussailles. Une longue ligne droite verdoyante ourlée d'un filet d'argent traverse la plaine dans toute son étendue, c'est la Via Appia, bordée d'arbres et longée par un large canal. A mesure que l'œil sonde des profondeurs plus lointaines des marais Pontins, les teintes se confondent et bleuissent, de sorte que la terre finit par ne plus présenter, comme la mer et les cieux, qu'un champ d'azur chatoyant. Un seul petit groupe d'habitations blanchit à nos pieds, c'est le malheureux village de Cisterna, situé à 8 milles de Velletri, dans la plaine pontine. Cisterna est le dernier effort de l'homme contre l'insalubrité; nous devrions dire la dernière bravade, car nous n'appelons effort que l'emploi bien entendu de tous les moyens propres à s'assurer la salubrité, c'est-à-dire un dessèchement complet dans un rayon suffisant, et une vaste ceinture de cultures arborescentes.

De Velletri à Cisterna, le village aux pâles habitants, on suit presque continuellement une pente douce. La campagne n'est pas tout à fait unie, mais ondulée par de petites crêtes le plus souvent coiffées de broussailles et de quelques arbres, et séparées les unes des autres par des vallées herbeuses.

Quelques historiens ne font commencer les marais Pontins proprement dits qu'à Tor de Ponti, au delà de Cisterna. Il nous suffira de faire remarquer, pour établir que cette démarcation est arbitrairement tracée, que la bande de terrain comprise entre Cisterna et Tor de Ponti, contient déjà 452 hectares de marais-type. Pour nous, nous employons communément la dénomination de

II. — DE L'APPAREIL ORGANIQUE QUI FOURNIT L'INNERVATION.

Cet appareil se compose de deux parties distinctes : 1° la partie céphalo-rachidienne que forment la moelle allongée, la moelle épinière et les cordons nerveux ; 2° la partie ganglionnaire qui comprend les plexus nerveux répandus dans le cou, dans la poitrine, dans l'abdomen, et dont les radiations enveloppent les viscères et les vaisseaux sanguins.

L'innervation procède de ces deux systèmes nerveux ; mais celle que fournit le premier est-elle identique avec celle qui tire son origine du second ? La volonté a sur l'innervation céphalo-rachidienne un empire qui n'existe plus pour l'innervation qui sort des plexus ganglionnaires.

MOELLE ALLONGÉE. — Ce centre médullaire est sans contredit la portion la plus importante de l'appareil nerveux. L'innervation qui en découle se porte directement sur les organes dont l'action est indispensable à la vie ; elle concourt à l'exercice des fonctions dont une suspension momentanée amène la mort, comme la respiration de l'air atmosphérique, la circulation du sang.

Des nerfs moteurs qui partent de ce centre médullaire se rendent aux organes de la vue, de l'odorat, de l'ouïe, du goût ; ils tiennent ces organes dans la disposition matérielle d'où dépend leur aptitude à recueillir les impressions que les nerfs sensitifs doivent transmettre au cerveau où l'âme les perçoit.

Ce sont des nerfs de la moelle allongée que reçoivent les muscles de la figure, la langue, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, le larynx, la trachée-artère, les cellules bronchiques, le cœur, l'aorte. Les grandes inspirations sont dans la dépendance de la moelle allongée.

Aussi le médecin conçoit toujours des alarmes légitimes quand, dans une maladie aiguë, une modification morbide de ce centre médullaire lui est révélée par une altération de l'expression des yeux, de la figure, par un affaiblissement de la voix, par une parole brève, par de la gêne pour l'entrée de l'air dans la poitrine, par un mode insolite de la déglutition, les liquides semblent tomber dans l'estomac, par une irrégularité permanente des battements du cœur, des artères, par le hoquet, par des vomissements opiniâtres, etc.

MOELLE ÉPINIÈRE. — Les muscles qui exécutent les actes de la locomotion, ceux qui soulèvent la poitrine dans l'inspiration, reçoivent leurs nerfs moteurs de la moelle épinière. Ce centre médullaire en fournit aussi à l'œsophage, à l'estomac, au cœur, au diaphragme, aux intestins, à la vessie, etc.

Quand, par suite d'une aberration de la force vitale sur la substance médullaire de la moelle épinière, cette substance a pris des qualités accidentelles, que l'innervation qui en émane est devenue une puissance perturbatrice pour l'organisation, on voit survenir des accidents dans la déglutition, dans la respiration, dans la circulation, dans les actes de la digestion, surtout dans le jeu des muscles soumis à la volonté, une agitation continuelle, des tressaillements, des contractions convulsives, des tremblements, des soubresauts de tendons, des crampes, la roideur, la contracture des membres ; l'émission des urines est difficile ou impossible, etc.

CORDONS NERVEUX. — Les nerfs sont les conducteurs de l'innervation : ils la répandent dans toutes les parties de l'organisation animale. Mais ces agents ne font-ils que transmettre la puissance que leur fournissent les centres médullaires sans y rien ajouter ?

La substance organique des cordons nerveux est susceptible d'éprouver divers modes d'altération, quand la force vitale qui les anime subit une viciation. Alors les nerfs perdent leur aptitude à propager l'innervation ; ils semblent la modifier ; ils peuvent même lui imprimer un caractère accidentel, faire éprouver sur les points où ces nerfs se rendent des sentiments de froid, de chaleur, de faiblesse, d'engourdissement, des picotements, des fourmillements, etc.

Un homme entre à l'Hôtel-Dieu pour une faiblesse de jambes qui l'empêche de travailler. Nous constatons que les jambes sont plus froides que le reste du corps : les muscles nous paraissent détendus, relâchés ; la peau est insensible ; on peut la pincer, la percer avec une épingle sans causer aucune douleur. Les cuisses sont dans l'état naturel ; nous n'y trouvons aucun de ces symptômes. L'émission des urines se fait bien. La moelle épinière ne prend aucune part à ces accidents. Toutes les fonctions nutritives suivent un cours régulier. Nous rapportons ces accidents à une condition morbide des nerfs des jambes. Du repos, des frictions alcooliques et camphrées, des bains, ont rétabli en peu de temps les jambes dans leur condition normale.

Nous venons d'avoir sous les yeux un second cas de cette affection.

PLEXUS GANGLIONNAIRES. — Les plexus ganglionnaires constituent un système d'organes dont on n'a pas apprécié l'importance dans l'organisation animale. Ces plexus se composent de ganglions riches en substance grise, en vaisseaux, et de filaments nombreux qui rayonnent autour d'eux. Les plexus ganglionnaires sont multipliés dans la cavité pectorale et dans la cavité abdominale ; ils communiquent entre eux et avec les autres centres médullaires. Le plexus solaire qui occupe l'épigastre, qui fournit d'autres plexus secondaires, est regardé comme le centre du système nerveux qui nous occupe.

Tous ces plexus sont des agents de l'innervation ; la puissance qui en sort se porte sur les organes qui servent à l'entretien du corps et à l'évolution des germes fécondés. Son concours est nécessaire à l'accomplissement régulier des fonctions qui conservent la vie des individus et qui perpétuent les espèces.

Dans l'état normal, l'innervation des plexus ganglionnaires est continue, incessante, mais calme, secrète. Si la force vitale éprouve une aberration dans la substance de ces plexus, s'ils prennent d'autres qualités que celles qui leur sont naturelles, alors l'innervation qu'ils produisent montre un caractère accidentel, est devenue une puissance perturbatrice. Les organes intérieurs qui la reçoivent exécutent des mouvements désordonnés ; il survient des accidents plus ou moins graves.

Le développement d'une passion est toujours lié à un changement d'état des plexus ganglionnaires. En même temps qu'apparaissent les phénomènes moraux de la passion, les pensées, les désirs, les envies, les entraînements qu'elle suscite, les sentiments de tristesse, de terreur, qu'elle fait naître, ou les inspirations de bonheur, de joie, qu'elle donne, se montrent des phénomènes physiologiques qui sont encore des produits du trouble de l'innervation de ces plexus ; comme une anxiété épigastrique, un pouls petit, serré, inégal, ou développé, plus large, plus fréquent, des contractions désordonnées du cœur, de la difficulté dans les mouvements respiratoires, un spasme des bronches, des refroidissements et des chaleurs qui se succèdent, la coloration ou la pâleur de la figure, etc. La simultanéité de ces deux ordres de phénomènes prouve qu'ils ont la même origine ; ils naissent et cessent en même temps.

---

plaine pontine, et nous faisons commencer celle-ci au pied des montagnes albanaises ; Cisterna est donc compris dans sa circonscription.

La plaine pontine est un segment irrégulier dont l'arc est formé par les monts albins et par la chaîne non interrompue des monts Lepini jusqu'au Cacume, et dont la corde qui est le rivage se dirige du N.-O. au S.-E., de Nettuno à Terracine, en rompant la droite pour projeter un angle ou promontoire qui se nomme Circeo ou San Felice. On compte 31 milles de Velletri à Terracine et 8 à 10 milles de la montagne à la mer. Par abréviation, nous appellerons grand axe la première direction, et petit axe la seconde. La portion à laquelle on a restreint, à tort à notre sens, la dénomination de marais Pontins, se déroule depuis Tor de Ponti sur une longueur de 24 milles. Comme cette portion a été mesurée avec soin, et que la plaine dans son ensemble n'a pas subi le même travail, il sera entendu que les évaluations en superficie s'appliqueront à la première qui a une aire de 130,000 hectares.

Avant les temps historiques, un golfe baignait les pentes des monts Albins et Lepini ; une île, au large, portait le nom de Circé. Peu à peu ce golfe s'est rempli des terres arrachées aux montagnes et charriées par les eaux ; il a successivement passé à l'état de lagune, de marais et enfin de terre plus ou moins ferme. Les alluvions ont fini par empiéter tellement sur la mer, que, rejoignant l'île montagneuse de Circé, elles l'ont changée en promontoire. Les sondages exécutés par le baron de Prony et par Scaccia ont démontré que la couche de coquillages marins existe à des profondeurs variables, sous les terres alluviales tourbeuses et argileuses qui constituent aujourd'hui le sol. Telle est l'origine de la plaine pontine.

Le bassin dont nous parlons a une double, mais trop légère inclinaison, l'une du N. O. au S. E., de Velletri à Terracine, c'est-à-dire suivant son grand axe, l'autre des montagnes à la mer, c'est-à-dire suivant son petit axe. Malheureusement cette dernière pente ne peut être utilisée, quoique le plus simple coup d'œil démontre que c'est la ligne la plus courte pour les eaux qui naissent dans la montagne et vont à la mer. En effet, le long de la côte règne une ligne non interrompue de dunes qui constituent ainsi une contre-pente que les rivières ne sauraient franchir. En second lieu, deux bandes de terrain, de 1,265 hectares, sont plus basses que le niveau de la mer tyrrhénienne ; en les faisant traverser par les rivières, les eaux de celles-ci s'étaleraient en nappe, ce qu'il faut à tout prix éviter. Aussi les travaux de tous les ingénieurs ont-ils convergé vers le même but : rectifier, creuser, encaisser les rivières et les diriger suivant le grand axe du bassin, parallèlement au rivage. Un canal unique, nommé Partatore del Badino, recueille toutes les eaux et se jette dans la mer, aux environs de Terracine. A l'aide d'une gigantesque tranchée taillée dans les dunes et d'un canal large et profond appelé Rio Martino, on avait songé autrefois à évacuer directement dans la mer, en prenant le petit axe de la plaine, les eaux d'une partie de celle-ci ; mais ce grand travail ne remplit aucun rôle dans le système actuel.

Le bassin est très-riche en cours d'eau : les principaux sont l'Amaseno, l'Uffente, la Schiazza, la Ninfa, la boueuse Teppia, la Cavatella, le Mortaccino, la Stronzola etc. Une foule de sources jaillissent en outre de presque tous les points de cette terre profondément humide. Lors des terrassements exécutés sous Pie VI, l'eau naissait pour ainsi dire sous les pieds des travailleurs. Enfin la haute vallée de Sacco, située derrière les montagnes qui encaissent les Pon-

Voulez-vous juger du changement d'état qu'une passion produit dans les plexus ganglionnaires, des effets que suscite le trouble de leur puissance d'innervation; tenez sous les doigts le pouls d'une jeune personne qui n'ose vous révéler un secret, et suivez les variations des pulsations artérielles, au moment où vous questionnez lui apprennent que vous l'avez pénétré. Ajoutons ce qui se passe sur la figure, le refroidissement subit du corps, les inspirations devenues difficiles, un sentiment pénible à l'épigastre, etc. Vous apprécierez ce que ressent alors l'organisation, si vous réfléchissez que la constriction, les vibrations, les oscillations que vous trouvez sur l'artère radiale existent sur toutes les divisions du système artériel.

Remarquons que les travaux de l'esprit, que l'exercice de l'intelligence, de l'imagination, du jugement, de la mémoire, etc., finissent par fatiguer le cerveau; mais laissent les plexus nerveux dans un état de calme. Alors les fonctions de la vie intérieure suivent leur cours régulier. Mais qu'une passion s'allume, qu'un désir s'éveille, qu'une inquiétude, une jalousie se produise, qu'une colère survienne, etc., aussitôt les plexus nerveux entrent en action, et la perversion de leur innervation se montre dans les actes organiques en même temps que dans les facultés morales.

Pendant la vie de l'homme, les plexus ganglionnaires sont perpétuellement provoqués. Quel est celui qui n'est pas actuellement occupé d'un projet, qui ne nourrit pas une envie, qui n'a pas une ambition, qui n'est pas agité par quelque inquiétude, par quelque tourment, qui ne craint pas pour sa fortune, pour ses affaires, etc.? Chacun de ces sentiments donne aux plexus nerveux une disposition qui n'est plus l'ordre normal. Heureusement l'innervation ne s'écarte pas assez de son cours naturel pour intervertir l'exercice des fonctions d'entretien du corps. On soutient même que des passions modérées impriment une salutaire activité à tous les mouvements de la vie, qu'elles sont nécessaires à la santé.

HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX. — Ces hémisphères ne paraissent pas concourir directement à produire la puissance organique que nous nommons innervation. Des expériences faites sur des animaux apprennent que la vie continue après qu'on a enlevé les hémisphères cérébraux. Mais ces organes sont unis par deux prolongements médullaires à la moelle allongée et par suite à la moelle épinière; ils sont en communication avec les plexus nerveux.

Le cerveau a une destination spéciale. Dans l'homme, il reçoit l'âme; dans les animaux, il sert à l'instinct. C'est là que se rendent les impressions qui viennent de l'extérieur, comme les sentiments qui s'élèvent de l'intérieur du corps. C'est là que les sensations se convertissent en perceptions.

Si les hémisphères cérébraux ne produisent pas la puissance qui constitue l'innervation, il est constant qu'ils ont une action absolue sur les centres nerveux d'où elle découle. Ils jouissent d'un pouvoir direct sur l'exercice de l'innervation que fournissent la moelle allongée et la moelle épinière. Le cerveau, mû par la volonté, a mis en jeu l'innervation de la moelle allongée, quand les actes de la mastication, de la déglutition, de la phonation, etc., s'exécutent, quand la tête, les yeux se meuvent, quand pour la respiration la poitrine s'ouvre largement. Le pouvoir du cerveau s'est étendu jusqu'à la moelle épinière, quand les muscles des membres se contractent pour accomplir tous les mouvements que la volonté vient d'ordonner.

Le cerveau n'exerce plus le même empire sur les plexus ganglionnaires. Ce n'est plus une impulsion de la volonté, une détermination de l'intelligence qui excite, qui dirige leur puissance d'innervation. Un homme entend un propos qui offense son honneur. Cette perception cause une retentissement tout involontaire dans les plexus nerveux. L'action innervante de ces plexus prend une force, un caractère qu'elle n'avait pas. On observe simultanément un changement profond dans la circulation du sang; dans l'expression des yeux, dans la coloration de la figure et dans la disposition morale de l'individu; des pensées de haine, des désirs de vengeance se font sentir. Qu'un accès de colère s'allume à l'occasion de cette perception, la raison pourra bien retenir, maîtriser ses effets moraux, elle n'arrêtera pas l'accélération des mouvements du cœur et des artères, ni l'altération de la physionomie.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PALUDÉENNES; recueillies à la Clinique médicale de Montpellier, dans le service de M. le professeur FUSTER, par M. le docteur A. GIBBAL, ancien chef de clinique médicale.

Les fièvres intermittentes, d'origine paludéenne, abondent tous les ans à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier. Cet hôpital se prête admirablement, par sa position et par son importance, aux expérimentations thérapeutiques relatives à ce genre de maladies. Aussi M. le professeur Fuster a-t-il essayé, sur une vaste échelle, la plupart des traitements qu'elles comportent, entre autres la médication arsenicale, surtout à une époque où le gouvernement demandait à être éclairé sur les résultats de la substitution de l'acide arsénieux au sulfate de quinine.

Cette médication a été employée, à Montpellier, chez 51 fiévreux, militaires, douaniers ou civils, presque tous choisis à dessein parmi les cas les plus graves ou les plus opiniâtres d'intoxication paludéenne. Elle a été appliquée à des doses et sous des formes très-variées.

Voici les principales formules de cette administration :

Prenez : Eau distillée . . . . 30 grammes.
Acide arsenieux. . . . . 30 milligr.
Vin sucré aromatisé avec de la cannelle. 70 grammes.

Prenez : Eau distillée. . . . 15 grammes.
Acide arsénieux. . . 25 milligr.
Vin blanc . . . . . . 50 grammes.

Ces deux formules, qui appartiennent à M. Boudin, seront désignées, la première, sous le nom de *potion n° 1*, et la seconde sous celui de *potion n° 2* (1).

(1) Il importe de dissimuler la prescription de l'acide arsénieux, pour éviter les craintes inspirées par le nom de cette substance à la plupart des malades.

---

tins, laisse encore filtrer ses eaux dans ce bassin, à travers les stratifications de la chaîne.

Sur ce vaste terrain presque horizontal, les eaux des fleuves hésitaient, décrivaient des méandres, s'étendaient en nappe, une pente marquée ne sollicitant pas assez activement les eaux à prendre franchement une direction précise. Il a fallu remplacer par des lignes droites ces nombreux circuits : c'est dire que le cours de presque toutes les rivières a dû être rectifié. Mais cela n'a pas suffi : on a creusé des canaux destinés à recueillir les eaux éparses sur la surface, et à les soutirer pour ainsi dire de la terre profondément abreuvée et saturée d'humidité. Parmi ces canaux, deux remplissent un rôle capital : ils reçoivent les eaux de presque toutes les rivières du bassin et convergent vers le Portatore di Badino, seule bouche d'évacuation dans la mer. L'un, autrefois ouvert par les Romains et rétabli par Pie VI, dont il porte le nom (Linea Pia), baigne la Via Appia dans une partie de son trajet : c'est une ligne droite, de 24 milles de longueur, en comprenant le canal de navigation dans cette mesure; il passe presque à égale distance des montagnes et de la mer, de Tor de' Ponti à Terracine. Il reçoit la Schiazza, l'Uffente, l'Amaseno, etc. Le second, appelé Fiume Sisto, court parallèlement au premier, entre celui-ci et la mer, et s'enrichit des eaux de la Ninfa, de la Teppia, etc. La Fossa della Botte et la Schiazza canalisée sont également deux grandes tranchées parallèles aux canaux dont nous venons d'indiquer le cours.

Les travaux dont nous avons parlé sont l'œuvre de bien des générations, et ce n'est qu'après cent alternatives, les unes bonnes, la plupart mauvaises, que la plaine pontine est arrivée à son état actuel, bien défectueux encore. Les Volsques, premiers habitants de cette contrée, y possédaient vingt-trois villes, dont plusieurs, notamment la florissante Pomœtia, occupaient des sites de la plaine très-insalubres aujourd'hui, et dont les autres s'étageaient sur la bordure de montagnes. A la dispersion de ce peuple, l'insalubrité, réprimée par des soins assidus, reprit bientôt le dessus. Au milieu du cinquième siècle de l'ère romaine, le censeur Appius jeta sur toute la longueur des marais une chaussée, appelée Via Appia, qui coûta mille peines; car en maint endroit les matériaux s'enfonçaient dans le gouffre des marais profonds. Cet ouvrage prodigieux avait 40 milles de longueur. Bientôt les terres pontines furent partagées aux Romains, qui les réclamaient instamment, et Cethegus, au sixième siècle de Rome, essaya un dessèchement. Des postes habités, sur l'importance desquels on ne saurait se prononcer, Tres Pontinus, Tres Tabernæ, Ad Medias, s'échelonnèrent le long de la voie Appienne. Mais les guerres civiles et étrangères font de nouveau négliger ce pays, dont la demi-salubrité ne se maintenait que par la permanence des soins et par l'entretien des travaux. Les premiers Césars, Auguste, Trajan, Nerva, etc., dirigent de nouveau leur sollicitude sur ces malheureuses contrées : la voie Appienne, qui cédait, est renforcée et chargée de ces larges dalles dont les Romains pavaient leurs routes; le grand canal est nettoyé, agrandi, et de splendides villas étalent leurs portiques et leurs bosquets sur la pente des montagnes, et même quelques-unes au bord de la mer. La plaine n'était néanmoins pas saine à cette époque, témoin ce vers de Martial :

« Et quos pestifera Pontini uligine campi. »

La chute de l'empire romain amène un abandon complet des marais Pontins.

L'acide arsénieux a été également administré en sirop. Ce sirop, préparé en ville par MM. Lutrand et Durand, pharmaciens, contient, sur 10 grammes, 1 centigramme d'acide arsénieux. C'est généralement dans 50 ou 60 grammes de vin blanc qu'il a été prescrit. Nous l'appellerons *sirop fébrifuge.*

Dans d'autres cas, l'acide arsénieux a été formulé à la dose de 1 à 5 centigrammes, dans 100 grammes d'eau distillée. Cette préparation portera le nom de *solution fébrifuge.*

Enfin l'acide arsénieux a été aussi très-finement pulvérisé et incorporé dans du sucre de lait, aux doses de 1 et de 5 centigrammes sur 1 gramme. D'après cette dernière formule, il a été pris communément dans une ou deux cuillerées à bouche d'eau ou de tisane. Ce mélange sera indiqué par les mots de *poudre fébrifuge.*

Nous ferons trois catégories de nos observations.

Première : Fièvres guéries par la médication arsenicale. Deux ordres de faits : dans l'un, curation facile et rapide ; dans l'autre, guérison obtenue à la longue ou après une ou plusieurs récidives.

Deuxième : Fièvres non guéries par la médication arsenicale, ou rebelles à cette médication.

Troisième : Fièvres s'aggravant malgré la médication arsenicale, rapidement enrayées par les préparations de quinquina.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

FIÈVRES GUÉRIES PAR LA MÉDICATION ARSENICALE.

Premier ordre.

FIÈVRE TIERCE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ; PURGATIF ; POTION N° 1 ; ACCIDENTS ; ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS.

OBS. I. — Rigal, femme d'une constitution un peu détériorée, lymphatico bilieuse, 24 ans, atteinte depuis trois mois d'aménorrhée, et depuis deux mois, de fièvre tierce contractée à Castelnau, sur les bords du Lez, pour la troisième fois depuis trois ans, entre le 20 décembre 1849. Face terreuse, jaunâtre ; état gastrique. Les accès continuent en tierce jusqu'au 5 janvier 1850, de six heures du matin à une heure du soir, malgré deux éméto cathartiques et un purgatif.

5 janvier. (Quart, vin, pot. n° 1 en une fois.) L'accès manque. Légères coliques, somnolence, sensations d'ivresse.

6. (Quart, vin, pot. n° 1.) Léger accès de quatre à six heures du soir. La fièvre ne reparaît plus ; symptômes d'irritation gastro intestinale calmés par les émollients et les opiacés ; œdème des membres inférieurs.

Sortie le 30 janvier. Faiblesse générale, augmentation de l'œdème.

Cette observation est remarquable par la rapidité d'action de l'acide arsénieux ; 6 centigr. pris en deux jours (moyenne, 3 centigr. par jour) ont en effet suffi pour enrayer les accès, qui avaient résisté opiniâtrément aux évacuants gastro-intestinaux. Quant aux phénomènes cérébraux offerts par cette femme, ils paraissent être l'effet d'un certain degré d'ébriation déterminé par le vin blanc sec de la potion, plutôt que par l'acide lui-même. Il a produit, à vrai dire, une irritation gastro-intestinale qui a cédé à l'emploi de topiques émollients et sédatifs. Signalons enfin la manifestation assez brusque de l'œdème des membres inférieurs, après la cessation des accès.

FIÈVRE TIERCE ; SIROP FÉBRIFUGE.

OBS. II. — Dubois, 20 ans, menuisier, lymphatique, d'une constitution détériorée, a été atteint, en 1845, de fièvre intermittente guérie par le sulfate de quinine. Depuis le 7 mars 1850, il a contracté une fièvre tierce aux environs de Lunel.

14 mars, entrée à l'hôpital. Face pâle, un peu terreuse, rate dépassant de 1 centim. le rebord des fausses côtes.

Les accès continuent en tierce jusqu'au 23, de dix heures du matin à quatre heures du soir.

21 mars. (30 gr. sirop 3 f. ; quart, vin.)

Du 22 au 27, 30 gr. (*bis*).

Du 24 au 29, apyrexie (quart, vin). État général satisfaisant.

Cette fièvre a été attaquée d'emblée par l'acide arsénieux, à la dose de 9 centigr. le premier jour. (En tout, 39 centigr. en cinq jours ; moyenne, près de 8 centigr. par jour.) La tolérance a été parfaite et la guérison a été des plus promptes.

FIÈVRE TIERCE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ; POTION N° 2.

OBS. III. — Fabréguettes, lymphatique, assez bien constitué, 30 ans, charretier, atteint, depuis le 1er mai 1849, de fièvre intermittente contractée aux rizières de la Camargue, suspendue une fois par le sulfate de quinine, et revenue en tierce depuis le 1er novembre.

30 novembre 1849 entrée à l'hôpital. Teinte cachectique, faiblesse générale, inappétence ; rate dépassant de 3 centimètres le rebord costal.

1er décembre, trentième jour de l'invasion (0,10 t. stib.), accès de quatre heures de durée, se reproduisant trois fois en tierce.

Trente-huitième jour. L'accès manque et se reproduit les quarante-deuxième, quarante-quatrième et quarante-sixième jour, de six heures à neuf heures du soir.

(Du trente-septième au quarante et unième jour, potion n° 2 en deux fois. Du quarante et unième au quarante quatrième, potion et demie en 2 fois. Du quarante-quatrième au quarante-sixième, potion *bis*. Du quarante-sixième au cinquante-deuxième, potion *ter*. Cinquante-deuxième, potion *bis*. Du cinquante-troisième au cinquante-septième, potion *ter*. Du cinquante-septième au cinquante-neuvième, potion *bis*. Cinquante-neuvième et soixantième, potion 1 f., quart, vin.)

Apyrexie depuis le quarante-septième jour. Sortie trois semaines après. Face normale, forces revenues, rate dépassant 1 centim.

Après dix jours de traitement par l'acide arsénieux, cette fièvre a disparu. (En tout 1 gramme 31 centigr. en vingt-trois jours ; dose moyenne par jour, 5 centigr. 6 milligr.) Tolérance parfaite.

FIÈVRE TIERCE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ; POTION DE PEYSSON ; POUDRE FÉBRIFUGE.

OBS. IV. — Rouquette, 25 ans, assez bien constitué, cultivateur, entré le 15 octobre 1850, atteint pour la deuxième fois depuis seize jours, de fièvre tierce contractée à Frontignan. Face peu altérée ; rate dépassant de 1 centimètre le rebord costal.

16. (0,10 t. stib.)

17. Accès de sept heures du matin à midi.

18. (0,10 t. stib.)

Apyrexie du 18 au 27. (Quart, potion de Peysson.)

Il était réservé à un grand roi, d'une nation que les Romains appelaient dédaigneusement barbare, de reprendre sérieusement les travaux abandonnés depuis si longtemps. Les malheurs du moyen âge ont pour résultat un nouveau délaissement ; puis enfin les papes prennent à cœur d'anéantir l'hydre des Pontins, le monstre aux têtes sans cesse renaissantes : Boniface VIII, Calixte III, Léon X, Sixte V, Clément XIII et surtout Pie VI, lui portent des coups plus ou moins heureux. Ce dernier, aidé de l'ingénieur Rapini, crut un instant avoir remporté une victoire complète ; mais l'administration française, pendant l'occupation impériale, trouva encore bien des têtes à couper. Aujourd'hui le monstre affaibli a néanmoins encore trop de vie ; on ne s'expose pas à sa colère dans la plaine déserte, car on sait qu'on y serait infailliblement dévoré.

FÉLIX JACQUOT.

(*La suite au prochain numéro.*)

— On écrit de Posen, 27 août :

« Le choléra fait d'affreux ravages dans le duché ; il décime la population. Depuis qu'il a paru dans les petites villes et dans les villages, on peut dire qu'il frappe une personne sur huit. Il dure presque partout deux mois. Il a éclaté ici le 20 juillet. Les deux premières semaines il a été faible ; mais tout à coup il y a eu cent malades par jour, dont soixante succombaient. Il fait surtout des progrès dans les localités humides, basses, et dans le voisinage d'eaux croupissantes. Notre faubourg Fischerei, qui n'a qu'une rue située sur un fossé desséché et qui ne compte que 1,000 habitants, a déjà 300 morts. Plusieurs familles sont éteintes, et il y a des maisons vides. La moindre négligence dans le régime est mortelle : les cornichons, les fruits crus et le porc sont très-dangereux. La garnison n'a pas eu beaucoup à souffrir jusqu'à ce jour : il n'y a encore que vingt-cinq victimes. A côté du choléra, règnent d'autres maladies épidémiques. Dans le nombre des morts, les enfants figurent pour moitié, les femmes pour les trois cinquièmes et les hommes pour deux cinquièmes. Le choléra suit le cours des fleuves. »

— Le choléra a éclaté à Dantzick, et il attaque chaque jour quarante à cinquante personnes ; mais il ne sévit pas avec la même force qu'en 1849.

— Par suite des ravages du choléra en Pologne et dans l'est de la Prusse, les provenances des ports de la Prusse sont assujetties, en Suède, à une quarantaine d'observation de sept à dix jours.

— Une lettre particulière de la Haye annonce que deux cas d'hydrophobie viennent d'être guéris par l'emploi du sulfate de quinine, combiné avec l'extrait d'opium. La Société médicale d'Amsterdam va faire publier les observations officielles recueillies sur ces deux faits de guérison.

27, 29, 31. Accès le matin, de quatre heures de durée.
28. (0,10 t. stib.)
Du 29 octobre au 6 novembre, quart, 5 centigr. acide arsénieux, avec 1 gr. sucre de lait, en trois fois.
Apyrexie du 1er au 11 novembre, jour de sortie: diminution de l'engorgement splénique. (6 nov., 0,04 acide ars. 7 nov., 0,03. 8 et 9, 0,02, quart, vin.)

Cette fièvre, un instant suspendue après l'emploi des émèto-cathartiques et de la potion de Peysson, a reparu dans l'hôpital et a cédé sans difficulté à l'acide arsénieux (51 centigrammes en douze jours; dose moyenne par jour, 5 centigr. environ). Tolérance parfaite.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DEVENUE TIERCE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; SIROP FÉBRIFUGE.

OBS. V. — Maury, sapeur au 11e d'artillerie, 23 ans, bilioso sanguin, assez bien constitué, atteint à Rome, en août 1849, de fièvre tierce deux fois coupée par la quinine. Il entre le 26 février 1850, ayant depuis huit jours des accès quotidiens de dix heures du matin à quatre heures du soir. Face jaunâtre, un peu bouffie; symptômes gastriques. 27 (0,10 t. stib.). Apyrexie jusqu'au 6 mars. 6, 8 et 10 mars, accès de cinq heures de durée. (9 mars, 0,10 t. stib. Du 11 au 18, 30 gr. sirop (*ter*), quart, vin; 18, 30 gr. (*bis*); 19 et 20, 20 gr. (*ter*). Du 20 au 25, 20 gr. (*bis*). Du 11 mars au 12 avril, jour de sortie, apyrexie.

Après avoir été quotidienne pendant la première semaine, la fièvre a été suspendue pendant huit jours, à la suite du tartre stibié. Elle a reparu ensuite trois fois sous le type tierce, et le quatrième accès a manqué sous l'influence d'un nouvel émèto-cathartique et de 9 centigr. d'acide arsénieux pris en un jour (en quatorze jours, 95 centigr.; dose moyenne, près de 7 centigr. par jour).

FIÈVRE QUARTE DEVENUE TIERCE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; SIROP FÉBRIFUGE.

OBS. VI. — Hiribame, douanier, 24 ans, bien constitué, bilioso-sanguin, atteint à Aigues-Mortes, depuis le 25 septembre 1849, de fièvre quotidienne d'abord, tierce ensuite, coupée à deux reprises par la quinine. Il entre le 1er mars 1850, ayant des accès quartes depuis vingt jours. Face jaune terreuse; état gastrique-bilieux très-prononcé; rate débordant de 4 centim. le rebord costal. — 2 mars (0,10 t. stib.) Accès de quatre à dix heures du soir, se reproduisant les 4, 6 et 8 (5 mars, 10 gr. sirop (*bis*), quart, vin; 6, 10 gr. sirop (*ter*); 7, 20 gr. (*bis*); 8, 20 gr. (*ter*); 9 et 10, 30 gr. (*ter*); 11, 0,10 t. stib.; 12, 30 gr. (*bis*). 13, 1 gr. 75 ipéca. Du 15 au 20, 30 gr. (*bis*)). Apyrexie du 8 mars au 12 avril, jour de sortie. Persistance de l'engorgement splénique; amélioration de l'état général.

A la suite de l'émèto-cathartique, les accès ont paru en tierce. Cinq jours d'administration d'acide arsénieux ont suffi pour les arrêter. Il a été continué les jours suivants, à des doses élevées (en seize jours, 75 centigr. et deux vomitifs; dose moyenne de l'acide arsénieux pendant quatorze jours, 5 centigr. par jour; *maximum*, 9 centigr. par jour, pendant deux jours de suite). Tolérance parfaite.

FIÈVRE D'ABORD QUOTIDIENNE, PUIS TIERCE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; PURGATIF; SOLUTION FÉBRIFUGE; ACCIDENTS GASTRO-INTESTINAUX; VARIOLE; DISPARITION DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

OBS. VII. — Jourdan, 25 ans, soldat au train des équipages, lymphatico-bilieux, vigoureusement constitué, a eu, en octobre 1848, une fièvre tierce guérie par le sulfate de quinine. Du 6 au 12 mai 1849, il a éprouvé à Lunel des accès quotidiens. Le 12, il entre à l'hôpital. — 13 (0,10 t. stib.). Apyrexie jusqu'au 18. La fièvre reparaît en tierce les 18, 20, 22, 24 mai. Les accès durent six heures au moins, avançant chaque fois de deux heures. 25 mai (bout. eau de Sedlitz). Après dix jours d'apyrexie, nouvel accès le 4 juin, à dix heures du matin.
5 juin (0,10 t. stib.). Accès de midi à huit heures du soir. 6 et 7, nouveaux accès un peu moindres. Face pâle, un peu bouffie; appétit diminué. Accès dans la nuit du 12 au 13 juin; apyrexie jusqu'au 22. (Soupe; 1 gramme sulfate de fer en potion.)
Accès légers les 22, 24 et 26 juin. (Du 16 juin au 4 juillet, 4 milligr. par jour acide arsénieux.) 4 et 5 juillet, nausées, coliques. (Ac. ars. suspend., un demi-lav. émol. (*bis*); catapl. émol. sur abdom.). Apyrexie du 27 juin au 13 juillet. 13 juillet, frissons vagues de deux heures à cinq heures du soir. 15, une variole grave se déclare; elle est suivie de guérison. Les accès ne reparaissent plus.

Avant d'être traitée par l'acide arsénieux, cette fièvre avait été suspendue à deux reprises, à la suite d'un émèto-cathartique et d'un purgatif. Un deuxième émèto-cathartique n'a nullement influencé l'accès suivant; mais dès lors la fièvre s'est de plus en plus éloignée et a affecté un type irrégulier. 32 milligr. d'acide arsénieux ont été pris en huit jours (dose moyenne par jour, 4 milligr.). Il a été suspendu ensuite, à cause des accidents du côté des voies gastriques; puis est survenue une variole grave, et les accès n'ont plus reparu.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DEVENUE TIERCE: ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SOLUTION FÉBRIFUGE.

OBS. VIII. — Dumain, tailleur au 1er génie, lymphatique, bien constitué, atteint depuis sept jours d'accès quotidiens, de sept à onze heures du soir, contractés aux environs du Lez, entré le 27 septembre 1850. — 28 (0,10 t. stib.). Accès un peu moindre, se reproduisant le lendemain aux mêmes heures. — 30 (12 milligr. acide arsénieux; quart; vin.) Apyrexie. 1er octobre, accès à six heures du soir (12 milligr.); 3 oct., nouvel accès.
(Du 2 au 5, 25 milligr.)
5 et 7, nouveaux accès; léger frisson le 8. (5 et 6, 35 milligr.; 7 et 8, 5 centigr. en trois fois.)
Du 9 au 19 octobre, jour de sortie, apyrexie. (9, 10 et 11, 5 centigr.; 12, 36 milligr.; 13, 25 milligr.; 14, 12 milligr.; 15, 6 milligr.; 16, 5 milligr.; 17, 4 milligr.; 18, 3 milligr.)

L'accès qui a suivi l'administration du vomitif a été moindre, et la fièvre a dès lors affecté le type tierce. Elle a été guérie après dix jours de traitement (32 centigr. 5 milligr.) (en tout, 47 centigr. 2 milligr. en dix-neuf jours; dose moyenne par jour, 2 centigr. 4 milligr.). Tolérance parfaite.

FIÈVRE QUARTE; SOLUTION FÉBRIFUGE.

OBS. IX. — Paul, 25 ans, tailleur de pierres, lymphatique, assez bien constitué, atteint pour la troisième fois le 9 avril 1850, sur les bords du Lez, de fièvre intermittente. Du 9 au 27 avril, accès quartes le matin; rate dépassant de 3 centim. le rebord costal. (Du 6 au 11 avril, quart; inf. de centaurée. Du 15 au 24, 1 centigr. (*bis*) ac. ars. Du 24 au 27, 3 centigr. en deux fois.) 28, 29, 30 avril, accès quotidiens. Du 1er au 16 mai, apyrexie; diminution de l'engorgement splénique; amélioration de l'état général. (Du 27 avril au 12 mai, 2 centigr. (*bis*.)

Après quinze jours de traitement par l'acide arsénieux (41 centigr.), les accès ont cédé; il a été continué les onze jours suivants (44 centigr.) (en tout 85 centigr. en vingt-six jours; dose moyenne par jour, 3 centigr. 2 milligr.). La tolérance a été parfaite, et l'engorgement de la rate, qui avait augmenté avec la répétition des accès, a diminué après leur cessation.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA; PERSISTANCE DES ACCÈS; POTION N° 2; LÉGERS ACCIDENTS.

OBS. X. — Barbaroux, 22 ans, soldat au 11e d'artillerie, bien constitué, bilioso sanguin, atteint de fièvre quarte depuis le 26 octobre 1849, à Lunel, de retour de l'expédition romaine. Il entre le 8 novembre. 10 (1 gr. ipéca). Accès à cinq heures du soir. La fièvre continue en quarte, malgré 6 potions de 4 gr. kina et 50 centigr. sulf. de quinine, prises en six jours. — 28 novembre (0,10 t. stib.) Douzième accès de deux à six heures du soir. Teint jaune terreux de la face; absence d'engorgement viscéral.
1er et 4 décembre, l'accès manque, et reparaît plus léger le 7 et le 10. Il manque encore le 13, et se montre pour la dernière fois le 14, à six heures du matin. (Du 1er au 11 décembre, pot. n° 2, en deux fois; du 11 au 14, pot. en une fois; du 14 au 17, pot. (*bis*); du 17 au 22, pot. en une fois; 22, 1 gr. 25 ipéca; du 22 décembre au 12 janvier, jour de sortie, quart.) 21 décembre, légères nausées et coliques dissipées par l'ipéca.

Six jours de traitement quinique, précédé d'un vomitif, n'ont pu arrêter les accès; mais ils ont cédé bientôt après, sous l'influence de 0,10 tartre stibié et 60 centigr. acide arsénieux, en vingt et un jours (dose moyenne par jour, 3 centigr. environ). Les légers accidents qui se sont produits ont été promptement dissipés par l'ipécacuana.

FIÈVRE QUARTE; VOMITIF; POUDRE FÉBRIFUGE; LÉGERS ACCIDENTS.

OBS. XI. — Bardes, 59 ans, bien constitué, lymphatico-sanguin, atteint depuis un mois de fièvre quarte aux rizières de la Camargue, suspendue après dix-huit jours de traitement quinique. — 24 octobre 1850, entrée à l'hôpital; réapparition de la fièvre quarte depuis trois semaines. 25 (1 gr. 50 ipéca). Face peu altérée; rate descendant au niveau du rebord costal. Accès de deux à sept heures du soir, se reproduisant le 28. (Soupe; vin; pot. de Rivière.) Accès le 31, aussi intense que les précédents et retardant de trois heures. (29, 30, 31 octobre et 1er novembre, 5 centigr. ac. ars. en trois fois; soupe; vin.) Deux ou trois selles par jour. (Du 2 au 7 novembre, 5 centigr. par la bouche et 2 centigr. (*bis*) en lavement, dans un jaune d'œuf.) Le 3, frisson pendant demi-heure, sans chaleur; le 4, quelques nausées, deux selles; le 6, l'accès manque complètement et ne se reproduit plus jusqu'au 13, jour de sortie. (7 novembre, 5 centigr. par la bouche et 2 centigr. en lavement; 8, 5 centigr.; 9, 4 centigr.; 10, 3 centigr.; 11 et 12, 2 centigr.; quart; vin.)

L'ipécacuana n'a pas empêché la fièvre de se reproduire. Trois nouveaux accès ayant eu lieu à l'hôpital, la poudre arsenicale a été employée,

et après deux autres accès, dont le dernier a été incomplet et peu marqué, l'apyrexie n'a pas cessé d'être parfaite. L'acide arsénieux a été continué après la suspension de la fièvre, mais à des doses toujours décroissantes (en tout, 86 centigr. en quinze jours, dont 22 en lavements; ceux-ci ont été gardés généralement pendant trois quarts d'heure ou une heure: dose moyenne par jour, par la bouche, 4 centigr.). Les légers accidents qui ont eu lieu n'ont pas même obligé de suspendre le médicament.

FIÈVRE QUARTE; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA; ÉMÉTO-CATHARTIQUE, POTION N° 2; ACCIDENTS.

Obs. XII. — Jauzenberg, douanier, déjà venu à l'hôpital, au printemps dernier, pour une fièvre intermittente rebelle à l'acide arsénieux et guérie par le sulfate de quinine, entre, le 17 novembre 1849, atteint depuis un mois de fièvre quarte. Face pâle, terreuse; rate dépassant de 3 centim. le rebord costal. (Du 18 au 22 novembre, pot. avec. sulf. de quin., 50 centigr. rés. de kina, 4 gr.; du 22 au 28 novembre, quart.) Persistance des accès en quarte, de six à onze heures du matin.

28 novembre, quarante et unième jour (0,10 t. stib.). (Du 29 novembre au 4 décembre, pot. n° 2, en deux fois par jour, prise quatre fois et demie; du 4 au 9 décembre, pot. en une fois; du 9 au 12 pot. et demie; du 12 au 16, pot. (*bis*); du 12 au 16, pot. (*bis*). 13, 14 et 15, diminution d'appétit; quelques coliques. 16, coliques, douleur épigastrique, inappétence complète, vomissement, à deux reprises, de quelques cuillerées de liquide biliforme, diarrhée. (Bouillon O. M.; potion supprimée.) Cessation des accidents. 19 décembre, sortie. L'accès a manqué deux fois, le 12 et le 15. Persistance de l'engorgement de la rate et de l'altération de la face.

L'accès a manqué pour la première fois après douze jours de traitement par l'acide arsénieux. Les préparations de quinquina avaient été vainement administrées pendant trois jours (en dix-neuf jours, 55 centigr. acide arsénieux; dose moyenne par jour, 2 centigr. 8 milligr.). Les accidents gastro-intestinaux ont disparu après la suspension du médicament.

FIÈVRE QUARTE. — ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SIROP FÉBRIFUGE.

Obs. XIII. — Tribles, douanier, rentre le 4 mars 1850, atteint de nouveau à Maguelone, depuis le 21 février, de fièvre quarte. Face terreuse, ventre tendu, empâté; rate sensible au niveau du rebord costal.

5 mars (0,10 t. stib.). Cinquième accès quarte, d'une heure du soir à minuit, se reproduisant le 8. (6 et 7 mars, 10 gr. sirop (*bis*); 8, 20 gr. (*ter*); 9 et 10, 30 gr. (*ter*), quart, vin; 11, 0,10 t. stib.; 12, 30 gr (*ter*); 13, 0,10 t. stib; du 14 au 19, 30 gr. (*bis*); 19 et 20, 10 gr. (*bis*)). L'accès du 8 mars est le dernier; il a depuis manqué quatre fois. Sortie le 21.

Ce malade avait déjà été traité à l'hôpital deux mois auparavant par l'acide arsénieux, qui ne l'a point mis à l'abri de l'influence marécageuse de Maguelone. La fièvre a été enrayée après le sixième accès, dès le sixième jour du traitement arsenical (en tout 46 centigr. et trois vomitifs en seize jours; dose moyenne par jour, de l'ac. ars., 3 centigr. 5 milligr. pendant treize jours). Tolérance parfaite.

FIÈVRE QUARTE. — SIROP FÉBRIFUGE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE.

Obs. XIV. — Parès, 29 ans, douanier, bilioso-sanguin, d'une constitution forte mais détériorée, a été atteint, en août 1849, de fièvre tierce guérie par le sulfate de quinine. Le 6 mars 1850, il entre à l'hôpital atteint depuis vingt jours de fièvre quotidienne devenue quarte. Teint jaune terreux de la face, appétit diminué, catarrhe bronchique, rate dépassant de 3 centim. le rebord costal. 8 et 11 mars, accès de six heures de durée dans l'après-midi. 14, l'accès manque et ne se reproduit plus. 30, sortie. Persistance de l'engorgement splénique; amélioration de l'état général. (6 mars, 10 gr. sirop; 7, 10 gr. 4 f.; 8, 9 et 10 20 gr (*bis*); 11, trois vent. scarif. sur l'hypocondre gauche, 0,10 t. stib.; 12, 20 gr. 3 f.; du 15 au 20 mars, 20 gr. (*bis*), quart, vin.)

Après neuf jours de traitement (27 centigr. ac. ars. et 0,10 t. stib.), la fièvre a complétement disparu (en quinze jours, 43 centigr.; dose moyenne par jour, 3 centigr. 2 milligr.; *maximum*, 9 centigr.). Tolérance parfaite.

FIÈVRE QUOTIDIENNE. — ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SOLUTION FÉBRIFUGE.

Obs. XV. — Feuillet, 22 ans, soldat au train des équipages, assez bien constitué, ayant contracté à Lunel, au commencement de mai 1849, une fièvre quotidienne, est entré le 26. Face peu altérée, rate sensible au niveau du rebord des côtes, état gastrique bilieux. L'accès manque du 28 mai au 1er juin, à la suite de deux éméto-cathartiques (0,10 t. stib.). 1er juin, accès de onze heures du matin à quatre heures du soir. 4 et 5, nouveaux accès aux mêmes heures; apyrexie jusqu'au 11. 11, 12 et 13, accès de sept heures du matin à deux heures du soir (du 13 au 25 juin, 2 milligr. (*bis*) acide arsénieux, soupe, vin). 14 et 15, léger accès. Apyrexie jusqu'au 5 juillet, jour de sortie.

Cette fièvre, suspendue momentanément par le tartre stibié, a récidivé peu de temps après et a été promptement enrayée par l'acide arsénieux (48 milligr. en douze jours; dose moyenne par jour, 4 milligr.). Tolérance parfaite.

FIÈVRE TIERCE DEVENUE QUOTIDIENNE. — ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTION N° 1.

Obs. XVI. — Pascal, 27 ans, soldat au 44e de ligne, bilioso-sanguin, bien constitué, entré le 21 décembre 1849, atteint depuis six mois de fièvre tierce en Afrique, coupée à diverses reprises par le sulfate de quinine. Face pâle verdâtre, ventre empâté; symptômes gastriques bilieux (22, 0,10 t. stib.). 25, accès de trois à sept heures du soir, se reproduisant en tierce jusqu'au 9 janvier 1850 (quart, vin). Du 9 au 17 janvier, accès quotidiens. (2 janvier, bouteille d'eau de Sedlitz; du 14 au 17, pot. n° 1; 17, 0,10 t. stib.; 20, pot. (*bis*); 21, 22 et 23, pot. 1 f.)

La fièvre, de tierce qu'elle était, est devenue quotidienne; alors seulement elle a été attaquée par l'acide arsénieux et a cédé trois jours après son administration (en tout 24 centigr. en dix jours et l'éméto-cathartique; dose moyenne, 2 centigr. 6 milligr. par jour pendant neuf jours). Tolérance parfaite.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA VARIOLE; par M. le docteur A. Bayard, médecin à Cirey.

A M. le docteur Dechambre, rédacteur de la Gazette Médicale.

Mon bien honoré confrère,

Votre remarquable article publié le 10 juillet, qui a pour titre : Influence de la vaccine sur la population, se termine de la sorte : « La » fièvre typhoïde, qui a en effet de *si grandes analogies* avec la variole, est » signalée surtout comme une funeste compensation de cette maladie. Eh » bien! si, par l'intermédiaire des correspondants de l'Académie, l'on » voulait embrasser une bonne partie de la France dans une enquête, il » ne faudrait pas beaucoup de temps pour savoir si la fièvre typhoïde at- » taque plus souvent les individus vaccinés que ceux qui ne le sont pas. Il » y a des départements où la vaccine est presque repoussée : ce serait un » excellent terrain d'observation... Nous recommandons cette idée à » MM. Carnot et Bayard; nous la recommanderions volontiers à l'Aca- » démie. »

Mon cher confrère, je partage depuis longtemps votre opinion; je voudrais la voir adopter; je voudrais avoir mission pour dire à l'Académie ce que j'écrivais dans la Gazette des hôpitaux le 11 juillet 1850 : « Au lieu de recherches oiseuses qui vous fourniront des séries de faits contradictoires, souvent mal observés, bornez-vous à nommer une commission composée d'hommes impartiaux, c'est-à-dire n'ayant aucun parti pris, n'ayant point attaché leur nom à la vaccine, ne l'ayant jamais dénigrée; envoyez-la explorer la Côte-d'Or, l'Aveyron et surtout l'Afrique, cette terre devenue française, qui n'a connu que depuis peu la découverte de Jenner; comparez les résultats, et je serai bien étonné si la conclusion ne ressort pas dans toute son évidence.

Une grave cause d'erreur vient de cette variole interne (*variola sine variolis*), méconnue généralement : « Car, dit Stoll, elle est très-difficile à distinguer de toute autre fièvre aiguë. » Dans les épidémies de cette maladie, j'ai vu de nombreux malades avoir la fièvre et les symptômes varioleux; mais à la fin de cette période, il ne se faisait point d'éruption. Dezoteux et Valentin s'expriment eux mêmes de la sorte : voilà pourquoi Thouret a dit : « Bon nombre de personnes ont eu la petite vérole sans s'en douter. » Simple, non combinée, cette gastro-entérite varioleuse est bénigne, pareille en cela à la variole externe discrète, isolée, inoculée; mais comme cette dernière, *et pour les mêmes causes*, elle est susceptible de se combiner avec les affections intercurrentes. Elle reçoit alors, suivant les écoles et les systèmes éphémères, les noms de gastro-entérite, d'entérite aiguë, de dothinentérie, d'entérite typhoïde, etc., etc.

En face d'une population dont l'accroissement, d'après le dernier recensement, est presque stationnaire, en face de décès généraux égaux sur une population égale, lorsque le nombre des coups frappés est toujours le même, lorsque l'enfance paye à la mort un tribut moindre qu'autrefois par le fait de la vaccine, il faut donc que les autres âges à leur contingent annuel ordinaire ajoutent un supplément. Notez bien que je n'augmente pas la mortalité : je la déplace seulement dans les âges. Ce supplément, d'où provient-

il ? De la fièvre typhoïde, en majeure partie, qui, d'après M. Serres et tous les bons observateurs, « devient de plus en plus fréquente. » Me demanderez-vous sur quel âge il porte plus particulièrement? Je vous répondrai : Sur l'âge des affections des voies digestives, sur cet âge signalé par tous les auteurs comme l'âge critique des entérites typhoïdes, c'est-à-dire entre 15 et 40 ans.

Écoutez maintenant M. Carnot: « 41 ans est le terme fatal où le nombre » des vivants est le même dans les deux siècles, c'est-à-dire qu'avant ou » après l'introduction de la vaccine, la probabilité pour le nouveau-né » d'atteindre l'âge de 41 ans est absolument la même. » (ESSAI DE MORTALITÉ, p. 40.) Donc les variations de mortalité ont porté sur les âges inférieurs à 41 ans; mais nous avons vu que, de la naissance à 11 ans, les chances de vie avaient augmenté, donc elles ont diminué de 11 à 41 ans.

La diminution des décès dans l'enfance provenant de l'absence de la variole, vous allez voir que l'augmentation des décès dans les âges qui vont suivre, jusqu'à 40 ans, provient de la présence de la variole.

M. Carnot, dans son ANALYSE DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LA PETITE VÉROLE, s'exprime ainsi : « Dans tous les temps et dans tous les pays, » l'agent de la variole a toujours eu deux modes d'action, ainsi que deux » modes de propagation, l'un *externe*, l'autre *interne*... On comptait au » dix-huitième siècle, sur la généralité de la France, à peu près autant de » varioles internes que d'externes; un peu moins dans le premier âge, un » peu plus dans la jeunesse... Toutefois, entre les décès causés par les » unes et par les autres, il y avait compensation numérique réciproque. » Les décès varioleux de toute espèce comptaient pour vingt-quatre cen» tièmes des décès généraux. Cette proportion est encore la même aujour» d'hui. Le vaccin ne détruit que pour un temps, dont l'âge de puberté est » la limite supérieure, la faculté d'absorption des tissus organiques. Après » cette époque, le germe varioleux se développe malgré les revaccinations. » Néanmoins, dans ce dernier cas, la variole est *plus souvent interne, par* » *suite bien plus dangereuse*... »

Dans un article que vous citez, j'accorde 15,000 décès à la variole externe. Je crois être plus près de la vérité que M. Bousquet, qui ne lui donne pour toute pâture, bon an mal an, que 3,600 sujets à dévorer. Eh bien! malgré cette concession cinq fois plus généreuse, où est la compensation réclamée par M. Carnot, laquelle exigerait 117,080 décès par variole externe? Elle est dans la variole interne; elle est, vous l'avez écrit vous-même, dans la fièvre typhoïde.

Vous me faites dire : « La variole frappe surtout les vaccinés, et les » frappe plus vigoureusement que s'ils ne portaient pas le timbre de » Jenner. » Si je me suis exprimé de la sorte, je serais en dehors des limites de la vérité. J'ai voulu dire que dans notre département et beaucoup d'autres, elle ne frappait que des vaccinés. Elle ne choisit pas ses victimes : elle ne le peut pas. Grâce aux mesures habiles de l'administration, nul, dans nos contrées, ne peut échapper à la lancette jennérienne. J'ai dû ajouter qu'elle était d'autant plus grave qu'elle atteignait des sujets plus avancés en âge : en cela, je me trouvais d'accord avec Stoll et les autres observateurs. Maintenant la variole primitive et la variole des vaccinés sont-elles identiques par leurs effets lorsqu'elles tombent sur des sujets placés dans les mêmes conditions, surtout celle d'âge; en un mot, la variole est-elle adoucie, moins grave, par l'effet d'un vaccin antérieur? Vous vous prononcez pour l'affirmative; moi, je vous réponds : *Il n'y a pas modification*.

Mon honorable confrère, dans une des questions les plus graves qu'il ait été donné à l'homme de soulever, je vous vois avec plaisir apporter votre concours de lumières et d'efforts. Plus qu'un autre, vous contribuerez à éveiller *ces sympathies* dont vous parlez, *dans l'esprit des savants, et à la faire pénétrer dans les populations*, qui, croyez-moi, n'acceptent jusqu'alors la vaccine qu'avec une répugnance instinctive.

Vous élevez la voix pour demander une enquête; j'unis la mienne à la vôtre pour la demander instamment, en poussant ce cri : La vaccine a déplacé la variole; elle l'a déplacée dans l'âge et dans l'organe.

Agréez, etc.

— Cette lettre de M. Bayard, qui respire une grande sincérité, et à laquelle nous sommes très-sensible, ne change pas beaucoup l'état de la question, tel que nous l'avons exposé dans notre article du 10 juillet. Une des grandes difficultés consiste toujours à savoir si, au cas où l'âge adulte payerait à la mort un plus large tribut qu'autrefois, il faudrait l'attribuer à la propagation d'une variole *interne*, et l'on voit que, pour lever cette difficulté, l'auteur est obligé de trancher une question des plus problématiques, et même de la trancher contre l'opinion générale, en affirmant que la gastro-entérite, l'entérite, la fièvre typhoïde, *etc., etc.*, sont au fond une seule et même maladie diversifiée seulement dans son expression phénoménale et combinée avec des affections intercurrentes.

En disant que, suivant M. Bayard, la variole frappe surtout les vaccinés et les frappe plus vigoureusement que les autres, nous n'avons fait que répéter les termes de son travail (GAZ. DES HÔPIT., 3 juin 1852, M. Bousquet avait cité, parmi les départements où la vaccine fleurit, la Haute-Marne, la Dordogne; et M. Bayard répond : « Dans la Haute-Marne, l'épidémie *ne frappe que des vaccinés*; elle les frappe dans l'âge adulte et *avec plus de vigueur que s'ils ne portaient pas le timbre de Jenner*. » L'expression est donc allée au delà de son intention, nous sommes autorisé, par sa lettre, à le penser. Mais ce n'est là qu'un élément secondaire du problème, inutile même à la cause qu'il défend avec M. Carnot. Sur le fond, notre confrère a raison de nous croire disposé à un sérieux et consciencieux examen. C'est chez nous une habitude dont nous ne sommes pas prêt à nous départir.

— A. DECHAMBRE.

NOTE SUR UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT (ALBUMINURIE, NÉPHRITE ALBUMINEUSE) GUÉRI PAR LES VÉSICATOIRES; communiquée par M. le docteur H. MONTANIER.

A la page 32 de ma thèse (1849), je m'exprimais de la manière suivante :

« Mais si la forme aiguë de la maladie de Bright est facilement guérie, la forme chronique fera le désespoir du thérapeutiste, et, quoi qu'il fasse, il verra succomber presque tous ses malades. Tous les moyens rationnels ont été essayés, et tous ont échoué entre les mains des plus habiles. Au début, on a conseillé une ou deux saignées générales et des saignées locales; ont-elles réussi dans un cas à enrayer la maladie? J'en doute. Dans tous les cas, ce n'est que quand les reins sont hypérémiés qu'on pourrait les voir réussir. M. Rayer a conseillé la teinture de cantharides; elle a échoué comme tous les autres remèdes. M. Andral (*j'étais alors l'élève de cet excellent maître*) ayant ordonné l'application d'un vésicatoire aux lombes chez un malade affecté d'albuminurie (*mais pour une affection intercurrente*), je m'aperçus le lendemain que la quantité d'albumine dans les urines avait considérablement diminué. Le fait me frappa, et quelques mois après, pendant que M. Legendre était chargé du service de M. Andral, je lui demandai la permission d'expérimenter de nouveau ce moyen; il eut l'extrême bonté de me le permettre. Le lendemain de l'application du premier vésicatoire, urines beaucoup moins albumineuses; le surlendemain la quantité d'albumine, quoique moindre qu'avant l'expérience, était cependant augmentée; le troisième jour elle était comme auparavant. Nouvelle application de vésicatoire sur l'autre rein; presque pas de diminution dans l'albumine. L'expérience en est restée là; et quoiqu'elle soit loin d'être concluante, d'être même en faveur du vésicatoire sur les reins, je crois que ce moyen devrait encore être essayé. D'ailleurs, chez la malade sur laquelle j'avais expérimenté cette médication, les diurétiques, les balsamiques, la teinture de cantharides, les toniques, tout avait échoué.... »

Depuis bientôt quatre ans et bien que j'aie eu à soigner, dans ma pratique, plusieurs cas de maladie de Bright, voici le seul où il m'a été possible d'user largement des vésicatoires sur la région rénale. On va voir que ce moyen thérapeutique a réussi au delà de toutes mes espérances.

OBS. — Eugène P..., demeurant à Paris, rue Saint-Honoré, 93, âgé de 11 ans. Cet enfant se porte habituellement bien, en ce sens seulement qu'il ne fait pas de maladies, car tout dans lui indique un état de souffrance habituel. Il est brun, coloré, d'un embonpoint assez marqué, mais ses chairs sont molles et flasques; il a très fréquemment le dévoiement. Une demi-heure après avoir mangé, il a toujours une garde-robe très-abondante et demi liquide; il est, d'ailleurs très-gros mangeur, souffre souvent de la tête, s'enrhume facilement, et depuis plus de six mois ressent des douleurs aux reins tous les matins en se levant. Depuis trois ans cet enfant vit dans une loge de portier, mal aérée, mal éclairée, humide; il est souvent mal nourri, prend très-peu d'exercice et sort très-rarement au grand air. Il y a trois mois, sa mère l'amena dans mon cabinet pour son dévoiement; il avait la figure un peu bouffie, et comme j'en faisais l'observation, sa mère me répondit que c'était son état habituel. Le père de cet enfant, âgé de 34 ans, est d'une excellente santé; sa mère, d'apparence chétive, est souvent malade. Elle ne peut me dire si son enfant a eu la rougeole ou la scarlatine en nourrice; chez elle il n'a jamais eu ni l'une ni l'autre de ces deux affections.

ÉTAT ACTUEL. — 10 juin 1852. Il y a huit ou dix jours, me dit la mère, la figure du malade s'est gonflée fortement presque tout à coup, sans qu'il ait été pris de fièvre; mais il a ressenti une soif excessive : il boit beaucoup, et tout ce qu'il trouve. De tout temps d'ailleurs, cet enfant a bu beaucoup. Il y a trois jours, l'enflure s'est étendue aux pieds et aux jambes; elle occupe actuellement la face, les pieds, les jambes, les mains et les lombes. Quand on presse ces parties, les doigts s'y enfoncent profondément. Pas d'ascite, pas d'épanchement pleurétique. Les membres sont très-douloureux à la pression. La région rénale devient très-douloureuse quand le malade reste un certain temps

couché dans le décubitus dorsal; la pression n'augmente nullement cette douleur. La fièvre est nulle; le dévoiement est un peu moins abondant qu'à l'ordinaire. Rien au cœur, rien aux poumons. Écoulement habituel par l'oreille gauche, d'une matière séroso-purulente. L'enfant a très-bon appétit et dort bien.

Les urines sont rares, nullement en rapport avec la quantité des boissons ingérées; elles sont un peu semblables à de la lavure de chair. Au premier coup d'œil, elles paraissent contenir de notables quantités de sang; mais examinées au microscope, on n'y voit aucun globule sanguin. Traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles laissent déposer une abondante quantité d'albumine. (Chiendent nitré jusqu'à la fin du traitement; huile de ricin; frictions sur les jambes avec la teinture de scille jusqu'à la guérison du malade; 12 sangsues sur la région des reins; nourriture abondante et animalisée.)

12 juin. Les jambes paraissent un peu desenflées, mais la figure est beaucoup plus œdématiée. Le petit malade a immédiatement vomi son huile de ricin. Même état général. Les urines sont toujours rares, rougeâtres, et contiennent la même quantité d'albumine. (Un vésicatoire volant sur l'un des reins.)

13. Même état. (30 grammes d'huile de ricin.)

14. L'enfant est plus enflé qu'à l'ordinaire. Commencement d'ascite. Les urines ont le même aspect, et contiennent les mêmes proportions d'albumine. Il a vomi sa purgation comme la première. (Vésicatoire volant sur l'autre rein.)

15. Je ne vois pas le malade. Il doit prendre 40 grammes de manne.

16. L'enfant a vomi immédiatement sa purgation; mais la mère l'a surpris se faisant vomir, en mettant son doigt dans la bouche, afin de pouvoir manger plus tôt. C'est de la sorte qu'il avait vomi ses autres purgations. L'enflure a diminué à la face; elle est à peu près la même aux membres inférieurs. Les mains ne sont plus œdématiées. L'ascite est dans le même état. Les plèvres ne contiennent pas de liquide. Les urines sont devenues pâles, limpides et plus abondantes; elles contiennent beaucoup moins d'albumine. (Vésicatoire sur un des côtés des reins; préparations de quinquina et de fer.)

17. 40 grammes de manne.

18. L'enfant a eu trois garde-robes. Même état que le 16, sous tous les rapports. (Vésicatoire.)

19. 45 grammes de manne.

20. Le pouls est un peu fréquent, 82 pulsations. Cependant le malade n'accuse aucune douleur; il a toujours bon appétit; les digestions se font bien; le sommeil est bon La face est presque complétement désenflée, ainsi que les cuisses, les jambes et les lombes; les pieds seuls sont toujours le siége d'un œdème aussi considérable. L'ascite, toujours très-peu abondante, reste dans le *statu quo*. Les urines, d'un jaune légèrement citrin, abondantes, sont de moins en moins chargées d'albumine. (Vésicatoire.)

23. L'enflure diminue toujours. L'ascite, à son tour, commence à décroître. Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine; depuis deux jours elles renferment un léger dépôt de mucus.

25. L'amélioration continue.

28. L'enfant est entièrement guéri. Plus de traces d'enflure ni d'ascite; les urines ont un aspect normal, et ne contiennent plus aucune trace d'albumine. L'enfant est redevenu gai, joueur; il a très-bon appétit et digère mieux qu'avant sa maladie. (On continuera pendant quinze jours le chiendent nitré et les frictions scillitiques.)

10 juillet. Je rencontre l'enfant dans la rue; il est dans l'état le plus satisfaisant.

Je suis loin d'attacher à cette observation unique une bien grande valeur, et je la donne pour ce qu'elle vaut. En la livrant à l'impression, je n'ai eu qu'un seul but, celui d'engager mes confrères à essayer contre une maladie presque toujours, sinon toujours mortelle, un moyen qui m'a si bien réussi. Dans mes idées, d'ailleurs, sur la maladie de Bright (et je ne puis pas les exposer ici), les vésicatoires volants sur les reins, mais souvent et longtemps appliqués, doivent réussir dans un certain nombre de cas.

Quelques confrères à qui j'ai communiqué cette observation ont refusé d'y voir une *véritable maladie de Bright*, ne pouvant pas comprendre une aussi prompte guérison. Laissons un instant cette guérison aussi rapide qu'inattendue, et voyons si nous n'avions pas affaire à une vraie *maladie de Bright chronique*.

Rien au cœur; rien aux poumons; rien à la vessie; pas de fièvre; douleurs sourdes dans les reins, que la pression n'augmente pas sensiblement; œdème de la face d'abord, et des membres inférieurs ensuite; enfin urines rares d'abord et fortement albumineuses. Avec cela, point d'éruption cutanée ni avant, ni pendant, ni après la maladie. Bon appétit et bonnes digestions. Si ce n'est pas là une maladie de Bright chronique, qu'est-ce donc? Une néphrite albumineuse aiguë? Non, car pas de fièvre, pas de douleurs fortes aux reins, pas de sang dans les urines, pas de maladie éruptive... Une hydropisie essentielle? Dieu merci, nous commençons à ne plus connaître ce genre de lésion.

Mais la guérison?... m'objecte-t-on. Je ne puis dire aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE que ce que j'ai dit à mes amis : Si je n'avais pas guéri mon malade, je ne vous en aurais pas parlé, et ne vous aurais pas signalé l'emploi des vésicatoires volants.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MEDICAL TIMES ET GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 de ce journal, dans lequel s'est fondu le LONDON MEDICAL GAZETTE, comprennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la resection des os, avec observations de resection du radius, du cubitus et du coude*; par M. Fergusson. 2° *Considérations sur la pupille artificielle*; par M. Bowman. (Relevé d'un grand nombre de faits cliniques.) 3° *Sur le traitement des polypes de l'oreille*; par M. Toynbee. 4° *De l'acide sulfurique comme curatif de la diarrhée*; par M. Fuller. 5° *Nature et traitement de l'ophthalmie pustuleuse, comme exemple de l'inflammation et de la guérison dans leur manifestation la plus simple*; par M. Wharton Jones. 6° *Double bronchocèle cystique guéri par l'injection d'iode*; par M. Hilton. (L'injection produisit une suppuration de tout le foyer; c'est donc évidemment par l'inflammation suppurative de la paroi morbide et non par sa modification grâce à l'iode que la cure a eu lieu.) 7° *Sur le but final de la menstruation*; par M. Ramsbotham. 8° *Quelques difficultés survenues dans un cas de lithotomie*; par M. Quain. (La prostate était hypertrophiée et le calcul très-gros : il fallut, pour pouvoir l'extraire, le briser préalablement dans la vessie avec un instrument de lithotritie.) 9° *Sur l'eczéma rubrum*; par M. Adams. 10° *De l'emploi du mercure dans les cas ordinaires de syphilis*; par M. Childs. (L'auteur n'est pas d'avis qu'on en donne pour les chancres primitifs simples.) 11° *Unité des lois qui règlent les causes des maladies épidémiques, endémiques et infectieuses*; par M. Grove. 12° *Cas de sciatique et de névralgie guéries par l'acupuncture*; par M. Belcombe. 13° *Cas remarquable de gestation*; par M. Foley. (Superfétation : le premier œuf sortit à un mois, l'autre à huit.) 14° *Bronchocèle fluide*; par M. Wansbrough. (Guérison prompte et facile par le séton.) 15° *Pleurésie avec épanchement; thoracentèse; guérison*; par M. Siedman. 16° *Traitement des plaies du cuir chevelu*; par M. S. Thomson. 17° *Réflexions sur le traitement local des ulcères de la jambe*; par M. Warwick. 18° *Cas de plaie de tête grave qui ne fut pas immédiatement mortelle*; par le même. 19° *Des maladies de poitrine, suite d'accidents ou d'opérations*; par M. Blakiston. 20° *Observations de maladies des os*; par M. Bransby Cooper. 21° *Cas de pratique ophthalmique*; par M. White Cooper. 22° *Obstruction de l'artère pulmonaire comme cause de mort subite après l'accouchement*; par M. Havers. 23° *Appareil pour prévenir la saillie de l'os après l'amputation de la cuisse*; par M. Hutton. 24° *Cas de luxation de l'épaule avec fracture du col chirurgical de l'humérus*; par M. Hewett. (On replaça aisément la tête dans sa cavité où on la maintint, pendant la durée du traitement de la fracture, au moyen d'un coussin axillaire. Au bout d'un mois, le malade, enfant de 16 ans, avait la liberté de tous les mouvements du bras, à part celui d'élévation qui restait un peu borné.) 25° *De l'efficacité de l'acide cyanhydrique dilué comme topique dans certaines maladies de l'œil*; par M. Solomon. 26° *Étiologie de la phthisie*; par M. Smith. 27° *Iritis chez un enfant*; par M. Taylor. 28° *Cas de guérison après une fracture de la base du crâne*; par M. H. Lee. 29° *De la spermatorrhée*; par M. Milton. (L'auteur énumère les moyens, tous bien connus, qui lui ont réussi contre cette maladie.) 30° *Dysménorrhée*; par M. Rigby. 31° *Excision des articulations*; par M. Jones. 32° *Remarques sur les caractères microscopiques de l'urine dans la maladie de Bright*; par M. Macdonald. 33° *Histoire médicale du 47e régiment*; par M. Saunders. 34° *Deux observations de femmes ayant atteint l'âge de 48 ans sans avoir été menstruées*; par M. Oldham. 35° *Sur les maladies de l'oreille*; par M. Wilde. 36° *Fracture compliquée du crâne chez un jeune garçon*; par M. Annan. 37° *Nævus de la paupière guéri au moyen d'un fil de platine chauffé au rouge par le galvanisme*; par M. Bernard. (Deux fils furent passés en croix dans l'intérieur de la tumeur, puis chauffés, et laissés en place seulement une demi-minute. La tumeur diminua; mais comme sa disparition se faisait attendre, on dut, au bout de six mois, répéter la même opération, qui amena une guérison prompte et complète.)

SUR LA RESECTION DES OS; par M. W. FERGUSSON.

L'intérêt principal de cette communication se borne à la relation de trois cas où la resection a été mise en usage avec succès sur une partie étendue du squelette. L'auteur se demande pourquoi une méthode capable de donner de tels résultats est si rarement employée; il semble même reconnaître la véritable réponse à cette question, puisqu'il fait remarquer que la plupart des chirurgiens *conseillent* formellement de préférer la resection,

mais *pratiquent* plus volontiers l'amputation. C'est que, outre les difficultés très-réelles de poser une indication qui ne vous égare pas, il reste encore celles de l'exécution du procédé opératoire, et c'est là sans doute ce qui arrête beaucoup de médecins, dépourvus ou des connaissances anatomiques précises ou du courage spécial qui est nécessaire pour mener à bien de semblables entreprises. Quoi qu'il en soit, voici les deux cas les plus remarquables que présente le travail de M. Fergusson.

MALADIE DU RADIUS; RESECTION DE PRESQUE TOUT L'OS; GUÉRISON.

OBS. I. — J. W. Hart, âgé de 8 ans, entra à l'hôpital le 8 décembre 1845. Il y a trois ans et demi, il se forma un abcès à son avant-bras droit. Ouvert une première fois, il se reproduisit de nouveau, et depuis lors sa santé commença à décliner. Aujourd'hui il a trois ouvertures indolentes et d'apparence scrofuleuse : une vers l'aisselle droite et deux à l'avant-bras droit, à 2 pouces au-dessous du coude. M. Fergusson sonde ces dernières et constate que le bord cubital du radius est en voie de se séparer du reste de l'os.

16 décembre. La santé s'altère encore. Il s'est établi une nouvelle fistule près du coude. Il sort beaucoup de pus.

18 février 1846. La plaie de l'aisselle s'améliore; celles de l'avant-bras continuent, au contraire, à fournir la même quantité de suppuration. La portion malade du radius ne devient pas plus mobile.

Le 28 février, M. Fergusson se décide à enlever le corps du radius. Il met d'abord à découvert la face externe et la face postérieure de cet os par une incision faite dans la direction des fibres de l'extenseur commun, en ménageant autant que possible les muscles et les tendons de cette région. L'os malade étant en vue, il le coupe au-dessous de l'insertion du biceps avec les cisailles tranchantes, et en fait l'ablation ne laissant que l'épiphyse carpienne. La plaie est fermée par des sutures; il n'y a eu besoin d'appliquer que deux ligatures. L'opération n'a duré que quinze minutes.

Le 3 mars, le malade dit avoir souffert moins depuis qu'avant l'opération. Dès le 16 mars, la santé paraît améliorée; la plaie de l'aisselle est en bien meilleur état. Les anciennes fistules se ferment. Il commence à se servir de son bras.

Cet enfant quitta l'hôpital le 10 avril. La plaie de l'opération se cicatrisa peu à peu. On le revit plusieurs mois après. Il était parfaitement bien portant. Le membre du côté opéré exécutait tous les mouvements, même ceux de supination et de pronation, quoique avec moins de force que du côté opposé.

La maladie de l'os, dit M. Fergusson, me sembla être une combinaison de la nécrose et de la carie. Il y avait au milieu un séquestre encore incomplétement détaché et comprenant presque toute l'épaisseur de l'os, tandis que vers les extrémités la lésion consistait en une ulcération étendue et un ramollissement du tissu osseux, altérations portées, du reste, à un degré bien suffisant pour ôter tout espoir d'une guérison spontanée.

MALADIE DU CUBITUS ET DU COUDE; RESECTION DE PRESQUE TOUT LE CUBITUS ET DE L'ARTICULATION DU COUDE; GUÉRISON.

OBS. II. — W. Campion, âgé de 16 ans, fut reçu en juin 1847 à l'hôpital. Huit ans auparavant il s'était fracturé l'avant-bras, et depuis deux ans il était à l'hôpital Saint-Barthélemy, où on lui avait retiré plusieurs pièces osseuses malades.

A son entrée, il portait un large ulcère de 5 pouces d'étendue au côté externe et postérieur de l'avant-bras, laissant voir çà et là l'os à nu. Le coude fléchi avait perdu ses mouvements. La hanche droite était aussi malade, et plusieurs fistules existaient en dehors et en arrière de la cuisse; mais il n'y avait pas de raccourcissement du membre, et on ne put pas y constater de maladie de l'os.

Après quelque temps de séjour, sa santé ayant un peu gagné et l'ulcère diminuant, on pratiqua l'opération. M. Fergusson fit sur le bord interne du cubitus une incision longue de 6 pouces qui découvrit l'os; on le sectionna alors avec les cisailles à 1 pouce de l'apophyse styloïde. En examinant les parties en haut de l'avant-bras, l'articulation fut trouvée malade, et on en fit la résection (1). L'enfant, éthérisé, n'avait rien senti durant l'opération. On réunit par la suture les bords de l'incision, et l'on pansa avec des linges mouillés d'eau.

Après un peu de douleur locale, puis de diarrhée, l'opéré reprit assez rapidement la santé. Il fallut employer pour la plaie un pansement plus excitant, la solution de myrrhe. Il fut aussi nécessaire de maintenir au moyen d'un bandage le coude qui tendait à se fléchir de plus en plus.

Au bout de trois mois, il revint se faire voir. Le membre a gagné beaucoup de force, presque autant que le gauche. Le coude est ankylosé; la main peut saisir et retenir tous les objets avec vigueur.

Dans ce cas, la coexistence d'une lésion de même nature dans une autre partie du corps aurait pu être regardée par quelques chirurgiens comme une contre-indication à l'opération; et en effet, chez ce malade, les fistules de la hanche ne se guérirent point à la suite de la resection du cubitus. Mais M. Fergusson fait remarquer d'abord que l'état du coude compromettait directement la vie et altérait la santé générale si nécessaire pour la guérison de la maladie de la hanche; en second lieu, il dit que cette dernière n'était pas à beaucoup près de nature à ôter l'espoir de la guérison. Dans ces circonstances, ajoute-t-il (et nous partageons tout à fait un avis aussi sagement motivé), je crois qu'on peut, malgré la complication qui résulte d'une double maladie, entreprendre l'opération destinée à débarrasser l'individu de la cause d'incommodités et de dangers la plus grave.

(1) Il est probable que par cette phrase, un peu trop laconique, l'auteur veut seulement désigner l'ablation de la partie articulaire du cubitus. (N. DU RÉDACTEUR.)

TRAITEMENT DES PLAIES DU CUIR CHEVELU; par M. JANNEL THOMSON.

La pratique usuelle, du moins en Angleterre, pour les plaies du cuir chevelu, est de raser leurs bords dans une certaine étendue (afin de permettre l'application des agglutinatifs), puis d'en rapprocher et d'en affronter les lèvres à l'aide de la suture, réunion que l'on maintient ensuite au moyen de bandelettes de sparadrap. M. Thomson critique avec raison cette manière d'agir qui entraîne des douleurs, des lenteurs dans le pansement, parfois des érysipèles (effet fréquent du topique adhésif); les points de suture déchirent souvent le bord de la solution de continuité. Enfin, autre inconvénient inévitable et très-fâcheux dans certaines conditions sociales, le blessé est condamné à une alopécie partielle, toujours de longue durée, et ayant parfois son siége dans des endroits très-apparents.

Une blessure de ce genre survenue dernièrement à une jeune dame donna à M. Thomson l'occasion de développer les principes qu'il propose de suivre en pareille circonstance. La plaie située vers la tempe gauche avait 3 pouces de longueur; l'un des lambeaux offrait une grande tendance à se renverser. Ayant fait tenir les deux bords rapprochés par un aide qui pressait sur eux du bout de ses doigts placés à une certaine distance, il prit une longue bande roulée en deux globes, en fit porter le plein sur la tempe du côté opposé, puis ramena chacun des deux chefs en sens inverse du côté de la plaie, et les croisa à son niveau de manière à leur faire remplir l'office de contention confié jusque là aux mains de l'aide. L'hémorrhagie, qui était très-abondante, s'arrêta par le seul effet de cet appareil et de l'exacte et forte application des lambeaux sur l'os, qui en était la conséquence. Tout marcha sans aucun accident, et au bout d'une semaine on vit la plaie cicatrisée sous forme d'une ligne brune, un peu croûteuse encore, mais solide.

La plaie résultait d'un coup dans lequel la tête avait porté sur l'angle d'une cheminée.

APPAREIL POUR PRÉVENIR LA SAILLIE DE L'OS APRÈS L'AMPUTATION DE LA CUISSE; par M. HINTON.

Dans la manière ordinaire de panser la plaie de l'amputation de cuisse à lambeaux, les bandelettes agglutinatives ont pour effet de tirer les lambeaux vers la racine du membre, ainsi que de les presser (principalement l'antérieur) contre l'extrémité de l'os. Aussi celle-ci, pour peu que les lambeaux aient été taillés courts, ne manque pas de faire tôt ou tard, entre les lèvres de la plaie ou au centre de la cicatrice, une proéminence plus ou moins marquée.

M. Hinton ayant vu cet accident se prononcer, et la peau du lambeau antérieur sur le point de se perforer sur le moignon d'une jeune fille qu'il venait d'amputer de la cuisse quinze jours auparavant, dut chercher un remède à cet accident. Il trouva effectivement moyen de corriger la saillie et d'en prévenir les suites; et depuis lors le même appareil lui a rendu un service semblable dans une autre circonstance à peu près pareille. Voici en quoi cet appareil consiste.

On perce d'abord le pied du lit du malade de manière à y assujettir un piquet de bois vertical de quelques pieds de hauteur. Ce piquet lui-même est percé d'espace en espace de manière à supporter plusieurs traverses en bois horizontales, de trois à quatre pouces de longueur.

On prend alors deux pièces de sparadrap, de 6 pouces de long sur 4 à 5 de large, selon le volume du membre. On les découpe alors à l'une de leurs extrémités en quatre à cinq chefs, et l'on fixe l'autre extrémité par des épingles à une bande longue d'un pied et demi. Avec l'extrémité découpée, on entoure le membre, et pour mieux l'y assujettir, on enveloppe le tout ensemble d'une large bande de sparadrap qui enveloppe le moignon, puis d'un bandage roulé.

Les pièces de sparadrap enroulant ainsi le membre amputé, on les accroche au piquet par la bande qui les termine à leur autre extrémité. De cette façon, le moignon est suspendu par un agent qui tire sur lui de manière à attirer incessamment les deux lambeaux en avant du bout du fémur. Cet appareil, simple et peu coûteux, laisse le chirurgien libre de faire sur le moignon ainsi isolé toutes les applications et les pansements nécessaires.

GUÉRISON APRÈS UNE FRACTURE DE LA BASE DU CRANE; par M. H. LEE.

Les fractures de la base du crâne emportent, aux yeux de tous les médecins, un pronostic presque irrévocablement fatal. Cette doctrine est tel-

lement établie que l'on ne recherche guère les signes de cette lésion que pour s'autoriser à ne tenter aucune opération, aucun moyen actif; de manière que, ici, un diagnostic exact ne sert absolument au chirurgien qu'à le préparer à attendre la terminaison funeste. Dût le cas suivant n'avoir d'autre résultat que de condamner cette temporisation inactive, qui n'est pas toujours sans danger, c'en serait assez pour nous engager à le reproduire *in extenso*, indépendamment de l'intérêt qu'il offre sous le rapport physiologico-pathologique.

Obs. — Un homme, âgé de 45 ans, fit une chute de vingt pieds de haut sur la tête. Il resta sur le coup sans connaissance et saignant abondamment par la bouche, les oreilles et le nez.

Deux heures après l'accident, M. Goolden le trouva froid, le pouls à 68, très-faible.

Au bout de trois heures, il le saigna; le pouls s'éleva à 76, et la respiration, jusque-là difficile, se dégagea. (Calomel, puis un peu de séné.)

Le second jour, au matin, le pouls varia de 90 à 100. Tête chaude, pupilles dilatées, entièrement insensibles à la lumière. Il remue quelquefois les membres; mais aucune excitation ne peut y déterminer de mouvements. Pas d'évacuations alvines ni urinaires. (Cathétérisme; 12 sangsues à la tête.)

A midi, le pouls devient insensible; on réitère une saignée de 16 onces, et pendant que le sang coule, le pouls se relève à 80 ou 90.

Le soir, il est toujours insensible à toute excitation. (Calomel et un purgatif.)

Le troisième jour seulement, il va à la selle et urine spontanément; pouls de 130 à 140. (Vésicatoire au cou.)

Le soir, il peut être éveillé assez pour répondre aux questions; ce qu'il ne fait cependant qu'avec résistance.

Le quatrième jour, pouls à 100; tête chaude; pupilles toujours insensibles. Il remue dans son lit, mais ne sent rien quand on le pince. (Un purgatif salin.)

Le cinquième jour, la sensibilité augmente. (10 sangsues à la tête.)

Le sixième jour, évacuations abondantes.

Le septième jour, il manifeste un peu de sensibilité des membres, répond plus volontiers, et prend la nourriture qu'on lui donne.

Le onzième jour, il est devenu inquiet, agité. Il s'appuie sur son bras sans aucun ménagement, quoique le radius gauche ait été fracturé lors de sa chute. (12 sangsues, et le lendemain un second vésicatoire au bas du cou.)

Le seizième jour, il est plus sensible; les pupilles sont mobiles, et la peau a recouvré sa chaleur normale.

Depuis ce moment, les symptômes menaçants furent dissipés.

Au bout d'un mois, il parut hébété, stupide, indifférent au dernier point, ne répondant que de mauvaise grâce, s'appuyant sur son bras fracturé sans paraître en éprouver de douleur. — La bouche se tira graduellement vers le côté gauche; mais la langue demeura droite.

Sept semaines après, il put reprendre ses occupations, conservant toujours la bouche un peu déviée à gauche. Pendant son travail, il se plaignait souvent de vertige. Une pinte d'ale suffisait pour le priver de jugement.

Six mois après son premier accident, cet homme fut tué par un convoi sur le chemin de fer. La mort fut instantanée, et les lésions traumatiques que l'on constata étaient bien suffisantes pour l'expliquer. Les parties compromises lors de la première chute n'avaient pas été intéressées dans cette dernière blessure.

Après avoir enlevé le cerveau, on trouva dans sa substance, et correspondant au rocher droit, une cavité longue de 15 lignes, large de 9 et profonde de 3. Elle était circonscrite par une couche jaunâtre, située d'ailleurs tout à fait au-dessous des membranes cérébrales, lesquelles étaient aussi couvertes par une matière jaune semblable. La cavité contenait une sérosité trouble, dans laquelle flottaient beaucoup de petits globules blancs. Au pourtour, le cerveau paraissait parfaitement sain, et n'offrait pas d'autre altération que la couche jaunâtre mentionnée.

En examinant le crâne, on reconnut qu'une fracture traversait la partie écailleuse du temporal, s'étendait de là le long de la portion antérieure du rocher dans le canal vidien. Elle rencontrait une autre solution de continuité qui s'étendait en travers de la base du rocher jusque dans la fosse jugulaire. Sur le trajet de cette dernière fracture, il existait beaucoup de petites esquilles rugueuses, qui se détachèrent par la macération. Le rocher paraissait avoir ainsi été séparé du reste de la boîte crânienne par ces deux fractures. Et cependant, dans l'espace de six mois, la réunion avait eu lieu partout, excepté dans les points occupés par les esquilles isolées.

Il n'y avait ni épaississement des tissus voisins, ni cal proéminent à l'intérieur ou à l'extérieur. Le travail de consolidation semblait donc s'être fait aux dépens des os seulement, et n'avoir pas dépassé le niveau de leur surface normale. Toutefois, il est bien probable que c'est à une certaine saillie ou exubérance de la matière formant le cal que fut due cette compression du facial dans l'aqueduc de Fallope, compression prouvée par la paralysie faciale qui apparut seulement au bout d'un mois et persista depuis lors.

P. Diday.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 août 1852. — Présidence de M. Piobert.

DE LA PRINCIPALE CAUSE DES VIOLENTES DOULEURS QUI EXISTENT DANS L'OPHTHALMIE PURULENTE, ET D'UN MOYEN PROPRE A LES FAIRE CESSER IMMÉDIATEMENT.

M. Guyon, inspecteur général du service de santé à l'armée d'Afrique, communique une note sur ce sujet.

Dans l'ophthalmie purulente, dit l'auteur, les vaisseaux de l'œil et de la paupière sont plus ou moins gorgés de sang et forment même assez souvent des nodosités considérables. Or le moindre glissement de la paupière sur l'œil occasionne alors des douleurs tellement vives qu'on a vu des malades, ne pouvant plus les supporter, se donner la mort. Un moyen propre à les faire cesser immédiatement, si intenses qu'elles soient, consiste à interposer, entre l'œil et la paupière, un corps lisse quelconque, pourvu qu'il soit approprié à la disposition des parties.

Comme corps lisse propre à cette destination et se conformant assez bien à la disposition des parties, M. Guyon s'est d'abord servi de l'*opercule dont les cotons des Antilles*, à l'instar des Caraïbes (leurs prédécesseurs dans ces îles), se servent pour favoriser la sortie des corps étrangers qui pénètrent dans les yeux. On sait que, dans toute l'Europe, les habitants des campagnes emploient au même usage ces produits calcaires qui se forment chez l'écrevisse, et vulgairement connus sous le nom de *pierres* ou *d'yeux d'écrevisse*. Depuis, ajoute M. Guyon, j'ai cru devoir recourir à des corps plus grands et mieux appropriés par leur forme aux surfaces interoculaires. Ces corps sont des disques en ivoire semblables à ceux dont je joins des échantillons à ma communication. Deux suffisent au but qu'on se propose, le plus souvent même un seul, l'un sous la paupière supérieure et l'autre sous l'inférieure. Pour procéder à leur introduction, il faut que le malade soit couché si on opère sur la partie supérieure de l'œil, et assis si c'est sur l'inférieure. Après quoi, ayant pincé la paupière verticalement et de manière à obtenir, entre elle et le globe de l'œil, un léger écartement, on laisse glisser dans celui-ci le disque qu'on en a approché, porté à l'extrémité d'une spatule ou d'une cuiller à café. On l'y maintient ensuite un instant avec l'extrémité du petit doigt et en l'y poussant légèrement s'il y a lieu.

M. Guyon se sert, concurremment avec le corps lisse interorbitaire, de *terre à foulon réduite en poudre*, terre que les indigènes connaissent sous le nom de *t'éfel*, et qu'ils emploient dans leurs bains en guise de savon. Ce seul moyen suffit même pour remplir le but dans les cas peu graves, c'est-à-dire dans ceux où les douleurs sont modérées, et où les granulations par conséquent sont peu considérables, peu développées. Pour s'en servir, après avoir porté la tête du malade en arrière, on écarte les paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, en même temps que de la droite on laisse tomber, dans leur écartement, une pincée de la poudre dont nous parlons. Quant à son mode d'action, la terre à foulon appliquée sur la peau la rend douce et lisse, et il est permis de supposer qu'il se passe quelque chose de semblable dans son application sur la conjonctive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 août. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Leviez, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné du mois d'août 1851 au mois d'avril 1852, dans la commune de Givenchy-en-Gobelle. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Gaoard, médecin inspecteur des eaux minérales de Segrais (Loiret), contenant des renseignements sur la composition et les propriétés curatives de ces eaux. (Comm. des eaux minérales.)

3° Un rapport de M. le docteur Dorez, médecin inspecteur des eaux minérales de Provins (Seine-et-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851. (Même comm.)

4° Un rapport de M. le docteur Boissard, médecin inspecteur des eaux minérales de La Motte (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1849, et un exemplaire d'une notice du même auteur sur la composition et l'action thérapeutique de ces eaux. (Même comm.)

— M. Chérot père, colon agricole à Ben-Ismaël, commune de Castiglione (Alger), communique une substance dont il demande l'analyse. (Comm. des remèdes secrets.)

— M. Langlebert (de Loerhner), qui a déjà fait connaître, par l'intermédiaire du ministre, qu'il croyait posséder un remède sûr contre la rage, informe l'Académie qu'il se met à sa disposition pour lui fournir tous les éléments d'appréciation qu'elle pourra désirer.

ÉTUDES ANALYTIQUES ET COMPARATIVES SUR LA THERMALITÉ ET LA SULFURATION DES SOURCES DES PYRÉNÉES.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur un mémoire de M. le docteur Lambron, sous le titre ci-dessus.

L'idée qui domine dans ce mémoire, c'est que la connaissance de la thermalité et de la sulfuration des nombreuses sources des Pyrénées permettra désormais d'asseoir l'action curative qu'on a droit d'en attendre, et dirigera le médecin dans leur choix et leur mode d'application. Les commissaires ne partagent pas cette opinion trop absolue. Sans aucun doute, dit M. le rapporteur, dans l'étude des agents thérapeutiques, il est essentiel de s'enquérir, de tenir compte de leurs propriétés physiques et chimiques; mais à notre sens, ces données sont insuffisantes pour guider le praticien. On serait dans l'erreur si l'on pensait que la notion exacte du degré de chaleur et de la quantité de sulfure de sodium contenu dans une source suffit pour fixer ses vertus médicinales. Peut-on croire, en effet, que les autres principes constituants, tels que le carbonate ou silicate alcalin, l'iode, l'arsenic, l'azote, l'oxygène, etc., ne sont pas solidaires de l'effet obtenu? Peut-être qu'un jour un expérimentateur vous adressera un tableau indiquant dans chacune des eaux sulfureuses des Pyrénées la dose de carbonate alcalin qu'elle recèle, et invoquera cet élément minéralisateur pour formuler les propriétés thérapeutiques des eaux; un autre en fera autant pour l'iode; un autre pour l'arsenic, l'azote, etc., suivant les opinions régnantes. Dans quelle perplexité fâcheuse se trouvera le praticien éloigné des sources? C'est donc une manière vicieuse d'apprécier la puissance curative des eaux minérales que d'étudier le *modus agendi* de chacun de leurs principes constituants et d'en déduire l'action générale du composé; ce n'est pas ainsi que ces principes agissent sur nos organes lorsqu'on fait usage des eaux à l'intérieur et à l'extérieur; ils sont alors mêlés, combinés tels que la nature les a réunis; or, de leur action réciproque doit nécessairement résulter une action médicatrice différente de celle que chacun possède dans son état distinct et isolé.

M. le rapporteur engage, au nom de la commission, M. Lambron à compléter son œuvre en transmettant à l'Académie un parallèle clinique des propriétés médicinales des diverses sources sulfureuses qu'il a si bien étudiées au point de vue chimique. Le travail de M. Lambron occupera une place distinguée dans le rapport général pour l'année 1852.

En attendant, la commission propose de répondre au ministre que le mémoire de M. Lambron est plein d'intérêt au point de vue physico-chimique, et que cet honorable confrère mérite d'être encouragé dans ses recherches hydrologiques.

Ces conclusions sont adoptées.

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit un premier rapport sur deux sources sulfureuses nouvelles découvertes à Cauterets (Hautes-Pyrénées).

Ces eaux étant de la même nature que toutes celles de cette localité qui alimentent tous les établissements thermaux qu'on y connaît, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un deuxième rapport sur une source d'eau acidule alcalino-terreuse et ferrugineuse, dite de la Veyrasse (Hérault). Cette eau a fourni à l'analyse :

Pour 1,000 grammes,

Acide carbonique libre, un cinquième du volume environ.

Bicarbonate anhydre de soude	0,562 grammes.
— de potasse	0,186 —
— de chaux	0,523 —
— de magnésie. . . .	0,174 —
— de strontiane . . .	indices.
— de fer	0,008 grammes.
Sulfate alcalin et calcaire. . . . . . . } Chlorures alcalins et terreux . . . . . }	0,101 —
Iodures et bromures.	indice douteux.
Silice . . . . } Alumine . . . . } Matière organique, peu . . . . } Principe arsenical, très-sensible et perte }	0,090 grammes.
	1,644 principes minér.

Vu la nature chimique de cette eau et son analogie de composition et probablement d'action médicale avec des eaux voisines et autres en pleine exploitation, la commission propose de déclarer qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation de l'exploiter. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un troisième rapport sur une source salée iodo-bromurée de Roucas-Blanc, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

En voici la composition :

Pour un poids de 1,000 grammes,

Chlorure de sodium.	20,530 grammes.
— de potassium	0,600 —
— de magnésium	2,000 —
Bromure, } Iodure. } alcalins probables. . . .	0,005 —
Sulfate anhydre de soude . . . . } — de potasse . . . . . . } — de magnésie . . . . . } — de chaux . . . . . . }	2,100 —
Bicarbonate de chaux. . . . . } — de magnésie, peu. . . . }	0,170 —
Silice . . . . } Alumine. . . . . } Phosphate terreux ou alumineux, indices. } Lithine . . . . } Fer, fort peu . . . . } Matière organique, peu . . . . } Perte . . . . }	0,200 —
	25,930 principes salins.
Eau pure.	974,070
	1000,000

L'autorisation est également accordée. (Adopté.)

CANCER DES ANIMAUX.

M. Leblanc, candidat pour la section de médecine vétérinaire, lit un mémoire ayant pour titre : Recherches sur le cancer des animaux.

L'auteur résume son mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les auteurs qui, depuis des siècles, ont écrit sur la médecine vétérinaire, ont négligé l'étude du cancer. Il n'y a guère que vingt-cinq ans qu'on a commencé à faire des recherches sérieuses sur cette maladie chez les animaux.

2° En combinant l'usage du microscope avec les moyens d'exploration habituels, on doit rarement se tromper sur le diagnostic d'une tumeur cancéreuse.

3° On a trouvé des tumeurs cancéreuses chez le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, le porc, le chat, le lapin et la souris.

4° On n'a encore rencontré le cancer ni chez les oiseaux, ni chez les reptiles, ni chez les poissons.

5° Le cancer des animaux est caractérisé par les mêmes éléments anatomiques, microscopiques, que celui du cancer de l'homme, par la cellule multiforme à noyau, dite cellule cancéreuse. Cette cellule est, en général, plus petite chez les animaux, notamment dans les petites espèces. Elle présente les mêmes modifications chez les animaux que chez l'homme.

6° Les tumeurs dites cancéreuses, c'est-à-dire celles dans lesquelles on trouve l'élément cancéreux, se composent de cet élément et des autres productions variables que l'on trouve dans les tumeurs cancéreuses de l'homme. Elles ont reçu les dénominations principales de squirrhe et d'encéphaloïde, selon leur aspect, leur consistance et l'arrangement particulier de leurs parties intégrantes. Il existe toujours dans ces tumeurs un liquide trouble, lactescent à l'état d'infiltration, et que l'on a appelé suc cancéreux.

7° Les tumeurs cancéreuses peuvent se ramollir, se réduire en putrilage et renfermer des matières liquides libres.

8° Elles peuvent s'ulcérer.

9° Elles se propagent d'autant plus vite qu'elles sont plus anciennes, plus ramollies, qu'elles contiennent des substances putrilagineuses ou liquides et qu'elles sont ulcérées.

10° La substance gélatiniforme, dite colloïde, et la mélanose, qui ne sont pas des productions cancéreuses, peuvent se rencontrer dans les tumeurs cancéreuses.

11° Les animaux, les chiens et les chats notamment, sont exposés à une infection générale cancéreuse et à un état dit cachexie cancéreuse, quand bien même on ne trouve pas l'élément cancéreux dans tous les points de l'économie ni dans les liquides circulatoires, où d'ailleurs on ne l'a pas encore rencontré.

12° On a trouvé le cancer à peu près dans toutes les régions du corps, dans tous les tissus et même dans les vaisseaux sanguins.

Le cancer est probablement incurable, du moins on l'a vu récidiver dans l'immense majorité des cas; et alors même qu'une tumeur ne reparaît pas après son excision, ou qu'il n'en reparaît pas une autre sur un animal opéré, on ne peut pas affirmer que l'animal n'est plus cancéreux.

14° La plupart des causes du cancer sont inconnues. On a seulement remarqué que les carnassiers étaient plus souvent cancéreux que les herbivores et les carnivores, et que parmi les carnassiers, ceux qui étaient sédentaires et qui mangeaient beaucoup de substances animalisées, étaient plus exposés au cancer.

15° Les femelles sont plus exposées au cancer que les mâles.

16° Le cancer est héréditaire; on l'a du moins constaté chez le chien.

17° Il n'est pas contagieux, ni des animaux aux animaux, ni de l'homme aux animaux.

18° Le régime exclusivement animal paraît favoriser le développement du cancer chez les chiens et les chats domestiques, notamment chez ceux qui sont très-sédentaires.

19° L'affection cancéreuse, et les tumeurs cancéreuses en particulier, ne disparaissent pas sous l'influence des médicaments.

20° Quand une tumeur cancéreuse bien caractérisée apparaît, il faut en faire

l'ablation complète le plus tôt possible, ou la détruire par la cautérisation lorsqu'on ne peut pas l'atteindre avec l'instrument tranchant.

21° On recule les récidives des tumeurs cancéreuses en soumettant au régime presque exclusivement végétal les carnassiers domestiques cancéreux.

22° On avait à tort qualifié de cancer ou de squirrhe, chez les animaux, un grand nombre de productions morbides qui en diffèrent sous plus ou moins de rapports. (Telles les tumeurs exclusivement mé aniques, certaines tumeurs ganglionnaires tuberculeuses; des tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, fibro-celluleuses, épithéliales, etc.)

Le meilleur moyen curatif à employer contre la plupart de ces lésions est encore l'ablation des parties malades; mais on peut et on doit en guérir quelques-unes, comme celles connues sous les noms de crapaud et d'eaux aux jambes, qui ne sont que des lésions hypertrophiques, sans exciser les tissus malades qu'il est très-important de conserver.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL D'ANATOMIE GÉNÉRALE; par M. VAN KEMPEN, professeur d'anatomie à l'Université catholique. — Louvain, chez Vanlinthour et Cie. — 1851.

Le titre modeste que M. Van Kempen a donné à son traité d'anatomie générale en indique assez le but et les tendances. L'auteur a voulu fournir aux élèves et aux praticiens des notions sommaires sur une science dont le domaine s'est beaucoup agrandi depuis quelques années et qu'il importait d'exposer brièvement dans ses détails les plus essentiels, avec les nouvelles acquisitions contemporaines, en attendant qu'on lui élève son véritable monument. Nous pouvons dire par anticipation que M. Van Kempen a su éviter les écueils où d'autres ont échoué avant lui, et que l'objet de son consciencieux travail a été complétement atteint.

Il est plus difficile qu'on ne le pense de résumer aujourd'hui l'anatomie générale en lui assignant ses véritables limites, sans rien ajouter à ce qui lui appartient et sans en rien retrancher.

Lorsque Bichat publia le traité qui a été regardé pendant quarante ans comme le premier et le dernier mot de l'anatomie générale, quelques recherches microscopiques avaient déjà été faites et ne manquaient pas d'une certaine portée. Si l'on ne peut lui faire un reproche sérieux de leur avoir refusé une place au milieu de ses riches descriptions calquées à l'œil nu et au scalpel, on doit, plutôt dans son intérêt que dans le leur, regretter qu'elles soient devenues pour lui l'occasion d'infirmer les résultats et de proclamer l'impuissance absolue de l'observation microscopique; car nonseulement il a été démenti par l'avenir, mais il s'est attiré l'irrévérence hostile des micrographes, qui tous à l'envi semblent avoir voulu lui infliger la peine du talion.

Qui ne sait que de nos jours l'anatomie générale est considérée, même par des esprits de premier ordre, comme devant disparaître dans l'anatomie microscopique? Le traité de Henle, par exemple, qui est classique en Allemagne et même en France, a-t-il quelques rapports avec celui de Bichat? Le microscope, au lieu de compléter, a voulu refaire l'anatomie générale. Au lieu d'apporter de nouveaux matériaux à une science fondée sur des bases solides et déjà constituées, il a eu la prétention de faire table rase et de construire à neuf.

Et cependant qu'est-ce que l'anatomie générale? N'y a-t-il pas dans chaque organisme, aussi bien que dans la série des êtres organisés, deux choses essentiellement distinctes: d'un côté l'individu, et de l'autre le genre? Dans l'organisme, l'individu est représenté par chaque organe en particulier, c'est un muscle, un os, une glande....; le genre est représenté par chaque système organique, c'est le système musculaire, l'osseux, le glandulaire.... Cette distinction de l'individu et du genre, de l'organe et du système est éminemment naturelle. C'est sur elle qu'est établie la division de l'anatomie en deux branches: l'anatomie descriptive qui a pour objet l'individu, c'est-à-dire l'organe en particulier, et l'anatomie générale qui a pour objet le genre, c'est-à-dire le système organique. Cette division n'a rien d'arbitraire; elle est fondée sur la nature même de la chose étudiée; c'est une science double pour un objet double.

Ce fait une fois établi, il est évident que chaque système en anatomie générale, comme chaque organe en anatomie descriptive, doit être étudié au triple point de vue de sa forme, de sa structure et de son développement.

Au premier point de vue, c'est-à-dire sous le rapport de la description, l'étude des systèmes organiques laisse peu à désirer. Du premier coup, Bichat a décrit les membranes muqueuses, le tissu cellulaire, les systèmes osseux, musculaire, fibreux, vasculaire, etc., avec un talent d'analyse et une puissance de généralisation qu'on ne saurait trop admirer.

Il n'en est pas de même au point de vue de la structure et du développement. C'est là qu'il a laissé, aussi bien que tous les anatomistes de son école, de grandes lacunes que le microscope est venu combler en partie.

On n'oserait plus soutenir aujourd'hui que, depuis quelques années, l'usage du microscope, en se répandant parmi les anatomistes, n'ait donné lieu à des recherches sérieuses par le contrôle qu'elles ont reçu les unes des autres et qu'il n'ait enrichi l'anatomie d'un certain nombre de faits de structure et de développement dont on ne saurait méconnaître la valeur. Pour ne parler ici que de l'anatomie générale, c'est au microscope qu'elle doit la décomposition des systèmes, la découverte de leurs éléments anatomiques, et toute une théorie qui fait dériver la plupart des formations organiques d'un principe générateur unique, la cellule à noyau.

Mais si l'anatomie générale, lorsqu'on ne tient pas compte de ces nouvelles conquêtes, est une science mutilée, ne l'est-elle pas plus encore lorsqu'on supprime sa partie descriptive et qu'on la renferme dans le cercle des notions acquises sous le verre grossissant? ou plutôt convient-il de confondre l'anatomie générale dont l'objet est bien délimité, et qui persistera comme science définitive, avec l'anatomie microscopique dont l'objet est mal défini et pour ainsi dire arbitraire; en un mot avec une science provisoire où des hommes spéciaux viennent seulement consigner leurs observations en attendant qu'on les mette à profit pour compléter l'anatomie des organes ou celle des systèmes?

C'est donc un véritable mérite, aussi bien qu'une légitime condition de succès, pour l'ouvrage de M. Van Kempen, que l'anatomie générale y soit envisagée largement, sans acception de système, et qu'une part équitable y soit faite aux travaux anciens à côté des découvertes plus récentes.

Mais comment établir cette fusion entre la science de Bichat et l'histologie moderne? Comment classer tous ces matériaux des deux époques? Pour y arriver, M. Van Kempen a suivi la méthode usitée en chimie et qui consiste à procéder du simple au composé, à partir des éléments pour arriver aux combinaisons.

Ainsi il traite d'abord des liquides de l'économie: sang, lymphe, chyle, mucus, salive, lait, sperme; puis des tissus simples: tissu corné, épithélium, épiderme, ongles, poils, pigment, substance du cristallin. Il arrive ensuite aux tissus composés qu'il divise en deux ordres: le premier ordre comprend les tissus dont la constitution ne résulte que de plusieurs éléments anatomiques diversement combinés: tissus cellulaire, adipeux, jaune élastique, nerveux, musculaire, cartilagineux, osseux; le second comprend les tissus dont la composition résulte à la fois de plusieurs éléments anatomiques associés et de plusieurs couches superposées: vaisseaux, peau, membranes muqueuses, membranes séreuses, glandes.

Enfin il décrit les systèmes à côté des tissus qui forment leur base, le système nerveux à côté du tissu nerveux, les systèmes osseux, musculaire, glandulaire, etc., à côté des tissus du même nom.

Ce n'est pas que nous regardions cette classification comme la meilleure que l'on puisse adopter; nous préférons, quant à nous, celle de Bichat légèrement modifiée, c'est-à-dire une classification où les tissus élémentaires sont subordonnés aux systèmes organiques, et non les systèmes aux tissus, comme dans la précédente. Les systèmes, comme nous l'avons déjà dit, sont le véritable objet de l'anatomie générale; c'est seulement en traitant de leur structure qu'on en vient naturellement à rechercher s'ils existent à l'état de tissus simples ou s'ils ont des éléments anatomiques multiples, et quels sont ces éléments. Cependant nous avouerons volontiers que l'ordre suivi par M. Van Kempen ne l'a point empêché d'embrasser la science dans tout son ensemble, non plus que de l'avoir exposée dans ses détails, avec beaucoup de netteté, sans la moindre confusion.

Cette étude particulière des tissus et des systèmes est précédée, dans le livre de M. Van Kempen, de considérations générales d'un grand intérêt. C'est d'abord une très-bonne notice sur le microscope et sur ses usages; puis un chapitre sur les propriétés physiques, chimiques et microscopiques des substances du corps humain; enfin une exposition claire, quoique assez courte, de la théorie cellulaire, comprenant la description des cellules élémentaires, leur multiplication et leurs transformations successives.

Tout l'ouvrage est remarquable par une grande concision alliée avec beaucoup de lucidité. Ce sont même ces qualités qui ont permis à l'auteur de concentrer en un petit espace des notions qui forment ailleurs la matière de gros volumes. Ajoutons que des figures dessinées avec soin rendent à chaque page plus facile au lecteur l'intelligence des descriptions. En dernier lieu, et pour ceux qui désirent remonter aux sources ou chercher dans les traités *ex-professo* des développements que ne comporte pas un manuel, M. Van Kempen a dressé une liste de tous les auteurs tant anciens que modernes qui ont écrit sur l'anatomie générale; liste qui, par le nombre et la valeur des noms qu'elle renferme, montre combien cette science, quoique peu ancienne, a déjà suscité de recherches, provoqué de méditations et exercé de hautes intelligences.

ROLLET.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONTAGIONABILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Il y aurait de l'injustice, presque de l'ingratitude, à considérer comme purement artificielle l'espèce de législation introduite par M. Ricord dans le domaine de la syphilis. Nous le reconnaissons avec empressement, il a jeté sur toutes les manifestations de cet horrible mal un regard profond. Le monument qu'il a élevé est un des plus beaux, un des plus solides même, que le sol de la science ait jamais portés. Il n'a eu qu'un tort, ç'a été de transformer en lois absolues, sans transition, sans tempérament, de simples faits généraux. La nature, elle, n'a que des lois; mais elle les montre rarement dans leur expression complète, et c'est ce que nos débiles yeux n'en peuvent apercevoir que nous appelons des exceptions. M. Ricord a entrevu des lois; elles lui ont semblé si belles qu'il en a achevé le dessin d'imagination, comme les antiquaires font d'un bas-relief mutilé. Si ultérieurement, comme on le dit, il s'est relâché en quelques points du rigorisme de ses doctrines, tant mieux; loin de le lui imputer à blâme, il faudrait l'en féliciter vivement. Ramener lui-même l'école, lui le chef, dans les limites strictes de l'observation, ce serait beau. Mais nous doutons que ses concessions aillent jamais jusque-là.

Nous en doutons spécialement en ce qui concerne la question portée mardi dernier devant l'Académie. Les lésions secondaires de la syphilis sont-elles contagieuses? Là-dessus M. Ricord paraît intraitable. Il faut alors que sa conviction soit bien forte, bien étayée, car de quelle gravité seraient ici les conséquences d'une erreur! Fausse sécurité, aboutissant à des communications infectieuses; soupçons calomnieux entre époux, celui qui n'aurait que des accidents secondaires attribuant la vérole de l'autre à des rapports infidèles; dangereux mécomptes en médecine légale, etc.; il est obligé de braver tout cela. Eh bien! résignons-nous à le lui dire, il court les plus grands risques. La contagionabilité des accidents secondaires est pour nous démontrée; elle l'est à la fois par l'induction et par l'expérience. Nous viendrons un autre jour à l'expérience. M. Velpeau a cité un grand nombre de faits; M. Ricord les reprendra sans doute dans la prochaine séance; il sera temps alors d'en peser la signification. Mais l'induction donne déjà de précieux enseignements; car on ne marche plus, comme pour la syphilisation, sur un terrain neuf et couvert de ténèbres. Le raisonnement indique par avance ce que les yeux ne voient pas encore.

La question de la transmissibilité des lésions secondaires de la syphilis se rattache directement à la racine même de la doctrine de M. Ricord. Tandis que, pour certains syphilographes, le chancre n'est que l'effet local d'un virus déjà introduit dans l'économie au moment du contact et qui y était resté à l'état d'incubation, M. Ricord et son école, au contraire, regardent le chancre comme une lésion tout à fait primitive, comme le laboratoire du virus, en un mot, comme la source de l'infection générale, et c'est cette infection qui produit les accidents secondaires. En cela il a raison. Sa manière de voir concorde avec tout ce qu'on sait de l'évolution des affections contagieuses. Le bouton vaccinal, l'éruption locale dans l'inoculation variolique, la pustule maligne, cautérisés au début, ne sont suivis d'aucune modification organique générale; le vacciné n'a pas acquis l'immunité; l'inoculé n'a pas la variole; le porteur de la pustule n'a pas la maladie charbonneuse. Mais M. Ricord ne peut avoir raison sur ce point fondamental sans avoir tort sur la question en litige. En effet, si le chancre cause l'infection, et l'infection les accidents consécutifs, ceux-ci sont au chancre ce que, dans l'inoculation variolique, l'éruption générale est à l'éruption locale. Or il est trop connu que la matière donnée par la pustulation générale de la variole inoculée est contagieuse. Qu'elle soit un peu moins virulente que celle de la variole spontanée, cela est possible; mais elle l'est à un degré quelconque; et c'est tout ce qui importe pour le moment.

Ceci nous conduit à une autre remarque. Il nous répugne absolument d'admettre que, de deux ordres de lésions ayant le même point de départ, à savoir, l'insertion d'un pus virulent, échelonnés seulement à des distances inégales, l'un soit toujours contagieux et l'autre jamais. La première lésion a pris naissance dans un pus étranger comme dans un germe qu'elle reproduit à son tour; la seconde lésion a pris naissance dans la première. Par quoi sont-elles séparées? Par le travail que l'organisme a pu opérer sur le virus introduit dans ses voies. Il faut donc admettre que ce travail est toujours suffisant. Et qui l'osera? Mais non, il ne l'est pas toujours, et l'on en peut donner une preuve directe : c'est que les partisans les plus décidés de la doctrine, et M. Ricord lui-même, sont forcés de reconnaître des accidents de *transition*, tenant pour ainsi dire le milieu entre la lésion primitive et l'infection générale. Telles sont les plaques muqueuses qui, après tout, quelque rang qu'on leur assigne dans la hiérarchie, n'en sont pas moins *consécutives* au chancre. Ce sont ces accidents-là qu'il est facile de transmettre par le contact, et que M. Velpeau a, pour son compte, transmis un bon nombre de fois. Mais plus tard, dit-on, la transformation du virus est complète. Complète? Nous ne conseillons à personne de s'y fier. Il y a un fait qui, dans cette hypothèse, aurait quelque chose d'assez étrange : c'est le résultat du traitement mercuriel. S'il est une classe d'affections dont la nature puisse être éclairée par l'expérience thérapeutique, c'est à coup sûr celle des affections spécifiques. Quel est le vrai remède des accidents secondaires? Le mercure, tout autant que pour les accidents primitifs. Comment un virus entièrement, absolument transformé, serait-il neutralisé par la même substance, et en général aussi aisément que dans son état originel? Ce qu'il y a de vrai, c'est que l'action du mercure s'affaiblit à mesure que les accidents s'éloignent du point de départ, et qu'il reste plus souvent inefficace dans la période dite tertiaire; mais en même temps, il n'est pas moins vrai que les préparations mercurielles non iodurées, le sublimé, par exemple, font *quelquefois* disparaître avec une grande rapidité des lésions positivement tertiaires, notamment les douleurs ostéocopes, les contractures musculaires, les larges ulcérations qui emportent par lambeaux la peau et le tissu cellulaire. Rien de moins contestable que ces faits, et toute l'atténuation qu'on y peut apporter, c'est que le plus souvent la guérison n'est pas durable et ne se consolide (quand elle est consolidable) que par l'iodure de potassium. Que conclure de tout cela? Que la transformation du virus tend à s'établir avec les progrès de l'évolution morbide; mais qu'elle ne marche pas très-rapidement, et qu'il est des cas, exceptionnels autant qu'on voudra, où elle ne devient jamais complète. Ce n'est là, après tout, que l'analogue de ce qu'on voit dans beaucoup d'affections générales susceptibles de prendre de la virulence ou de la perdre, d'en prendre à des degrés extrêmement variables; contagieuses dans de certaines conditions et non dans d'autres, pendant telle période de leur durée et non dans telle autre, au fort d'une épidémie et non au début ou à la fin, sous l'influence de

Feuilleton.

ÉTUDE ORTHOPÉDIQUE SUR LA FIGURE DE ZÉNON LE STOÏCIEN.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher rédacteur,

On croit généralement que la CHRONIQUE est bavarde; pure calomnie : je m'en rapporte à vous. Vous pouvez mieux que personne la laver de ce reproche, et dire si elle se fait grand scrupule de toujours servir à point sa causerie prétendue mensuelle, ou si elle aime à prolonger outre mesure la conversation. Non, la CHRONIQUE est plus réservée; tout lecteur un peu intelligent a dû s'en apercevoir, et il n'est pas douteux qu'il ne lui en garde au fond du cœur une grande reconnaissance. Aujourd'hui encore, cher rédacteur, elle restera muette comme une image; mais à sa place vous aurez la visite d'un personnage de première importance, âgé aujourd'hui de plus de 2,000 ans, et habitant la salle des Cariatides au *Musée des Antiques*. Ce n'est pas moins que Zénon de Citium, chef de la secte des stoïciens. Le pauvre philosophe est de vos justiciables, comme Alexandre, et pour la même cause; il porte, hélas! un affreux torticolis. C'est M. le docteur Andry, un ami des beaux-arts, connu de vos lecteurs (GAZ. MÉD., 1850), qui a découvert la chose, et en a fait part tout récemment à la Société de médecine. Et savez-vous, à ce propos, que les grands hommes des temps passés commencent à vous faire une assez jolie clientèle? Vous avez déjà un conquérant du monde et un des plus célèbres philosophes. Mettez-y encore Cratès, qui était bossu, ce qui ne l'aurait pas empêché de consommer *coràm populo* un acte de bonne fortune, si le même Zénon, son disciple, ne l'eût couvert de son manteau. Mettez-y Esope, qui n'était pas mieux tourné, et le grand Frédéric, qui penchait le cou à droite, en attendant beaucoup d'êtres, sans doute, que ma mémoire ne me rappelle pas. Mais il ne s'agit que de Zénon pour le moment. Le cas est des plus intéressants. A de certains égards, l'Alexandre même n'offrait pas une copie aussi fidèle, aussi minutieuse de la difformité. Il m'en coûte de vous le dire, mon ami; je m'étais habitué à vous attribuer la découverte des éléments principaux, essentiels, du torticolis, l'inclinaison du cou, la courbure de la colonne cervicale, la déformation de la face; erreur : ce sont les artistes grecs qui ont trouvé tout cela. Vos planches ne sont pas plus fidèles que leurs statues (1)!

(1) Une brochure où les bustes d'Alexandre et de Zénon seront plus amplement étudiés, aux points de vue anatomique et archéologique, paraîtra très-prochainement à la librairie de Victor Masson.

l'encombrement et non sous celle de l'aération, etc. Mais ce genre de considérations nous conduirait trop loin.

Il est évident que le grand argument de M. Ricord est la non-inoculabilité des lésions secondaires. Si le fait est bien prouvé, c'est ce que nous aurons à voir. Mais, dès à présent, on peut s'élever sans crainte contre l'assimilation de la transmissibilité par inoculation à la transmissibilité par voie de contagion. La contagion est un fait complexe, encore incomplétement connu, dont les voies et moyens ne sont pas rigoureusement déterminés. Il y a des maladies contagieuses qu'on n'inocule pas. Est-ce parce qu'on ne sait pas au juste où et comment saisir le principe virulent ou miasmatique ? Peut-être ; mais l'explication ne change rien au fait, qui est palpable. M. Ricord, pressé l'autre jour par un adversaire sur les caractères qu'il assigne au chancre virulent, répondait : « Je ne connais de chancre inoculable que celui qui s'inocule. » Et l'on peut dire avec non moins d'assurance : Il n'y a de maladies non contagieuses que celles qui ne se transmettent pas par contagion. C'est donc affaire d'expérience, et l'inoculation ne peut y intervenir tout au plus qu'à titre de présomption. L'expérience, son tour viendra, nous l'avons dit, dans notre prochain article.

A. Dechambre.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Mémoire sur les formes qu'affecte la fibrine dans l'inflammation et l'hémorrhagie ; présenté à l'Académie des sciences, séance du 19 juillet 1852, par M. Monneret, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

L'étude des conditions morbides au milieu desquelles la fibrine prend naissance aura longtemps encore le privilége d'appeler l'investigation des pathologistes, parce qu'elle comprend l'histoire de la plus grande partie des productions morbides et qu'il s'y rattache des questions très-obscures et très-controversées de nature et de siége pour un grand nombre de maladies. Je ne me propose pas d'aborder un aussi vaste sujet ; je veux seulement déterminer les caractères généraux de ces produits fibrineux, examiner la nature et la destination de ceux qui reconnaissent pour origine un travail phlegmasique, et déterminer le rôle qu'ils jouent dans certaines maladies. Il est impossible de ne pas faire intervenir dans ces recherches l'étude microscopique ; mais j'aurai soin de la subordonner aux symptômes et aux caractères les plus tranchés de la maladie ; de cette manière, on est sûr de trouver d'utiles applications à la clinique et une source d'indications précieuses pour le traitement.

La fibrine s'extravase sous l'empire de l'inflammation et de l'hémorrhagie ; elle se trouve aussi mêlée à des produits homologues, hétérologues ou à des parasites végétaux ; il est nécessaire de l'étudier séparément dans ces conditions morbides, si différentes les unes des autres. Je ne m'occuperai, dans ce mémoire, que des deux premières.

De la fibrine dans les inflammations. — La dilatation des vaisseaux capillaires, leur déformation et l'hypérémie sont les phénomènes qui précèdent l'extravasation de la sérosité dans laquelle la fibrine se trouve en solution. La sérosité obtenue par la thoracentèse dans les pleurésies subaiguës soit simples, soit tuberculeuses, se prête merveilleusement à l'étude de la fibrine à l'état naissant ; et malgré les remarquables travaux de Schwan, Magnus, Scherer, Gluge, Vogel et de M. Delaharpe, que je n'ai fait que confirmer, j'ai cependant rencontré quelques particularités que ces auteurs ont laissées passer inaperçues.

Chez quatre malades atteints de pleurésie, la sérosité thoracique que j'ai extraite par le procédé de M. Reybard était parfaitement limpide, transparente, sans le moindre flocon, à sa sortie de la cavité pectorale. Recueillie dans un flacon à col étroit, elle s'est troublée, par le refroidissement et par son contact avec l'air, après vingt ou trente minutes. La fibrine qui s'en sépare alors se montre sous la forme d'un nuage gris, argenté et brillant, d'une ténuité extrême, en suspension dans le milieu de la liqueur. Cette fibrine possède la propriété caractéristique, de se contracter sur elle-même, et j'ai vu, chose remarquable, ce retrait continuer pendant plusieurs heures. Elle peut ensuite rester un temps presque indéfini sous forme d'un caillot léger, transparent, qui reste à la partie supérieure de la sérosité et en suspension. J'ai conservé ainsi pendant quinze mois, à l'abri du contact de l'air, de la fibrine qui n'était pas encore altérée. Si elle reste exposée à l'air, elle s'altère facilement, devient acide, se putréfie, et alors on voit s'y développer diverses espèces de mucédinées, telles que le sporotrychium et le penicilium, comme dans les liqueurs albumineuses acidulées. On peut hâter cette formation en acidifiant la liqueur, comme je l'ai fait plusieurs fois. Plus tard, la fibrine se liquéfie à mesure qu'elle se détruit et laisse alors dégager du gaz sulfureux.

La sérosité est tout à fait semblable à celle que l'on obtient de la bulle d'un vésicatoire ou d'un tissu enflammé. Elle est limpide, verdâtre, offre un reflet opalin, et une réaction alcaline intense, qui est remplacée plusieurs jours après par une acidité très-faible qui met souvent un temps assez long avant de paraître.

On aperçoit, avec le grossissement de 500 diamètres, des globules de graisse en très-petit nombre dans la sérosité. La fibrine récemment formée se compose : 1° de fibrilles, les unes parallèles, les autres ondulées et un peu contournées sur elles-mêmes, d'une finesse extrême ; 2° de granulations fines, juxtaposées et entremêlées aux fibres précédentes. Ces deux formes de la fibrine seront décrites plus loin.

J'ai souvent étudié la sérosité du vésicatoire et je me suis convaincu que les phénomènes se passent de la même manière que dans les autres sérosités. Si l'air n'a pas pénétré sous l'épiderme, la fibrine reste en dissolution. Elle se sépare du liquide au bout de quelques minutes d'exposition à l'air, et on retrouve, au microscope, la fibrine sous forme de granulations et de fibrilles mêlés à d'autres éléments de l'inflammation, tels que les globules granuleux et les globules de pus.

J'ai examiné bien d'autres sérosités provenant des inflammations les plus diverses par leur siége et leur nature, et j'ai toujours trouvé la fibrine en dissolution se séparant de la sérosité quand celle-ci recevait le contact de l'air. J'en ai constaté la présence dans la liqueur que renferment les bulles de l'érysipèle faciale, dans celle qui infiltre le tissu de la pie-mère enflammée, et dans tous les épanchements phlegmasiques.

Henle, Helbert, Nasse, Lauth, ont décrit avec trop d'exactitude les phénomènes qui accompagnent la coagulation de la fibrine pour que je les in-

---

Procédons par ordre. Vous admettez des éléments *de direction* et des éléments *de déformation*. Vous allez voir si ces diables de Grecs bronchent plus sur les uns que sur les autres.

Dans le torticolis avec inclinaison de la tête à droite, un axe supposé passer par le cou et la tête décrit un arc de cercle dont la concavité regarde à droite, incliné à son extrémité inférieure sur l'épaule gauche, et brisé à l'autre extrémité par le déjettement brusque de la tête. Celle-ci reste située à gauche d'une verticale élevée du milieu du sternum. Quand la difformité est un peu ancienne, la colonne dorsale, pour obéir aux lois de l'équilibre, s'incurve en sens inverse de la colonne cervicale, et, à la longue, plusieurs courbures alternes peuvent ainsi se succéder jusqu'à la partie inférieure de l'épine. Le résultat immédiat de la courbure dorsale est d'exhausser l'épaule du côté correspondant à la convexité, et en même temps de la rendre plus arrondie, ou, comme on dit, plus bombée. Voilà, je crois, votre doctrine, sans hérésie. Eh bien ! toutes ces dispositions se trouvent trait pour trait sur l'hermès Zénon. La tête est inclinée à droite. Le cou se déjette brusquement sur l'épaule gauche ; en le regardant de face, on voit parfaitement que son côté droit est concave dans le sens vertical, tandis que le côté gauche est un peu convexe, ou tout au moins renflé dans toute sa longueur. Le muscle sterno-mastoïdien gauche, plus oblique que celui du côté opposé, est dans son quart inférieur comme couché sur la clavicule ; il est très rapproché du larynx, qui a suivi entièrement le cou dans son déjettement à gauche, et s'est éloigné du sterno-mastoïdien droit. La tête est déjetée en dehors d'une verticale élevée de la fourchette du sternum. L'épaule droite a subi une surélévation remarquable.

Mais voici qui est plus fort, on pourrait dire presque merveilleux. Toute partie de colonne courbée latéralement subit en même temps, avez-vous dit, une *torsion* telle que la partie antérieure des vertèbres tend à se porter du côté de la convexité de la courbure d'autant plus qu'on se rapproche davantage du sommet de l'arc décrit. Croirait-on, s'il n'était si facile de s'en assurer, que cette torsion du cou, bien différente, au moindre coup d'œil, de la *rotation* physiologique, est ou ne peut plus visible sur le Zénon ? Le cou est *tordu* d'arrière en avant et de droite à gauche ; la face antérieure regarde un peu à gauche ; et qui est un peu familier avec ce genre de difformité, devine aisément, dans la profondeur du marbre, le côté gauche des corps vertébraux porté en avant et soulevant les parties molles, pendant que le côté droit tend à s'enfoncer sous la masse charnue de la partie postérieure.

Qu'on mette maintenant cet ensemble de dispositions connexes sur le compte d'une maladresse d'artiste ou d'un ajustement vicieux du cou sur la gaîne du monument ; un médecin ne s'y arrêtera pas. Cette harmonie de toutes les altérations signalées, *cet ordre dans le désordre*, révèle une copie exacte de la nature difforme. Ajoutez que l'œuvre du statuaire comprend, d'un seul morceau (à l'exception d'une légère restauration du nez), la tête et le cou *jusqu'au-dessous de la naissance des épaules*. L'ajustement du cou sur la gaîne n'a donc pu influer ni sur l'élévation de l'épaule droite, ni sur l'inclinaison cervicale, ni surtout sur les *déformations* du cou. Les anciens ne sculptaient souvent que la tête de leurs personnages, pour l'adapter ensuite soit à un buste de fantaisie, soit à un corps entier. S'ils n'apportaient pas à ce travail plus de soin qu'on ne suppose, et s'il en résultait de telles apparences, les musées se

dique de nouveau. Je veux seulement faire ressortir quelques particularités qui appartiennent à cette coagulation. Bien qu'on n'en connaisse pas la cause, il est permis d'admettre que le contact de l'air et la réaction chimique qui le suit sont les causes principales qui font passer la fibrine de l'état liquide à l'état solide. C'est un phénomène du même ordre qui se produit dans la coagulation du sang à sa sortie de la veine. Il est certain, pour moi, que lorsque la fibrine s'échappe des vaisseaux en dissolution dans le sérum, elle peut rester ainsi, sans changer de forme, un temps considérable, pourvu qu'elle reste à l'abri du contact de l'air. N'est-ce pas là ce qui arrive à ces sérosités que renferment les membranes séreuses de la plèvre, de l'abdomen, du testicule, à celles qui sont infiltrées dans le tissu cellulaire sous cutané, dans le tissu du poumon, de la pie-mère, et ailleurs encore, lorsque l'irritation phlegmasique en a provoqué la sécrétion? Ce fait explique la promptitude avec laquelle les épanchements phlegmasiques se résorbent parfois, leur innocuité tant qu'ils n'ont pas reçu le contact de l'air ou d'un autre liquide sécrété pathologiquement, le pus ou les globules sanguins, par exemple. De là aussi la nécessité de chercher, dans les procédés opératoires, celui qui permet d'extraire les sérosités sans exposer à l'air celles qui restent encore dans la cavité naturelle. J'attribue aussi à cette cause la formation facile des fausses membranes sur les muqueuses qui reçoivent l'influence de l'air atmosphérique, comme celles de la bouche, du voile du palais et des voies respiratoires, leur extrême rareté dans le tube digestif.

A côté de ces faits pathologiques qui nous montrent la fibrine s'échappant des vaisseaux sous forme liquide, viennent s'en placer d'autres plus nombreux encore, dans lesquels cet élément se concrète pour constituer immédiatement les exsudations qui infiltrent les tissus ou s'appliquent à leur face libre. Il est incontestable que le plasma sort liquide dans ce cas comme dans les autres; mais les phénomènes moléculaires qui se passent au point de contact des vaisseaux capillaires enflammés et du sang sont d'une autre nature, et quoique nous ignorions complétement en quoi consiste cette différence, elle ne peut être mise en doute, puisqu'elle se traduit par des changements dans la forme et la nature du produit plastique. En effet, tandis que, dans les liqueurs séro-fibrineuses restées liquides, on ne trouve que la fibrine sous forme granuleuse et fibrillaire, on voit dans toutes les fausses membranes des globules d'exsudation, de pus, ou des cellules propres au tissu enflammé, s'il en possède dans l'état normal.

Ces altérations se montrent d'une façon très-distincte dans la stomatite plastique et dans les boutons de la variole. Combien de fois ai-je constaté, dans la fausse membrane de la bouche enflammée la présence de la fibrine mêlée aux cellules granulées et d'épithélium, et même au pus! Dans la variole, dont j'ai étudié les pustules à toutes leurs périodes, et sur plus de quarante malades, j'ai toujours vu, pendant les cinq ou six premiers jours, la sérosité pleine de pus et de globules d'exsudation, et la fausse membrane ne paraître que plus tard, du huitième au douzième jour, dans un but de réparation.

Dans l'induration rouge et grise du poumon, j'ai constaté très-souvent la présence de la cellule granulée, de globules purulents; souvent aussi ces derniers manquaient complétement. C'est ce que j'ai observé dans quatre cas de pneumonie chronique où il n'existait que de la fibrine infiltrée sous forme de granulations et de cellules granulées.

Ainsi, les fausses membranes renferment, outre la fibrine fibrillaire, granuleuse, la cellule granulée, qui paraît en dériver et n'être qu'une organisation plus avancée de la fibrine sortie des vaisseaux. Les globules pyoïdes ou de pus y figurent toujours en certaine proportion.

Le plasma n'est autre chose que la sérosité du sang sortie des vaisseaux et plus ou moins chargée de la fibrine du sang. On dit généralement que le plasma est amorphe, c'est-à-dire qu'il ne possède aucune forme organique déterminée. Il est nécessaire de s'expliquer sur ce point. Quand on observe la fibrine de nouvelle et d'ancienne formation, avec un grossissement de 500 diamètres, on lui trouve une forme granulaire et une forme fibrillaire.

La première est déterminée par l'agglomération de granulations sphériques, presque d'égales dimensions, plus petites que toutes celles qui appartiennent aux tissus pathologiques et constituant des masses irrégulières, d'étendue variable, oblitérant les aréoles des tissus ou déposés à leur surface. On ne doit voir dans cette réunion de corpuscules organiques qu'une substance amorphe, qui peut tout aussi bien appartenir à la caséine, à l'albumine, qu'à de la fibrine. C'est en quelque sorte une forme élémentaire commune à tous ces produits.

La seconde forme de la fibrine lui est donnée par la disposition même qu'affecte la fibrine, qui constitue des fibres très-distinctes les unes des autres, excessivement fines, réunies en faisceaux plus ou moins nombreux, tantôt exactement parallèles les uns des autres, droits et produisant une trame délicate et régulière, tantôt ondulés, contournés sur eux-mêmes, s'entre-croisant dans différents sens, et imitant la texture fibrillée du tissu cellulaire. Étudiées dans les conditions morbides les plus diverses de la phlegmasie, ces fibres m'ont paru composées, d'une façon distincte, de très-fines granulations placées les unes à la suite des autres, en séries linéaires, et rappelant tout à fait la texture de la tunique moyenne des artères, des valvules, des veines et même des muscles de la vie organique. Ces fibres, fortement rétractiles et pouvant alors se réduire à un petit volume, sont très-solubles dans l'acide acétique, et ne m'ont jamais offert de noyau appréciable, malgré les nombreuses recherches que j'ai faites à cet égard. Aussi me paraît-il impossible des les rapporter aux fibres à noyau de Henle. Elles ne naissent pas davantage de cellules, ne sont point pâles comme les fibres à noyau, mais au contraire noires et distinctes; elles sont solubles dans l'acide acétique, tandis que les fibres à noyau ne le sont pas (Henle). Mes observations me portent à les considérer comme uniquement formées par les granulations fibrineuses de la première espèce, et identiques au tissu cellulaire commun, dont elles sont la véritable et unique origine. Telle est la texture de cette fibrine primitive et du tissu cellulaire morbide, qui ne peut jamais se constituer, suivant moi, en dehors de l'extravasation du plasma phlegmasique.

La troisième forme de la fibrine est la cellule qui est connue sous les noms de cellule granuleuse, d'exsudation inflammatoire, de globule inflammatoire composée (Gluge), qui représentent en effet l'origine phlegmasique de la fibrine, se montrant aussi sous forme globulaire. Une enveloppe commune en cellule un assez grand nombre de nucléoles très-distincts qui se dissocient d'abord, puis se dissolvent par l'acide acétique. Sont ils constitués par la fibrine ou par la graisse? J'ai vu si souvent les granulations de la fibrine adhérer aux cellules d'épithélium et aux tissus normaux; l'action de l'acide acétique sur les cellules est tellement semblable à celle qu'il exerce sur la fibrine granulée et fibrillaire, que je suis porté à ne voir dans le globule d'exsudation que de la fibrine réunie par une enveloppe commune. J'ajouterai que je l'ai toujours rencontré en même temps que les

---

raient peuplés de figures torticolisées.

Continuons. Vous vous rappelez peut-être comment on expliquait, chez l'Alexandre, l'appauvrissement de la demi face droite. On disait : Le marbre a été corrodé par l'humidité du sol; il a été enfoui pendant des siècles; il était peut-être couché sur le côté droit. Eh bien! voici un autre hermès qui ne porte aucune trace de corrosion, sur lequel les deux côtés du visage sont également lisses et bien conservés. Eh bien! la face du côté droit est déprimée, la tempe est aplatie et fuyante; la pommette anguleuse; l'œil droit plus superficiellement placé; le repli de la paupière inférieure effacé en partie et remplacé par un méplat. De plus, il est un tout petit caractère de l'atrophie faciale consécutive au torticolis, caractère siégeant dans les narines, qui n'avait pu être recherché sur l'Alexandre, parce que le nez antique a presque entièrement disparu. Or, sur le Zénon, une bonne partie des ailes du nez est conservée, et ce caractère est parfaitement accentué. Vous avez compris que je veux parler de l'écartement de l'aile droite, qui est visiblement tirée en dehors.

Il est pourtant un trait de la figure qui me causait quelque désagrément. Il s'agit d'un torticolis; les caractères tirés de la direction et de la forme du cou laissent ici moins de doute encore que pour l'Alexandre. Donc les traits du côté droit ne doivent pas être seulement atrophiés; ils doivent être attirés de haut en bas. Néanmoins, l'œil droit du Zénon est *plus élevé* que le gauche; ou plutôt les angles internes des deux yeux se correspondent assez exactement, tandis que l'angle externe droit est plus élevé que le gauche. Une mesure prise de l'angle externe au milieu du menton donne une différence de 3 millim. entre les deux côtés. Dans ma robuste croyance en vos déterminations orthopédiques, je déclarai tout aussitôt qu'il y avait ici erreur de l'artiste. Il faut que vous sachiez que le Zénon n'est que la copie d'un portrait primitif, et une copie d'un faire médiocre. S'il répugne d'admettre qu'un artiste assez fin pour avoir aperçu sur le vivant des accidents délicats comme ceux dont je vous ai parlé, et assez habile pour les avoir rendus avec tant de vérité, ait pu commettre une faute dans la reproduction de l'appareil oculaire, il n'en est plus de même d'un copiste, qui a pu être fidèle sur certains points et non sur d'autres. Mais il y avait un moyen de décider la question. Le Vatican possède aussi un Zénon. Sur ma prière, notre ami Jacquot, qui explore les musées de Rome au bénéfice de la GAZETTE MÉDICALE, a bien voulu examiner cette figure avec attention, et voici ce qu'il m'écrit : « Supposez un doigt pressant sur la tête d'un *bonhomme* (terme d'atelier) en caoutchouc, à droite, et vous aurez une idée exacte de la difformité de la tête. La ligne des yeux quittera l'horizontale pour une oblique, *le côté droit de cette ligne étant abaissé*. Le nez, situé plus loin du doigt compresseur, s'éloignera moins de l'horizontale, la bouche moins encore. *L'œil droit est beaucoup plus bas que le gauche.* » Ma conjecture était donc vraie; l'anomalie qui existe sur le Zénon de Paris est due à une faute du copiste. Et c'est ainsi que la science orthopédique est en mesure, non-seulement de donner la signification anatomique et physiologique de certaines figures de l'antiquité; mais encore de dire, à deux ou trois mille ans de distance, si le portrait est fidèle ou non. C'est un résultat que vous-même, à coup sûr, n'aviez pas prévu.

M. Jacquot ne m'a pas marchandé ses bons offices. Il m'a envoyé une description complète de l'antique du Vatican. Les caractères de l'atrophie faciale, l'écrasement des traits, la fuite de la tempe, la position plus superficielle de l'œil droit,

autres dispositions affectées par la fibrine, et tantôt en suspension dans la sérosité, mais plus souvent encore dans le concrétum plastique adhérant aux tissus enflammés.

La cellule granuleuse se montre presque en même temps que la fibrine granuleuse et fibrillaire, toutefois un peu après elle. Comme cette dernière, elle est en solution dans le liquide extravasé, mais toute formée, et n'est point une transformation ultérieure de cette même fibrine. A plus forte raison ne peut-on pas admettre qu'elle puisse prendre naissance hors du corps, et de tout contact avec un corps organisé, ainsi qu'on l'a prétendu. En examinant la sérosité fibrineuse du vésicatoire, quinze à vingt minutes après le début de la phlegmasie cutanée, j'ai trouvé bien souvent la fibrine sous ses trois formes. Déjà la cellule granuleuse existait, soit en suspension dans le liquide, soit renfermée dans la concrétion plastique.

Je ne dirai rien des globules pyoïdes et du globule de pus, ne voulant étudier dans ce travail que la forme évidemment fibrineuse. Quoique j'aie l'intime conviction que le pus n'est qu'une quatrième forme sous laquelle la fibrine extravasée est rejetée hors de l'organisme, ma description ne s'applique qu'aux trois formes de la fibrine que j'ai indiquées.

Un premier fait qu'il importe de consacrer d'abord est la promptitude avec laquelle les vaisseaux d'un tissu enflammé laissent sortir le plasma. Sur la peau ou sur la membrane muqueuse de la bouche, il suffit de prolonger l'irritation extérieure pendant quelques minutes pour obtenir ce résultat. L'extravasation fibrineuse est plus longue à se faire dans les phlegmasies de cause interne et développées spontanément; cependant, même dans ce cas, elle a lieu au bout de quelques minutes.

Il est très-rare que la fibrine se dépose ailleurs que sur le point enflammé; je n'en excepte pas les cas où la sérosité fournie par les membranes séreuses enflammées laisse concréter cette fibrine vers les parties déclives. Elle est alors sous forme de concrétions gélatineuses, amorphe, et n'est appliquée que d'une manière toute mécanique sur le tissu resté sain dans cet endroit. Le propre du concrétum fibrineux, c'est de rester, *in situ*, sur le lieu même de l'inflammation depuis l'instant où il est constitué jusqu'à ce qu'il s'incorpore définitivement au tissu ou qu'il disparaisse.

On peut dire d'une manière générale que le plasma extravasé est destiné à oblitérer les espaces intrafibrillaires des organes d'une façon permanente ou temporaire. La cicatrice d'une plèvre enflammée, d'un vésicatoire, d'une plaie, d'une pustule variolique, est une véritable oblitération fibrineuse. La régénération complète d'un tissu, du nerveux, de l'osseux, du cartilagineux, s'effectue par l'intermédiaire d'un plasma temporaire; la résolution de phlegmasies n'est souvent pas autre que la guérison après extravasation plastique préalable. C'est à ces propositions fondamentales qu'il faut maintenant consacrer quelques développements.

Le premier effet de l'extravasation de la fibrine organisée, comme on le dit, en fausse membrane, est de provoquer l'oblitération de la substance intermédiaire des tissus. Cette lésion est évidente dans la phlegmasie des plèvres qui se termine si souvent par l'oblitération partielle ou totale de la cavité. L'accroissement de densité du poumon hépatisé en rouge et en gris ou enflammé chroniquement, les indurations blanches qui suivent les inflammations de la peau, l'adhérence des plaies par première et par seconde intention tiennent à la présence de la fibrine que j'y ai toujours trouvée sous les trois formes précédemment décrites. Les changements pathologiques qui en résultent sont uniquement dus à la fibrine extravasée. Mais pour que l'oblitération soit persistante, il faut que des vaisseaux se prolongent du tissu normal dans le plasma et le traversent de part en part pour aller communiquer avec les vaisseaux voisins ou situés dans la membrane opposée. Cette vascularisation se fait, ainsi qu'on l'a prouvé dans ces derniers temps, aux dépens des vaisseaux de l'organe voisin qui s'élèvent dans le support ou magma fibrineux oblitérateur. Je les ai vues se développer avec une promptitude extrême; ils remplacent ceux qui sont oblitérés et jouissent des propriétés dynamiques propres au tissu d'où ils émergent. Ils sécrètent du tissu osseux, cartilagineux, nerveux, musculaire, dans la concrétion fibrineuse qui produit ainsi les cicatrices dans lesquelles la régénération est parfaite.

Partout où j'ai étudié la concrétion fibrineuse, je l'ai trouvée, tant qu'elle n'a pas disparu sous le coup de la vascularisation nouvelle, identique à ce qu'elle était le jour de sa sortie des vaisseaux, sans organisation aucune; et si on lui a donné la qualification impropre de liqueur organisable, c'est parce qu'on lui a rapporté les changements dus au système de vaisseaux capillaires nouveaux qui partent de l'organe. Par elle-même la fausse membrane n'est et ne sera jamais rien. Les vasculaires sont tout; ils donneront au plasma toutes sortes de propriétés physiologiques et pathologiques qui seront celles des tissus sains ou malades. Transportez, par exemple, le plasma du cal en voie d'ossification sur la peau, au lieu de formation osseuse vous aurez une sécrétion épidermique; prenez le plasma d'un muscle et placez-le entre les deux bouts d'un nerf divisé, les vaisseaux, dans le premier, donneront des muscles; dans le second ils jetteront dans le support fibrineux les tubes propres au système nerveux. Je n'ai pas encore vu d'exception à cette loi pathologique qui nous montre dans l'inflammation une série de phénomènes tous rapprochés de ceux qui appartiennent à la nutrition physiologique des tissus. Ce que l'on sait de plus général sur le plasma, c'est qu'il appelle là où il est déposé par un travail phlegmasique la génération de vaisseaux, mais qu'il n'est par lui-même susceptible d'aucune transformation soit physiologique, soit morbide; il joue le rôle de support et ne fait rien de plus. La formation du tissu cellulaire et fibreux est trop semblable à celle qu'affecte d'abord la fibrine pour qu'on puisse y voir une transformation morbide nouvelle.

L'étude des fausses membranes dans la variole, dans la diphthérite, révèle les particularités les plus importantes que je viens de signaler. Je m'y arrêterai parce que j'ai trouvé des différences très-grandes entre les résultats obtenus par d'autres auteurs et ceux auxquels j'ai été conduit moi-même, et aussi parce que les phénomènes phlegmasiques sont tellement manifestes qu'on peut les suivre heure par heure, jour par jour.

Pseudo-membrane dans la variole. — L'hypérémie partielle du derme est marquée le premier et le second jour par la rougeur et la tuméfaction de la peau sur laquelle s'élèvent les papules. Il est rare que l'on puisse obtenir une quantité appréciable de liquide avant le troisième jour et souvent le quatrième. La dénomination de période d'épanchement séro-purulent me paraît exprimer d'une façon très-nette la véritable nature des phénomènes qui se passent alors dans la vésicule. En effet, quand on examine le liquide épanché, on voit qu'il est constitué par une sérosité fortement alcaline, ne contenant, dans les quatre ou cinq premiers jours, que des globules d'exsudation, des globules de pus et pyoïdes et des cellules épithéliales jetées par le fait de la sécrétion physiologique de la peau.

Plus tard, vers le cinquième, sixième et septième jour, le pus fourni en grande abondance par les vaisseaux du derme prédomine sur le sérum, sur les globules d'exsudation, et soulève fortement l'épiderme. On a cherché

---

l'effacement du sillon sous-palpébral, y sont très-accentués. Et les mesures qu'il a prises constatent que la réduction de la demi-face droite est sensiblement plus prononcée que sur l'antique du musée. L'épaule droite est surélevée et bombée, et il paraît que la région claviculaire a subi aussi une déformation. Enfin la tête regarde un peu à gauche, caractère tout à fait en harmonie avec les autres éléments de la difformité, et que je n'avais trouvé ni sur l'Alexandre ni sur le Zénon de Paris. J'ai eu occasion de le dire, ce caractère spécial peut manquer dans le portrait d'un personnage atteint de torticolis, sans jeter aucune incertitude sur l'existence de la difformité, parce qu'il est trop naturel que le modèle regarde l'artiste en face, ou même tourne la tête du côté opposé à la rotation pathologique, afin de mieux dissimuler l'imperfection de sa personne. Le stoïcien n'avait pas toujours pris apparemment cette précaution, à laquelle il est, au contraire, douteux qu'Alexandre ait jamais manqué.

Je veux terminer d'une manière digne de la Gazette, c'est-à-dire par une remarque philosophique. La sagacité pénétrante des artistes devance quelquefois la science dans l'observation de la nature. L'Alexandre et le Zénon en sont des exemples frappants. Mais ils servent aussi à montrer ce que l'observation gagne de sûreté et d'étendue, quand elle peut procéder à la lumière de notions scientifiques et de principes préétablis. Les notions, les principes dont je me suis servi, je suis d'autant plus à mon aise pour en prôner les avantages qu'ils vous appartiennent, et non à moi. Vous avez vu comment il en était sorti une interprétation plus complète et, j'ose le dire, plus juste, de l'hermès Alexandre. Je puis en dire autant à cette heure de l'hermès Zénon. Aucun auteur n'avait reconnu les vrais, les principaux éléments de la caractéristique. Ce reproche s'adresse aussi bien aux iconographes et aux archéologues d'Italie qu'à ceux de France, aussi bien à Visconti qu'à Bouillon (1).

A. Dechambre.

— La Société médico-psychologique vient d'être autorisée par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau de la Société est ainsi formé pour 1852 : MM. Ferrus, président; Gerdy, vice-président; Dechambre, secrétaire général; Brierre de Boismont et Michéa, secrétaires.

Le comité de rédaction est composé de MM. Buchez, Cerise et Baillarger.

— La distribution des prix et des diplômes a eu lieu dimanche 29 août à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, sous la présidence de M. Merruau, secrétaire général de la préfecture de la Seine.

— Une somnambule et son magnétiseur viennent d'être condamnés, par le tribunal de première instance de Dijon, à huit mois d'emprisonnement et 500 fr. d'amende, comme coupables d'avoir causé un homicide par imprudence en indiquant pour un malade un remède dont l'usage a occasionné la mort.

(1) Il est bon de noter que Diogène Laërce rapporte, d'après Timothée l'Athénien, que Zénon *penchait le cou d'un côté*.

la cause de l'ombilication des premiers jours; elle peut être expliquée de la manière suivante. L'épanchement séreux fourni par les vaisseaux du derme s'effectue en plus grande abondance et en premier lieu au pourtour de la vésiculo-pustule par l'effet de la congestion de tous les vaisseaux qui constituent l'auréole rouge et sont à la périphérie de la pustule. C'est donc par cette circonférence que le décollement de l'épiderme doit commencer, et il est déjà complet lorsque l'adhérence de celle-ci au derme n'est pas encore rompue au centre de la pustule; telle est la cause de l'ombilic ou dépression centrale.

La distension des pustules, leur forme bombée, l'excavation du derme creusé en cupule, tiennent à l'épanchement du pus et à la compression qu'il exerce sur les parties environnantes. De plus la dépression centrale du derme est encore augmentée par l'hypérémie et la tuméfaction de la peau autour de la pustule et dans toute l'étendue de l'auréole rouge; aussi à mesure que celle-ci diminue le fond de la pustule s'élève-t-il au niveau du derme.

La pénétration du pus par endosmose dans l'épiderme soulevé, détermine plusieurs phénomènes que l'on n'a pas rapportés, suivant moi, à leurs véritables causes. Un pointillé, d'un blanc plus clair et plus transparent, tranche sur la couleur mate et blanche de la plupart des pustules. Ces points en nombre variable ne sont que les orifices des conduits excréteurs qui laissent apercevoir facilement le liquide purulent et qui s'endosmosent aussi plus vite et plus aisément que les espaces intermédiaires. Cette imbibition de l'épiderme, qui va en augmentant du septième au douzième jour, amène la macération et le gonflement de cette membrane que l'on peut parfois diviser en six ou huit lamelles. Ce sont les plus internes que les auteurs ont considérées comme la fausse membrane de la variole. Aussi disent-ils qu'elle adhère à la face interne de l'épiderme, et que le liquide purulent est épanché entre le disque pseudo-membraneux et le derme. Rien de tout cela n'est vrai.

La concrétion plastique de la pustule variolique ne s'est jamais révélée à moi d'une façon distincte dans les nombreuses études que j'ai faites à ce sujet, avant le septième ou huitième jour, pour les pustules des mains sur lesquelles mes recherches ont spécialement porté. Celles du visage se montrant les premières, une différence d'un à deux jours peut exister entre l'époque de la production plastique au visage et celle qui a lieu dans les boutons des membres.

Le plasma se dépose au fond de l'excavation hémisphérique formée par le derme enflammé et couvert de petites granulations transparentes grisâtres ou rougeâtres, qui sont les papilles. C'est dans ce point que la fibrine paraît d'abord sous l'apparence d'une substance blanchâtre, mince, peu abondante et très-molle. Ce petit caillot fibrineux n'a point de forme régulière, contrairement à ce que l'on a dit; il est sans doute plus ou moins arrondi, mais les bords qui le circonscrivent sont irréguliers, souvent sinueux, incisés, très-minces au lieu d'être épais et arrondis, comme on l'a prétendu. Ce plasma est d'abord mou, peu consistant, et adhère très-fortement au derme et non à la face interne de l'épiderme. Il est séparé de celui-ci, dont l'épaisseur est accrue par les causes que j'ai mentionnées, par un liquide purulent plus ou moins abondant qui, une fois enlevé avec un linge sec, laisse apercevoir la pseudo-membrane et les autres particularités que j'ai indiquées et vues tant de fois, que je ne puis comprendre comment on a décrit un disque pseudo-membraneux à bords épais, soulevant la circonférence de la pustule, lui donnant sa forme ombiliquée et possédant bien d'autres propriétés chimériques que je ne lui ai jamais trouvées.

Rien n'est si variable que la dimension, l'épaisseur et la consistance du caillot fibrineux. L'intensité de la phlegmasie, l'état général du sujet, le traitement, et toutes les causes enfin qui modifient le travail phlegmasique, interviennent pour changer les qualités physiques de ce produit.

J'ai souvent examiné les pustules de la varioloïde et de la variole pour m'assurer de la présence du caillot fibrineux. Je l'y ai constatée absolument comme dans la variole la plus légitime, et je n'ai trouvé aucune différence appréciable dans la forme, l'épaisseur et la consistance de la fausse membrane. Je l'ai même observée d'une manière tranchée dans des varicelles bénignes dont on pouvait compter les rares vésicules. Ainsi donc, sous le rapport de la lésion anatomique, il est impossible de saisir la moindre différence entre la variole, la varioloïde et la varicelle. Seulement dans celles-ci les petites inflammations sont plus faibles et la fausse membrane y manque plus souvent.

La fausse membrane est loin d'exister dans tous les boutons. J'ai vu bien souvent sur des sujets non vaccinés, atteints d'une variole intense, la concrétion plastique manquer dans plusieurs boutons à côté desquels s'en trouvaient d'autres où elle était très-développée. La phlegmasie cutanée n'aboutit donc pas toujours à l'exsudation plastique; elle est toujours suppurative et très-souvent exsudative sur le même sujet; mais cette dernière forme peut manquer. J'ai rencontré des cas où je ne parvenais qu'à grand'peine à trouver quelques pustules contenant la fausse membrane.

Quand on cherche à détacher le plasma du fond de la pustule, on voit que dans les premiers jours le derme est rouge, fortement injecté et saigne facilement; la fausse membrane devient plus épaisse et plus distincte vers les dixième, onzième et douzième jours. Je l'ai observée encore beaucoup plus tard, au quinzième et au dix-huitième jour, suivant la promptitude avec laquelle se faisait la dessiccation. Ordinairement elle adhère plus au derme pendant les premiers jours de sa formation que vers le douzième jour, époque à laquelle on la sépare aisément. Parvenu à ce terme, le produit plastique subit diverses vicissitudes: tantôt il se dessèche avec le pus et contribue à former la croûte brunâtre incrustée sur la peau; tantôt il se détache et est entraîné avec le pus des boutons qui se déchirent avant le temps; j'en ai vu persister et devenir le tissu cicatriciel du derme enflammé, absolument comme dans les plaies qui ont été réunies par seconde intention. La fausse membrane fournit la matière de la cicatrice. Je crois que ce travail de réparation est éminemment favorable à la disparition complète de toute cicatrice difforme, et que les pustules qui laissent après elle les stigmates les plus indélébiles sont précisément celles qui ont longuement suppuré. L'exsudation plastique annonce un travail de réparation très-évident et qui a pour but de cicatriser la peau. Il est bien digne de remarque de voir que la suppuration cesse lorsque le travail d'exsudation plastique commence. Un dernier usage de la fausse membrane est de séquestrer le pus et de mettre obstacle à sa résorption.

La concrétion que j'ai souvent observée au microscope est presque entièrement formée par une fibrine granuleuse ou élégamment disposée en fibres parallèles ou contournées, au milieu desquelles sont contenus des globules d'exsudation plastique en grand nombre, des globules de pus, et des cellules d'épithélium à toutes les époques de leur formation. Les vaisseaux du derme plongent dans la fausse membrane, et c'est à l'aide de ces vaisseaux que se constitue la cicatrice définitive qui remplace cette fausse membrane. Elle est toujours facile à distinguer du pus concret. Si l'on voulait soutenir qu'elle est due au dépôt de la fibrine en suspension ou en dissolution dans la sérosité de la pustule, on ne ferait qu'émettre une opinion dénuée de preuves et qui ne diminuerait en rien la valeur de ce que j'ai observé.

Ainsi, pour donner une juste idée du travail morbide dont la peau est le siége dans la variole, on peut dire qu'il se forme en un petit espace et directement sous l'œil, toutes les phases, tous les produits d'une inflammation. L'hypérémie en marque la première période (papuleuse); la seconde est la période d'extravasation avec ses produits habituels, sérosité, pus, globule d'exsudation; la troisième est la période d'exsudation plastique et de réparation qui s'opère par le moyen de la liqueur plastique, ou se termine par la dessiccation et l'élimination du produit morbide. On remarquera ici encore que la fibrine ne se montre qu'à une époque avancée de la phlegmasie, et dans un but de réparation et d'oblitération des vacuoles du derme enflammé.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PALUDÉENNES; recueillies à la Clinique médicale de Montpellier, dans le service de M. le professeur Fuster, par M. le docteur A. Gibbal, ancien chef de clinique médicale.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Deuxième ordre.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTIONS Nos 1 ET 2; SIROP FÉBRIFUGE; ACCIDENTS; ANASARQUE.

Obs. XVII. — Puig, 40 ans, perruquier, lymphatico-sanguin, d'une constitution détériorée, entre le 23 novembre 1849, atteint depuis un mois de fièvre quarte contractée aux environs d'Arles. Rate dépassant le rebord costal d'un centimètre (25 novembre, 0,10 t. stib.; du 28 novembre au 12 décembre, demie, vin, pot. no 1 en deux fois; du 12 au 15, pot. (*bis*); du 15 au 23, pot. (*ter*); 24, 0,10 t. stib.; du 25 au 28, pot. (*ter*) et quatrième par cuillerée). Légère sensation d'âcreté à l'épigastre. Persistance des accès quartes, de deux à neuf heures du soir (du 13 au 19 janvier, pot. no 1; du 19 au 23, pot. (*bis*); 23, 24 et 25, pot. (*ter*)). Tolérance. Persistance de la fièvre; les accès avancent de deux heures (29 et 30 janvier, 10 gr. sirop (*bis*); 31, 10 gr.; 1er et 2 février, 10 gr. (*bis*)).

Le 2 février, après la deuxième dose, étourdissement, lipothymie, dyspnée, coliques, diarrhée. (Il existait depuis longtemps de la toux.)

3 février. L'accès manque pour la première fois.

4 février. Céphalalgie, face animée, toux, râle muqueux et sibilant (saignée du bras de 250 gr.; vésicatoire à la partie postérieure du thorax). Caillot mou, légèrement couenneux; sérosité assez abondante.

6 février. L'accès manque pour la deuxième fois et ne se reproduit plus jusqu'au 8 février, jour de sortie. Œdème des membres inférieurs et du scrotum; rate débordant de 2 centim.

Le 16 février, la fièvre n'a pas reparu en ville. Faiblesse générale, altération de la face, œdème considérable des membres inférieurs.

Cette fièvre quarte a résisté d'abord à deux éméto-cathartiques et à 1 gr. 7 centigr. d'acide arsénieux pris en un mois. Une quinzaine de jours après, elle a encore résisté à une nouvelle administration du même médicament (63 centigr. en huit jours). Enfin, après cinq jours de traitement par le sirop fébrifuge, la fièvre a été arrêtée (en tout, 1 gr. 79 centigr. en quarante-trois jours, en trois reprises; dose moyenne par jour, 4 centigr.) Les accidents arsenicaux qui ont eu lieu ont été plus sérieux que chez la plupart des autres malades. Ils ont disparu, mais l'œdème a persisté.

FIÈVRE QUARTE; POTION N° 1; SIROP FÉBRIFUGE; ACCIDENTS; ÉMÉTO-CATHARTIQUE.

OBS. XVIII. — Péron, 23 ans, soldat d'artillerie, lymphatique, bien constitué, atteint de fièvre quarte contractée à Rome en août 1840, coupée à quatre reprises par la quinine et s'étant chaque fois reproduite à peu d'intervalle.

13 janvier 1850. Accès de deux à six heures du soir.

14. Entrée à l'hôpital. Face pâle, rate légèrement engorgée ne dépassant pas le rebord costal.

16 et 19. Accès de midi à six heures du soir.

22. Quatrième accès (pot. n° 1 (*bis*) le 22; pot. (*ter*) les 23, 24 et 25; quart vin; 26 et 27, pot. suspendue).

L'accès se reproduit le 25 et le 28 (28, demie, vin, 10 gr. sirop (*bis*)). La première dose de sirop donnée pendant le frisson de l'accès produit une sensation de sécheresse et de chaleur à l'épigastre et le long de l'œsophage, de la faiblesse, de la céphalalgie et des vertiges. Peu de temps après, vomissement d'aliments à demi digérés, mêlés de vin et de bile. La deuxième dose n'est pas donnée le soir.

29. Accès moindre, de deux à cinq heures du soir (10 gr. sirop (*bis*) le 20 et le 30; 10 gr. le 31 à six heures du soir).

Le 30, légers fourmillements à l'épigastre.

Le 31, vomissement de deux verres environ de liquide biliforme peu après l'ingestion du sirop (1er, 2 et 3 février, 10 gr. sirop (*bis*)). Quelques nausées; inappétence.

Le 3 février, l'accès manque pour la première fois; il est remplacé par une faiblesse et un accablement assez considérables, de deux à huit heures du soir.

4 février. Apyrexie, bouche amère, langue blanc jaunâtre, anorexie, nausées (0,10 t. stib.).

11 février. Sortie. L'accès a manqué trois fois. Amélioration de l'état général.

Cette fièvre, qui a résisté d'abord à 33 centigr. d'acide arsénieux en quatre jours, a été enrayée ensuite par 12 centig. en sept jours (en tout 45 centig. en onze jours, en deux reprises; dose moyenne par jour, 4 centigr.). Les divers accidents qui se sont produits dans le cours du traitement ont cessé après l'administration du tartre stibié et la suspension de l'acide arsénieux.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 2; SUSPENSION DES ACCÈS; RÉCIDIVE QUATORZE JOURS APRÈS.

OBS. XIX. — Mélatet, cultivateur, 27 ans, lymphatico-bilieux, assez bien constitué, entré le 25 novembre 1849, atteint pour la deuxième fois, à Pérols, de fièvre quarte, le 11 novembre.

26. Face terreuse, rate dépassant de 3 centim. le rebord costal, faiblesse des jambes, anorexie. Sixième accès de six à onze heures du soir.

28, 0,10 t. stib.

Accès moindre le 29, se reproduisant les 1er, 4 et 7 décembre (29 et 30 novembre, quart, vin, pot. n° 2 en deux fois; du 1er au 8 décembre, pot. en une fois).

8 et 10 décembre. Accès léger et incomplet de six à sept heures du soir (8, 9 et 10, pot. le matin, demi-pot. le soir).

Du 11 au 18, jour de sortie, apyrexie. Persistance de l'engorgement splénique; légère amélioration de l'état général (du 11 au 15, pot. (*bis*); du 15 au 17, pot. (*ter*)).

24 décembre. Nouvel accès en ville. Rentrée à l'hôpital.

27. Deuxième accès.

30. L'accès manque.

31. Sortie.

En dix-neuf jours, 68 centigr. 6 milligr. d'acide arsénieux, précédés d'un éméto-cathartique, ont été ingérés sans interruption et sans le moindre accident (dose moyenne, 3 centigr. 6 milligr. par jour). L'intensité des accès a diminué aussitôt après l'administration du tartre stibié et de 25 milligr. d'acide arsénieux en un jour; mais ils n'ont entièrement cessé qu'après quinze jours de traitement. Les deux derniers ont été peu marqués et ont paru en tierce.

La fièvre a récidivé en ville, quatorze jours après sa suspension à l'hôpital et une semaine après la cessation du traitement. Cette récidive a consisté en trois accès; le quatrième a manqué, et le malade a exigé sa sortie.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SIROP FÉBRIFUGE; LÉGERS ACCIDENTS.

OBS. XX. — Revel, cultivateur, 34 ans, bilioso-lymphatique, bien constitué, entré le 9 février 1850, a été atteint à Aigues-Mortes, en 1848 et 1840, de fièvre quarte guérie par le sulfate de quinine.

27 janvier 1850. Troisième atteinte. État gastrique bilieux; rate dépassant de 3 centim. le rebord costal.

11 février (0,10 t. stib.). Accès de trois heures du soir à une heure du matin, se reproduisant le 14 et le 17 (15, 16 et 17 février, 10 gr. sirop fébrifuge (*ter*), quart, vin).

La troisième dose de sirop donnée le 17 février, pendant le stade de chaleur, est vomie et détermine un peu de douleur épigastrique. Il y avait eu trois selles sans coliques la veille.

18 février. Sirop suspendu.

20. L'accès manque.

24 et 26. Accès de quatre à neuf heures du soir, se reproduisant les 1er et 4 mars pour la dernière fois (du 26 février au 4 mars, 10 gr. sirop (*ter*); 4 mars, 10 gr., quatre fois; 5 mars, 10 gr., six fois; du 7 au 13, 20 gr., quatre fois; 13, 0,10 t. stib.; du 14 au 20, 20 gr. (*bis*); du 20 au 28, 10 gr. (*bis*)).

28. Sortie. L'accès a manqué sept fois, la rate est encore engorgée.

En trente et un jours, 1 gr. 10 centigr. d'acide arsénieux ont été ingérés (dose moyenne par jour, 3 centigr. 5 milligr.). Les accès ont manqué à la suite de 35 centigr. pris en dix jours. Pendant six jours consécutifs, l'acide a pu être donné impunément à la dose de 8 centigr. par jour. Quant au vomissement qu'il a une fois déterminé, il ne constitue pas un accident sérieux. Il ne s'est pas reproduit après la suspension du remède. Notons enfin que chez ce malade, comme chez presque tous les autres, l'action de l'acide arsénieux sur l'engorgement splénique a paru à peu près nulle.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 1.

OBS. XXI. — Tribles, 34 ans, bien constitué, nervoso-sanguin, douanier, ayant eu à plusieurs reprises des fièvres intermittentes, entre le 14 décembre, atteint depuis le 29 novembre d'accès quartes, venant de dix heures du matin à quatre heures du soir. Face jaunâtre, ventre ballonné, foie et rate dépassant de 2 centim. le rebord costal (15 et 24 décembre, 0,10 t. stib.; du 16 au 21, demie, vin, pot. n° 1; du 21 au 25, pot. (*bis*); 25 et 26, pot. (*bis*), et troisième en lavement; 27, 28, 29, pot. (*ter*), quatrième en lavement). Légère diminution et persistance des accès, de deux à six heures du soir (2, 3 et 4 janvier, 0,25 calomel, déterminant une légère stomatite). Persistance des accès jusqu'au 22 janvier (du 17 au 21 janvier, pot. n° 1 (*bis*); du 21 au 26, pot. (*ter*)).

Sortie le 4 février. L'accès a manqué quatre fois. Persistance des engorgements splénique et hépatique et de l'altération de la face.

En dépit de deux éméto-cathartiques et de 87 centigr. d'acide arsénieux pris en treize jours, la fièvre a persisté. Attaquée une seconde fois par 69 centigr. en huit jours, elle a enfin cédé (dose moyenne par jour, 7 cent. 4 milligr. pendant vingt et un jours). Tolérance parfaite. Tribles est revenu à son poste à Maguelone où la fièvre a reparu après une apyrexie d'un mois (voir obs. 13).

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTION N° 1; SIROP FÉBRIFUGE; LÉGERS ACCIDENTS.

OBS. XXII. — Bertrand, 39 ans, d'une constitution affaiblie, lymphatico-bilieux, garde du chemin de fer de Cette, domicilié à Frontignan, ayant eu en 1849 des accès coupés par le sulfate de quinine, entre le 1er janvier 1850, atteint depuis un mois de fièvre quarte. Face amaigrie et jaunâtre, rate dépassant de 2 centim. le rebord costal.

Du 1er au 13, accès quartes le matin de cinq heures de durée (1er, 0,10 t. stib.; du 2 au 14, quart).

Reproduction des accès avec moins d'intensité les 16, 19 et 22 (14 et 15, pot. n° 1, une fois; 16, pot. (*bis*); 17 et 18, pot., une fois; du 19 au 24, pot. (*bis*); 24 et 25, pot. (*ter*), demie, vin).

25. Céphalalgie intense et brisement des membres, de huit heures du matin à quatre heures du soir.

27. Léger accès à six heures du soir (26, 1 gr. 25 ipéca; 28, 29 et 30, quart, vin, 10 gr. sirop (*bis*)).

Apyrexie du 28 janvier au 1er février, jour de sortie.

Légère ardeur épigastrique et quelques coliques le 29. Même état de la face; persistance de l'engorgement splénique.

48 centigr. d'acide arsénieux pris en douze jours n'ont pu arrêter cette fièvre, qui avait déjà résisté à un éméto-cathartique; mais l'intensité des accès est allée en diminuant. Ils ont enfin cédé, du moins momentanément, à la suite de l'ipéca et d'une nouvelle administration d'acide arsénieux (6 centigr. en trois jours), après avoir paru deux fois sous le type tierce

(en tout 54 centigr. en quinze jours, en deux reprises ; dose moyenne par jour, 3 centigr. 6 milligr.). Les coliques et l'ardeur épigastrique, peu prononcées du reste, n'ont duré qu'un jour, et ont spontanément disparu après la cessation du remède.

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTIQUES ; POTION DE PEYSSON ; POUDRE FÉBRIFUGE ; LÉGERS ACCIDENTS.

Obs. XXIII. — Paulon, soldat au 1er du génie, lymphatique, assez bien constitué, entré le 14 septembre 1850, atteint de fièvre quotidienne, de six à huit heures du soir, qui résiste à trois vomitifs et à la potion de Peysson.

1er octobre. Teint pâle, forces diminuées ; vingt-et-unième accès, de sept à onze heures du soir. (1er et 2, 5 milligr. acide arsén. ; 3, 5 milligr. (*bis*.)

3. Nouvel accès.

Persistance et diminution des accès jusqu'au 9 octobre.

Cessation du 9 au 14. (4, 5 milligr. 3 fois. ; 5, 6 et 7, 5 milligr. 4 f. ; 8, 9 et 10, 5 milligr. 6 f. ; 11 et 12, 5 milligr. 5 f. ; 13, 5 milligr. 3 f. ; 14, 5 milligr. 4 fois.)

Du 14 au 20, réapparition de légers accès, tous les soirs, vers dix ou onze heures. (15, 5 milligr. 6 f. ; 16, 5 milligr. 7 f. ; 17 et 18, 5 centigr. en 3 fois ; 19, 20 et 21, 6 centigr. en 3 f.)

Quelques coliques avec nausées, le 21. (22, 0,10 t. stib.)

Apyrexie complète du 20 octobre au 2 novembre, jour de sortie. (23 et 24 oct., 5 centigr. en 3 fois ; 26, 27 et 28, 3 centigr. en 3 f. ; 29 et 30, 2 centigr. en 3 f. ; 31, 1 centigr. en 3 f.)

Cette fièvre, qui a résisté à l'emploi de trois éméto-cathartiques et de la potion de Peysson, a été suspendue après neuf jours de traitement par la poudre arsenicale (17 centigr. 5 milligr.). Elle a reparu six jours après, malgré la continuation du médicament (14 centigr. 5 milligr. pendant ces six jours), pour cesser enfin, après cinq nouveaux accès. (En tout, 98 centigr. 5 milligr. en trente et un jours ; dose moyenne par jour, 3 centigr. 1 milligr.) Il y a eu, le 21, des nausées et des douleurs abdominales qu'a promptement dissipées le tartre stibié.

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ; POTION N° 1 ; SIROP FÉBRIFUGE A DEUX REPRISES ; ACCIDENTS ; ANASARQUE.

Obs. XXIV. — Bresson, cultivateur, 23 ans, lymphatique, assez bien constitué, a été atteint à Aigues-Mortes, le 29 septembre 1849, de fièvre quotidienne qui a cédé au sulfate de quinine, après dix jours de traitement.

Le 31 décembre, il entre à l'hôpital, la fièvre ayant reparu depuis deux jours. Face jaune sale, légère tension abdominale, rate à peine engorgée.

2 janvier (0,10 t. stib.). Quatrième accès de dix à onze heures du soir, moindre que les précédents et retardant de deux heures.

Apyrexie du 3 au 9 janvier ; accès quotidiens du 9 au 15. (9 janv., 0,10 t. stib. ; 10, pot. n° 1 ; du 11 au 15, pot. n° 1 (*bis*) ; 15, 0,10 t. stib.). Sensation de cuisson à l'épigastre, faiblesse et vertiges nécessitant la suspension de la potion.

Du 15 au 22 janvier, légère fièvre continue.

Du 22 au 25, état satisfaisant.

25. Accès de dix heures du matin à quatre heures du soir, se reproduisant jusqu'au 8 février. (Du 2 au 9 fév., 10 gr. sirop (*bis*) ; 9, 0,10 t. stib.) Nausées, ardeur épigastrique.

Du 8 février au 8 mars, apyrexie. Face pâle, jaunâtre, bouffie, jambes enflées, toux.

8, 9 et 11 mars, accès de onze heures du matin à cinq heures du soir. (12 mars, 10 gr. sirop (*ter*) ; 13, 20 gr. (*ter*) ; 14, 20 gr. 4 fois ; 15, 20 gr. 1 fois ; du 16 au 20, 20 gr. (*bis*) ; du 20 au 23, 18 gr. (*bis*).)

Du 12 mars au 6 avril, les accès n'ont pas reparu ; il y a eu un catarrhe bronchique très-intense ; l'œdème et la faiblesse générale ont persisté.

Une première fois, ce malade a pris 25 centigr. d'acide arsénieux en cinq jours. Les accès n'ont été que momentanément suspendus, et l'acide arsénieux a dû être abandonné, à cause des symptômes qu'il avait produits. Ils ont été coupés de nouveau par 14 centigr. en sept jours et un éméto-cathartique. Cette fois encore, il y a eu une ardeur épigastrique et des nausées ; mais l'apyrexie a été plus longue que précédemment. Dans le cours du mois de mars, une deuxième récidive a provoqué une troisième administration d'acide arsénieux (49 centigr. en onze jours). Malgré l'élévation de la dose, il a été cette fois assez bien toléré, et la fièvre ne s'est plus reproduite. Le catarrhe bronchique intercurrent a nécessité un traitement spécial.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DEVENUE TIERCE ; ÉMÉTO CATHARTIQUE ; POTIONS N° 2 ET N° 1 ; SIROP FÉBRIFUGE ; TONIQUES ; DIURÉTIQUES ; SUSPENSION ET REPRODUCTION DES ACCÈS A QUATRE REPRISES.

Obs. XXV. — Marié, 30 ans, lymphatique, pâle, anémique, d'une constitution détériorée, atteint, depuis le commencement de juillet 1849, de fièvre quotidienne contractée sur les bords du Lez, et deux fois coupée par le sulfate de quinine.

Il entre le 26 novembre. Œdème des jambes, ventre ballonné, rate dépassant le rebord costal de 1 centimètre.

27 nov. (0,10 t. stib.). Léger accès à quatre heures du soir.

Du 28 nov. au 7 déc., apyrexie.

7, 9, 11 déc. Accès de deux à six heures du soir. (Du 28 nov. au 4 déc., pot. en 1 fois ; du 7 au 12, pot. le matin, demi-potion le soir ; du 12 au 21, pot. (*bis*) ; 21, pot. 1 f.)

Du 11 déc. au 18 janvier, apyrexie, augmentation de l'œdème des membres inférieurs, commencement d'ascite.

Le 19 janvier, réapparition de la fièvre dans l'hôpital ; accès de une à cinq heures du soir, suivi de cinq autres tierces, avançant chaque fois de deux heures.

31 janvier. L'accès manque pour la première fois, ainsi que le 2 et le 4 fév. (22 et 23 janv., pot. n° 1 (*bis*) ; 24 et jours suivants, quart, petit-lait avec 4 gr. acétate de potasse ; frict. avec teint. de digitale.)

6 février. Accès de midi à quatre heures du soir, se reproduisant les 8, 10, 12 et 14. (15 et 16 fév., 10 gr. sirop (*bis*))

Du 14 février au 6 mars, apyrexie. Débilité fort grande, chairs flasques, blafardes ; ventre souple, empâté, jambes s'infiltrant, le soir. (Quart, rôti, petit-lait avec 4 gr. acétate de potasse ; frict. avec teint. de digitale.)

6 mars. Accès de quatre à dix heures du soir, se reproduisant le 8 et le 11.

Du 11 au 27, jour de sortie, apyrexie. Les forces sont revenues ; le teint de la face est meilleure ; les jambes s'œdématient un peu moins.

Ce malade, atteint de fièvre quotidienne chronique, a fait un long séjour de quatre mois à l'hôpital, qui n'a pas même été suffisant pour amener une amélioration complète. Tour à tour suspendue et récidivée, la fièvre a enfin cédé, après un traitement de quarante-six jours, par l'acide arsénieux, en quatre reprises (2 grammes 55 centigr. ; dose moyenne par jour, 5 centigr. 5 milligr.). Un régime tonique, des boissons et des frictions diurétiques ont été également employées. La tolérance de l'acide arsénieux est des plus remarquables, si l'on considère la faiblesse et la détérioration du sujet, ainsi que l'élévation des doses et la longueur du traitement arsenical.

FIÈVRE TOUR A TOUR TIERCE ET QUOTIDIENNE ; POTION N° 1 ; SIROP FÉBRIFUGE ; LÉGERS ACCIDENTS.

Obs. XXVI. — Marché, 14 ans, manœuvre, d'une constitution détériorée, entré le 13 décembre 1849, atteint depuis cinq mois de fièvre tierce, contractée à Mireval et non traitée. Face pâle, terreuse, appétit diminué, rate dépassant le rebord costal de 4 centim.

14 déc. (1 gr. 25 ipeca). La fièvre manque jusqu'au 9 janvier.

Du 9 au 23, accès quotidiens de quatre à huit heures du soir. (Du 16 au 19, pot. n° 1 ; 19, pot. et demie en 2 fois ; 21, une pot. en 2 f.)

Intensité moindre des accès, du 18 au 23 janvier. (24 et 25, quart, rôti, vin, pot. n° 1.)

Du 25 au 29, fièvre continue.

Du 29 janvier au 3 février, apyrexie. Teint pâle, terreux, persistance de l'engorgement splénique.

Du 3 au 14 fév., accès en tierce, de quatre heures de durée, le soir. (Soupe, vin ; frictions mercurielles sur la région splénique, déterminant la salivation.)

Du 15 fév. au 1er mars, apyrexie, diminution de l'engorgement splénique, face meilleure. (15, 10 gr. sirop (*bis*) ; 16, 10 gr. (*ter*).

Du 9 au 15 mars, nouveaux accès quotidiens, de midi à cinq heures du soir. (Du 1 au 12, quart, rôti ; 12, 10 gr. sirop (*ter*) ; 15, soupe, inf de mauve, cataplasme à l'épigastre ; du 20 au 23, 10 gr. (*bis*), catapl. à l'épig. ; du 23 au 29, quart.)

14 et 15. Cuisson à l'épigastre, vomissement, deux selles diarrhéiques. Tolérance les jours suivants.

Sortie le 29, après quatorze jours d'apyrexie. Rate débordant de 2 centim. ; face moins altérée.

Ce malade, jeune et chétif, a fait à l'hôpital un séjour de trois mois et demi. La fièvre qui, à la suite d'un vomitif d'ipécacuanha, avait été suspendue pendant près d'un mois, a reparu sous le type quotidien ; mais elle a été atténuée et suspendue encore par 13 centigr. d'acide arsénieux en six jours, une première fois, et 8 centigr. en deux jours une seconde fois. Une nouvelle récidive a eu lieu sous le type tierce ; elle a encore cédé à 5 centigr. pris en 2 jours. Après une apyrexie qui a duré du 15 février au 9 mars, de nouveaux accès quotidiens s'étant déclarés, 37 centigr. ont été administrés en onze jours. La sortie a eu lieu ensuite, après quatorze jours d'apyrexie parfaite. Les accidents qui se sont déclarés, le 14 et le 15 mars, ont obligé à diminuer la dose du fébrifuge, et depuis, la tolérance a été assez complète. Ce fait de tolérance doit d'autant plus être noté, que le malade n'était âgé que de 14 ans. Il a pris en tout, dans l'espace de vingt et un jours, en quatre reprises, 63 centigr. (dose moyenne par jour, 3 centigr.).

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUE ; SOLUTION FÉBRIFUGE.

Obs. XXVII. — Heyries, soldat au 10e de ligne, 25 ans, lymphatique, venant de la Corse, où il a eu à plusieurs reprises, depuis août 1848, des accès tierces coupés par le sulfate de quinine, entre le 31 mars 1849, après avoir eu quatre ou cinq accès quotidiens. Faiblesse générale, face terreuse, rate descendant au ni-

veau de l'ombilic. Accès se reproduisant, tous les jours, de cinq heures du soir à minuit, jusqu'au 5 avril. Pas de traitement.

5 avril (1,10 t. stib.). Accès comme es précédents, se reproduisant le lendemain et les jours suivants, jusqu'au 18. (Du 7 au 25, 2 milligr. (*bis*) acide arsén., quart.)

Apyrexie du 18 au 28, faciès meilleur.

Du 28 avril au 4 mai, reproduction des accès quotidiens. (Du 1 au 10 mai, 2 milligr. (*bis*).)

Apyrexie, du 4 au 17 mai; légère diminution de l'engorgement splénique. Sortie le 17.

Cette fièvre n'a été nullement influencée par le tartre stibié. L'acide arsénieux a été prescrit, après dix ou onze accès, à la dose de 4 milligr. par jour. Après dix jours de ce traitement (40 milligr.), les accès ont été suspendos; mais ils ont reparu trois jours après la cessation du médicament, qui a été repris et a enrayé définitivement la fièvre. (En vingt-sept jours, 10 centigrammes 8 milligr.; dose moyenne par jour, 4 milligrammes.) Tolérance.

RÉFLEXIONS SUR LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Les fièvres de cette catégorie, au nombre de 27, ont toutes été contractées dans des lieux où l'influence marécageuse est très-marquée, tels que divers points de l'Afrique, de l'Italie, et surtout de la côte méditerranéenne du midi de la France, entre autres les rizières de la Camargue, Aignes-Mortes, Lunel, etc.

La plupart étaient de deuxième, troisième ou quatrième invasion. Elles s'accompagnaient des signes d'une intoxication paludéenne profonde, altération de la face, affaiblissement général, engorgement de la rate, etc.

Dans tous les cas, la fièvre a été livrée à elle-même, pendant un certain temps à l'hôpital, avant d'être soumise à la médication arsenicale, ou bien elle a été attaquée sans succès par divers moyens, tels que les émélo-cathartiques, les purgatifs, les potions de Peysson, de Rivière, et deux fois même les préparations de quinquina (obs. X et XII).

L'acide arsénieux a été administré sous toutes les formes précédemment indiquées, avec ou sans l'intervention des éméto-cathartiques.

Une alimentation assez copieuse a été prescrite à la plupart des malades; mais tous ne la consommaient pas en entier, surtout pendant les jours des paroxysmes, où la diète était parfois presque complète.

Premier ordre.

Cet ordre comprend les fièvres qui ont été le plus facilement et le plus rapidement guéries. Elles sont au nombre de 16, savoir :

Tierces, primitivement ou consécutivement.		8
Quotidiennes	*id.*	2
Quartes	*id.*	6
		16

La moyenne générale de la durée du traitement arsenical complet est de quatorze jours. La durée la plus courte de ce traitement a été de deux jours, et la plus longue de vingt-six.

La dose moyenne générale de l'acide arsénieux administré est de 3 centigr. 4 milligr. par jour. Elle est de 4 milligr. seulement dans les obs. VII et XV. Chez les autres 14 fiévreux l'acide arsénieux a été employé à des doses beaucoup plus élevées : moyenne *minima* par jour, 2 centigr. 4 milligr.; moyenne *maxima* par jour, près de 8 centigr.

La moyenne générale de la durée du traitement arsenical employé jusqu'à la suspension des accès est de sept jours environ. Elle est de quatre jours dans les 8 fièvres tierces, de trois jours dans les 2 quotidiennes, et de onze jours dans les 6 quartes.

Presque toujours l'acide arsénieux a été administré sans interruption; il a été précédé, dans plusieurs cas, d'un éméto-cathartique, qui a été réitéré chez quelques malades, dans le cours du traitement.

La tolérance de l'acide arsénieux a été complète chez 11 malades. Des accidents se sont déclarés chez les 5 autres; ils ont été légers dans 2 cas et plus sérieux dans 3.

L'engorgement de la rate, notable chez 9 malades, a persisté chez 6 et a diminué chez 3.

L'état général n'a subi de changement bien sensible que chez 5 malades; il s'est amélioré chez 4 et aggravé chez 1.

Deuxième ordre.

Cet ordre contient 11 fièvres : quartes, 6; quotidiennes, 5.

La guérison a été obtenue comme dans l'ordre précédent, mais avec plus de lenteur et plus de difficultés. La même fièvre a offert en général une ou plusieurs récidives, dans le cours du traitement arsenical ou peu de temps après sa suspension.

La moyenne générale de la durée du traitement arsenical complet est de vingt-cinq jours. Ce traitement a en lieu sans interruption chez 4 malades; en deux, trois ou quatre reprises chez les 7 autres.

La dose moyenne générale de l'acide arsénieux administré est de 3 centig. 9 milligr. par jour; la plus élevée est de 7 centigr. 4 milligr., et la plus faible de 4 milligr.

La moyenne générale de la durée du traitement arsenical employé jusqu'à la guérison de la fièvre est de dix-neuf jours.

La tolérance de l'acide arsénieux n'a été complète que chez 3 malades. Il a déterminé des accidents chez les 8 autres; ils ont été légers chez 3 et plus sérieux chez 5. L'un de ces malades, Marché, n'était âgé que de 14 ans.

L'engorgement splénique, très-notable chez 5 malades, a persisté chez 3 et a diminué chez 2.

Il y a eu dans 5 cas amélioration de l'état général, et aggravation dans les 2 autres.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas d'hydropisie du sinus frontal gauche, ayant occasionné une dilatation considérable du sinus avec absorption de ses parois osseuses, formant une tumeur à l'extérieur avec protrusion de l'œil en bas*; par M. Bellingham. 2° *Pathologie de l'inflammation et de la fièvre*; par M. Freke. 3° *Hypertrophie de la prostate, suivie de rétention d'urine*; par M. Power. 4° *Cas de trichina spiralis existant dans un grand nombre des muscles de la vie animale*; par M. Bellingham. 5° *Cas remarquable de corps étrangers dans l'estomac*; par M. John Marshall. 6° *Sur le traitement curatif des anévrismes de l'aorte*; par M. Bellingham. 7° *Sur la perforation du gros intestin*; par M. Tuffnell. 8° *Cas de hernie inguinale étranglée*; par M. Trenerry. 9° *Sur l'origine des maladies*; par M. Kennedy. 10° *Sur la curabilité des anévrismes internes*; par M. Duncan. 11° *De la mort subite dans l'état puerpéral*; par M. Mecliutock. 12° *Fracture du rachis, hypertrophie de la vessie causée par la longue continuation de la maladie de la moelle épinière*; par M. Hargrave. 13° *De l'adultération et de la substitution des médicaments*; par M. Murray. 14° *Cas de fracture non consolidée de l'humérus*; par M. Darby. (Le repos prolongé, le séton, la resection des deux extrémités osseuses ne produisirent aucun résultat. Sur la demande du malade, on le débarrassa de son membre par l'amputation.)

CAS D'HYDROPISIE DU SINUS FRONTAL GAUCHE; par M. BELLINGHAM.

Sous ce nom, qu'il propose faute d'un plus convenable, et qui nous paraît bien approprié à la nature de la maladie, M. Bellingham décrit une altération fort rare, et que peu de praticiens sans doute ont eu l'occasion d'observer.

OBS. — J. Mecleary, fermier, âgé de 46 ans, entra le 11 juillet 1850 à l'hôpital Saint-Vincent, pour se faire traiter d'une tumeur, de la grosseur d'un citron, ayant 5 pouces en travers et 3 verticalement, qui occupait le front, s'étendant du milieu du sourcil droit à l'extrémité externe du sourcil gauche. Elle fait saillir l'œil et le cache en partie. Cette tumeur est indolente à la pression; son centre et sa partie inférieure offrent de la mollesse et donnent la sensation d'un liquide. En haut et de chaque côté on sent sous la peau un rebord osseux.

Le malade ne connaissant aucune cause qui puisse expliquer la formation de cette tumeur, en attribue le développement au froid. Elle date de près de deux ans. En février 1850, on évacua le contenu par une ponction. En mai, on réitéra cette opération avec le même résultat. Après chaque fois, le volume de la tumeur se réduisit considérablement.

Désirant vivement être débarrassé de cette cause de difformité, il réclamait une opération définitive. En conséquence, le 19 juillet 1850, M. Bellingham pratiqua sur toute l'étendue de la tumeur une incision transversale dont il disséqua ensuite les deux lèvres en haut et en bas. Une quantité de liquide visqueux, foncé, ayant l'aspect de la bile et s'élevant à plusieurs onces, sortit. On reconnut que la cavité était formée par la dilatation du sinus frontal gauche. La table osseuse antérieure était entièrement absorbée, à l'exception de ces deux rebords durs qu'on sentait avant l'opération. La table postérieure avait aussi subi l'absorption, et les pulsations du cerveau étaient perceptibles à l'œil et au toucher. Le plancher de l'orbite avait également disparu; aussi pouvait-on

toucher l'œil de l'intérieur du sinus. L'intérieur de cette cavité présentait une surface blanche et lisse, semblable à celle de la dure-mère.

On plaça un peu de charpie pour arrêter le saignement qui venait d'un seul point de la cavité; la plaie ne fut pansée qu'au bout de quelques heures. On roula la charpie, et l'on rapprocha les bords de l'incision à l'aide d'un petit nombre de points de suture et de bandelettes agglutinatives.

Le 20, les téguments, hier flasques et mous, sont aujourd'hui tendus et gonflés. Les deux paupières sont œdémateuses et cachent l'œil. Les téguments de la tête offrent une rougeur assez vive. On enlève deux des points de suture; ce qui donne issue à un peu de sérosité sanguinolente.

Le 22, l'enflure et l'œdème ont diminué; la pulsation du cerveau, qui chasse au dehors la sérosité, se voit très-facilement.

Le 25, une partie de la plaie est réunie par première intention.

Le 26, il y a un peu de rougeur du front, surtout au-dessus de la tumeur; peau chaude; constipation; pouls à 84. On fait dans la cavité une injection d'eau chaude qui entraîne au dehors du pus de bonne nature.

Le 30, la rougeur est devenue un érysipèle, qui s'étend au côté droit de la face; néanmoins la cicatrisation de la plaie persiste.

Le 19 août, l'érysipèle a disparu depuis douze ou quinze jours. La cavité morbide est effacée. On s'assure que, en y injectant de l'eau, le liquide revient immédiatement au dehors. Il n'y a plus que très-peu d'écoulement, et l'on a beaucoup de peine à maintenir avec une mèche la petite ouverture béante.

Le 21, la guérison est complète. L'opéré demande à retourner chez lui.

CAS REMARQUABLE DE CORPS ÉTRANGERS DANS L'ESTOMAC, AVEC OBSTRUCTION COMPLÈTE DU CANAL DIGESTIF; par M. JOHN MARSHALL.

OBS. — Une femme, âgée de 41 ans à l'époque de sa mort, a eu six enfants, le dernier en 1844. En décembre 1842, quatorze jours après sa cinquième couche, elle vomit une pleine cuvette de sang; elle demeura ensuite pendant quarante-huit heures sans connaissance, les pupilles dilatées et le pouls à peine perceptible. Elle guérit lentement et sa constitution, depuis lors, demeura toujours plus faible.

Dans l'automne de 1845, elle éprouva des douleurs dans l'épigastre et à l'aine gauche, accompagnées de vomissements fréquents. On sentit dans l'aine une tumeur dure, ayant le volume et la forme d'un placenta, se mouvant transversalement lorsque la malade se tournait d'un côté à l'autre. La malade s'en était aperçue depuis plusieurs mois; lorsqu'elle la touchait, il survenait des vomissements, quoique ces attouchements ne fussent pas douloureux. Elle avait, en outre, une douleur entre les épaules, des élancements dans le sein gauche, et avait une grande flatulence. Les règles étaient supprimées depuis trois mois; elle se croyait enceinte. Constipation, vomissements continuels, souvent teints de sang, amaigrissement et débilité considérables.

Malgré ces fâcheux symptômes qui faisaient augurer une mort prochaine, cette femme parvint cependant à guérir, sans avoir rien pris qu'une grande quantité d'eau-de-vie pendant deux jours.

Pendant cinq ans, elle continua à jouir d'une santé passable; toutefois les douleurs revenaient de temps en temps, la constipation habituelle, de l'œdème à la face et au bas des jambes, annonçaient qu'elle n'était point complétement rétablie. Les règles ne revinrent pas.

En octobre 1850, tous anciens les symptômes, vomissements incessants, etc., reparurent, et elle mourut après avoir souffert de ces nouveaux accidents pendant trois semaines.

AUTOPSIE faite dix-huit heures après la mort.

L'estomac, par son extrémité pylorique, descend jusqu'au pubis. Il ressemble, par la forme, à une bouteille de vin de Champagne. Le pancréas est hors de sa position naturelle; le duodénum est couché en partie sous la courbure sygmoïde du colon. Le foie est volumineux, pâle; la vésicule pleine de bile.

Il n'y a rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen et du bassin, si ce n'est que le cœcum et le colon sont très-petits. Il n'existe ni ulcérations dans le canal intestinal, ni adhésions non plus que d'autres signes d'inflammation péritonéale.

L'estomac contirot dans sa moitié inférieure 9 onces d'épingles d'un rouge noir, non corrodées, toutes ployées ou rompues, beaucoup très-pointues. Le duodénum renferme une masse d'épingles réunies en une sorte de faisceau très-solide; elles ont différentes grosseurs comme celles de l'estomac, et oblitèrent complétement le tube digestif; leur poids est d'une livre.

Le mari de cette femme ne l'avait jamais vue se mettre des épingles dans la bouche; mais son fils dit qu'il l'avait aperçue mordant des épingles, et il pense qu'elle les avalait. Il raconta même qu'il l'en avait plaisantée plusieurs fois, et qu'elle le punit pour en avoir fait la remarque.

Il paraît que son appétit avait toujours été capricieux, très-vif parfois. Sa sœur raconta au médecin que, étant enfant, elle avait l'habitude de manger de l'empois et des crayons d'ardoise, qu'elle l'avait également vue mordre des épingles. A l'âge de 17 ans, elle avait vomi du sang et fut ensuite malade pendant quelque temps.

— Que les appétits déréglés qui coïncident avec la puberté, la grossesse et l'âge de retour aient pu, aux époques correspondantes, pousser cette femme à des pratiques si bizarres, cela n'est pas sans exemple; mais ce qu'il y a d'inconcevable, c'est que, s'apercevant de l'effet préjudiciable de cette habitude, elle n'ait pu prendre sur elle ni de la cesser, ni de s'empêcher d'y revenir, après le sérieux avertissement de 1845, ni tout au moins de prévenir en dernier lien son médecin de la cause véritable d'une maladie dont le diagnostic a dû singulièrement l'embarrasser.

III. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Exploration physique de l'abdomen dans l'état de santé et de maladie; signes acoustiques*; par M. Williams. 2° *Suppuration des os*; par M. Lee. 3° *Pathologie et traitement du croup*; par M. Bird. 4° *Traitement de certaines formes secondaires de diarrhée*; par M. Sandwith. 5° *Inflammation et ulcération du gosier et de la langue*; par M. Moore. 6° *Cas d'anévrisme faux diffus de l'aorte abdominale, causé par la carie vertébrale*; par M. Dewes. 7° *Variole et vaccination*; par M. Gardner. 8° *Traitement des maladies utérines*; par M. Falloon. 9° *Vascularité morbide de la membrane qui tapisse l'urètre de la femme*; par M. Gream. (L'auteur fait allusion à la fréquence de la maladie que l'on connaît sous le nom de polypes, ou excroissances vasculaires, ou tumeurs érectiles du méat urinaire. La cautérisation par l'acide nitrique est un moyen commode de détruire ces tumeurs, et de combattre ensuite la vascularité exagérée de la membrane muqueuse, condition qui en favorise la récidive.) 10° *Cas de maladie tuberculeuse de l'utérus et des ovaires, et cas de polype de l'utérus*; par M. Tyler Smith. 11° *Affections vénériennes de l'oreille*; par M. Harvey. 12° *Observation de dent artificielle avalée par mégarde avec sa plaque métallique*; par M. Alison. (Ce corps étranger fut rendu naturellement par l'anus au bout de trois mois.) 13° *Sur les saignées générales*; par M. Semple. 14° *Sur les tumeurs vasculaires et la vascularité morbide de l'urètre de la femme et de celui de l'homme*; par M. Norman. 15° *De l'action endosmotique des remèdes*; par M. Cogswell. 16° *Du foie comme organe régénérateur chez les animaux*; par M. Wyld. 17° *De la gonorrhée vésicale, et de la nécessité d'une nomenclature plus distinctive pour cette maladie*; par M. Mayne.

ABCÈS DU TIBIA TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LE TRÉPAN; par M. H. LEE.

En 1824, M. Brodie ayant été réduit à amputer de la jambe un homme affecté de gonflement de l'extrémité inférieure du tibia, accompagné de douleurs que rien n'avait pu calmer, trouva pour toute lésion dans la partie correspondante de l'os une cavité de la capacité d'une noix remplie de pus. Cet enseignement regrettable ne fut perdu ni pour lui ni pour la science contemporaine; car c'est depuis cette époque que l'on s'est particulièrement appliqué, surtout en Angleterre, à diagnostiquer les abcès des os, et qu'on a pu réussir, en interrogeant attentivement les signes qui les annoncent, à sauver par le trépan des membres condamnés sans cela à tomber sous le couteau de l'amputation.

Les deux cas suivants offriront à la méditation des chirurgiens peu au courant de ce progrès clinique des exemples dignes de toute leur attention.

OBS. I. — James Storker, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital du collége royal le 16 juin 1851. Il se plaignait d'une douleur intense dans la jambe gauche, douleur qui, depuis près d'un mois, le privait de sommeil, excepté à de courts intervalles. La souffrance continuait sans interruption, mais avait de temps en temps des paroxysmes. Elle s'étendait parfois à la cuisse et jusque vers la banche.

On trouva le corps du tibia présentant un gonflement double de son volume naturel. Il occupait le milieu de l'os dans l'étendue verticale de 5 à 6 pouces. La pression et le changement de position n'augmentaient pas la douleur; aucun point n'était plus sensible au toucher que les autres. La marche apportait seule un peu de calme au moment des tourments les plus aigus.

L'insomnie et les souffrances avaient un peu altéré sa santé; mais, à part cela, toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Cet homme dit n'avoir jamais eu de maladie constitutionnelle. Il y a sept ans que, après un léger coup sur la jambe, il éprouva la première atteinte de ces mêmes douleurs. Elles étaient alors beaucoup plus fortes la nuit, mais le quittaient régulièrement à cinq heures du matin, et *juste au premier coup de cloche*. Elles durèrent neuf semaines. Elles revinrent ensuite à divers intervalles, mais beaucoup plus faibles, jusqu'au moment de son entrée. Cette dernière et plus sérieuse exacerbation résulta d'un coup qu'il se donna contre une chaise; et en trois jours elle atteignit son *summum*.

Un vésicatoire sur le tibia, pansé avec l'onguent mercuriel additionné d'extrait de jusquiame, et 6 décigr. d'iodure de potassium par jour, à l'intérieur, avaient, au bout de quinze jours, procuré un calme plus considérable. Il recommença alors à boire, et la douleur reprit bientôt son ancienne gravité, sans s'accompagner néanmoins de fièvre ni de sensibilité locale.

On recommença le même traitement qui, en une semaine, ramena l'amélioration déjà obtenue.

Mais au bout de ce temps, sans cause appréciable, les douleurs revinrent et ne purent être soulagées par le même traitement.

M. Lee se décida alors à trépaner le tibia.

Le 12 août, il commença, en l'absence de toute partie sensible au toucher, par choisir le point qui paraissait le plus chaud et le plus proéminent de toute la surface du tibia.

Avec une tréphine ordinaire, il pénétra jusqu'à la cavité médullaire de l'os. Mais la couronne étant noyée dans la paroi très-épaisse, il fallut en appliquer une seconde. Après avoir enlevé un disque osseux de près de 5 lignes d'épaisseur, il trouva un abcès du canal médullaire. M. Fergusson, présent à l'opération, remarqua l'aspect blanc et crémeux du pus, dont il sortit 8 à 12 grammes. La cavité qui le contenait avait environ un pouce et demi de longueur. Il n'y avait aucune portion d'os nécrosé; le pus n'avait pas de putridité.

Le point sur lequel on appliqua le trépan était exactement situé à 6 pouces de la tête du tibia.

On rapprocha les bords de la plaie. La souffrance cessa presque aussitôt et ne reparut plus ensuite.

Le 22 août, la peau recouvrait presque entièrement la partie dénudée, ne laissant qu'une petite ouverture conduisant dans la cavité morbide. Le tibia avait déjà considérablement diminué de volume.

Le patient se trouvait assez bien, au bout d'un mois, pour quitter l'hôpital; et, à la fin du second mois, l'os était presque revenu à son volume naturel.

Obs. II. — William Mowbray, âgé de 24 ans, vint à Londres le 17 novembre 1838, dans l'intention de se faire amputer la jambe. Sa constitution avait beaucoup souffert par suite d'une maladie résultant de la tuméfaction de la tête du tibia gauche. Il y existait des douleurs continuelles qui le privaient de sommeil et avaient fait croire à une maladie de l'articulation du genou. Le tibia, à cette hauteur, fut trouvé avoir un pouce de plus, en circonférence, que celui du côté opposé. Le gonflement, qui était plus saillant et plus douloureux en un point, s'étendait, dans l'espace de trois pouces et demi, le long du côté interne de l'os. Dans la partie la plus proéminente, la peau avait une coloration rouge foncée.

Cet homme raconta que, six ans auparavant, il avait éprouvé une douleur sourde, comme gravative, dans le tibia, qui fut suivie de gonflement au-dessous du genou. Ces symptômes continuèrent pendant deux mois, et furent traités par les sangsues, par divers remèdes, et par le changement d'air. Néanmoins ils n'avaient pas encore entièrement cessé au bout de quatre mois. Sa santé se rétablit alors. Mais trois mois avant d'entrer à l'hôpital, les mêmes douleurs revinrent sans cause apparente, et l'extrémité supérieure de l'os commença de nouveau à se tuméfier. On appliqua encore des sangsues et l'on donna le mercure à l'intérieur, mais sans obtenir de cette médication aucun avantage.

Une fois reçu à l'hôpital Saint-George, il prit du calomel associé à l'opium, puis de la salsepareille et de l'iodure de potassium : ces remèdes ne produisirent aucun soulagement.

Le 13 décembre, M. Brodie appliqua le trépan sur la tête du tibia, et il sortit environ 12 grammes de pus qui contenait une cavité creusée dans le tissu spongieux de l'os. Cette cavité s'étendait en haut jusqu'au voisinage et très-près de l'articulation du genou. Le point choisi pour l'application du trépan fut celui où l'os était le plus saillant et le plus sensible à la pression. L'opération apporta un soulagement immédiat. Le malade dormit bien la nuit même qui la suivit; et depuis lors il regagna progressivement la santé et les forces.

En un mois la cavité de l'abcès était presque effacée. L'opéré sortit guéri le 30 janvier 1839.

— S'il fallait, d'après ces deux faits, tracer d'une manière générale le diagnostic différentiel des abcès du tibia, on éprouverait sans doute quelque embarras à accomplir cette tâche d'une façon fructueuse pour le praticien. En effet, bien peu de symptômes appartiennent à la fois aux deux observations. La périodicité des douleurs, leur exacerbation nocturne, l'effet favorable de l'iode, l'absence de sensibilité à la pression, toutes circonstances bien prononcées chez le premier malade, manquaient entièrement chez le second. Le seul phénomène commun est l'existence antérieure des mêmes accidents, et leur réapparition au bout d'un temps très-long; mais, à coup sûr, ce ne serait point là le signe le plus précieux, celui qui pût être considéré comme pathognomonique d'une affection aussi continue dans sa marche que doit l'être un travail de suppuration.

Malgré les lumières qui résultent de ces deux faits intéressants, les praticiens en seront donc encore réduits, en pareille circonstance, à analyser par eux-mêmes les divers symptômes, à calculer d'après les probabilités le degré d'opportunité de l'opération, à user, en un mot, de leur jugement et de leur expérience sans pouvoir encore espérer un guide certain, un signe pathognomonique dont le secours dispense de ce travail plus difficile.

Relativement aux deux faits en eux-mêmes, il ne nous paraît pas que l'indication de trépaner fût plus douteuse chez l'un que chez l'autre malade. Mais cependant le premier offre l'exemple très-accentué d'une affection syphilitique tertiaire; et nous croyons fermement que l'iodure de potassium donné à plus haute dose, et surtout plus tôt, avant l'établissement de la lésion osseuse organique, aurait pu dispenser le chirurgien de recourir et le malade de se soumettre ultérieurement à une opération.

DES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES DE L'OREILLE; par M. HARVEY.

L'auteur borne son sujet à traiter l'inflammation gonorrhéique du conduit auditif externe. Discutant d'abord la possibilité de cette affection, il se demande si les otorrhées, si fréquentes chez les nouveau-nés, ne proviennent pas de ce que du pus blennorrhagique du vagin de la mère s'est introduit, pendant l'accouchement, dans le conduit auditif de l'enfant? Sans faire à cette question une réponse précise, il cite, comme preuve que les choses se passent quelquefois ainsi, l'observation suivante, tirée de la pratique de son dispensaire, pendant le printemps de 1849.

Obs. — J.-B., boulanger, âgé de 23 ans, était retenu au lit depuis dix jours pour une urétrite avec inflammation du testicule. Durant ce temps, il fut saisi d'une violente démangeaison de l'oreille, accompagnée de douleurs revenant par exacerbations. Bientôt après, un écoulement jaunâtre abondant se fit jour par le méat auditif externe. Comme les douleurs d'oreille diminuèrent en même temps que l'écoulement s'établit, il négligea d'abord d'en parler au médecin. Au bout de deux jours, M. Harvey le vit et trouva le pavillon de l'oreille rouge et gonflé; un écoulement copieux a lieu par le méat; la muqueuse rouge et épaissie. La membrane du tympan était déjà perforée, et elle allait en diminuant graduellement d'étendue par le fait de l'ulcération qui gagnait de plus en plus.

L'inflammation étant encore à la période de progrès, on fit une saignée et plusieurs applications de sangsues; on réitéra souvent une lotion du conduit auditif avec un liquide astringent. Cependant, malgré tous les soins, la maladie ne s'arrêta qu'après la destruction de la totalité de la membrane tympanique. L'écoulement urétral ne fut pas modifié par l'apparition de l'otite aiguë.

M. Harvey n'hésite pas à considérer cette affection comme blennorrhagique. « Certainement, dit-il, elle ne suivit pas la marche de l'otite catarrhale ordinaire. L'intensité et la persistance du travail inflammatoire, la couleur et la quantité de l'écoulement et les autres symptômes particuliers de ce cas le rangent évidemment dans la catégorie des maladies gonorrhéiques. Sans adopter la doctrine vague et peu satisfaisante de la métastase, il est parfaitement clair que la matière gonorrhéique a pu aisément pénétrer dans le méat auditif. On peut supposer que le doigt de cet homme était souillé de la matière de l'écoulement urétral, et que, sentant une vive démangeaison de l'oreille (premier symptôme accusé par lui), il y porta le doigt avec une certaine violence, et perfora même peut-être, dans ce mouvement, la membrane du tympan avec son ongle. De cette manière, tous les symptômes s'expliquent facilement. On sait que l'inflammation envahit l'œil avec une grande intensité lorsque de la matière gonorrhéique a été accidentellement mise en contact avec la conjonctive, et que l'œil est promptement perdu, à moins que l'on n'ait pu donner des soins peu de temps après le début des accidents. Et quoique, vu la différence de structure qui existe entre la conjonctive et la membrane auriculaire, l'analogie ne soit pas parfaite, cependant la présence d'une membrane épithéliale dans le conduit auditif ne peut être regardée comme une preuve contre la contagion spécifique. »

— Quant à nous, quoique rien ne nous autorise à *déclarer impossible* une affection blennorrhagique du conduit auditif, nous doutons fortement que telle ait été la nature de la maladie dans ce cas; et ceci, pour deux raisons :

La première, c'est qu'aucun des symptômes énumérés dans la description ci-dessus n'est réellement différent de ceux d'une otite ordinaire un peu intense.

La seconde, c'est que nous avons assez souvent, sur des malades qui s'y prêtaient sans répugnance, frotté l'intérieur du conduit auditif avec le doigt chargé de pus d'une blennorrhagie très-aiguë, et que jamais il n'est rien résulté pour la membrane auriculaire de ces essais de transmission.

SUR L'ACTION ENDOSMOTIQUE DES MÉDICAMENTS; par le docteur CHARLES COGSWELL.

Le principe de M. Dutrochet sur l'endosmose peut se traduire ainsi. Quand deux fluides susceptibles de se mélanger, mais de densité différente, sont séparés par un milieu perméable, il s'établit deux courants : l'un, plus fort, se dirigeant vers le liquide le plus dense; l'autre, plus faible, allant en sens opposé. Le premier a été appelé *endosmose* et le second *exosmose*; mais l'inventeur même de ces dénominations a fait remarquer plus tard qu'elles sont susceptibles d'induire en erreur. Si, par exemple, une portion d'intestin, close par les deux bouts et remplie d'une solution gommeuse, est plongée dans l'eau, elle se distend peu à peu par suite de l'entrée de ce liquide, et il y a alors véritablement endosmose; mais renversez ces dispositions; mettez l'eau dans l'intestin et la solution gommeuse en dehors; le courant se dirigera en sens contraire; et pourtant, dans le langage consacré, ce sera encore l'endosmose, parce que le courant le plus fort ira toujours du liquide le moins dense au liquide le plus dense.

Quoi qu'il en soit, M. Poiseuille, dans un travail présenté en 1844 à l'Académie des sciences, a fait connaître des expériences tendantes à expliquer par ce phénomène physique l'action de certains médicaments. Suivant lui, quand un fluide est mis en contact avec l'épithélium de la membrane muqueuse, il la pénètre et se met en contact avec les capillaires des villosités. Un double courant s'établit; une partie du sérum passe à travers les parois des vaisseaux et se mêle au fluide du dehors, tandis qu'une certaine quantité de celui-ci pénètre dans les vaisseaux et passe dans le tor-

rent de la circulation. Si l'échange est réciproquement égal, la quantité de liquide ne varie ni d'un côté ni de l'autre. Mais s'il y a endosmose du sérum à travers les parois vasculaires, c'est-à-dire si les vaisseaux versent plus de sérum qu'ils ne reçoivent de liquide extérieur, il y a accumulation dans l'intestin et effet purgatif. Le contraire a lieu quand le courant s'établit de l'intérieur du tube intestinal aux canaux vasculaires. Que si l'on rencontre des exceptions à cette règle, c'est que la substance étrangère, en pénétrant la membrane, la rend quelquefois perméable à la manière d'un filtre et par suite impropre à l'endosmose, ou bien c'est que la substance rend la membrane imperméable à tout liquide.

Or M. Cogswell conteste, à quelques égards, la rigueur des expériences de M. Poiseuille, et dit même être arrivé à des résultats très-différents. Par exemple, M. Poiseuille prend pour réservoir de l'endosmomètre un bout de cœcum qu'il remplit de la liqueur à expérimenter et qu'il plonge ensuite dans du sérum. Mais il néglige de donner la densité de cette liqueur, et il est arrivé parfois qu'elle avait (d'après les recherches nouvelles de l'auteur) une pesanteur spécifique égale ou même inférieure à celle du sérum, tandis que l'expérimentateur la croyait supérieure. En second lieu, M. Poiseuille ne paraît pas s'être servi de cœcum frais, ce qui a pu encore modifier le résultat des expériences. Enfin la densité respective n'est pas, dans les liquides, le seul élément auquel soient subordonnés les phénomènes endosmotiques; il y faut joindre au moins la nature des liquides expérimentés. A ce sujet, l'auteur a entrepris une suite d'expériences avec diverses liqueurs de densité égale, mais tenant en dissolution les unes du sucre, les autres différents sels; il a pris pour membrane intermédiaire entre chaque liquide et de l'eau distillée tantôt le cœcum simplement préparé, tantôt le cœcum sec, ici l'intestin préparé de mouton appelé en Angleterre *membrane des droguistes*, là le tégument fin qui recouvre le gosier du bœuf, et il a vu les phénomènes d'endosmose varier beaucoup quant au degré, quant à la marche, quant à leur durée. Nous ne pouvons que renvoyer au travail original pour les détails.

Venant plus directement aux expériences de M. Poiseuille, il en contredit l'explication et en conteste même parfois les résultats. Ainsi, M. Poiseuille ayant mis de l'eau de Sedlitz dans le réservoir de l'endosmomètre et l'ayant opposée à la sérosité du sang, a vu l'eau du réservoir monter dans le tube; le sérum s'y était donc introduit à travers la membrane. De plus, le réservoir contenait de l'albumine, et le sérum du sulfate de magnésie. Des malades ayant été ensuite purgés avec l'eau de Sedlitz, on trouva une quantité anormale d'albumine dans les selles et du sulfate de magnésie dans l'urine. M. Poiseuille en tire la conséquence que c'est par un afflux endosmotique du sérum dans les intestins que certains médicaments produisent un effet purgatif. M. Cogswell fait quelques réserves, sans pourtant les motiver. Quant à nous, l'explication nous paraît un peu bien physique et, de plus, assez difficile à comprendre. L'eau de Sedlitz se trouve, dit-on, opposée au sérum à travers les parois des petits vaisseaux, et comme elle est plus dense que le sérum, elle l'attire par endosmose. Mais ce n'est pas seulement au sérum que le liquide intestinal est opposé; c'est au sang lui-même avec toutes ses parties constitutives, sa fibrine dissoute, ses globules, ses éléments salins, etc. Pourquoi l'action endosmotique se passe-t-elle uniquement de l'eau de Sedlitz au sérum? Si cette espèce de choix est possible et lié seulement à une différence de densité, on ne voit pas pourquoi un liquide peu dense, mais pourtant un peu plus dense que l'eau, et opposé à du sirop, par exemple, ou à une solution très-gommeuse n'attirerait pas l'eau pure qui tient le sucre ou la gomme en dissolution, comme on prétend que l'eau de Sedlitz opposée au sang qui est plus dense n'en appelle que le sérum qui a moins de densité. Évidemment il y a là autre chose que ce qu'y a vu l'honorable M. Poiseuille.

Son opinion sur l'action de la morphine n'est pas non plus confirmée par les expériences relatées dans ce travail. Selon lui, la morphine diminue d'abord l'endosmose (courant plus fort des conduits vasculaires à l'intestin, que de l'intestin aux conduits vasculaires), puis la suspend, puis enfin détermine l'exosmose. C'est pour cette raison qu'elle constipe, ainsi que toutes les préparations narcotiques. M. Cogswell a vu au contraire une solution d'un grain de morphine pour une once d'eau déterminer une véritable ascension du sérum.

Il termine enfin son important travail par la détermination de la puissance endosmotique d'un assez grand nombre de substances. L'espace ne nous permet que de signaler cet ordre d'expériences.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 AOUT 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

SUR LA DÉTERMINATION DU CENTRE NUTRITIF DES FIBRES SENSITIVES ET DES FIBRES MOTRICES.

M. le docteur WALLER communique son septième mémoire sur le système nerveux.

« D'après les expériences antérieures, dit l'auteur, que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, je suis arrivé à la conclusion que le centre nutritif des fibres sensitives spinales se trouve dans les ganglions intervertébraux, tandis que celui des fibres motrices est dans la moelle épinière. Pour obtenir la contre-épreuve de ces observations, faites sur les racines spinales, il restait à examiner les effets de la section de la moelle épinière sur ces racines. A cet effet, je divisai la moelle lombaire d'un chien entre les troisième et quatrième vertèbres sans dénuder la moelle. Il s'ensuivit une perte presque complète de sensibilité et de mouvement dans le train postérieur. Au bout de vingt jours, je constatai que les parties paralysées n'étaient que très-faiblement améliorées. L'animal fut tué à cette époque. L'examen après la mort me donna les faits suivants: La plaie de la moelle se trouvait cicatrisée et n'était indiquée que par un léger étranglement circulaire et par des adhésions peu étendues de deux feuillets de l'arachnoïde au même niveau. Dans le segment inférieur de la moelle épinière, les fibres du faisceau médullaire postérieur se trouvaient à l'état normal depuis le point de section jusqu'à sa partie inférieure. Sur toute cette étendue, la moelle épinière se composait de fibres larges, à doubles contours, mesurant environ $0^{mm},16$, présentant de nombreuses varicosités d'environ $0^{mm},32$; parmi celles-ci se trouvaient des fibres variqueuses extrêmement fines, pareilles à celles du cerveau, et des particules globulaires ou ovalaires transparentes, très-différentes de celles de la substance grise, et qui ont été signalées déjà par plusieurs observateurs.

» Dans le segment supérieur, depuis le point de section jusqu'à environ 4 décimètres plus haut, ou environ l'espace occupé par deux vertèbres, le faisceau médullaire postérieur se trouvait désorganisé et composé de particules semi-opaques, mesurant environ $0^{mm},20$, avec des fibres variqueuses très-fines. Les grosses fibres, si abondantes dans cette partie de la moelle épinière à l'état normal, manquaient complétement dans ces limites. Cet état de désorganisation se trouvait non-seulement à la surface, mais jusque dans la profondeur du faisceau.

» Dans le segment inférieur, je trouvai les fibres des racines antérieures des trois paires supérieures, c'est-à-dire les quatrième et cinquième lombaires et première sacrée, toutes plus ou moins désorganisées. Dans la quatrième paire la racine antérieure était rougeâtre, et à l'œil nu se montrait atrophiée.

» La racine antérieure de la cinquième paire se composait de fibres normales et désorganisées en proportions à peu près égales, tandis que celles de la paire sacrée ne renfermaient qu'une moindre quantité de fibres désorganisées. Dans les racines postérieures qui correspondaient aux paires précédentes, les fibres se trouvaient toutes à l'état normal.

» Sur un autre chien, la moelle épinière fut divisée entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires. La section ne fut pas complète, car du côté droit le membre postérieur possédait d'une manière très-imparfaite les pouvoirs moteurs et sensitifs. La queue et le membre postérieur gauche étaient complétement dénués de sensation et de mouvements, soit volontaires, soit réflexes. Au bout de vingt et un jours, pour la première fois je pus constater l'existence du pouvoir réflexe dans la queue. Cette action se manifestait au plus haut degré à son extrémité, où il suffisait du moindre attouchement pour l'exciter. La plus forte irritation ne produisit aucun signe de douleur. Les membres postérieurs restaient dans le même état qu'immédiatement après l'expérience. L'animal fut sacrifié trois semaines après l'opération.

» L'examen des nerfs du côté gauche, situés au-dessous de la ligne de section, me montra les fibres des racines motrices complétement désorganisées et celles des racines sensitives à l'état normal.

» Au delà du ganglion rachidien, le nerf se composait d'un mélange de fibres normales et désorganisées.

» Sur une grenouille, après avoir ouvert le canal vertébral, j'enlevai un segment de la moelle épinière, de l'épaisseur d'une demi-ligne, au-dessus des trois dernières paires. Au bout de cinq mois, je trouvai que le segment inférieur de la moelle était ramolli et diffluent. Plusieurs des paires de ce segment furent examinés. Les racines postérieures étaient à l'état normal, ainsi que les ganglions correspondants; les racines antérieures, au contraire, se trouvaient complétement désorganisées et à l'état granuleux.

» Les observations précédentes confirment donc ce que j'ai établi d'après la section des racines spinales, que le centre nutritif des racines antérieures se trouve dans la moelle épinière, tandis que celui des racines sensitives est dans les ganglions intervertébraux. Pour se rendre compte, dans la première observation, du fait d'une désorganisation limitée aux racines antérieures des trois paires supérieures du segment inférieur, il faut admettre que ces fibres motrices sont en rapport avec des corpuscules nerveux situés au-dessus de leur point d'insertion à la moelle épinière. De cette manière, on explique comment la première de ces racines motrices était complétement désorganisée, tandis que dans les deux autres, plus inférieures, les fibres désorganisées se trouvaient de moins

en moins nombreuses et n'existaient point dans les paires plus inférieures. La différence sous ce rapport entre la première et la deuxième observation tient probablement au peu de volume du segment inférieur de la moelle épinière, lequel, dans le deuxième cas, ne se composait plus que du cône effilé de la queue de cheval.

» Quant à la désorganisation du faisceau medullaire postérieur dans le segment supérieur, elle s'explique aussi, si l'on admet que ce faisceau est le prolongement des fibres sensitives vers le cerveau : sa désorganisation dans ce cas ne serait que la conséquence de sa séparation des ganglions intervertébraux inférieurs.

» Les applications à la pathologie sont si immédiates que je crois devoir ne point omettre de les signaler succinctement. Les premières expériences nous présentent les conditions qui existent dans les plaies ordinaires de la moelle épinière ; aussi pouvons-nous dire que dans tous cas de ce genre, lorsqu'il y a division de cet organe s'étendant au faisceau antérieur, on trouvera des racines antérieures du segment inférieur désorganisées avec les racines postérieures correspondantes à l'état normal.

» La troisième expérience nous démontre encore avec quelle puissance, même dans des cas anciens de désorganisation de la moelle épinière, les fibres sensitives en connexion avec leurs ganglions gardent leur structure normale pendant que les fibres motrices sont toutes altérées.

» Désormais le médecin possédera donc un moyen sûr de reconnaître avec précision le siége et l'étendue des centres de tous les nerfs moteurs, spinaux et craniens, et l'examen de ces fibres contribuera en même temps aux progrès du diagnostic de la pathologie et à la connaissance de la structure anatomique des centres cérébro-spinaux. »

(Commissaires précédemment nommés : MM. Magendie, Flourens, Velpeau.)

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE.

DIGESTION ARTIFICIELLE.

M. Lucien Corvisart communique des recherches ayant pour but d'administrer aux malades dont l'estomac ne digère point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux.

Il est incontestable, dit l'auteur :

1° Que les aliments, et spécialement certains aliments, subissent dans l'estomac une élaboration nécessaire, et que le suc gastrique est l'agent de l'élaboration digestive ;

2° Que les aliments subissent les mêmes modifications, soit que le suc gastrique agisse dans la cavité stommacale, soit qu'il agisse dans des vases, toutes circonstances d'expérimentations égales d'ailleurs ;

3° Que l'ouverture permanente causée par une balle à l'estomac du Canadien qu'observa M. de Beaumont, et celles que pratiquèrent ensuite les physiologistes sur les animaux, permirent de constater d'une manière irrécusable que la digestion chez les animaux dont l'organisation est voisine de celle de l'homme se passait (dans l'estomac ou les vases) avec les mêmes phénomènes que chez ce dernier et donnait les mêmes résultats ;

4° Qu'il est facile d'obtenir des quantités considérables de suc gastrique pris, soit dans l'estomac d'animaux abattus, par exemple dans la caillette des veaux, des bœufs, des animaux de boucherie ; 2° soit, et mieux encore, sur des animaux vivants et pourvus d'ouverture permanente à l'estomac, où l'on peut puiser selon les besoins. L'espèce de ces animaux peut au reste presque varier à volonté.

Or il est des malades nombreux dont l'estomac n'est plus apte, faute de suc gastrique, à faire subir aux aliments les modifications nécessaires à l'entretien de la vie.

Les nourrir en se passant, pour ainsi dire, de leur estomac est possible ; on peut donner aux malades suivant le cas :

1° Soit du suc gastrique liquide en nature ;

2° Soit du suc gastrique desséché et réduit en poudre (il redevient actif en se redissolvant).

Dans chacun de ces cas, on peut donner le suc digestif soit directement, soit par l'intermédiaire de quelque véhicule ou support, pourvu ou non soit de saveur, soit d'odeur.

3° On peut humecter on saupoudrer les aliments de ce suc gastrique dans des conditions aptes à lui conserver ses propriétés.

4° Dans les cas les plus difficiles, on peut opérer dans des vases la digestion artificielle des aliments et ne les administrer que déjà tout digérés par le suc gastrique sous forme de bouillons, pâtes, gelées, etc., etc.

L'économie n'a plus qu'à absorber et à assimiler ces matériaux, l'acte digestif est tout accompli.

Chacun sait que le suc gastrique liquide n'a dans sa transparence, sa couleur, son odeur ou sa saveur, rien de désagréable. Sa poudre n'a pas d'action bien sensible sur le palais. Les aliments tout digérés peuvent recevoir, comme les viandes cuites, toutes sortes de saveurs par les procédés culinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend un grand nombre de lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets, et un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en décembre 1851, dans la commune de Vaudioux (Jura).

— M. Reybard (de Lyon) remercie l'Académie de lui avoir accordé le prix d'Argenteuil.

— Un négociant de Tonneins, M. Nadaud, informe l'Académie de l'intention où il est de lui faire don d'une somme de 3,000 francs, pour être donnée en prix au médecin ou au professeur qui aura fait un cours public d'hygiène populaire en vingt-cinq leçons écrites, et développées verbalement, à partir d'octobre prochain jusqu'en mai 1853.

REMÈDES SECRETS.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remedes secrets, une série de rapports, dont les conclusions, uniformément défavorables, sont votees sans discussion.

— M. Danyau lit, au nom d'une commission, un rapport officiel sur une nouvelle espèce de bouts de sein et de biberons en gutta-percha.

La commission propose de répondre au ministre que les avantages du gutta-percha dans la fabrication des bouts de sein et biberons sont loin d'être démontrés, et que les appareils envoyés par l'inventeur n'ont pas sur ceux en usage la supériorité qu'il leur attribue. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la transmission des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

TRANSMISSION DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. Velpeau : Hunter, comme chacun le sait, a posé en principe que les accidents consécutifs de la syphilis ne sont point susceptibles de se transmettre. A l'époque où cette doctrine fut importée en France, M. Velpeau, et son maître, M. Bretonneau, voulant vérifier ce point de doctrine, se livrèrent à des expériences. Ils cherchèrent d'abord à s'assurer s'il était vrai qu'on pût faire des inoculations de l'homme aux animaux. Leurs tentatives furent sans succès, comme l'avaient été celles de Hunter et comme l'ont été depuis celles de M. Ricord. Tout ce qui a été fait depuis, et notamment dans ces derniers temps, le laisse encore dans le doute à cet égard. Quant au point principal de la question, il ne lui a point paru que l'expérience ait vérifié la proposition de Hunter ; loin de là. Il a acquis la conviction, dès cette époque, que les accidents constitutionnels sont susceptibles de se transmettre. Et cette conviction, bien qu'ébranlée un instant par les recherches de M. Ricord, s'est raffermie dans son esprit par de nouvelles observations. Voici sur quels motifs elle est fondée.

L'assentiment universel d'abord. Tout le monde sait qu'à l'époque de son importation en Europe, la syphilis était en quelque sorte épidémique ; la contagion avait lieu sous toutes les formes ; tous les accidents étaient reconnus transmissibles. Il ne faudrait pas croire tout ce qu'on rapportait alors de la contagion, sans doute ; mais tout cependant n'était pas faux. Et, en effet, non seulement le chancre, mais les pustules plates, mais les eczémas et les végétations syphilitiques sont susceptibles de se transmettre. Les résultats de l'observation clinique sont à cet égard sans réplique. Mais M. Velpeau ne s'en est pas tenu à l'observation uniquement, il a fait aussi des expériences. Chez un individu, qui avait une végétation syphilitique au bras, il a maintenu pendant quelque temps la partie malade en contact avec la membrane interne du prépuce renversé ; au bout de quelques jours, il est survenu sur cette membrane une végétation semblable à celle du bras. Il en a fait autant pour les pustules plates. Il lui est arrivé souvent de voir une pustule plate de la marge de l'anus suivie, au bout de quelque temps, sur le côté opposé, d'une pustule en tout semblable à la première et exactement moulée sur elle.

M. Vidal a vu une jeune fille qui a contracté directement un condylome d'un jeune homme qui n'avait pas en lui-même d'autre symptôme. Il n'y a pas de praticiens qui n'aient vu des eczémas syphilitiques se communiquer d'un individu à un autre. Pour lui, il a vu un eczéma du scrotum se mouler et se reproduire exactement sur la face interne de la cuisse, qui se trouvait en contact avec les bourses.

Revenant au point de départ de cette discussion, M. Velpeau rappelle en quelques mots le fait du médecin allemand, M. L..., qui s'est inoculé un chancre avec du pus pris sur l'amygdale ulcérée d'un de ses amis, atteint de syphilis constitutionnelle. Or, il est bien établi pour lui que cette amygdale était le siége d'une ulcération secondaire, et non pas d'un chancre primitif. En effet, ce malade avait eu d'abord un chancre ; puis quelque temps après il s'était déclaré chez lui des symptômes généraux constitutionnels, notamment un engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Ce ne fut que plus tard que se manifesta l'ulcération de la gorge, qui a fourni le pus d'inoculation à M. L..., qui, comme on sait, a eu lui-même depuis des accidents constitutionnels. Ce fait, M. Ricord ne le nie pas ; il ne peut pas le nier ; mais il cherchera peut-être à en atténuer la portée en cherchant à prouver que l'ulcère de l'amygdale a pu être un accident primitif. Mais, pour M. Ricord, il n'y a pas d'incubation. Une inoculation est suivie immédiatement d'un chancre ; or ici on aurait eu une incubation de dix jours environ. Donc, d'après les doctrines mêmes de M. Ricord, ce serait là une raison pour ne pas admettre que ce fût un accident primitif.

Du reste, pourquoi Hunter et son école professent-ils que les accidents constitutionnels ne sont pas transmissibles ? Parce qu'ils n'ont pas pu les inoculer. L'inoculation est pour eux le criterium de la transmissibilité des accidents syphilitiques. Tout ce qui n'est pas inoculable ne saurait être transmis par aucune

autre voie. Aussi Hunter, après avoir rapporté le fait d'un chirurgien qui avait contracté la vérole en se piquant avec un instrument qui avait servi à ouvrir un abcès sur une femme atteinte de syphilis constitutionnelle, se hâte-t-il d'ajouter que les accidents qu'a présentés ce chirurgien ne pouvaient pas être syphilitiques.

L'histoire des nourrices fournit de nombreux exemples de ce genre de transmission.

Hunter lui-même rapporte le fait d'un enfant né de parents atteints de syphilis constitutionnelle, et qui, confié aux soins d'une nourrice saine, communiqua la maladie à cette nourrice, puis à une seconde, puis à une troisième. Et en rapportant ce fait, il ne paraît pas se douter qu'il ruine sa doctrine. On opposera aux faits de ce genre une foule de suppositions; on dira : qui sait si la première nourrice n'avait pas été infectée par une autre voie. Mais on a eu le soin de déclarer qu'elle était saine. Mais en admettant d'ailleurs l'infection de la première, il n'y en aura pas eu moins transmission aux deux autres.

Wagner rapporte l'histoire d'un autre enfant, qui avait aussi infecté sa nourrice et la mère de cette nourrice, femme âgée de 70 ans, et qui avait l'habitude de caresser l'enfant, ou de le bercer en appliquant sa joue contre sa figure ou sa bouche. Cette vieille femme a eu des accidents constitutionnels qui ont débuté par une éruption syphilitique à la joue, sur laquelle elle avait l'habitude d'appliquer la figure de l'enfant.

Voici encore un fait rapporté par Cullerier. Il s'agit aussi d'un enfant infecté, qui est introduit comme nourrisson dans une famille de la campagne. Au bout de quelque temps, l'un des enfants de la nourrice est atteint de symptômes syphilitiques, auxquels il succombe. Le nourrisson meurt aussi. La nourrice elle-même ne tarde pas à être prise d'accidents syphilitiques à la gorge, bientôt suivis d'une manifestation complète de syphilis constitutionnelle. Une autre de ses enfants présente à son tour une éruption syphilitique. Et la preuve que ces accidents étaient bien syphilitiques, c'est que chez ces deux dernières tous ces accidents ont cédé à un traitement mercuriel.

On connaît le fait que M. Bouchacourt a publié dans la Revue médicale. Un enfant de 2 mois, nourri par une femme qui devient malade et dont les seins s'ulcèrent, a bientôt la figure couverte de boutons. Il est confié dans cet état à une seconde nourrice saine et mère de quatre enfants bien portants; celle-ci, à son tour, voit apparaître au bout de quelques semaines des pustules et des ulcères aux mamelons. Le plus jeune de ses enfants a bientôt la figure couverte de pustules semblables à celles du nourrisson; enfin sa fille aînée, qui donnait aussi des soins à l'enfant, est affectée également. On examine les organes sexuels de la nourrice et de son mari, et on n'y trouve pas la moindre trace d'accidents primitifs.

M. Bouchut, qui a rappelé ce fait dans un mémoire qu'il a publié sur ce sujet, rapporte lui-même plusieurs faits du même genre et non moins concluants.

La première objection qu'on fera à ces faits, c'est que les accidents en question ne sont point inoculables. Ce serait donner à l'inoculation plus d'importance qu'elle n'en a. L'inoculation ne réussit pas toujours. Et d'ailleurs, est-ce que tous les hommes calmes et sans prévention ne savent pas que la contagion a lieu par une foule de moyens différents; que le degré de contagionabilité varie à l'infini; que certaines maladies sont très-contagieuses, d'autres très-peu. On sait comment s'inocule la variole, la vaccine; mais la coqueluche, dont personne à coup sûr ne contestera la transmissibilité, mais la fièvre typhoïde, mais le choléra... peut-on les inoculer? Et de ce que ces maladies ne sont pas inoculables artificiellement, s'ensuit-il qu'elles ne se transmettent point?

Les anticontagionistes, en fait d'accidents syphilitiques secondaires, invoquent en faveur de leur thèse, l'hérédité. Mais il n'y a pas loin de l'hérédité à la transmission directe. La syphilis qu'ont les enfants par voie d'hérédité est une syphilis secondaire. Et avec quoi les parents ont-ils donné cette syphilis secondaire? Ce n'est pas avec des accidents primitifs qu'ils n'avaient plus. C'est donc une syphilis secondaire que les parents transmettent à leurs enfants.

Jusqu'ici, ajoute M. Velpeau, j'ai raisonné comme si l'inoculation ne pouvait pas reproduire les accidents secondaires. Mais si je prouve que ces accidents sont inoculables, que deviendra la doctrine? M. Vidal, dans ce même hôpital du Midi où M. Ricord dit n'avoir jamais pu réussir à inoculer aucun des accidents secondaires, M. Vidal a réussi, lui, à en inoculer plusieurs. M. Cazenave a également inoculé avec succès des accidents secondaires à l'hôpital Saint-Louis.

Un jeune homme se portant bien et n'ayant jamais eu de syphilis propose, par dévouement pour la science, de se soumettre à une inoculation. M. Vidal l'inocule. Il prend la matière d'une pustule d'ecthyma qu'un malade de son service portait à la poitrine et l'insère sur l'avant-bras de ce jeune homme. Au bout de quelques jours un ecthyma survient au lieu d'insertion, entièrement semblable à celui du malade qui en avait fourni la matière. Et cet ecthyma était si bien syphilitique, que ce jeune homme a eu plus tard la vérole constitutionnelle.

M. Richet avait dans son service une fille qui portait des plaques muqueuses, puis il lui survient un ecthyma à la jambe. M. Richet inocule la matière de cet ecthyma à l'extrémité du membre opposé. Cette malade n'avait dans ce moment aucun chancre. M. Richet s'entoure de toutes les précautions imaginables pour prévenir tout autre moyen de contamination. Il pousse ces précautions jusqu'à recouvrir le point d'inoculation d'une plaque de verre. Un ecthyma s'est développé sur ce point, entièrement semblable à l'ecthyma survenu spontanément sur l'autre jambe.

Wallace raconte avoir inséré sur la surface dénudée d'un vésicatoire chez un enfant de 12 ans de la matière prise sur une pustule plate. Cette inoculation a eu pour pour résultat une syphilis constitutionnelle. Le même médecin rapporte avoir deux autres fois inoculé, à l'aide de scarifications, de la matière recueillie sur des pustules plates d'individus atteints de vérole constitutionnelle. Ces inoculations ont eu le même effet. Wallace assure encore avoir inoculé avec succès du sang d'un malade atteint de vérole constitutionnelle.

Ainsi, en résumé, l'opinion ancienne, l'assentiment universel, l'expérience journalière, l'expérience clinique, les faits d'hérédité et les expériences d'inoculation elles-mêmes; tout se réunit aux yeux de M. Velpeau pour démontrer la transmissibilité des accidents secondaires. Bien mieux, pour lui tout est contagieux dans la vérole. Il y a d'autres voies de transmission que l'inoculation qu'on ne connaît pas encore et que la science découvrira plus tard. Il ne faut pas, parce qu'on ne sait pas comment ces transmissions s'opèrent, en nier la réalité. Il ne faut pas, enfin, avec un fait artificiel, l'inoculation, trancher une question à la solution de laquelle se rattachent de si graves intérêts pour la société.

M. Lagneau commence la lecture d'un long discours dont la suite, faute de temps, est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement; par M. A. Bertherand. — Un volume in-8°. — 1852. Strasbourg, chez Berger Levraut, rue des Juifs, 33. Paris, chez Reinwald, rue des Saint-Pères, 10, et chez J. B. Baillière.

En 1847, sur l'avis du conseil supérieur de santé, le ministre de la guerre mit au concours annuel des médecins de l'armée la question suivante : « Déterminer, principalement à l'aide des faits, quels sont dans l'état actuel de la science, la doctrine la plus rationnelle et le meilleur mode de traitement des maladies vénériennes. » C'est le mémoire en réponse à cette question, mémoire couronné par le jury d'examen, que M. Bertherand livre aujourd'hui à l'impression.

Si, à l'exemple de l'auteur, nous rappelons en commençant cette circonstance, ce n'est point que cela fût nécessaire pour dissimuler les imperfections d'un travail écrit à la hâte. Non; M. Bertherand, appelé depuis longtemps déjà à diriger de nombreux services de vénériens, ne pouvait être pris au dépourvu par une telle question; Ses matériaux étaient prêts comme ses convictions arrêtées d'avance. Tout, dans sa rédaction, décèle la maturité d'un esprit habitué à la méditation des problèmes divers que soulève la syphilographie. Il n'avait donc en aucune manière, sous ce rapport, besoin de l'excuse qui résulte naturellement de l'obligation d'improviser une réponse.

Mais la forme du livre se ressent plus que le fond de cette influence. Forcé, par la lettre même du programme, de borner son sujet et de concentrer ses forces sur deux points spéciaux, l'auteur a dû sacrifier ou écourter quelques parties; et ces lacunes, bien que volontaires, n'en laissent pas moins de véritables regrets aux lecteurs qui viennent de parcourir les chapitres plus substantiels relatifs à la *doctrine* et au *traitement*. Reconnaissons toutefois que peu d'omissions essentielles pourraient être signalées par la critique. A propos de chaque symptôme particulier, des descriptions concises, mais fidèles, rappellent les points de pratique utiles à connaître, et grâce à cette dérogation, que nul ne songera à condamner, l'ouvrage peut justifier pleinement son titre de Précis des maladies vénériennes.

Le premier livre de l'ouvrage est entièrement consacré à la *théorie* de la syphilis. Comme tous les médecins militaires, M. Bertherand a vu de près les fauteurs de la non-existence du virus, et il a vu aussi leurs victimes dans les hôpitaux où se déployaient les exagérations du *traitement antiphlogistique*. Il faut même que l'impression de ce spectacle ait été bien forte pour avoir pu entraîner un esprit aussi droit que celui de notre honorable confrère hors de la ligne que presque tous les syphilographes suivent maintenant. Après avoir sagement admis et solidement établi la réalité d'un virus syphilitique, les lois de sa diffusion entre individus différents, l'impossibilité de sa manifestation spontanée, il rompt franchement avec la doctrine qui met dans la lésion locale, le chancre, la source unique de l'emprisonnement général. Selon lui :

Le virus peut parvenir d'emblée jusqu'aux ganglions, et, sans autre accident primitif, aller de là contaminer l'organisme.

L'inoculation du pus blennorrhagique peut produire un chancre. A la vérité, il ajoute, comme concession, que ce phénomène est rare.

La blennorrhagie peut donner lieu à des symptômes constitutionnels. Il existe, il est vrai, des chancres de l'urètre; mais *très-certainement*, dit-il, la somme de ceux qu'on a pu diagnostiquer sur le vivant ou reconnaître à l'autopsie ne répond pas au nombre des urétrites suivies d'accidents constitutionnels.

Ces diverses propositions ont si souvent été discutées dans la Gazette Médicale que, malgré le talent avec lequel M. Bertherand les a présentées, nous ne croyons pas nécessaire d'en reproduire ici une nouvelle réfutation. Il n'en est pas de même de l'argument suivant, qui serait plus capable de faire impression. Il ne faut pas, dit l'auteur, en fait de transmission, considérer exclusivement la source d'où la contagion procède. L'individu qui s'y expose mérite aussi de fixer l'attention; car, en vertu de son idiosyncrasie, il peut échapper ou succomber, et, dans ce second cas, prendre telle ou telle maladie, tantôt un chancre, tantôt une gonorrhée, un bubon, etc. D'après cette remarque, on explique aisément « ces modalités différentes d'infection répétées à tort, pour les stigmates distincts d'autant de virus particuliers. »

Contre de pareilles assertions, une dénégation bien formelle, bien catégorique, n'est pas de trop; car elles n'iraient à rien moins qu'à saper par la base les doctrines pathogéniques, qui reçoivent tous les jours dans la pratique de si fructueuses applications. Oui, cette loi de variabilité individuelle, dans les manifestations d'une même maladie, est exacte pour les phénomènes constitutionnels, et c'est ainsi que l'on voit, de quatre sujets ayant eu un même chancre, l'un affranchi de toute conséquence ultérieure, le second frappé de roséole sans autre complication, un troisième offrir en outre l'ébranlement de la santé générale qui accompagne le début de l'affection, le quatrième enfin en être quitte pour quelques tubercules muqueux apparaissant à de longs intervalles. Pour les phénomènes primitifs, au contraire, tout est rigoureux, fatal, prévu, obligatoire. La transmission, je l'accorde, peut manquer si les conditions matérielles locales n'ont pas été remplies; mais si elle a lieu, jamais, absolument jamais, vous ne trouverez rien sur l'infecté qui n'eût existé chez l'infectant, et la vieille histoire de cette femme qui donnait à chacun de ses amants, *suivant leur tempérament*, à l'un un chancre, à l'autre des végétations, à celui-ci un écoulement, à celui-là des pustules, ne s'explique qu'en supposant existant chez la dispensatrice la collection complète des diverses lésions dont elle distribuait si généreusement le germe.

Passant, d'après le plan de son livre, à une seconde thèse non moins controversée, M. Bertherand examine ensuite s'il convient de préférer le traitement antiphlogistique au traitement mercuriel. Il ne s'agit, bien entendu que de la thérapeutique à instituer lorsqu'il n'existe que des accidents primitifs; car l'opportunité des antisyphilitiques spéciaux contre la vérole constitutionnelle n'est heureusement plus aujourd'hui pour personne une question litigieuse. Borné aux termes dans lesquels M. Bertherand le circonscrit, le problème est encore si vaste et si ardu qu'il y aurait de la témérité à prétendre le résoudre incidemment, dans ces colonnes, à propos d'un compte rendu. Notre auteur est d'avis que le traitement mercuriel donne à la fois une guérison plus prompte de l'accident primitif et des garanties plus certaines contre l'imminence des suites constitutionnelles. Les faits qu'il met en lumière, empruntés aux archives des hôpitaux militaires, ont certainement une grande valeur dans le débat, et seront utilement consultés par ceux qui auront plus tard à y revenir; mais assurent-ils au mercure une prééminence décisive sur le traitement simple? On pourrait douter qu'à cet égard la persuasion de M. Bertherand lui-même soit bien complète lorsque, à la fin de son préambule, d'ailleurs très-judicieusement tracé, on le voit conclure que, « loin de travailler à perpétuer un antagonisme exclusif entre les deux thérapeutiques rivales, il y a plutôt lieu de les concilier, d'établir entre elles une fusion rationnelle, de fonder, en un mot, une sorte d'éclectisme justifié par l'expérience et l'induction logique. » Ailleurs (p. 189), il remarque que « la guérison des ulcères vénériens s'obtient, dans la grande majorité des cas, par une bonne hygiène, le repos, le régime et les pansements appropriés. Le traitement spécifique devient souvent nécessaire comme moyen de prévenir les accidents secondaires. » Or, s'il est *souvent* nécessaire, il ne l'est donc pas toujours. Mais à quels signes reconnaître sa convenance ou son inutilité?... Nous avons soigneusement feuilleté toutes les pages du livre, et nous sommes forcé de déclarer que la réponse à cette question ne s'y trouve point. En général, les partisans de la doctrine à laquelle M. Bertherand appartient tranchent la difficulté en prescrivant le mercure dans tous les cas. En confessant ses doutes, notre savant collègue s'est montré plus consciencieux que ses coreligionnaires, et il est juste de lui en tenir compte. Mais voilà donc la pratique livrée à l'incertitude sur ce point capital, et ce n'est pas l'un des moindres reproches que l'on puisse adresser à un traité rédigé essentiellement sous les inspirations et en vue de la pratique.

Nous avons dû tenir franchement à M. Bertherand le langage que nous dictaient nos convictions : c'est un hommage rendu à ses qualités personnelles, non moins qu'à la supériorité de son talent; mais cette tâche préalable remplie, nous ne trouverions plus qu'à louer, presque sans réserve, dans le cours des chapitres qui suivent. Le traitement particulier à chacun des symptômes de la maladie est décrit avec tous les détails nécessaires et dans un esprit éminemment sage et progressif. Signalons surtout l'appréciation des injections caustiques comme moyen abortif de la blennorrhagie, méthode trop vantée, dont il restreint avec raison l'application à la période tout à fait initiale de la phlegmasie urétrale. D'avantageuses modifications apportées au manuel de l'opération du phymosis font de cet article l'un des plus intéressants de l'ouvrage. En indiquant le traitement local de l'adénite, il passe en revue les diverses complications de scrofules, de phagédénisme, d'induration, d'ulcérations sinueuses, qui en retardent souvent la guérison, et montre quel secours l'on peut tirer, dans ces conjonctures variées, de l'incision, des ponctions multiples, de la cautérisation, de l'énucléation, du vésicatoire, tous agents utiles, et qui n'ont en que le tort d'être préconisés à titre de panacée suffisant à toutes les indications. Dans ces pages, M. Bertherand montre le clinicien qui, s'il a beaucoup vu, a plus encore réfléchi, et qui peut mettre au service de la pratique le tribut d'une expérience étendue, fécondée par l'intervention d'une érudition dans le fonctionnement de laquelle la mémoire ne tient qu'une seconde place.

Recommandons notamment au lecteur le chapitre sur la syphilis des nouveau-nés. Les découvertes plus récemment faites sur les lésions viscérales existant à cet âge y sont exposées avec clarté, et le complément naturel de ces notions, le traitement, y occupe une place en rapport avec son importance, soit qu'on l'administre directement à l'enfant, soit qu'il lui soit donné par l'intermédiaire du lait de sa nourrice, soit enfin qu'on l'emploie pendant la grossesse, circonstance dans laquelle il est à la fois curatif pour la mère et préventif pour l'enfant.

Les dernières discussions sur la syphilisation ont tellement absorbé l'attention que peu de personnes sans doute iront chercher dans le livre de notre auteur un reflet des impressions causées par les luttes passionnées de la lice académique. Et pourtant, c'est une justice à lui rendre, il a analysé les travaux des vaccinateurs et des syphilisateurs dans le même esprit, soulevé les mêmes objections, formulé, en somme, sur la valeur de ces méthodes les mêmes conclusions que le rapport de la commission. Cette concordance entre hommes de sens, entre médecins éclairés et indépendants, ne nous étonne point; nous la faisons seulement ressortir afin de montrer que M. Bertherand, malgré l'étroitesse de son cadre, a su y rattacher toutes les questions susceptibles d'une application pratique.

Une dernière remarque, et ce sera encore une remarque critique; mais celle-là ne porte plus sur un point plus ou moins obscur de doctrine : c'est de clinique, de traitement, de prescription pharmaceutique qu'il s'agit. M. Bertherand, seul peut-être de tous les syphilographes contemporains, refuse à l'iodure de potassium le pouvoir curatif, pouvoir que tant de malades ont heureusement éprouvé. « Il n'a, dit-il, aucune vertu antisyphilitique; mais il peut réussir merveilleusement à relever une constitution déprimée par la vérole et les traitements violents qu'elle a entraînés. » Et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que M. Bertherand, conséquent à ces prémisses, n'ordonne effectivement pas l'iodure dans les cas où il est le plus manifestement indiqué, contre les douleurs ostéocopes. A coup sûr, si l'on veut éprouver les propriétés de ce remède pour prévenir la syphilis constitutionnelle ou pour combattre ses accidents secondaires, on, on le trouvera, et il sera permis de le proclamer impuissant; mais quand on le voit faire disparaître en quelques semaines une périostose, cicatriser des ulcères serpigineux ou perforants, puis préserver, après la guérison, de toute récidive ultérieure, nous ne comprenons guère sur quoi l'on se fonde pour lui dénier le titre d'antisyphilitique, que le mercure a gagné par des services assurément moins prompts et tout aussi contestables.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— On écrit de Magdebourg, le 25 août :

« Le choléra vient d'éclater ici. Le fait a été communiqué officiellement aux médecins; des lazarets ont été établis et toutes les précautions sanitaires ont été prises.

» A Varsovie, où le choléra continue ses ravages, le prince Paskewitsch a quitté la ville après avoir fait fermer les écoles publiques. La plus grande terreur règne dans le pays. Par suite de la négligence et de la malpropreté des habitants, jointes à l'absence complète de traitement préservatif et curatif, un village très-populeux, aux environs de Varsovie, n'a conservé que 7 personnes. »

— On écrit de Varsovie, 27 août :

« 5,000 personnes sont mortes du choléra dans les hôpitaux, et le total des décès est de 20,000. La mortalité a été très-grande, notamment parmi les israélites. Les 21 et 22, 350 personnes sont mortes. Depuis le 8 jusqu'au 22 (quinze jours), 1,662 israélites sont morts. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.—CONTAGIONABILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Parmi les arguments d'induction qu'on peut faire valoir en faveur de la transmissibilité des lésions secondaires de la syphilis, il en est un dont nous n'avons rien dit dans notre dernier article et qui ne nous est pourtant pas étranger ; car c'est la GAZETTE MÉDICALE, si nous ne nous trompons, qui l'a introduit dans le débat, il y a deux ans, à l'occasion du mémoire de M. Cullerier : nous voulons parler de l'hérédité incontestable et aujourd'hui incontestée de la syphilis secondaire. Il nous revient donc quelque chose des malices décochées par M. Ricord contre *les nuages de la philosophie transcendante*. Eh bien ! notre spirituel ami n'en aura pas le démenti ; il aura réellement tiré, comme on dit, un coup de pistolet dans les nuages, et les nuages iront tranquillement leur chemin. Que répond, en effet, M. Ricord ? « Les maladies héréditaires ne sont pas pour cela contagieuses. Exemples : le cancer, les tubercules, l'aliénation mentale, etc. » Pas un mot de plus ni de moins. Or il est clair que l'argument n'avait pas été compris. L'hérédité de la syphilis secondaire et celle des maladies dont on parle n'ont qu'un rapport très-éloigné. Que transmettent les parents cancéreux, tuberculeux ou aliénés? Ils transmettent, non pas directement l'un ou l'autre des états morbides qu'ils portent eux-mêmes, mais seulement une certaine disposition organique qui prédestine leurs enfants au cancer, au tubercule, à l'aliénation, le plus souvent pour une époque déterminée de la vie, celle qui avait été fatale aux parents eux-mêmes. Que transmettent les syphilitiques? Réellement et immédiatement la maladie dont ils sont atteints. Ce n'est jamais à un âge plus ou moins avancé, mais toujours dans les premières semaines qui suivent la naissance que se développent les accidents. Voilà une première différence. En voici une seconde. Qu'est-ce que le cancer, le tubercule, l'aliénation? Des manifestations d'un dérangement survenu dans l'intimité de l'agrégat humain, dans ses éléments originels et constitutifs. Et la syphilis transmise? Une simple maladie accidentelle, une roséole, des excoriations, des plaques muqueuses. Pour trouver l'analogue d'une hérédité de cette nature, il ne faudrait donc pas le chercher dans l'état cancéreux ou tuberculeux, mais dans quelque affection du genre de l'érysipèle et autres maladies accidentelles de la peau. Il va sans dire qu'on ne l'y trouverait pas; on, si on le trouvait, ce serait précisément dans celles de ces maladies qui sont contagieuses en même temps qu'héréditaires, comme la teigne. Encore leur caractère héréditaire est-il moins certain que leur caractère contagieux, et n'apparaissent-elles pas comme la syphilis dans la première semaine de la vie. Veut-on d'autres différences importantes, essentielles, fondamentales? Elles abondent. Le cancer dont le germe est déposé dans le produit de la conception n'a pas en, lui, une source virulente et contagieuse ; que, une fois développé chez le même produit devenu homme, il ne soit pas contagieux, rien de plus simple. Mais il en est autrement de la syphilis. C'est par la contagion, uniquement par la contagion, qu'elle est entrée chez les parents ; il est dès lors naturel de demander si elle n'imprègne pas la progéniture par la même voie. Enfin le cancer, les tubercules, transmettent héréditairement une lésion organique déterminée, toujours la même. Les lésions syphilitiques transmises sont fort variables et diffèrent le plus souvent de celles que présentaient les parents ; ce sont presque indifféremment des papules, des taches, des plaques ulcérées, etc.

En somme donc, tout annonce chez l'enfant syphilitique par hérédité la présence d'un principe morbide, que nous n'appellerons pas virus, si on le désire, mais tout à fait semblable à celui qui imprégnait les parents, aussi libre que lui dans son évolution, aussi variable dans sa phénomalité, ne tenant pas plus que lui aux éléments essentiels de l'organisation, et paraissant dès lors susceptible de se transmettre par hérédité proprement dite que par une sorte de contagion intra-utérine. Que la transmission ne s'opère pas par contact, mais par l'intermédiaire de la circulation utéro-placentaire, cela ne constitue pas plus l'hérédité que l'empoisonnement du fœtus par l'injection de la noix vomique dans les veines de la mère ne constitue l'hérédité des convulsions tétaniques.

Mais descendons des considérations *transcendantes* aux faits, à l'expérience. Il est bien entendu que nous ne plaidons ici que *l'exception*. Les accidents secondaires ne sont transmissibles qu'*exceptionnellement* ; c'est chose accordée : mais à condition qu'on n'abusera pas contre nous de ce terme impropre, né de la manière dont la question a été posée. Les faits de contagion font exception. A quoi? A la loi de M. Ricord. Mais ils rentrent parfaitement dans la règle générale des maladies contagieuses. La nature a voulu que certaines maladies ne devinssent virulentes que sous des conditions particulières, qu'une seule et même maladie pût parcourir tous les degrés de la virulence depuis *zéro* jusqu'au degré *maximum*. L'histoire des endémies, des épidémies, des épizooties, crie partout cet arrêt de la nature; de sorte que l'exception est réellement dans la non-contagion absolue des accidents secondaires de la syphilis, au lieu d'être dans la contagion accidentelle. Prenons-la néanmoins où la place M. Ricord. Est-il parvenu à démontrer l'inanité des faits publiés en faveur de la contagion, et même de l'inoculabilité? Nous ne saurions l'accorder. Et pourtant ce n'est pas la verve, ce ne sont pas les ressources d'esprit qui ont fait défaut.

Si Troie avait pu l'être, Hector l'aurait sauvée;

Mais le *vis superum* est plus fort que tout et l'emportera. L'argumentation de l'orateur est le pendant exact de celle qu'il a récemment dirigée contre la syphilisation. Aussi brillante dans la forme, elle a au fond le même défaut : elle tend à prouver, non que les faits sont illusoires, mais qu'ils pourraient l'être; non que l'interprétation dont ils sont l'objet est fausse, mais qu'ils pourraient en recevoir une autre. Ainsi les lésions transmises occupaient le siége habituel des accidents secondaires : mais les accidents primitifs peuvent siéger aux mêmes parties ; elles étaient multiples : mais les lésions primitives peuvent l'être ; elles avaient l'apparence de plaques muqueuses : mais l'*ulcus elevatum* leur ressemble beaucoup ; ou celle de l'ecthyma : mais la pustule chancreuse n'en diffère pas sensiblement; on n'a pas aperçu des accidents secondaires sur l'auteur présumé de la transmission : mais l'examen avait été incomplet ; l'examen du sujet a été complet : mais la prétendue victime a pu être elle-même infectée, malgré ses dénégations. Il faut convenir que voilà une filière, et nous la raccourcissons, par laquelle le fait le mieux avéré, le plus incontestable, aurait bien du bonheur dû pouvoir passer. Il y a même, tout à l'extrémité,

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XV.

DE ROME A NAPLES PAR LES MARAIS PONTINS.

(Suite et fin. — Voir le n° 36.)

Jetons maintenant un coup d'œil sur la plaine pontine, telle que l'ont faite tous ces travaux successifs. D'après les calculs du baron de Prony (1), les nappes d'eau et les marais y occupent encore 30,329 hectares, sur une aire totale de 130,261, c'est-à-dire plus d'un cinquième. Les principaux marécages s'allongent en chapelet le long de la mer, derrière les dunes, sous les noms de lacs de Paola, de Caprolaco, de Monaci, et de Pagliano. Aux approches de Terracine, on trouve plusieurs marais-types, entre autres la Piscina della Calambria et le Pontano del Inferno. Nous avons déjà dit que la seule portion de la plaine comprise entre Cisterna et ce qu'on veut bien appeler commencement des marais Pont us contient à elle seule 452 hectares de marais. Enfin, épars dans la plaine, depuis la montagne jusqu'au rivage, ou caches sous les maquis, et à l'ombre des forêts vierges, on trouve encore une foule de marécages. Mais si on cesse de se placer au point de vue trop exclusif du marais-type, et qu'on envisage, ainsi que nous en avons ailleurs démontré la nécessité (1), les autres surfaces palustres qui, tout en ne présentant pas la même physionomie, n'en sont pas moins des foyers fébrigènes très-actifs; oh! alors la proportion change considérablement : ce n'est plus un cinquième, mais les deux tiers de la plaine qu'on doit considérer comme un laboratoire d'effluves. Nous espérons que cette vérité ressortira de la description suivante.

Les terres alluviales de la plus grande partie de la plaine sont abreuvées d'humidité comme une éponge remplie d'eau; celle-ci pénètre dans leurs profondeurs les plus intimes et s'élève jusqu'à leur surface, à cause de la faiblesse

(1) Baron de Prony, DESCRIP. HYDROGR. ET HISTOR. DES MARAIS PONTINS. Paris, 1823. In-4° et atlas.

(1) Félix Jacquot, RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES A QUINQUINA. Premier mémoire adressé à l'Académie. (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1848.)

un point absolument infranchissable; car comment prouver la moralité des gens? Il est clair qu'il y a là, pour les adversaires de la contagion, un refuge presque toujours assuré.

Voyons pourtant. Un enfant porte des lésions secondaires en différentes parties du corps, notamment à la bouche, et ne porte que cela. La nourrice qui l'allaite présente bientôt des lésions du même genre. Dans quelle hypothèse se jettera-t-on? Ce n'est pas assez de supposer que la nourrice avait eu antérieurement un chancre; car on n'expliquerait ainsi que les accidents qui lui sont propres, et non ceux de l'enfant. Est-ce celui-ci qui a infecté la nourrice, et non la nourrice l'enfant? Il importerait peu, puisque celui-ci ne portait pas des lésions secondaires. Y a-t-il eu erreur de diagnostic? Les lésions étaient-elles primitives chez l'un des deux sujets? Alors il aurait dû communiquer à l'autre des accidents primitifs, et non des accidents secondaires. Et l'on est ainsi réduit à cette extrémité, de supposer un caractère primitif aux lésions des deux sujets, et cela contre l'évidence, contre les prescriptions mêmes de la loi de M. Ricord. En effet, lisez dans le DUBLIN QUARTERLY JOURNAL, 1846, une observation d'Egan, dans laquelle une nourrice, allaitant un enfant porteur de lésions caractéristiques aux cuisses, à la fesse et dans la bouche, présenta bientôt à l'un des mamelons un ulcère *dont le pus n'était pas inoculable*. D'autres fois la difficulté vient de ce que la maladie s'est transmise d'une nourrice à plusieurs enfants, ou d'un enfant à plusieurs nourrices, et alors, l'infection ne pouvant plus guère être rapportée à autant de sources individuelles, il faut de toute nécessité affirmer le caractère primitif de la lésion mère. Ainsi M. Petrini a rapporté, dans le RACCOGLITORE MEDICO, 1850, l'observation d'un nourrisson qui a manifestement communiqué la syphilis à deux nourrices successivement, lesquelles ont ensuite infecté leurs propres enfants et leurs maris. Quelles lésions portait le nourrisson? Des taches cuivrées sur la peau et des altérations dans la bouche. Il est sans doute bien facile, ne pouvant nier le caractère consécutif des taches cuivrées, d'attribuer un caractère primitif aux ulcères buccaux seulement. Mais on conviendra que ce partage est plus commode que rigoureux.

Quant aux inoculations proprement dites, on arrive à en infirmer la valeur par deux procédés. On recourt d'abord à l'erreur de diagnostic: on a, dit-on, inoculé de véritables chancres. Les inoculateurs disent pourtant s'y connaître et affirment qu'il s'agissait de pustules plates et d'ecthymas secondaires. Négation contre affirmation, cela ne fait pas une preuve scientifique, et l'expérience subsiste jusqu'à plus ample informé. On ajoute que des excoriations, des piqûres, des scarifications, ont pu devenir le point de départ de pustules syphilitiques chez des individus infectés, sans que la matière inoculée y ait en rien contribué. On a percé une outre, qui a laissé sourdre la matière dont elle était remplie. A parler franchement, nous n'attachons pas autant d'importance que M. Velpeau aux développements des papules muqueuses dans certaines parties en contact réciproque; et, sur ce point, les objections de M. Ricord nous ont paru fondées; mais la comparaison de l'outre nous plaît un peu moins. La plénitude diathésique est aussi grande au moins dans la syphilis tertiaire, à la période des larges et profondes destructions organiques, que dans la syphilis secondaire. Une piqûre faite dans la première condition pourra donner lieu à une plaie rebelle; mais voit-on l'inoculation amener précisément la lésion qui avait fourni la matière inoculée; l'exostose suppurée, par exemple, engendrer l'exostose? Non certainement. C'est néanmoins un résultat analogue que les expérimentateurs ont obtenu dans l'inoculation des lésions secondaires: la pustule plate leur a donné une pustule plate, l'ecthyma un ecthyma, et ainsi de suite.

Nous ne voulons pas terminer sans rendre à M. Ricord une justice. Au milieu de toutes les vivacités du langage, il est resté plus modéré dans son opinion qu'on ne s'y attendait. Il s'est défendu de toute opposition systématique à la doctrine de la contagion. Il conteste la signification des faits jusqu'ici produits; ses adversaires les regardent comme probants; voilà toute la différence. Nous sommes également de ceux qui, au lieu de voir une contradiction dans les conseils de prudence par lesquels il a terminé, n'y ont trouvé que le témoignage d'une sage réserve et d'un amour éclairé du progrès.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES FORMES QU'AFFECTE LA FIBRINE DANS L'INFLAMMATION ET L'HÉMORRHAGIE; présenté à l'Académie des sciences, séance du 19 juillet 1852, par M. MONNERET, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DU PLASMA FIBRINEUX DÉPOSÉ SUR LES MUQUEUSES ENFLAMMÉES. — Il est curieux pour l'histoire de la fibrine de comparer ce qui se passe sur les membranes muqueuses buccale, pharyngienne et laryngée lorsqu'elles sont enflammées à ce qui a lieu dans la phlegmasie varioleuse. On vient de voir que celle-ci n'a rien de spécial au point de vue de la lésion cutanée. Il en est de même de la phlegmasie buccale et pharyngée qui a reçu le nom de diphthérite qui doit être effacé du vocabulaire médical, puisqu'il tend à faire croire qu'elle est une inflammation spéciale distincte des autres, tandis qu'elle constitue une des formes vulgaires, communes, de toutes les inflammations membraneuses.

J'ai étudié bien souvent les phénomènes locaux et le concrétum fibrineux que provoque la phlegmasie de la membrane interne de la bouche: 1° dans la stomatite mercurielle; 2° dans la stomatite liée à la phlegmasie aiguë du poumon, à la phthisie ou à quelque maladie grave, soit générale, soit des viscères abdominaux; 3° dans la stomatite scarlatineuse. Le nombre de ces observations est aujourd'hui si considérable et leurs résultats sont tellement identiques qu'il ne reste pour moi aucune incertitude sur les faits dont je vais parler.

Il suffit d'irriter légèrement, de gratter la membrane muqueuse de la bouche, pour y faire naître la rougeur et exciter en un temps très-court l'extravasation de produits fibrineux qui, détachés de la membrane, s'y reproduisent avec une promptitude extrême. Le plasma, en recevant immédiatement le contact de l'air et des liqueurs de la bouche, soulève l'épithélium et se concrète sous forme de fausses membranes, tantôt molles, tantôt coriaces et résistantes. La fibrine s'y montre sous forme de granulations et de fibrilles droites ou contournées. Le premier élément patholo-

de la pente et de l'insignifiance de l'altitude. Foro-Appio, situé à 18 milles de l'embouchure du Portatore dans la mer, n'est qu'à 6 mètres 700 millimètres au-dessus du niveau des eaux tyrrhéniennes.

Les terrains de la plaine pontine peuvent se diviser en cinq catégories; les uns, bien desséchés, sont propres à être ensemencés en céréales; d'autres, dont le dessèchement n'est pas aussi complet, peuvent produire du maïs; ceux qui restent toujours humides sont condamnés à ne servir qu'à la pâture; de grands espaces, le long de la mer, sont couverts de forêts et d'humides maquis; enfin viennent les marais-types et les surfaces aqueuses. Pour avoir une idée des résultats de ce qu'on décore trop souvent du titre ambitieux de dessèchement, qu'on jette un coup d'œil sur les chiffres officiels qui suivent. Pie VI a desséché, dit-on, 18,651 hectares; or, sur ces 18,651 hectares, 3,414 sont seulement aptes à la culture du froment, 2,585 à la production du maïs, 8,057 ne peuvent servir que de pâturages; 4,194 hectares sont occupés par des maquis et par des marais; enfin 401 hectares sont constitués par des canaux, routes, constructions, chaussées, etc. Imitons donc l'auteur d'un savant ouvrage sur les marais Pontins (1); parlons de *bonification*, mais non pas de *dessèchement*.

Il ne faut pas s'en laisser imposer par la surface herbeuse qu'on a sous les yeux. Dans les maremmes toscanes, de Livourne à Pise, le chemin de fer traverse des campagnes verdoyantes; mais, quand l'œil pénètre sous ce tapis de plantes, il aperçoit bientôt que chaque touffe est comme un îlot entouré d'une eau peu profonde, et par cela même très-dangereuse (26 mars 1852). De grands espaces des marais Pontins présentent la même physionomie, et d'autres, non moins étendus, s'en rapprochent beaucoup, ainsi qu'en témoignent ces notes que nous écrivions à Tor de Ponti, le 17 avril 1852. A cette date on avait la sécheresse depuis un mois.

« La teinte verte des prés est jaspée d'une foule de points bruns, qui ne sont autre chose que des gazons arrachés et retournés par le pied des animaux. L'humidité qui pénètre la terre est en effet si abondante que le sol détrempé reste constamment meuble et sans consistance, de sorte que le pied des chevaux, des bœufs et des buffles, quand ils s'abattent et prennent la course, arrachent les gazons et les sèment sur la prairie. Partout où il y a une dépression, ne fût-elle que d'un à deux décimètres seulement, partout où l'on rencontre un petit fossé, voire même un sillon creusé par les roues dans le sol mou, aussitôt l'eau afflue et forme un diminutif de marais. Nous ne saurions donc trop le redire: cette terre est une éponge remplie d'eau.

» En avançant vers Foro-Appio et au delà, le caractère marécageux nous a semblé moins manifeste, au moins au bord de la route: l'eau n'apparaît plus autant à la superficie, mais sa présence, à une faible profondeur, se trahit encore par de nombreux îlots de plantes aquatiques, parmi lesquelles domine un iris à fleurs jaunes, îlots faisant saillie sur le gazon, formé par des plantes plus courtes et de meilleure qualité. »

Une large bande de la plaine pontine, celle qui touche la montagne et occupe la moitié de la surface, est entièrement dépouillée de grands végétaux; la vue

(1) Monseigneur Nicolaï, DEI BONIFICAMENTI DELLE TERRE PONTINE. In-4° avec plans, Rome.

gique constitue la plus grande partie de la fausse membrane, et sert de support, de terrain aux autres produits. Le second élément est le pus dont les globules pâles emprisonnés çà et là dans la fibrine ne diffèrent point des autres globules de pus. Le plus commun des éléments pathologiques est ensuite la cellule granuleuse, à nucléoles bien prononcés, qui se dissocient et se dissolvent dans l'acide acétique sans présenter les trois ou quatre noyaux du pus.

On remarque d'une façon constante et confondus dans la gangue fibrineuse : 1° des cellules épithéliales tout à fait caractéristiques ; 2° des noyaux de ces mêmes cellules en voie de formation, sans enveloppe et bien distinctes de tous les autres produits morbides connus ; 3° des corps arrondis, presque droits, pointus aux deux extrémités, rappelant un peu la cellule fusiforme, ne paraissant être toutefois que de l'épithélium roulé sur lui-même et déformé ; 4° il s'y ajoute enfin des cellules un peu allongées, arrondies, qui ne sont que les spores du végétal connu sous le nom de sporotrychium. Leur nombre est parfois considérable, et en même temps le tube du même végétal formé par la soudure des spores se montre sous la forme de branches élégantes qui traversent la fibrine dans toutes sortes de directions. Un autre végétal, décrit sous le nom de *penicillum glaucum* par M. Turpin, s'y retrouve également comme dans toutes les liqueurs albumineuses acidifiées.

Sans m'arrêter sur ces derniers phénomènes qui seront étudiés plus loin, il est indispensable de montrer aux praticiens que la fausse membrane, loin de lui révéler une inflammation spécifique, ne fait qu'éclater plus clairement le caractère commun à toutes les phlegmasies. En effet, n'y voit-on pas le pus et la fibrine, ces témoins irrécusables de l'inflammation ? J'ai choisi, pour ne laisser aucun doute dans l'esprit de ceux qui voudraient ne voir dans la diphthérite qu'une phlegmasie spéciale, des cas où l'exsudation plastique dépendait d'une cause spécifique, telle que le mercure, la scarlatine, le croup, etc. J'ai placé à côté de ces cas des phlegmasies simples développées spontanément ou consécutives à des maladies de l'estomac, du poumon, de l'utérus, à la cirrhose et à l'hépatite, et je n'ai jamais pu constater, soit dans les caractères extérieurs et physiques de la fausse membrane, soit dans les autres symptômes locaux concomitants, quelque chose de décisif en faveur de la spécificité.

N'a-t-on pas prétendu également que le croup était une laryngite spécifique ? Cette opinion est fausse de tout points. Si l'on veut seulement dire qu'au lieu de sécréter du mucus ou du muco-pus, le larynx sécrète de la fibrine qui se concrète en fausse membrane, la distinction fondée sur cette différence est encore illusoire, car la pseudomembrane du croup renferme tous les produits communs de l'inflammation, ainsi que je m'en suis assuré dans plusieurs cas, à savoir la fibrine, les cellules granulées, le pus, les globules pyoïdes, les cellules épithéliales. La concrétion qui en résulte ne diffère donc pas de celle qu'on trouve à la surface d'un vésicatoire récent ou ancien, dans la pustule variolique, comme je l'ai montré précédemment, dans l'interstice des tissus, au milieu du poumon, aussi bien que dans la pie-mère et la plèvre enflammées ; partout en un mot la fibrine et le pus se présentent de la même manière, et témoignent de l'identité des phénomènes locaux propres à l'inflammation.

Muguet. — Cherchons maintenant si la maladie à laquelle on a donné le nom de muguet est une phlegmasie de la membrane muqueuse. Cette affection a été pour moi le sujet fréquent de recherches depuis bien des années ; je compte plus de quarante observations recueillies dans des conditions morbides très-diverses. J'ai d'abord constaté que les propriétés physiques de la fausse membrane, telles que la couleur plus blanche, la mollesse, la faible adhérence, étaient variables et n'avaient aucune valeur réelle pour le pathologiste ; que la membrane muqueuse offrait seulement une hypérémie moindre que dans la stomatite proprement dite. Ce serait prendre une très-fausse idée de la concrétion plastique que de vouloir exiger toujours pour sa production une tuméfaction et une rougeur vive, la douleur et la chaleur de la membrane enflammée. Un très-léger érythème suffit, et j'ai souvent trouvé dans l'état naturel la membrane du larynx ou de la bouche qui était encore recouverte de la concrétion plastique ; l'hypérémie s'étant dissipée, le produit morbide restait.

L'étude microscopique m'a toujours fait découvrir dans la fausse membrane du muguet : 1° la fibrine en granulations et en fibres, absolument comme dans tous les caillots plastiques de l'inflammation ; 2° des cellules granuleuses ; 3° quelques globules de pus ; 4° un nombre considérable de cellules d'épithélium pavimenteux présentant leurs caractères les plus tranchés, et parmi ces cellules d'autres qui n'ont encore que leurs noyaux, et qui sont en voie de formation ; quelques-unes sont déformées, enroulées sur elles-mêmes. L'acide acétique les rend plus évidentes. Ainsi la seule différence qui existe entre le plasma de l'inflammation et celui du muguet est la proportion très-grande des cellules épithéliales qui constituent la plus grande partie de la fausse membrane propre à cette dernière affection. On doit la considérer comme un travail morbide qui détermine l'accroissement anormal de la sécrétion épithéliale propre aux membranes de rapport. Tel est le véritable caractère du travail morbide qui participe plus de la sécrétion physiologique que de la sécrétion plastique. Suivant que l'une ou l'autre vient à prédominer, on trouve la concrétion plus ou moins riche en fibrine ou en épithélium, et l'on comprend ainsi toutes les variétés de forme, de consistance, etc., du muguet et de la diphthérite.

Vogel a décrit très-exactement et fait représenter dans ses Icones (planc. 21, 1843) les végétaux qu'il a trouvés dans le muguet et qui avaient été aperçus d'ailleurs avant lui. Celui qu'il indique et qui est en effet le plus commun appartient aux mucédinées ; c'est le sporotrychium. Il se présente sous la forme de spores distincts, jetés en nombre souvent considérable parmi les cellules épithéliales et la fibrine, ou bien constituant des tubes élégants, cloisonnés de distance en distance, formés par les cellules ovoïdes du végétal, qui se disposent en séries moniformes. Outre ce végétal, on trouve encore, soit isolés, soit réunis dans la même pseudomembrane, les tubes rameux du pénicillum glaucum qui est moins commun que le sporotrychium.

L'idée bien nette qu'il faut prendre et que je développe depuis longtemps dans mes cours publics, c'est que les mucédinées ne sont qu'un accident très-secondaire dans la formation, je ne dis pas seulement du muguet, mais des pseudomembranes pultacées, couenneuses ou autres, qui se développent dans la bouche enflammée. Telle est aussi l'opinion développée par M. Gubler dans une note récente (Compte rendu de la Soc. de biol., 1852). Les parasites végétaux manquent dans un assez grand nombre de cas, sans que pour cela la fausse membrane cesse d'offrir ses caractères habituels. Les causes qui en favorisent le développement se trouvent réunies dans la cavité buccale : libre pénétration de l'air, chaleur, malpropreté, aliments, liqueurs acides fournies par les glandes muqueuses et pouvant neutraliser ou acidifier les liqueurs albumineuse et alcalines sécrétées normalement par la bouche (salive) et pathologiquement par la membrane en-

---

se perd dans les horizons monotones de campagnes unies. Des cloisons à claire-voie, comme celle de l'Agro-Romano, partagent ces vastes espaces en grands compartiments, peuplés de troupeaux de chevaux à peu près sauvages, de bœufs et de buffles, qui, été comme hiver, vivent en plein air, sans aucun abri. La bande maritime est, au contraire, envahie par la végétation désordonnée de maquis inextricables, et sur le rivage, par exemple autour du lac de Pagliano, par de véritables forêts vierges, où les arbres et les plantes naissent, croissent et meurent à l'aventure, parmi les mares croupissantes, ou dans les humides tourbières, engraissées par les détritus accumulés. Les loups et les sangliers disputent seuls ces solitudes aux troupeaux de bœufs, de buffles, de chevaux et de porcs, tout aussi sauvages qu'eux. Dans ces tristes lieux, où l'on voit pointer de loin en loin un misérable toit, et passer, comme des spectres, de pâles bergers, Lucullus eut autrefois une splendide villa !!

Ces forêts, bien aménagées et améliorées, seraient d'un revenu considérable. Quant à la partie non boisée de la plaine, son principal revenu consiste dans l'élevage des bestiaux, dans la récolte du froment, du maïs et des fèves. Les travaux ordonnés par Pie VI ont non-seulement diminué l'insalubrité, mais ont augmenté les produits agricoles et fait hausser le prix des terres.

La Via Appia est solidement empierrée, très-large, et bordée de chaque côté d'une double rangée de fort beaux arbres. Le grand canal romain, sur lequel Horace fit son lent et monotone voyage, a 12 mètres d'une berge à l'autre au plafond, et celui-ci se trouve à 2 mètres, en général, au-dessous du sol. Il suit la face sud-ouest de la chaussée, dans l'espace de 24 milles. Les eaux restent presque partout limpides et la pente est suffisante. Mais sur le flanc nord-est de la Via Appia règne quelque chose que je ne puis en conscience appeler un petit canal, car c'est un infect marécage, rempli d'espace en espace, et enterré sous un chaos de plantes aquatiques. Un pareil état réclamerait des remèdes prompts ; mais, dans les circonstances présentes, la haute sollicitude du souverain pontife, pour tout ce qui est relatif au bien public, a dû s'appliquer à réparer des maux accomplis avant de songer à des améliorations ou à des créations.

En suivant la voie Appienne, on rencontre successivement Tor di Ponti, couvent et auberge, Foro-Appio, mauvaise taverne, et casin des Braschi, mesa où Pie VI avait fait construire des bâtiments d'exploitation ; puis, à Porte-Maggiore, on trouve le Foce di Badino, confluent de deux cours d'eau descendant de la montagne, de la longue portion du grand canal venant de Cisterna et de sa courte portion appelée Canal de navigation, et qui arrive de Terracine, enfin des marécages en chapelet qui bordent la berge du côté opposé au grand canal. Toutes ces eaux, reçues dans une artère commune, le Portatore di Badino, gagnent la mer tyrrhénienne. En quittant Foce di Badino, on n'a plus long chemin pour arriver à Terracine, petite ville illustrée par Théodoric et par Pie VI, qui y bâtirent chacun un palais, et dont les habitants frémissent encore au souvenir de Fra Diavolo, dont la bande hantait les ruines du château du roi des Visigoths.

Avant de quitter Terracine pour les États napolitains, jetons encore un coup d'œil en arrière, pour répondre aux principales questions qu'on s'adresse naturellement à propos du pays que nous venons de parcourir.

Comment se fait-il que les marais Pontins desséchés soient encore malsains ? Nous avons démontré qu'il y avait bonification, mais en aucune façon dessèchement. Une terre qui compte un cinquième de sa surface en nappes d'eau et ma-

flammée (plasma), voilà les conditions favorables qui engendrent les parasites végétaux et surtout le sporotrychium. Je les ai souvent produites d'une manière artificielle en acidulant la sérosité du sang, ou un liquide albumineux provenant d'une séreuse enflammée; quelques jours après il s'y développait l'un ou l'autre végétal, et le plus ordinairement le pénicillum. J'ai vu se produire les mêmes végétations sur la fibrine baignant dans la sérosité du sang, acidulée ou devenue spontanément acide par l'action de l'air atmosphérique. D'autres végétaux différents des deux espèces précédentes se sont manifestés à moi dans d'autres liqueurs séro-fibrineuses en fermentation; je n'ai point cherché à en faire déterminer les espèces; je suis convaincu qu'elles sont assez nombreuses et pourraient offrir ample matière à description pour celui qui voudrait s'en occuper.

On a fait grand bruit, depuis quelques années, de ces parasites végétaux. Il est évident qu'ils ne jouent aucun rôle dans la pathogénie des productions morbides au milieu desquelles on les rencontre et qui leur servent purement et simplement de terrain, de support, et rien de plus. La cellule épithéliale exubérante au milieu de ces fausses membranes est la seule particularité digne d'intérêt. On peut maintenant réduire à leur juste valeur les prétentions de ceux qui ont établi une distinction illusoire entre le muguet et la stomatite plastique. Qu'il y ait au-dessus de ces phlegmasies locales, tantôt un état morbide général, un exanthème, une pyrexie, et tantôt une maladie locale grave, qui amène à son tour un trouble général; c'est ce qu'aucun clinicien ne voudrait mettre en doute. Mais à côté de ces cas, il en trouvera d'autres où la phlegmasie pseudomembraneuse est toute la maladie, et alors la lésion est absolument la même que lorsqu'elle se rattache à un état général. Il faut que le clinicien sache qu'une détermination morbide, comme le disait Cullen, peut très-bien être inflammatoire sans que la maladie dont elle est la localisation soit par cela même une inflammation. La dermite suppurative et exsudative n'implique pas que la variole soit une phlegmasie. Les arthrites rhumatismales sont pour beaucoup d'auteurs de véritables phlegmasies, et cependant pour eux le rhumatisme n'est pas une inflammation. On peut en dire autant du ramollissement inflammatoire de la plaque de Peyer dans la fièvre typhoïde, de l'altération du gros intestin dans la dyssenterie, des phlegmasies des membranes dans la scrofule, des arthrites dans la goutte, et même de presque toutes les phlegmasies locales lorsqu'elles prennent une gravité insolite sans qu'il y ait rien de changé dans la lésion locale. Une pneumonie qui tue est souvent tout à fait semblable par la lésion locale à celle qui guérit. Un érysipèle, une pleurésie, sont identiques par la lésion inflammatoire, et ne se comportent pas cependant de la même manière chez tous les malades. En un mot, une phlegmasie n'est pas nécessairement le signe d'un état diathésique inflammatoire.

De la fibrine dans les hémorrhagies. — Une cause fréquente des dépôts fibrineux est la sortie du sang des vaisseaux. L'hémorrhagie, dans son acception la plus large et la plus juste, est l'extravasation par rupture d'un ou de plusieurs des éléments du sang, soit les globules entraînés par la sérosité, soit la fibrine et les globules. La fibrine du sang sorti des vaisseaux n'éprouve pas les mêmes changements que la fibrine des inflammations. Elle reste longtemps en dissolution dans la sérosité ou se précipite sous forme de caillots ou de concrétion fibrineuse. L'examen microscopique des caillots sanguins jaunâtres et presque entièrement décolorés que l'on trouve chez de très-vieux apoplectiques y montre encore la disposition habituelle de la fibrine sous forme de granulations et de fibrilles. Peut-être celles-ci sont-elles moins fines, moins régulières que dans le plasma de l'inflammation; mais cette différence est trop minime pour pouvoir servir à la caractériser. Jamais on n'y trouve mêlée la cellule granuleuse ou la matière purulente, et ce caractère peut servir immédiatement à faire distinguer la fibrine hémorrhagique du plasma inflammatoire.

J'ai fait une étude complète de concrétions trouvées : 1° dans une caverne pulmonaire où la fibrine s'était entièrement décolorée; 2° au milieu de la substance cérébrale, qui était combinée avec le sang de manière à simuler un tissu cicatriciel provenant d'une encéphalite; 3° dans un assez grand nombre de cavernes hémorrhagiques récentes; 4° dans des anévrismes de l'aorte; 5° dans les concrétions fibrineuses formées au milieu des veines fémorales, chez les phthisiques, les cancéreux, et dans d'autres conditions où l'existence d'un travail phlegmasique était fort constatable; dans tous ces cas, la fibrine m'a toujours offert une concrétion amorphe, granuleuse ou fibrillaire, dans laquelle il n'était pas possible de trouver la cellule granuleuse ou le pus, si ce n'est quand le caillot avait occasionné au pourtour un travail phlegmasique. C'est par la présence de ces deux sortes de cellules qu'on peut distinguer, dans une artère ou une veine enflammées, la fibrine du sang coagulé d'avec le plasma phlegmasique; là où n'existe plus de cellule granuleuse cesse l'exsudation inflammatoire; ce moyen précieux peut servir à faire reconnaître les cas dans lesquels la fibrine est hémorrhagique et ceux où elle est d'origine inflammatoire. Les fausses membranes de la phlébite, de l'artérite, les kystes de même formation sont ainsi facilement séparés des caillots fibrineux de l'hémorrhagie autour desquels ils se développent.

Les concrétions de l'hémorrhagie ont cela de particulier qu'elles n'appellent point le travail de vascularisation, ce qu'il est facile de comprendre, puisque c'est l'hypérémie phlegmasique qui, en oblitérant un certain nombre de vaisseaux normaux, provoque le développement d'une circulation collatérale au milieu du plasma extravasé. Dans l'hémorrhagie, rien de semblable. Le caillot est pour ainsi dire étranger à l'organisme, tandis que celui-ci tend sans cesse à s'assimiler le plasma extravasé. Le premier joue le rôle d'un corps étranger et ne disparaît que par l'absorption qu'effectuent les vaisseaux propres du tissu au milieu duquel il est déposé. Il gêne, il ralentit la vie dans la capillaire, qu'il comprime. Ce n'est que lorsqu'il irrite les tissus voisins que la phlegmasie s'allume, qu'on voit alors le plasma le cerner de toutes parts, l'infiltrer, et les vaisseaux qui s'y forment en opérer la dissolution et la résorption. Au contraire, le plasma appelle le développement des phénomènes dynamiques autour de lui et en lui.

L'observation microscopique de certains tissus pathologiques trouvés dans le cerveau, le foie, ou ailleurs, est la seule qui puisse empêcher de confondre les concrétions fibrineuses engendrées par l'hémorrhagie avec les dépôts tuberculeux, squirrheux et le tissu fibro-plastique. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce moyen puissant de diagnostic auprès de ceux qui sont familiarisés avec l'étude de l'anatomie pathologique et qui savent qu'il est impossible parfois de se prononcer sur la nature de certains produits si l'on n'a pas recours au microscope. L'aspect de la fibrine, que j'ai déjà tant de fois décrite, ne laisse alors aucune incertitude, et il suffit d'un fragment presque imperceptible de cet élément pour qu'on puisse se prononcer à coup sûr.

Il est à peine nécessaire de dire que, dans aucun cas, la concrétion qui est étrangère à l'organisme ne peut se transformer en pus, en tubercule, en cancer, ainsi qu'on l'a prétendu, ni même en tissu homologue. Pour qu'elle

---

récages, d'après les évaluations officielles, et dont les trois quarts peut-être sont constitués par des surfaces palustres, cette terre est fatalement malsaine. D'autre part, nous avons établi qu'il y a diminution de l'insalubrité, puisque ces localités, dont la population périclitait, sont aujourd'hui en progrès, les naissances l'emportant sur les décès. Reste une dernière question : l'homme a-t-il fait tout ce qu'il pouvait pour arriver à l'assainissement plus ou moins complet? Évidemment non ; là où florissait la puissante nation des Volsques, une autre nation pourrait vivre encore, en se plaçant dans des conditions pareilles à celles qui existaient autrefois. Ajoutons que, dans la succession des années, la nature vient au secours de l'homme, les bas-fonds se comblant peu à peu grâce à la déposition des matériaux arrachés aux montagnes par les eaux pluviales et fluviatiles. Quels sont donc enfin les moyens qui restent à employer pour achever l'œuvre commencée? Ils sont de plusieurs ordres : les uns consistent dans l'aménagement des eaux et dans le dessèchement complet des surfaces palustres : ce sont les moyens usuels, vulgaires, qu'on a le tort de considérer comme suffisant à eux seuls, tandis qu'il existe un autre ordre de travaux qui doivent trouver leur place dans le grand œuvre d'assainissement des marais pontins. Ce territoire immense, divisé en trente propriétés seulement et abandonné à la *grande culture*, devrait être morcelé et bonifié par la *petite culture arborescente*. En entrant dans la Terre de Labour, dans l'heureuse Campanie, nous allons voir quels résultats ont produits ce morcellement et cette *petite culture*. L'expérience va ainsi mettre hors de doute l'efficacité du remède.

En quittant Terracine, la route est resserrée entre la mer et les pentes rocheuses des monts. Passons sous cette grande porte, bâtie près d'un vieux tombeau ; nous voici dans le royaume des Deux-Siciles. Aux marais Pontins font immédiatement suite la plaine de Fondi, séparée des premiers par le prolongement du mont Caecume, aux grands rocs décharnés, comme du temps d'Horace :

« *Impositum saxis latè candentibus Anxur.* »

Cette plaine, orientée comme les marais Pontins, est également encaissée en demi-cercle par des montagnes, et la corde du segment est aussi formée par le rivage de la mer. Elle est basse, humide, presque sans pente; le sinueux lac de Fondi, grand marécage-type, croupit dans ce bassin. Situé dans une dépression peu sensible, il se rétrécit chaque été à mesure que le soleil ardent et la terre avide pompent et absorbent les eaux. Les bords sont envahis par une végétation aquatique extrêmement puissante, parmi laquelle dominent les roseaux. Quant au rivage de la mer, il nous a paru bas et palustre. Certes voilà un bassin qui réunit des conditions d'insalubrité pareilles à celles de la plaine pontine. Eh bien! la *petite culture*, inconnue, comme nous l'avons dit, dans la campagne de Rome, ainsi que dans les Pontins, parce qu'elle exige le morcellement des propriétés, des soins assidus et la présence, sinon permanente, au moins fréquente de l'homme sur les lieux mêmes, cette culture est florissante dans la plaine de Fondi. Le territoire, surtout en approchant de cette ville, est cultivé avec le plus grand soin, et la main de l'homme ne craint pas de pousser les plantations jusque sur les rives fangeuses du marais. Les végétaux alimentaires et les arbres fruitiers ne cessent que là où la bordure de plantes aquatiques leur dispute trop vigoureusement la place. La campagne est plantée d'oliviers, de figuiers, d'ar-

fût capable de produire un tel miracle, il faudrait qu'elle devînt vasculaire, ce qui ne peut avoir lieu, ainsi que je l'ai dit, qu'au moyen d'une phlegmasie ambiante, d'une extravasation plastique, enfin du prolongement des vaisseaux propres au tissu dans le plasma de l'inflammation.

La présence de la fibrine du sang coagulé dans la trame des tissus et dans les vaisseaux capillaires y provoque parfois la mortification en oblitérant ces derniers. Sous ce rapport, l'hémorrhagie est un acte pathologique tout à fait opposé à l'inflammation qui, en obstruant un certain nombre de capillaires, provoque à côté d'eux une circulation supplémentaire, et jette des vaisseaux nouveaux dans la fibrine de nouvelle formation. Il m'a été donné d'observer un grand nombre de fois la succession de ces phénomènes dans les expériences que je vais rapporter et qui me paraissent propres à éclairer le mode de production de l'hémorrhagie et de la gangrène dans certains cas.

J'ai appliqué sur la peau et maintenu à l'aide d'un emplâtre, suivant la méthode ordinaire, le tartre stibié, qui a toujours produit, seulement avec quelques différences dans l'intensité, des phénomènes locaux dont je vais donner la description. Elle diffère, sur un très-grand nombre de points, de celle qui a été présentée par les auteurs. Je ne l'ai pas trouvée indiquée dans le travail de M. Bonamy (de Nantes), si consciencieux et si complet sous tous les rapports (ÉTUDES SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TARTRE STIBIÉ, in-8°, Nantes, 1848). Les observations que j'ai faites sur les effets locaux de la stibiation, les seuls que je me propose d'étudier, révèlent plusieurs particularités importantes.

Vingt-quatre heures, et plus ordinairement le deuxième jour après que l'on a mis en contact avec la peau qui couvre la partie antérieure de la poitrine un gramme de tartre stibié, on voit paraître les vésiculo-pustules signalées par les auteurs. Le lendemain et jours suivants, surtout lorsqu'on laisse agir le médicament, on trouve, dans les points où la lésion est le mieux caractérisée, l'épiderme soulevé et constituant, soit une pustule, soit une phlyctène large d'un centimètre au moins, contenant une sérosité purulente qui, le plus ordinairement, est rougie par une grande quantité de sang. Souvent même le sang est extravasé presque pur, et l'on voit appliqué sur le derme un véritable caillot fibrineux qu'on détache aisément.

Le centre de la bulle est souvent déprimé, ce qui tient à l'adhérence de l'épiderme au derme et à sa prompte dessiccation en ce point. On a désigné sous le nom d'ombilic et faussement comparé la dépression dont il s'agit à l'ombilic de la pustule variolique, avec laquelle elle n'a qu'une ressemblance très-éloignée. Elle forme le centre de la bulle. Autour d'elle, l'épiderme soulevé constitue un bourrelet proéminent, plein de sérosité rouge, sanguinolente ou blanchâtre et purulente.

Plus loin, la peau est rouge dans une étendue variable, et forme un anneau ou auréole qui indique le travail phlegmasique dont la peau est le siége. Très-souvent, dans le point de jonction de la peau avec la bulle, il se forme une seconde zone blanche constituée par le soulèvement de l'épiderme, qui se remplit de pus et indique très-exactement la limite où va se faire l'élimination de l'escarre.

En examinant la bulle de plus près, en enlevant l'épiderme, on s'assure d'abord qu'elle renferme de la sérosité et du sang. Le pus ne s'y développe que très-tard et dans une dernière période de phlegmasie disjonctive, comme le disait Hunter. On peut enfin se convaincre que l'effet local de la stibiation externe n'est pas, comme on l'a dit, une phlegmasie de la peau, mais tout à la fois une gangrène et une hémorrhagie. En effet, une fois que l'épiderme est détaché, on remarque que dans le centre de la bulle, qui est le point de pénétration de l'émétique, le derme est brunâtre, sec, dur, complétement insensible, plein de sang qui y est infiltré. Ailleurs, le derme est blanchâtre, taché de points rouges, qui sont de véritables ecchymoses; en un mot, il est frappé de gangrène dans une profondeur variable, et ordinairement dans toute son épaisseur. L'escarre est humide tant que l'épiderme n'est pas déchiré, d'un rouge clair, vermeille par places, ou foncée et brunâtre dans toute son étendue. Mais ce qui est surtout remarquable, c'est le mélange de deux lésions, l'hémorrhagie et la gangrène, rendues évidentes, la première par la sortie du sang, dont on constate la présence dans la sérosité de la bulle et par le caillot fibrineux; la seconde par l'insensibilité des tissus et par la chute de l'escarre. Il y a loin, comme on le voit, de cette gangrène à l'inflammation, que l'on croyait provoquée par l'émétique.

L'escarre hémorrhagique, sèche et brunâtre, s'entoure d'une zone rougeâtre qui marque le point où l'élimination doit s'effectuer, et qui est surmonté de l'épiderme soulevé par le pus. La gangrène de la peau est très-souvent blanche jusqu'à son entière élimination. Quand elle se sépare du derme, celui-ci devient rouge, saignant au moindre attouchement, et se couvre d'une fausse membrane blanche dans laquelle on trouve la fibrine, le pus, l'épithélium et des vaisseaux de nouvelle formation, tous les produits de la phlegmasie réparatrice. Elle pourrait être prise pour l'escarre elle-même si on n'y portait pas attention. La cicatrice qui provient de cette fausse membrane est blanchâtre, dure, déprimée, indélébile. On y découvre longtemps des vaisseaux capillaires très-fin, radiés et sous forme de fines arborescences.

Les divers changements que je viens de retracer s'effectuent dans un temps variable, et en raison de la profondeur et de l'étendue de la gangrène et de toutes les conditions, soit individuelles, soit pathologiques, qui retardent ou accélèrent le travail de cicatrisation. Ordinairement elle a lieu en douze ou quinze jours. Ce qui est constant, c'est l'ordre de succession des phénomènes que l'on peut classer de la manière suivante : mortification de la peau et formation de la phlyctène, comme dans les gangrènes extérieures; en même temps, hémorrhagie par les vaisseaux propres du derme; dessication de l'épiderme et de l'escarre; suppuration autour de celle-ci, exsudation plastique sur le derme mis à nu et tissu cicatriciel dans le même point.

Les inoculations faites avec la lancette baignée dans une solution aqueuse d'émétique ne m'ont jamais réussi. Mais j'ai vu se reproduire exactement les mêmes symptômes et les mêmes lésions que j'ai retracés précédemment sur la peau privée de son épiderme à l'aide d'un vésicatoire et mise en contact avec l'émétique : seulement la marche des accidents était plus rapide et les douleurs qui succédaient à la mortification et à l'élimination des escarres plus vives que dans la stibiation ordinaire.

Il est difficile de dire si le travail morbide est, dès le principe, une gangrène, et si l'extravasation du sang en est le résultat, tant ces deux actes morbides sont simultanés; cependant tout porte à croire que la lésion dont la peau est le siége est primitivement gangréneuse, et que la sortie du sang hors des vaisseaux n'arrive que lorsque le poison métallique a détruit la vie dans le système capillaire. Il n'en faudrait pas conclure que l'émétique agit comme le font l'acide sulfurique ou la potasse, en altérant d'une manière chimique la peau. Il existe, entre les caustiques et l'action du tartre sti-

---

bres à noyaux; des haies vives séparent le petit domaine de chacun; des touffes de *cactus opuntia* se groupent çà et là, près des jardins d'orangers et de citronniers. Mais la culture la plus répandue est celle de la vigne : des ceps gigantesques grimpent sur de hauts peupliers d'Italie à peine élagués, et jettent d'arbre en arbre leurs arcades feuillées. Sous cet abri, la terre se pare de céréales et de légumes; de sorte que le même champ donne simultanément un triple produit, sans compter la possibilité de faire une double, voire même une triple récolte de plantes potagères. On ne rencontre pas, comme au nord et au centre de la France, de vastes champs sans ombrages, semés de plantes basses; partout, sur ces semis, flottent des vignes, suspendues aux branches des peupliers d'Italie. Ce genre de culture, qu'on trouve florissant dans toute la Campanie, mais surtout de Capoue et de Caserte à Naples, donne à la campagne une physionomie tout à fait particulière : c'est un bosquet, un jardin perpétuel.

Si cette description n'était que pittoresque, ce serait chose fort oiseuse ici; mais tel n'a pas été notre but. Le médecin comprend de suite qu'une pareille culture ait opéré des résultats qu'on eût vainement demandés au simple ensemencement des terres. Les marais, resserrés, étranglés par ces fouillis de verdure et d'arbres, exhalent leurs effluves dans les hauteurs de l'atmosphère; mais ces miasmes ne peuvent ni facilement ni directement se répandre en nappe sur les circonscriptions voisines. Les surfaces palustres sont réduites aux marais-type, la cherté des terrains et le grand soin des cultures ayant amené le dessèchement de tous les points suspects, afin de les livrer à l'exploitation. Nous ajouterons que l'humidité du terrain est fructueusement couronnée, en fournissant un des éléments nécessaires à cette puissante végétation. Ainsi, dans une contrée constituée comme celle dont nous parlons, chaque circonscription a, pour ainsi dire, son atmosphère propre, et se trouve beaucoup moins influencée que la rase campagne, par les émanations qui s'exhalent à une certaine distance.

Le bénéfice d'un tel état de choses est des plus évidents : l'insalubrité de ces plaines basses et marécageuses a été considérablement diminuée, de sorte que l'homme vit aujourd'hui sans grave danger dans des lieux qui lui fussent demeurés funestes si ses travaux n'en eussent préalablement changé la face. Il a fallu sans doute, dans les premiers temps, payer son tribut, et la lutte n'a pas été tout d'abord à l'avantage de l'homme, alors que les terres étaient nouvellement remuées et que les arbres n'avaient pas encore atteint leur développement; mais peu à peu l'activité et les travaux de l'agriculteur ont rétréci le domaine de la mort et agrandi celui de la salubrité et de la production.

La plaine de Fondi est salubre comparativement à la campagne de Rome et aux marais Pontins, mais non pas d'une manière absolue, comme on l'a sans doute présagé. Les habitations se groupent plutôt sur les hauteurs et sur les pentes que dans la plaine, c'est-à-dire qu'on cherche à mitiger les mauvaises influences par l'altitude. Monticello de Fonti, sur la colline, est plus sain que Fondi, bâtie dans la plaine. Cette petite ville, peuplée de 5,000 âmes, toute protégée qu'elle est par des cultures arborescentes très-fourrées, est néanmoins assez maltraitée par la fièvre; mais l'espèce humaine n'y subit pas cependant cette détérioration ni cette décroissance, triste apanage des localités essentiellement palustres. Nous n'avons lu sur le facies de ses habitants ni ces cachexies paludéennes acquises, ni cette dégénération héréditaire de l'espèce, qui con-

bié une grande différence : ce dernier, avant d'agir, est absorbé, et ce n'est que sur les vaisseaux qui en ont opéré l'absorption, et par conséquent localement, que l'effet toxique se fait immédiatement sentir. Aussi n'ai-je jamais observé d'effet général dans les faits nombreux que j'ai recueillis; il y a plus, la lésion locale interdit formellement l'absorption. M. Jules Guérin, dans un travail important sur la stibiation, a fait connaître les moyens de favoriser la pénétration de ce médicament pour qu'il puisse agir efficacement sur l'organisme (GAZ. MÉD., 1851). Je n'ai pas à m'occuper de cette action ; je voulais seulement établir que le tartre stibié ne produit pas l'inflammation de la peau, mais un travail pathologique tout à fait différent, la gangrène et l'hémorrhagie.

J'ai trouvé dans d'autres agents toxiques réputés irritants des propriétés différentes de celles qu'on leur attribue généralement. Le sulfate de cuivre n'agit pas localement de la même manière que le tartre stibié; et je me suis assuré, par d'autres observations que je ferai connaître ultérieurement, que l'action locale des médicaments employés à l'extérieur était très-diverse et pourrait peut-être conduire un jour à faire préférer dans les irritants extérieurs ceux qui opèrent la substitution morbide en produisant des effets plus ou moins semblables à ceux de la maladie même que l'on veut combattre. C'est un sujet de recherches entièrement nouveau.

Mon but, dans ce premier mémoire, a été seulement de prouver, par des faits nombreux et décisifs, que le signe représentatif et irréfragable de l'inflammation est la fibrine extravasée et solidifiée; que celle-ci, malgré les variations apparentes qu'offrent les phlegmasies, reste toujours identique à elle-même; qu'elle constitue pour le clinicien un moyen facile et sûr de reconnaître une phlegmasie actuelle et passée; qu'elle lui permet de distinguer facilement l'hypérémie phlegmasique d'avec celles qui donnent lieu à d'autres sécrétions, soit homologues, soit hétérologues; que, quel que soit le tissu qui sert de support à la fibrine, si les vaisseaux de l'organe ne viennent pas s'en emparer, elle reste sans organisation; qu'enfin les diverses métamorphoses pathologiques qu'on y a observées ne lui appartiennent en aucune façon, mais sont l'effet de la nutrition, soit physiologique, soit pathologique du tissu normal auquel elles sont surajoutées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

IV. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février et mars 1852 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur le colchique d'automne*; par M. Maclagan. 2° *Sur l'empoisonnement par l'atropine*; par M. Andrew. 3° *Trachéotomie suivie d'une hémorrhagie secondaire*; par M. Sloan. 4° *Tribut à la pathologie et à la pratique obstétricales*; par M. Simpson. 5° *Observation de tic douloureux guéri par une opération*; par M. Allan. 6° *Cas de dilatation du canal cholédoque*; par M. Douglas. 7° *Sur le sang comme origine d'une certaine forme de paralysie générale*; par M. Kinglake. 8° *Cas d'anévrisme de la partie supérieure de l'artère axillaire traité sans succès par la ligature de la sous-clavière*; par M. Mackensie. 9° *Tribut à la toxicologie*; par M. Maclagan. 10° *De la carie dentaire et de l'influence préservatrice de la salive contre cette maladie*; par M. J. Smith. 11° *Sur la formation de la rate et des autres glandes lymphatiques comme sécrétoires du sang*; par M. Bennett. 12° *Sur l'évidence de la mort par apoplexie et de la mort par suffocation chez les individus trouvés morts, avec une note sur un cas où la mort eut lieu dans des circonstances prêtant au soupçon*; par M. Seller. 13° *Cas fatal d'empoisonnement par l'acide oxalique*; par M. Wilson.

TRACHÉOTOMIE SUIVIE D'UNE HÉMORRHAGIE SECONDAIRE; par M. SLOAN.

La circonstance principale de ce fait, c'est l'époque tardive de l'hémorrhagie, n'a pas moins d'importance au point de vue clinique que sous le rapport physiologico-pathologique. Elle montre que des veines incisées pendant l'opération de la trachéotomie peuvent être momentanément fermées par un caillot obturateur, et se chasser ensuite sans qu'aucune cause mécanique très-violente ait agi de nouveau.

OBS. — Douglas, âgé de 20 ans, marin, souffrait depuis longtemps d'une laryngite chronique. Le 8 mai, il fut pris d'un accès de suffocation. Les symptômes étaient très-pressants, M. Sloan dut l'opérer à trois heures du matin, sans autre assistance que celle de deux femmes, dont l'une, qui éclairait le chirurgien, se trouva mal dès la première incision. Néanmoins il finit par diviser quelques anneaux de la trachée : l'hémorrhagie fut modérée. On plaça une canule. L'opéré recouvra promptement la faculté de respirer et s'endormit paisiblement.

A sept heures du soir, c'est-à-dire seize heures après l'opération, M. Sloan retira la canule qui s'était obstruée, afin d'en placer une plus large. Cette manœuvre, quoique exécutée avec le plus grand soin, donna lieu à une hémorrhagie veineuse abondante, dont le sang s'introduisant dans la trachée provoquait des efforts convulsifs d'expiration. Ce saignement persista pendant plus d'une heure, malgré la compression exercée autour de l'extrémité extérieure de la canule. On ne réussit à l'arrêter qu'en retirant la canule, plaçant le doigt sur l'ouverture du vaisseau qui fournissait le sang, et tenant la plaie béante à l'aide d'une sonde courbe. Plus tard, d'après le conseil de M. Shaw, on appliqua le cautère actuel, ce qui maîtrisa définitivement l'hémorrhagie.

L'opéré avait perdu environ 16 onces de sang.

Il guérit complètement et de l'opération et de l'affection qui l'avait nécessitée.

DE LA VERSION POUR REMPLACER LA CRANIOTOMIE DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN; par M. SIMPSON.

Y a-t-il sérieusement matière à un parallèle entre ces deux opérations? L'une et l'autre ne s'adressent-elles pas à des indications parfaitement distinctes? Et le droit de sacrifier ou la faculté de sauver le fœtus sont-ils donc une affaire de choix et non plus d'impérieuse obligation?.... Voilà, sans doute, ce que nos lecteurs se demanderont en jetant les yeux sur le titre de ce travail. Mais leur surprise cessera s'ils veulent bien considérer que ces diverses questions, depuis longtemps résolues chez nous, sont encore pendantes en Angleterre. Là, comme le dit M. Simpson, cette *révoltante pratique* est universellement en vigueur, et l'on trouve fréquemment des médecins qui, dans le cours de leur carrière, l'ont exécutée quarante, cin-

---

damnent à une caducité précoce et à une mort prématurée. Pour faire rentrer définitivement cette contrée dans le domaine de l'*aria fina*, que reste-t-il à faire? Le dessèchement du lac de Fondi, ou son changement en un bassin où les eaux conserveraient un constant niveau. Un des deux ordres de travaux nécessaires pour l'assainissement complet faisant ici défaut, le résultat ne peut être entier.

L'utilité des cultures arborescentes est démontrée par l'amélioration sanitaire qui s'en est suivie dans les plaines campaniennes; son insuffisance ressort des considérations qui précèdent. Les dessèchements sont également à la fois insuffisants à eux seuls, mais nécessaires; nous l'avons prouvé à propos de la plaine Pontine, où un demi-dessèchement, sans l'introduction de la petite culture arborescente, n'a produit que des résultats mesquins. Dans la campagne romaine le fait est plus évident encore : le dessèchement est poussé fort loin, mais la culture dont nous parlons n'existe pas; aussi la salubrité n'est elle pas rétablie. Là, au contraire, où l'on a fait marcher parallèlement les deux ordres d'amélioration, le succès a couronné l'œuvre : témoin le lac marécageux et malsain de Turnus, changé aujourd'hui en un vallon paré de belles cultures et baigné par un air salubre.

A Rome, des princes amis du peuple ont consacré des sommes considérables au dessèchement de vastes contrées; mais l'accumulation de pays entiers dans les mêmes mains, et très-probablement aussi le caractère des habitants, se sont opposés au complètement de l'œuvre par la petite culture et par l'établissement de colons sur les lieux mêmes, préalablement disposés et plantés. Le Napolitain, au contraire, a répondu aux avances de ses souverains par son travail, son courage, son activité et sa persévérance.

La plaine de Fondi est séparée de Mola di Gaëta par une chaîne de montagnes qu'il nous faut franchir. Tout à l'heure l'homme luttait par son activité contre un sol insalubre; ici il a vaincu par son travail la stérilité du roc. La terre s'est étagée en terrasses qui grimpent jusque sur les sommets les plus escarpés, et se convrent d'oliviers partout où les racines peuvent trouver quelque nourriture. Au pied de la montagne, la route taillée sur le flanc vertical du ravin, passe sous les murs d'Itri, petite ville bâtie sur un monticule coiffé d'un vieux château festonné de machicoulis.

Nous n'entrerons pas à Mola sans avoir salué le tombeau de Cicéron, mis à mort par ordre d'Antoine, aux environs de la villa que le grand orateur possédait dans ces environs; et nous n'en sortirons pas sans avoir cueilli sur les bords élysées du golfe, un de ces beaux fruits des Hespérides qui disputent la palme à ceux de Sorrente et de Palerme.

Une belle plaine commence bientôt après Mola di Gaëta, et ne se termine qu'aux monts Auranco et Massico, entre lesquels on passe pour atteindre un autre bassin. Elle est traversée par le fleuve Garigliano, qu'on franchit sur un pont de fer, le premier, et je crois le seul qui ait été établi dans la basse Italie. De nombreux groupes d'habitations se pressent sur la montagne, mais nous ne rencontrons pas un seul village dans cette plaine riche et bien cultivée. C'est que des conditions palustres se rencontrent sur plusieurs points. Jadis existaient dans ces parages la ville de Minturne, dont on voit encore les aqueducs, et les marais, dans lesquels Marius se cacha pour échapper aux fureurs de Sylla.

quante fois et même plus souvent. C'est contre ce préjugé barbare, contre cette coutume meurtrière, que M. Simpson proteste avec un sens, un courage bien dignes de la haute position qu'il occupe. La craniotomie, dit-il, n'est ni moralement ni médicalement justifiable lorsque l'enfant est vivant. Or si autrefois on pouvait invoquer pour la défendre l'incertitude des signes qui prouvent que la vie est conservée chez lui, il n'en est plus de même aujourd'hui que l'auscultation permet de le constater sûrement. La question se réduit donc à savoir si lorsque les bruits du cœur du fœtus sont perceptibles, il est permis de le détruire pour lui faire traverser un bassin rétréci. Posée en ces termes, elle n'a pas deux solutions pour un homme raisonnable et sensible. « Vous regarderiez comme un crime, s'écrie M. Simpson, de porter un instrument aigu dans le cerveau de l'enfant une heure après sa naissance; mais le crime est-il moindre quand vous le commettez une heure avant? »

Malheureusement, nulle opération obstétricale n'est plus facile à pratiquer que la craniotomie. Mais il en est cependant d'autres qui la remplacent et que, avec une habileté ordinaire, on peut mener à bien. La nature a souvent indiqué cette voie aux médecins. Ainsi on a vu des femmes chez qui la craniotomie avait été jugée nécessaire et exécutée, accoucher ensuite heureusement lorsqu'à une grossesse suivante le fœtus s'est présenté par les pieds.

La version s'offre donc avec des avantages réels pour remplacer la craniotomie, lorsqu'il y a entre le volume de la tête fœtale et le diamètre du bassin une disproportion telle que l'accouchement ne peut avoir lieu même avec l'aide du long forceps. La tête de l'enfant représente un cône dont la base est constituée par la voûte du crâne. En d'autres termes, son diamètre bimastoïdien est de 5 à 7 lignes moins étendu que le diamètre bipariétal. En outre, ce dernier correspond aux parties où la boîte osseuse est le plus aisément réductible par la compression. La version réalise par conséquent un avantage considérable, c'est de permettre d'engager *par sa partie rétrécie* le cône qui doit traverser l'ouverture étroite du bassin, et de l'engager en outre, de telle manière que l'accoucheur peut tirer sur lui pour aider ses mouvements et les diriger; double avantage dont on est privé dans la présentation par la tête. Le forceps rend quelquefois les mêmes services; mais la pression *oblique* et de *longue durée* qu'il exerce sur la tête lui est plus préjudiciable que la pression *latérale* et *temporaire* résultant de la version: certes l'enfant court alors quelques dangers, mais il lui reste au moins des chances de vie que la craniotomie lui enlève toutes. Enfin la version n'est mortelle pour la mère qu'une fois sur quinze ou seize cas, tandis que, d'après la statistique de M. Churchill, la craniotomie fait périr une femme sur cinq.

On ne connaît pas assez, dit en terminant M. Simpson, le degré de force que l'on peut mettre impunément à tirer sur l'enfant dans la version. Si les diamètres proportionnés de la tête et du bassin se correspondent bien, si le menton est maintenu dirigé sur le sternum, si la traction est dirigée exactement selon l'axe du bassin, on peut sans danger la porter très-loin. On peut poser comme règle générale que les parois élastiques latérales du crâne de l'enfant seront comprimées et même chevaucheront avant que son cou n'ait subi de lésion compromettante pour la conservation de la vie.

CAS DE TIC DOULOUREUX GUÉRI PAR UNE OPÉRATION; par M. ALLAN.

Cette intéressante opération n'est décrite par l'auteur que sous la forme très-abrégée d'une lettre adressée au professeur Syme, lettre dont nous l'extrayons textuellement pour la porter à la connaissance de nos lecteurs telle que M. Allan la raconte.

« Au mois de juin dernier, une jeune femme, domestique, âgée de 25 ans, fut conduite chez moi; elle était véritablement martyre d'un tic qui commençait au-dessus du sourcil droit et s'étendait à la face. Cette affection datait de six ans et avait toujours été en augmentant graduellement d'intensité. L'accès revenait avec son exactitude caractéristique à une certaine heure du matin; quelquefois cependant il différait sa visite jusqu'au soir. En touchant le sourcil malade, il me sembla que le tissu cellulaire des deux côtés était très-épais. J'y découvris un corps dur, et au moyen d'une incision je délogeai une concrétion calcaire de la situation qu'elle occupait immédiatement sur le trou sus-orbitaire où elle était attachée au nerf. — Depuis son extraction, la jeune malade a été complètement débarrassée de toute douleur. (L'opération date aujourd'hui de près de trois mois.) — Le tic invétéré ne pourrait-il pas être souvent causé par des concrétions semblables placées dans des parties inaccessibles des canaux qui contiennent les nerfs et où elles échappent à nos moyens d'investigation? »

Le rédacteur ajoute que la concrétion, qui accompagnait la lettre du docteur Allan, avait une forme irrégulièrement arrondie et le volume d'un gros pois. Elle était couverte d'une pellicule de tissu cellulaire, ne paraissait point organisée et se composait uniquement de carbonate de chaux.

— L'observation de M. Allan nous apprend que si, comme il le dit, certaines névralgies sont peut-être produites par des lésions matérielles inaccessibles à nos moyens d'investigation, il en est d'autres dont la cause très-saisissable nous échappe souvent parce que nous ne donnons pas à sa recherche une attention et une patience suffisantes. On peut, en effet, affirmer hardiment que beaucoup de médecins, *à formules*, auraient épuisé chez la malade de M. Allan toutes les variétés de médications antispasmodiques et narcotiques avant de songer à interroger comme lui le diagnostic local. C'est donc un nouvel avertissement de ne jamais négliger, en pareil cas, cette voie qui souvent, il est vrai, ne donne aucun résultat, mais qui parfois conduit si promptement au but.

A l'appui des remarques qui précèdent, nous citerons encore une observation tirée du même journal.

Obs. — Une jeune femme de 20 ans consulta, le 15 mars 1849, M. Norman pour une petite tumeur qu'elle portait depuis deux ans, moitié dans l'épaisseur et moitié au-dessus du sourcil droit. N'ayant pas plus que le volume d'une fève et étant couverte par une peau rouge et enflammée, il fallait y mettre un peu d'attention pour la distinguer des parties qui l'entouraient; elle ne causait d'ailleurs aucune difformité. M. Norman considéra cette tumeur comme étant la cause d'une douleur qui revenait par paroxysmes, s'étendait dans le trajet du nerf sus-orbitaire, et qu'elle avait aussi sentie depuis quelque temps dans le nerf du côté opposé.

Le 17, M. Norman procéda à l'extirpation; il fallut disséquer cette tumeur qui était un peu adhérente. L'incision qui avait été faite dans le sens du sourcil fut réunie par la suture. Au bout de deux jours elle était cicatrisée.

Cette tumeur consistait en un kyste mince, mal limité, excepté du côté de la peau; il contenait une petite concrétion dure, comme terreuse, cassante, ru-

---

La délicieuse vallée qui se creuse entre les monts Auraneo et Massico aboutit au petit poste de Santa Agata, où l'on se repose, après la troisième journée de voyage, dans une auberge de peu de ressources. De Santa Agata à Naples se déroulent, sans interruption et sans barrières montagneuses, les fertiles plaines de Carniola, de Capoue et d'Aversa. Jusqu'à la ville de Capoue, l'homme semble encore fuir la plaine; mais de là jusqu'à Naples, les habitations foisonnent partout. Le dessèchement et la végétation luxuriante des cultures ont produit une salubrité complète. Les plages qui s'étendent de Capoue à la mer, sont, au contraire, basses, humides, peu habitées; le Volturno, qui baigne de ses eaux lentes les murs de la ville, serpente dans une plaine dont l'inclinaison n'est pas assez prononcée. Au nord et au sud de ce fleuve, coulent les rivières appelées Savone et Patria qui, peu de temps avant de se jeter dans la mer, s'étalent en marécages. Toute la côte, de Baia jusqu'au golfe de Gaëte, est ma'same et palustre; on énumère, du sud au nord, les lacs marécageux de Mare-Morto, Fusaro, Licola, Patria, enfin un autre à la hauteur de Serra. Ce long espace insalubre est compris entre des plages favorisées par *l'aria fina*, à savoir, le golfe de Gaëte au nord, et au sud l'arc du golfe de Naples qui s'étend de la pointe de Pausilippe à Massa, et auquel fait suite le golfe non moins salubre de Salerne.

Capoue, malgré l'apparence guerrière que lui prêtent ses remparts bâtis par Vauban, doit encore être une molle et paresseuse cité. Son atmosphère humide, lourde et chaude, n'a en effet aucune des propriétés excitantes et toniques nécessaires pour donner de l'énergie et de l'activité au jeu des fonctions ni à l'élaboration de la pensée.

Je laisserais volontiers le lecteur à Capoue, au sein des délices annibalesques; mais, en conscience, ce serait me donner un démenti, à moi qui ai représenté l'activité napolitaine bravant le danger et poussant courageusement ses plantations jusque sur le bord des marécages. A Naples, nous allons retrouver la nation dans toute son activité travailleuse.

Où donc est le lazzarone, cet être poétique qui n'a pour abri que la voûte du ciel ou le portique des églises, ce lézard qui s'étend au soleil des quais pendant l'hiver, et s'endort à l'ombre de monuments dans la saison d'été; cet heureux de la terre qui ne pense jamais au lendemain et ne sort de son sommeil de boa qui digère, que pour ouvrir une oreille aux déclamations de l'improvisateur des rues? Le lazzarone est un être apocryphe, une fiction, tout comme le sphynx, le dragon et le vampire. Dans la magnifique, industrieuse et bruyante capitale, la population s'agite, cherche, travaille tout autant qu'à Paris. Voyez sur les places, sur le port, dans les rues: on se heurte, on se coudoie, tout le monde est affairé, mais pas un lazzarone; les chiens seuls dorment dans l'angle des maisons sans s'inquiéter du lendemain. Naples est une cité féerique où l'on s'extasie à la fois devant l'œuvre de l'homme et devant l'œuvre de la nature, et qu'on ne quitte jamais qu'à regret en répétant: *Vedi Napoli e poi mori.*

FÉLIX JACQUOT.

— M. le docteur Lodibert, médecin major de première classe à l'hôtel national des Invalides, est mort le 9 septembre.

guense à sa surface, et du volume environ d'un grain de poivre; elle ne fut pas soumise à l'analyse chimique.

L'opération marqua le terme des douleurs que la malade avait endurées jusque-là dans le nerf sus-orbitaire; ce qui confirma la pensée de M. Norman que la présence de cette concrétion était la seule cause qui les entretint.

DILATATION DU CANAL CHOLÉDOQUE; par le docteur DOUGLAS.

Ce fait est curieux au point de vue anatomique; car on n'a pas souvent rencontré une aussi énorme dilatation du canal cholédoque. Ce canal formait un sac assez volumineux pour occuper tout le côté droit de l'abdomen et refouler l'estomac dans l'hypocondre gauche. Il contenait un liquide jaune, de consistance sirupeuse et sans fétidité. Ses parois, denses et fibreuses, avaient d'un douzième à un sixième de pouce d'épaisseur. L'entrée des canaux hépatique et cystique était assez large pour admettre le doigt; la dilatation du premier s'étendait à la seconde et à la troisième division; le second n'était dilaté que dans sa moitié la plus rapprochée du sac. La vésicule biliaire était à l'état normal. Le foie avec le sac pesait trois livres. Absence de calculs.

Les principaux symptômes avaient été la jaunisse, la constipation et la tympanite; mais le diagnostic n'avait pas été établi. La percussion avait permis de limiter assez bien la tumeur, mais non d'en déterminer la nature.

DU SANG COMME SOURCE DE CERTAINES FORMES DE PARALYSIE GÉNÉRALE; par le docteur HAMILTON KINGLAKE.

Voici en quelques mots l'observation qui forme le fond de ce travail.

OBS. — Un homme de 45 ans, bien constitué, se sentit indisposé vers le 14 février 1851 et prit du calomel et des pilules de coloquinte. Il eut l'imprudence de s'exposer chaque matin à un refroidissement dont il avait lui-même conscience. Bientôt il éprouva de l'enrouement, du mal de gorge, de la roideur et de la douleur dans les jambes. Se considérant comme atteint de rhumatisme, il prit quelques remèdes usuels jusqu'au 20, époque à laquelle il demanda les secours de la médecine. Il y avait alors paralysie des membres inférieurs. Sa démarche était devenue vacillante; il sentait ses pieds froids et de légers picotements dans les doigts.

Cet homme appartenait à une famille sujette à la goutte; lui-même en avait éprouvé quelques atteintes tout récemment. Il se livrait d'ailleurs à un luxe de table qui l'y disposait particulièrement. Il avait aussi de temps à autre des accès d'asthme.

Le traitement consista d'abord en un laxatif, puis on eut recours à l'emploi de la noix vomique et aux pédiluves très-chauds.

Peu à peu la paralysie du mouvement devint complète dans les membres inférieurs, et s'étendit graduellement aux parties supérieures. La voix était faible, la respiration difficile; les intestins distendus par des gaz. Sensibilité générale et fonctions du cerveau intactes ou à peu près. Il y avait seulement pendant la nuit des douleurs à la région sacrée et vers les tubérosités ischiatiques. Battements du cœur faibles; pouls petit et intermittent. Urines claires, abondantes, d'une pesanteur spécifique de 1012, non coagulable, et donnant une forte réaction acide. L'examen microscopique n'y fit découvrir ni oxalates ni d'autres cristaux.

Vers le 1er mars, les symptômes goutteux étaient très-dessinés; plusieurs articulations étaient gonflées et rouges. L'urine contenait beaucoup de lithates d'ammoniaque. Ces symptômes disparurent rapidement; mais la paralysie fit encore des progrès. Tout le système musculaire avait perdu plus ou moins sa contractilité; le diaphragme lui-même paraissait gêné dans son action. Néanmoins les sphyncters remplissaient leurs fonctions. Intelligence et sens spéciaux bien conservés.

Le 5, les symptômes d'une pneumonie gauche se déclarèrent; ils augmentèrent graduellement, puis diminuèrent à partir du 9. Survint alors un ictère qui ne dura aussi que peu de jours. En même temps la paralysie diminua d'abord aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs; mais le rétablissement de la motilité fut très-lent. Le malade ne put se promener un peu que vers le milieu du mois de mai. La guérison était complète à la fin de juin.

L'auteur se livre, sur ce fait, à de longues considérations sur la nature de la paralysie. Après avoir établi, avec raison sans doute, qu'il ne s'agissait pas d'un état morbide des nerfs périphériques, mais bien d'une lésion quelconque du centre médullaire, il cherche à montrer que c'est l'urée non éliminée par les urines et retenue dans le sang qui, en se portant sur la moelle, a enchaîné ses fonctions. Nous ne pensons pas qu'on puisse encore, sur cette question de pathogénie, émettre autre chose que des conjectures. Mais il n'est pas douteux que l'affection dont il s'agit était de celles que, dans l'imperfection de nos connaissances, nous appelons *goutteuses*. Sa marche, ses brusques changements, la multiplicité de ses manifestations phénoménales, tout l'indique. L'ictère, en particulier, est un des symptômes les plus ordinaires de cette forme de goutte qui attaque surtout le centre rachidien. A la forme représentée par l'observation qu'on vient de lire, on pourrait en opposer une où ce sont les nerfs de la sensibilité qui sont seuls affectés. Alors des douleurs atroces se répandent dans les membres inférieurs, et quelquefois dans les muscles respiratoires. Dans celle-ci comme dans la précédente, l'ictère est un épiphénomène extrêmement fréquent.

ANÉVRISME DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE, TRAITÉ SANS SUCCÈS PAR LA LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE; par M. MACKENSIE.

OBS. — Le 16 novembre 1851, M. Mackensie fut appelé auprès d'un jeune homme affecté d'une tumeur pulsatile au-dessous de la clavicule droite. Agé de 29 ans, atteint de la syphilis à plusieurs reprises, ayant mené une vie très-fatigante, il fut pris pour la première fois au moins de juin de toux et d'oppression. Il n'y a que trois semaines qu'il s'aperçut de l'existence de la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, on reconnaît une tumeur circonscrite, pulsatile, du volume d'un œuf de dinde, située immédiatement au-dessous de la clavicule droite. Elle occupe le trajet de l'artère axillaire et s'étend vers l'aisselle où le doigt peut la sentir en pressant derrière le muscle pectoral. Elle est d'une consistance assez ferme; en la comprimant on peut l'effacer, mais elle reparaît aussitôt. On l'efface également en appuyant le doigt sur la sous-clavière. La peau qui la recouvre est saine. Le stéthoscope permet d'y reconnaître un bruit de souffle, synchronique au mouvement du cœur, et plus appréciable quand la tumeur préalablement vidée se remplit de nouveau. L'artère brachiale ne bat que faiblement, et les pulsations de la radiale au poignet sont à peine perceptibles.

M. Syme fut d'accord avec M. Mackensie sur l'existence d'un anévrisme; mais le malade étant un peu affaibli, et sous l'empire d'une toux très-pénible, on ne crut pas devoir l'opérer sans l'avoir fait examiner par un médecin, M. Douglas. Celui ci ayant déclaré que les organes thoraciques ne présentaient aucune lésion sérieuse, M. Mackensie procéda à l'opération le 19 novembre.

On pratiqua donc la ligature de la sous-clavière de la manière ordinaire, c'est-à-dire immédiatement au dehors de l'insertion du scalène antérieur. L'opération fut accompagnée de difficultés inattendues à cause du nombre et du volume des veines qui croisaient l'espace triangulaire où se trouve le vaisseau. Cependant, assisté par MM. Spence et Gillespie, M. Mackensie parvint à placer une ligature sur l'artère, sans l'avoir dénudée au delà de ce qui était nécessaire pour le passage de l'aiguille. Le patient supporta parfaitement l'opération et retourna ensuite à pied dans sa salle.

Durant les cinq premiers jours tout se passa très-bien. La tumeur perdit rapidement près d'un tiers de son volume primitif.

Le 25, après un léger malaise et une accélération du pouls datant de la veille, l'opéré eut un frisson, suivi de chaleur et de fièvre. Le 26, il était pris d'une bronchite générale avec dyspnée, pouls faible, lividité des lèvres, délire par moments et anxiété.

Cet état alarmant céda sous l'influence de quelques stimulants et d'un large vésicatoire sur la poitrine. La ligature tomba le onzième jour, et la plaie marchait en même temps vers la cicatrisation.

Le 5 décembre, il put quitter son lit une demi-heure. Il ne restait de la plaie qu'une ouverture large comme la tête d'une épingle. La tumeur ne faisait plus de saillie; mais on n'y percevait cependant pas la sensation d'un anévrisme solidifié.

Depuis l'application du vésicatoire, on sentait dans l'aisselle quelques glandes engorgées et un peu douloureuses à la pression. Il s'y manifesta alors plus profondément derrière le muscle pectoral un gonflement plus considérable et plus mou qu'on attribua à la suppuration des glandes profondes.

Le 6 décembre, dans la matinée, il se fit un léger suintement sanguin par la fistule persistant au mi ieu de la cicatrice; mais il cessa bientôt de lui même. Dans l'après-midi, il sortit un petit jet de sang artériel par la même ouverture, mais on l'arrêta au moyen de la compression.

Le 7, à trois heures du matin, retour d'une légère hémorrhagie. La cicatrice est soulevée par l'effusion sanguine qui s'est faite au dessous d'elle. Le saignement continue tout le jour malgré l'application des réfrigérants et la compression.

Le 8, à quatre heures du matin, un accès de toux est suivi d'une hémorrhagie abondante. Après avoir perdu une livre de sang environ, le malade est très-affaibli. Une compression méthodiquement faite arrête l'hémorrhagie. Toutes les adhérences de la plaie sont détruites; on applique sur la région une vessie pleine de glace.

On eut l'idée de lier la sous-clavière en dedans des scalènes ou l'innominée — seule ressource possible — mais le malade se refusa à toute nouvelle opération.

Grâce à une surveillance assidue, il ne se fit pas d'hémorrhagie abondante; mais le sang continua à imbiber les pièces de pansement, et le malade succomba épuisé le 10 décembre, à trois heures du matin.

AUTOPSIE. — Le poumon droit est fixé à la paroi thoracique par de nombreuses et anciennes adhérences, excepté depuis son sommet jusqu'à la quatrième côte. Dans cet espace, il existe un abcès qui s'étend en avant jusqu'aux cartilages costaux, en arrière jusqu'à 2 pouces de l'angle des deux premières côtes. La seconde côte, dans l'étendue de 4 pouces, et une petite portion du bord infé-

rieur de la première sont à nu, érodées dans le foyer morbide. Il y a 5 à 6 onces de pus dans cet abcès, qui paraît être formé entre la paroi thoracique et la plèvre costale.

Partout ailleurs le tissu des poumons est sain, ainsi que le cœur.

En ouvrant le foyer anévrismal par-devant, il s'en écoula une once de pus mélangé avec un ou deux caillots sanguins récents. L'intérieur de la cavité présentait si peu l'aspect d'un anévrisme que M. Mackensie crut d'abord s'être trompé et n'avoir eu affaire qu'à un abcès recevant des pulsations imprimées par l'artère sous-jacente. Mais cette illusion fut détruite grâce à un examen plus attentif des parties.

Une large communication existait dans le second espace intercostal entre l'abcès et le sac anévrismal, dont la paroi était çà et là couverte de dépôts fibrineux adhérents.

Une sonde introduite par le bout inférieur de l'artère fit découvrir une ouverture de communication ovale entre elle et le kyste. Cette ouverture, de 2 lignes de longueur, avait ses bords bien tranchés, mais constitués par un tissu artériel ramolli et aminci. Il existait une seconde ouverture de communication, située un peu plus haut.

L'artère était oblitérée depuis la ligature jusqu'à un pouce et trois quarts de l'ouverture inférieure.

La plaie de l'opération ne communiquait pas avec le sac anévrismal; elle en était séparée par le muscle sous-clavier et par le ligament costo-claviculaire resté intact. L'artère était entièrement désorganisée au-dessus du siége de la ligature. L'hémorrhagie était venue du côté le plus voisin du point où la ligature avait été appliquée. Un caillot dense, ayant un demi-pouce d'étendue dans sa plus grande longueur, remplissait le vaisseau au-dessus de la ligature et adhérait à sa surface interne, excepté vers le bord supérieur. Là il existait une ouverture qu'une plume de corbeau aurait aisément traversée. La mammaire interne, première collatérale fournie au-dessus de la ligature, avait son origine à une distance de trois quarts de pouce de ce point.

M. Mackensie pense que l'abcès fut la première lésion qui commença à se manifester. Gagnant toujours de proche en proche, ce foyer purulent provoqua l'érosion de la paroi de l'artère axillaire; dès lors une communication s'établit avec ce vaisseau, dont l'intérieur fut ainsi converti en un anévrisme faux.

Comme nous partageons entièrement cette manière d'expliquer la série des altérations observées dans ce cas, et qu'elle trouve d'ailleurs un appui solide dans l'évolution successive des symptômes, nous croyons pouvoir nous dispenser de reproduire les considérations très-étendues auxquelles M. Mackensie se livre pour réfuter l'opinion qui admettrait la formation d'un anévrisme spontané et sa terminaison par suppuration, comme interprétation plus plausible des désordres qui ont eu lieu.

SUR LES FONCTIONS DE LA RATE ET DES GLANDES LYMPHATIQUES COMME SÉCRÉTEURS DU SANG; par le docteur BENNETT.

Ce travail, où les considérations thérapeutiques tiennent plus de place que l'expérience et où trop de données physiologiques sont mises de côté, a pour but d'établir la doctrine suivante :

Les corpuscules du sang, chez les animaux vertébrés, sont originairement formés dans le système glandulaire lymphatique, et ils ne deviennent colorés qu'en pénétrant dans la grande circulation. Le sang est donc une *sécrétion des glandes lymphatiques.* La rate n'est autre chose qu'une glande, et elle partage la fonction de sécréter le sang avec le thymus, la glande thyrhoïde, les capsules surrénales, la glande pituitaire, la *pinéale* et les glandes lymphatiques proprement dites. Quand ces glandes s'hypertrophient, leur éléments celluleux se multiplient outre mesure; ils pénètrent dans le sang où ils augmentent le nombre des corpuscules incolores. De là la leucophlegmatie.

Nous ne faisons qu'exposer cette théorie, ne pouvant rappeler incidemment tout ce qu'on connaît des sources ordinaires du sang dans l'économie.

V. THE LANCET.

NOUVEAUX BANDAGES HERNIAIRES ÉLASTIQUES, A AIR; par M. BOURJEAURD.

Les nouveaux bandages herniaires de M. Bourjeaurd ont réalisé, en chirurgie, un progrès remarquable, tant pour la commodité que pour la sûreté de la contention. Expérimentés à diverses reprises par les praticiens les plus renommés à Londres, ils ont toujours si bien répondu à l'attente des malades qu'ils peuvent aujourd'hui se présenter avec la garantie des meilleures autorités. Dans le compte rendu que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs, on trouvera les témoignages les plus probants du soin et de la maturité qui ont présidé à l'application clinique de ces précieux appareils. Ainsi M. Bransby Cooper, quoiqu'il eût, au premier abord, complétement approuvé leur mécanisme, ne voulut pas leur donner la sanction publique de son adhésion avant qu'ils n'eussent été essayés pendant six mois, et par d'autres praticiens. Cette double condition a été largement remplie, ainsi que le prouvent les faits suivants :

OBS. I. — Ann. B., âgée de 48 ans, fut reçue, le 17 juin 1851, dans le service de M. Cooper, affectée de tous les symptômes d'une hernie crurale étranglée. Elle portait cette hernie depuis l'âge de 4 ans, et l'avait toujours facilement pu tenir réduite sans le secours d'un bandage. Elle était mère d'un enfant, et avait l'habitude de soulever de lourds fardeaux. Les moyens auxiliaires du taxis, tels que la glace, etc., etc., ayant été employés sans succès, M. Cooper l'opéra selon le procédé ordinaire, le jour même de son admission. On laissa au dehors un peu d'épiploon, qui finit par se mortifier. La malade recouvra promptement la santé; le cours des matières se rétablit le quatrième jour.

Au bout de six semaines, tout s'était parfaitement bien passé. Les débris d'épiploon formaient une sorte de tampon, agissant de manière à prévenir une nouvelle issue des viscères. Cependant M. Cooper jugea qu'il fallait seconder cette contention par une pression légère, indication à laquelle le bandage de M. Bourjeaurd devait exactement satisfaire.

En peu de jours l'appareil fut confectionné et appliqué. La patiente s'en trouva très-bien. M. Cooper prit occasion de ce fait pour signaler à ses élèves les avantages du nouveau moyen. Depuis lors la malade a conservé le même bandage sans en ressentir le moindre inconvénient.

Ici l'indication était d'obtenir une pression légère, la nature ayant déjà fait en partie les frais de la contention. Dans le cas suivant, ce secours manquait, et cependant le résultat n'a pas été moins décidément favorable.

OBS. II. — Hannah L., âgée de 59 ans, fut admise, le 21 août 1851, dans la salle de M. Lawrence pour une hernie crurale étranglée. Cette femme avait toujours porté un bandage. L'étranglement datait de vingt-quatre heures. Le taxis fut mis en œuvre, et aidé par un bain chaud, l'application de la glace, etc. Mais il échoua, et il fallut en venir à l'opération, laquelle fut pratiquée par M. Skey, de la manière ordinaire. Le sac ayant été ouvert, on trouva l'intestin dans un état demi-gangréneux. M. Skey le réduisit néanmoins, comptant dans les adhérences que la nature établirait infailliblement.

La malade alla de suite beaucoup mieux. Elle eut une évacuation le lendemain; mais une bronchite la fatiguait considérablement. Plus tard il survint de la diarrhée, qui fut traitée par les remèdes usuels. Enfin elle guérit complétement. Avant de sortir, M. Lawrence voulut qu'on lui appliquât le bandage de M. Bourjeaurd, et comme la malade précédente, elle le supporta sans difficulté, soit en se tenant debout, soit en demeurant assise, soit en marchant. Un frottement un peu pénible fut aisément corrigé, et la malade se trouvait si bien de cet appareil que M. Lawrence en fit l'objet de l'une de ses leçons cliniques, où il s'attacha à en démontrer les utiles effets.

La bronchite, par les continuelles secousses de toux qu'elle occasionnait, plaçait cette malade dans des conditions plus défavorables, qui ont cependant été éludées grâce au bandage perfectionné. Dans le dernier cas que nous allons citer, les difficultés de la contention se montraient encore plus sérieuses : c'était vraiment, sous ce rapport, un cas des plus compliqués, tels qu'un inventeur doit les rechercher pour démontrer le mérite de sa découverte. Sous ce rapport, ni les obstacles à vaincre ni la manière dont ils ont été surmontés n'ont dû rien laisser à désirer à M. Bourjeaurd.

OBS. III. — J. L., âgée de 40 ans, fut reçue, en septembre 1851, dans le service de M. Stanley, avec les symptômes d'une hernie crurale étranglée. Bien connue déjà à l'hôpital, elle y entrait pour la troisième fois; elle était atteinte de hernie crurale des deux côtés, et avait déjà été opérée autrefois par M. Lawrence. Quelques mois après sa complète guérison, l'étranglement survint du côté gauche; elle rentra à l'hôpital et fut confiée aux soins de M. Lloyd, qui l'opéra de nouveau avec succès. Mais la guérison se fit attendre; des matières fécales passèrent par la plaie; il se forma ensuite des abcès. Enfin, après beaucoup de soins, elle se rétablit, et put quitter l'hôpital au printemps de 1851, avec un double bandage.

Cependant, la hernie s'étant encore reproduite, elle vint encore demander du secours à l'hôpital. Cette fois M. Stanley réussit à réduire la hernie sans opération; mais on tint la malade en repos, de peur d'une nouvelle protrusion irréductible. Cette femme se plaignait beaucoup de son bandage, qui non-seulement lui était très-incommode, mais encore n'empêchait point les hernies de sortir de l'abdomen. M. Stanley lui fit en conséquence délivrer un bandage de M. Bourjeaurd. Une fois qu'il fut appliqué, elle témoigna, par l'expression de la plus vive reconnaissance, combien elle était satisfaite de son effet.

Les opérations anciennes avaient rendu le bandage beaucoup plus difficile à supporter; cependant, lorsque cette malade quitta l'hôpital, le 12 décembre 1851, elle n'en ressentait aucun inconvénient, et les hernies étaient exactement maintenues, ce qui fut constaté de la manière la plus honorable pour l'inventeur par M. Stanley.

Ainsi qu'on vient de le voir, ces exemples sont, de tous les cas qui réclament la contention, ceux où elle est à la fois la plus nécessaire, la plus difficile à supporter et la moins aisée à exercer d'une manière suffisam-

ment efficace. Cependant ces obstacles ont été heureusement vaincus par le bandage de M. Bourjeaurd. L'expérimentation publique dans des salles d'hôpital, le temps pendant lequel on a pu constater ensuite la solidité du résultat obtenu, justifient assez l'approbation explicite donnée à cet ingénieux mécanisme par les chirurgiens qui l'ont vu fonctionner sous leurs yeux. Les noms de Bransby Cooper, de Lawrence, de Stanley, de Skey, sont d'ailleurs de ceux auxquels tout médecin pourrait ajouter le sien de confiance, et sans même avoir besoin de vérifier par lui-même les assertions de l'auteur.

Ce bandage, après tout, n'est que l'une des applications d'un système qui a déjà rendu à la chirurgie tant de services : je veux dire de la compression exercée au moyen du caoutchouc. Tel que M. Bourjeaurd l'emploie, le fil de caoutchouc est couvert, selon les cas, de soie, de laine ou de coton ; puis on tisse avec ces fils des bandes d'un pouce de largeur. A leur tour, les bandes sont cousues l'une avec l'autre en forme de spirale, de manière à construire des bandages qui peuvent être appliqués sur toutes les parties du corps, y produisant une compression méthodique, régulière et continue, tantôt sur la surface entière, avec laquelle ils sont mis en contact, tantôt sur une région limitée.

D'après ces données sur les appareils de compression de M. Bourjeaurd, on comprend aisément leur application à la confection des bandages herniaires. Ces nouveaux bandages élastiques conviennent pour les hernies crurales, inguinales et ombilicales. Ils consistent en une ceinture, large de 8 pouces, composée de bandes élastiques cousues ensemble en forme de spirale. Un sous-cuisse de même matière est adapté à droite ou à gauche de son bord inférieur (suivant que la tumeur occupe l'un ou l'autre côté). La ceinture ainsi fixée est le seul moyen qui soutienne l'agent spécial de compression. Celui-ci est un petit sac ovale de caoutchouc mou et flexible, recouvert de peau de chamois et rempli d'air au moyen d'une pompe à soupape. Le sachet est fixé à la partie interne de la ceinture, sur le point du corps où la compression doit être établie.

Le degré auquel l'insufflation du sachet a été portée règle le degré de compression dont on veut user, et deux bandes non élastiques passent sur cette pelote pour rendre la pression continuelle. Ces deux bandes peuvent à volonté être raccourcies ou allongées à l'aide d'agrafes ou boucles, mécanisme des plus importants, qui permet d'obtenir instantanément la compression que l'on désire et de la rendre permanente. Les malades qui ont déjà porté des bandages ordinaires reconnaissent immédiatement par leurs propres sensations toute la supériorité de ceux-ci.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend plusieurs lettres du ministre du commerce relatives à des remèdes secrets et un grand nombre d'états de vaccinations.

— M. le docteur LIEGEY (de Rambervilliers) communique une observation relative à un cas de fièvre intermittente pernicieuse cataleptiforme chez une jeune femme enceinte de huit mois, guérie par le sulfate de quinine. La guérison a été suivie d'un accouchement spontané. (Commissaire, M. Cazeaux.)

— M. le docteur BAUMÈS (de Lyon) envoie un paquet cacheté, dont le dépôt est accepté.

— M. BOUCHARDAT lit, au nom de la commission des remèdes secrets, la première partie d'un rapport officiel très étendu sur les divers remèdes proposés dans ces derniers temps contre la rage. La suite du rapport est ajournée à la séance prochaine.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Lagneau pour terminer la lecture commencée dans la dernière séance.

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. LAGNEAU : Des questions soulevées par le rapport de M. Bégin, la principale sans contredit est celle relative à la transmissibilité des accidents consécutifs par l'inoculation artificielle.

La faculté qu'ont les accidents syphilitiques consécutifs de se transmettre par l'inoculation est incontestable ; comme il est avéré et hors de doute aussi, pour les médecins tant soit peu au fait de ce qui a rapport aux affections vénériennes, que, de tout temps, ces accidents se sont, dans certaines conditions, montrés contagieux dans les relations sexuelles.

Et d'abord, M. Lagneau convient avec tous les observateurs non prévenus, que la contagion de ces accidents, par cela seul qu'ils sont consécutifs, c'est-à-dire qu'ils annoncent une saturation virulente plus ou moins avancée, n'est pas, à beaucoup près, aussi facile et par conséquent aussi fréquente que lorsqu'il s'agit de symptômes primitifs ou d'invasion. Ceux-ci, en effet, sont plus facilement et plus sûrement inoculables, bien que M. Lagneau n'accorde pas, même lorsqu'ils se présentent sous forme de chancres, qu'ils le soient toujours et fatalement, ainsi que tendrait à le faire croire l'exposé de la doctrine qui a pris faveur depuis quelques années.

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des produits de ces deux sortes de symptômes, s'expliquera aisément aux yeux des praticiens tant soit peu physiologistes : pour les accidents consécutifs, dont la plus difficile et la moins fréquente transmission est principalement due au peu de vitalité dont ils sont presque tous le siége, par leur marche chronique enfin ; tandis que les accidents primitifs sont, toujours plus ou moins inflammatoires, et que les matières qu'ils sécrètent sont par conséquent, d'une âcreté d'autant plus grande, qu'on les observe à un instant plus rapproché de celui de leur apparition.

Cette différence dans le degré d'inoculabilité des deux ordres de phénomènes syphilitiques locaux, par suite de rapports sexuels, est encore plus marquée, on doit le reconnaître, lorsqu'on expérimente par le moyen de la lancette. Le chancre primitif récent, principalement, se transmet le plus souvent par cette voie, bien que ce ne soit pas toujours et inévitablement, ainsi que le pense son savant collègue M. Ricord ; tandis qu'il est beaucoup plus ordinaire que l'ulcère consécutif se montre réfractaire à ce mode de transmission artificielle, beaucoup plus réfractaire, selon M. Lagneau, qu'il ne l'est dans les rapports sexuels ordinaires. M. Lagneau est donc loin d'admettre que ces derniers, les accidents consécutifs, ne puissent être quelquefois inoculés avec un plein succès, ainsi qu'il en existe des exemples recueillis partout dans ces derniers temps, c'est-à-dire depuis que l'attention des médecins a été appelée sur ce point de syphiliographie par l'importance qu'on a eu la prétention de donner à l'inoculation comme moyen de diagnostic, pratique qui a plutôt obscurci la question qu'elle ne l'a élucidée.

Ces faits rapportés par des hommes éclairés, consciencieux et exerçant à de grandes distances, les uns des autres, dans des hôpitaux spéciaux, constituent des exceptions d'une grande valeur à la loi posée d'une manière si générale, si absolue et si exclusive pour la théorie nouvelle, dont elle est la base fondamentale.

Passant à l'examen des preuves à l'appui de son opinion, M. Lagneau invoque comme une des plus concluantes, l'observation de M. Lindman. Après en avoir rappelé les principales circonstances, il l'apprécie ainsi : Il importe actuellement de nous rendre compte de la nature précise des ulcérations de la gorge, dont l'inoculation a été faite avec un pareil succès. Quant à leur origine syphilitique, elle ne peut être douteuse pour personne. Reste donc à reconnaître si elles étaient primitives ou consécutives. Selon moi, elles présentaient tous les caractères qui constituent l'accident secondaire ou consécutif, et je n'hésite pas à les placer dans cette catégorie. Notre savant rapporteur lui-même, en avait déjà le pressentiment, lorsqu'il a appelé votre attention sur la transmissibilité de ces sortes de symptômes, comme sur une question d'une haute importance pour fixer nos idées sur ce point essentiel de syphiliographie ; symptômes dont la contagion n'est pas admise par l'auteur de l'inoculation du virus syphilitique comme moyen de diagnostic. — Ces chancres, je le répète, étaient évidemment consécutifs ; et ce qui le prouve, c'est : 1° qu'ils siégeaient à une région où paraissent généralement ces sortes d'accidents ; tandis qu'il est presque sans exemple que des chancres primitifs s'y développent, ce qui ne pourrait avoir lieu, du reste, que pour les cas très exceptionnels dans lesquels le virus aurait été directement porté jusqu'au fond de la gorge, circonstance tout au plus admissible quand le patient est une femme, mais qui ne peut même se supposer lorsqu'il s'agit de l'autre sexe.

J'ajouterai encore, comme un autre puissant motif de croire, dans l'espèce, à une infection générale, qu'il n'existait pas seulement un ulcère à l'amygdale sur laquelle on a pris le pus inoculé, mais qu'il y en avait un autre tout aussi profond au côté opposé. Et d'ailleurs les fissures de la langue, symptômes toujours caractéristiques d'une intoxication syphilitique au moins secondaire, ne sont-elles pas là pour corroborer mon opinion ?

2° Une autre preuve du caractère consécutif des ulcères qui ont fourni la matière inoculée sur M. L. se trouve dans les précédents mentionnés à l'observation dont vous avez entendu la lecture, et dans la marche de l'infection chez le malade sur lequel cette matière a été prise. Chez lui l'absorption virulente a commencé par un chancre induré, bientôt suivi d'une roséole et d'engorgements ganglionnaires, elle s'est enfin complétée par les ulcères de l'isthme du gosier et les gerçures de la langue, c'est-à-dire par un ensemble et une succession régulière de phénomènes morbides sur la nature spéciale et la connexité desquels il n'est pas possible d'élever le moindre doute.

Il résulte évidemment de ce qui précède : 1° que les chancres consécutifs sont inoculables, dans des conditions qu'il n'est pas toujours possible, il est vrai, d'apprécier avec précision ; 2° qu'ils ne le sont pas à l'égal des ulcères primitifs. Le fait de la transmission des accidents secondaires par inoculation doit faire perdre, ce semble, toute confiance dans l'inoculation syphilitique en tant que moyen de diagnostic ; car il suffit d'un seul cas bien avéré contraire à ce qu'on s'était promis de cette opération, pour engager le petit nombre des praticiens qui avaient cru, un peu légèrement, aux avantages qu'on pourrait en tirer, à y renoncer à jamais.

Mais il faut bien le dire, ce fait n'est pas le seul. Il en existe beaucoup d'autres de même nature et de même portée. En France, M. le docteur Vidal de Cas-

sis; à Hambourg, M. le docteur Simon; le docteur Valler, à Prague, un autre praticien à Vienne, et beaucoup d'autres encore, ont tous recueilli des faits propres à convaincre les esprits les plus sceptiques de l'inoculabilité des accidents consécutifs de la syphilis.

MM. Ricord, Puche et Cullerier ont, il est vrai, tenté en vain d'inoculer ces accidents; plusieurs autres praticiens également dignes de foi ont fait des essais semblables et sans plus de succès. Mais ces résultats ne doivent pas surprendre, puisqu'il est admis et bien reconnu que ces symptômes ne se transmettent, tant par le coït que par l'inoculation au moyen de la lancette, qu'avec beaucoup plus de difficulté que ceux primitifs. Que prouverait d'ailleurs cette simple différence dans le degré de l'inoculabilité de ces deux ordres de phénomènes syphilitiques? Rien absolument contre la thèse que je soutiens. Cent inoculations négatives, je me plais à le répéter, ne pourront jamais prévaloir, dans l'importante question qui se discute aujourd'hui, contre un seul fait bien constaté dans lequel l'opération a eu une incontestable réussite, et à plus forte raison contre le nombre assez grand de ceux qui ont été bien et dûment constatés jusqu'à ce jour aussi bien en France que dans la plupart des autres centres scientifiques de l'Europe.

Ici M. Lagneau analyse les faits observés en France par MM. Vidal, Cazenave et Richet, et à l'étranger par MM. Wallace, Frederik Simon, et Waller, faits qui lui paraissent concluants et suffisants pour décider la question; puis il termine ainsi:

Terminerai-je cette revue, déjà très-longue, par vous rappeler tous les motifs de l'opinion que j'ai toujours manifestée à l'endroit de l'inoculation syphilitique dans quelque intention qu'elle fût recommandée? Le cri de ma conscience, à ce sujet, a été formulé depuis longtemps et d'une manière assez explicite pour m'en dispenser, tant dans ce que j'ai écrit sur la matière que dans quelques rapports dont vous avez entendu la lecture. L'espèce d'anathème dont cette pratique est aujourd'hui frappée par des hommes d'expérience et d'un grand savoir, me confirmerait, s'il en était besoin, dans ma répugnance pour une opération qui n'a plus aucune raison d'être, et surtout plus aucune chance plausible d'être vraiment utile à l'avancement de la science, dès qu'il est admis et bien constaté que d'autres symptômes que le chancre peuvent être trasmis par l'inoculation artificielle, dès qu'il est rationnellement et expérimentalement reconnu que le chancre d'invasion lui-même n'est pas inoculable à toutes ses périodes et dans toutes les conditions de temps et de dispositions individuelles. C'est donc une épreuve sans valeur, sur laquelle il n'est plus permis de compter pour nous édifier sur la nature réelle des ulcères vénériens.

On ne sera pas plus heureux avec ce nouveau moyen d'investigation pour ce qui peut concerner les autres symptômes d'infection, tels que blennorrhagies, végétations, excroissances, pustules muqueuses, ecthymateuses et autres. L'incertitude et la perplexité seront encore plus grandes; car les chances d'erreurs de diagnostic seront et plus faciles et plus nombreuses. Quel que soit le cas dans lequel on puisse y avoir recours, si l'opération n'a qu'un résultat négatif, ce qui est bien démontré possible par ce qui a été tant de fois observé dans les tentatives de syphilisation au moyen de piqûres multipliées dont un certain nombre restaient inertes et sans aucune manifestation morbide, on pourra être porté à regarder comme simples des accidents d'origine vraiment syphylitique, et, par conséquent, être conduit à adopter une thérapeutique contraire ou insuffisante, toujours pleine de dangers pour l'avenir des malades.

Je conclus en déclarant hautement que les accidents consécutifs de la syphilis, secondaires ou autres, sont transmissibles par l'inoculation artificielle, comme ils ont toujours été reconnus l'être par le rapprochement des sexes; que dans l'un et l'autre modes de contagion, ils agissent en produisant des accidents vraiment primitifs, qui donnent lieu à l'infection générale, à la manière de tous les autres symptômes d'invasion, en suivant une marche semblable, en général, à celle de la vérole causée par le pus provenant du chancre huntérien.

Quant à l'opération elle même, je serais disposé à l'exonérer d'une partie de la responsabilité qui pèse sur elle, par la bonne intention qui l'a suggérée et malgré les mécomptes qui en sont résultés, en considération de ce qu'elle nous a fourni la démonstration positive et tout à fait mathématique de cette transmissibilité si controversée, depuis quelque temps, des accidents consécutifs de la maladie vénérienne.

M. Ricord. La question qui nous occupe en ce moment, et qui intéresse à un si haut degré la science pure, l'hygiène et la médecine légale, est celle-ci: les accidents de la syphilis constitutionnelle peuvent-ils se transmettre autrement que congénialement ou par hérédité?

Lorsque je commençai l'étude des maladies vénériennes, peu satisfait des doctrines généralement admises, et si souvent démenties par l'observation, je m'adressai non-seulement aux faits cliniquement, mais je les interrogeai rigoureusement aussi par l'expérimentation. La voie avait été déjà ouverte par Hunter. Mais tout ce qu'avait annoncé ce maître de l'art ne me paraissait pas suffisamment démontré ou appuyé sur des observations assez nombreuses; je crus devoir tout vérifier.

Dès 1832, je démontrai, à l'hôpital du Midi, bien avant que Wallace n'eût rien enseigné ni rien écrit sur ce sujet:

1° Que le pus du chancre seul, à une période déterminée, était inoculable et susceptible de reproduire le chancre;

2° Que le bubon d'absorption, suite de chancre non induré, fournissait, comme le chancre, le pus virulent inoculable;

3° Que le bubon réputé vénérien pouvait ne pas fournir de pus inoculable:

Parce qu'on avait pris le pus phlegmoneux extra-ganglionnaire;

Parce qu'on avait affaire à un bubon sympathique;

Parce qu'enfin il s'agissait d'un bubon idiopathique, ce que, par erreur de diagnostic, on appelle encore bubon d'emblée;

4° Que les accidents constitutionnels, secondaires ou tertiaires, n'avaient pas pu être inoculés;

5° Que les accidents syphilitiques non inoculables ne paraissent pas devoir être contagieux;

6° Enfin, que la blennorrhagie essentielle, non symptomatique du chancre, n'était pas inoculable, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait jamais donner lieu au chancre et à ses conséquences.

Tous ceux qui ont loyalement expérimenté, et qui ont su expérimenter, sont arrivés aux mêmes résultats: MM. Puche, à l'hôpital du Midi; Cullerier, à l'hôpital de Lourcine; Banmès et Diday (de Lyon); Venot (de Bordeaux); Thiry (de Bruxelles); Renault (de Toulon); Broussonnet, Serre (de Montpellier; Acton et Méric, en Angleterre, etc.

Quelles sont les objections que l'on adresse aux principes que je professe? Les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux, dit-on, et cela est prouvé cliniquement par l'observation ordinaire et par l'expérimentation.

Aux faits contradictoires cités, je réponds d'abord, comme je l'ai déjà fait, en répétant qu'ils sont exceptionnels, et que ce qui a permis de les admettre, c'est qu'on n'a pas tenu compte de toutes leurs conditions. Si les accidents secondaires étaient vraiment contagieux, au lieu de former l'exception, ils devraient être la source la plus commune de la propagation de la syphilis. En effet, si les accidents secondaires ne sont pas aussi fréquents que les accidents primitifs, ils ont un cours plus libre dans le monde, et permettent des contacts bien plus fréquents, avec bien moins de prévoyance et bien moins de garantie que pour les accidents primitifs.

Dans tous les cas, pour savoir si une contagion a été produite par le contact d'accidents secondaires, il faut d'abord bien établir qu'on a affaire à des accidents secondaires. Eh bien! quels sont les éléments d'un diagnostic absolu? Les antécédents. Mais les antécédents ont-ils la même valeur pour tout le monde? N'est-il pas un grand nombre de médecins pour lesquels il suffit qu'un malade ait eu une blennorrhagie, à n'importe quelle époque antérieure, pour que tout ce qu'il va suivre, surtout dans certains siéges et sous certaines formes, soit réputé secondaire.

Dans la syphilis acquise, sait-on toujours comment a été contracté l'accident primitif, source de l'infection constitutionnelle. En supposant que les malades n'aient pas intérêt à tromper, ont-ils toujours pu apprécier les circonstances dans lesquelles s'est effectuée la contagion, ont-ils pu toujours reconnaître les conditions dans lesquelles se trouvaient les personnes qui les entourent, les objets dont ils se servent? Les médecins appelés à résondre ce problème peuvent-ils constamment se flatter d'avoir trouvé toutes les inconnues et d'arriver à la vérité? Pour les accidents qui ont des siéges insolites, cela n'est-il pas bien fréquent?

Mais la difficulté de savoir le comment et le pourquoi n'existe pas seulement pour des accidents qui ont des siéges anormaux, excentriques. Sur les organes génitaux mêmes, on peut véritablement ignorer la cause d'un accident primitif, ainsi que cela m'est arrivé pour un malade qui a été vu par MM. Chomel et Marjolin.

En présence de faits semblables et si vulgaires, est-il permis, parce que les malades ne savent pas vous mettre sur la voie de la contagion qu'ils ont subie, et que vous ne savez pas la trouver, de conclure légèrement, comme on l'a fait, que ces accidents devaient être constitutionnels?

Mais c'est surtout au point de vue de la syphilis héréditaire et congénitale que la question est le plus ordinairement tranchée. Il suffit au plus grand nombre des médecins qu'un homme ait eu une simple blennorrhagie vingt années auparavant, pour que, si un enfant qui lui est imputé vient à avoir la syphilis en nourrice, la maladie soit considérée comme héréditaire, et par conséquent secondaire.

Comment les nourrices peuvent être infectées avant ou pendant l'allaitement, comment les enfants peuvent être infectés après la naissance, c'est ce que je n'ai pas à dire ici. Lorsqu'il s'est agi du véritable point de départ des deux côtés, nourrices et nourrissons, l'a-t-on bien précisé? Cela a-t-il été fait dans l'observation de Hunter, qui paraît être une des plus concluantes? Quand cela a été fait d'une manière sérieuse, les résultats ont été tout différents.

Mais, dira-t-on, en l'absence de toute autre donnée, le siége indiquera, comme dans le cas de M. Lindman, si l'accident est le résultat direct d'une contagion ou la conséquence d'un état constitutionnel. Mais le siége est-il circonscrit à certaines régions pour les accidents primitifs, et n'y a-t-il que les accidents secondaires qui aient un droit de parcours illimité. Quel est le syphilographe, quel est le praticien qui, devant cette assemblée, oserait me dire qu'il est des régions réfractaires à la contagion, lorsque le pus virulent y est convenablement déposé? Certains siéges sont plus fréquemment affectés que d'autres, sans doute, mais voilà tout.

Il répugne, chez certaines personnes, d'admettre certains modes de contagion; d'accord. Mais est-ce là une raison scientifique, et, dans tous les cas, la contagion ne peut-elle avoir lieu que par des procédés immoraux, quand il s'agit surtout de la cavité buccale, comme chez l'ami de M. Lindman? Si les accidents secondaires étaient contagieux, comme on le dit, cela ne devrait-il pas avoir lieu fréquemment de la manière la plus honnête, la moins irréprochable?

Mais, ajoute-t-on, si la cause présumée, si le siége ne vous suffisent pas, le nombre des accidents existants doit être pris en très-grande considération. Les accidents primitifs sont ordinairement isolés, peu nombreux, tandis que les accidents secondaires sont toujours plus multipliés. M. Lagneau dit cela lorsqu'il s'a-

git de l'histoire de M. Boudeville; mais il ne dit plus rien lorsqu'il s'agit de l'ecthyma isolé de M. Richet, de M. Cazenave et de Wallace.

On invoque la forme des accidents pour prouver qu'on a bien co affaire à des accidents secondaires lorsqu'on a cru à la contagion. La forme est sans doute si différente dans un grand nombre de cas, entre les accidents primitifs et les accidents secondaires, qu'une erreur de diagnostic est le plus ordinairement impossible. Mais aussi, ce n'est pas dans ces cas qu'on discute; ce n'est qu'alors que les accidents primitifs ressemblent aux accidents secondaires. La papule, la pustule plate humide, la pustule muqueuse, les plaques muqueuses, les tubercules muqueux, ce groupe si mal apprécié, si banalement nommé condylôme, qu'est-il, quand il constitue vraiment un accident primitif, quand il a été le résultat immédiat d'une contagion, et qu'il a pu être contagieux? N'en déplaise à M. Velpeau, c'est le chancre pour ceux qui ont appris à connaître cette métamorphose de l'ulcère primitif; c'est alors l'*ulcus elevatum*, qui peut présenter encore les traces de ses bords, des restes de sa base et ses retentissements obligés dans les ganglions lymphatiques voisins.

Les signes qui servent à différencier la plaque muqueuse qui succède sur place au chancre, des plaques muqueuses nées dans le voisinage ou à distance, sous l'influence de l'empoisonnement général, ne sont pas toujours faciles à bien reconnaître; mais avec un peu d'attention on peut y parvenir. Si l'on peut confondre et si l'on a souvent confondu les plaques muqueuses avec le chancre, comme l'ont fait MM. Wallace, Waller et Bouley, il est encore plus facile quand le chancre affecte la forme pustuleuse, croûteuse, de confondre celle-ci avec les formes pustuleuses, croûteuses secondaires, ainsi que l'ont fait MM. Cazenave, Richet et quelques autres. Mais la forme pustuleuse du chancre a été niée, malgré les classiques qui l'ont admise, et, parmi eux, notre collègue M. Lagneau. Que sont, en effet, les pustules d'inoculation artificielles, du pus du chancre sur la peau? Quels noms les dermatologues les plus rigoureux peuvent-ils leur donner, autre que le nom d'ecthyma? Rien ne manque, en effet, à la description qu'ils ont donnée de ce type d'éruption; eh bien! ce que l'on peut faire, n'en déplaise à notre collègue M. Gibert, les accidents d'une autre contagion peuvent le réaliser. Mais alors comment différencier l'ecthyma primitif, le chancre cutané, de l'ecthyma secondaire?

On n'est pas plus avancé pour les formes ulcéreuses. Quelles sont les différences entre les chancres primitifs et les chancres secondaires? Il n'y a aucun signe fourni par ces ulcérations qui permette de les différencier.

Si les accidents sont multiples, quelle qu'en soit la forme, doivent-ils tous marcher de la même manière et arriver au même terme de leur évolution en même temps? Non, sans doute. Cela est tellement vulgaire qu'on ose à peine le rappeler.

Des accidents primitifs existants à différents termes de leur évolution, empêchent-ils d'en contracter d'autres qui sont inoculables, quand les premiers auront cessé de l'être? Des accidents secondaires préexistant s'opposeront-ils à la contagion de nouveaux accidents primitifs et de même forme, telle que la pustuleuse? Non, l'expérience de tous les jours te montre.

Que devient, dès lors, la valeur des accidents concomitants au point de vue du diagnostic de l'accident suspect? Quelle est, avec tout cela, la valeur des observations de MM. Lindman et Boudeville?

Avant donc d'affirmer que l'on a affaire à des accidents secondaires contagieux inoculables, il faut commencer par prouver que le diagnostic était précis et dégagé de toutes causes d'erreur.

En supposant qu'on ait affaire à des accidents secondaires, comment prouvet-on qu'ils sont contagieux?

1° Par l'observation clinique. On cite de nombreux exemples d'individus ayant contracté la syphilis à des sources réputées secondaires et ayant même quelquefois vu, comme dans un grand nombre d'observations de nourrices et de nourrissons, des accidents d'emblée secondaires pour premiers résultats de la contagion. Mais dans ces cas à quelle époque a-t-on vu les malades. Est-ce dans les premiers jours des rapports en supposant qu'on ait toujours su apprécier la véritable source? En lisant les observations, on verra que ce n'est que très-tard et constamment alors que des accidents secondaires ont eu le temps de se produire que ces résultats ont été vus. On a même mieux fait. Dans l'ardeur de trouver que les accidents secondaires étaient contagieux, on n'a plus exigé que ce fussent les parties en contact avec les accidents secondaires qui devinssent malades. Dans les contes des nourrices, vous verrez comme quoi des enfants, qui avaient des accidents secondaires aux fesses ou à l'anus, avaient communiqué du mal aux seins des femmes qui leur donnaient à téter et qui à leur tour les communiquaient par les rapports sexuels à leur mari.

En opposition à cela, que nous montre l'observation rigoureuse, journalière? L'accident primitif, le chancre par milliers, comme point de départ régulier de la série des symptômes syphilitiques. Cela est si vrai et les faits cliniques contradictoires invoqués ont paru si insuffisants, qu'on s'est vu forcé de recourir à l'*ultima ratio*, à l'inoculation artificielle.

Si l'inoculation artificielle manque, si la contagion physiologique fait défaut, on invoque les aptitudes, le manque de prédisposition, et l'on cite les cas dans lesquels des individus se sont exposés à la contagion du chancre, sans s'infecter. Mais s'il est vrai que dans un rapport plus ou moins rapide on puisse échapper à la contagion du chancre, en serait-il de même si ces rapports étaient continus?

Dans tous les cas, lorsqu'il s'agit de la contagion des accidents secondaires, les rapports sont-ils toujours rapides, passagers? Non, sans doute. Je l'ai déjà dit, et surtout quand ces rapports ont lieu entre un nourrisson et sa nourrice, ce sont des mois, une année et souvent beaucoup plus. Eh bien! j'ai vu les rapports entre un nourrisson infecté et une nourrice saine dans tout ce temps, sans que celle-ci eût jamais rien eu.

Sont-ce là des faits exceptionnels? Demandez-le à M. Natalis Guillot, chargé pendant plusieurs années du service des Enfants trouvés; demandez-le à M. Nonat, chargé du service des nourrices de l'administration des hôpitaux; demandez-le à M. Vénot, médecin de l'hôpital des Vénériens de Bordeaux; interrogez M. Rey, ancien médecin de l'hôpital de la Charité de Marseille; M. le docteur Cauvière, et M. Seux, médecin en chef actuel de cet hôpital, qui vient d'envoyer à l'Académie un travail intéressant sur la non-contagion des accidents secondaires; appelez-en au témoignage consciencieux de notre savant confrère M. Cullerier, dont vous avez entendu le remarquable travail qui, basé sur un grand nombre d'observations, conclut à la non-contagion des accidents secondaires, et tous vous diront que c'est la règle générale; ils vous diront que cette innocuité des nourrices n'est pas un fait exceptionnel, car quelques-unes de ces nourrissons infectés ont pu changer plusieurs fois de nourrices, sans qu'aucune d'elles soit devenue malade.

Cependant des inoculations d'accidents secondaires ont réussi à inoculer les malades eux-mêmes.

Notre collègue M. Velpeau nous a dit que dans sa jeunesse, à Tours, sous un maître illustre, M. Bretonneau, il avait fait de nombreuses expériences; mais il a oublié de nous dire ce qu'elles étaient et quels avaient été leurs résultats. Il ne nous a fait connaître que celles qu'il avait faites depuis sur la végétation et sur ce qu'il appelle encore des condylômes.

Je ne discuterai pas ici la nature syphilitique des végétations; je ne dirai pas à M. Velpeau que, pour moi comme pour beaucoup d'autres aujourd'hui, il n'y a rien de moins syphilitique que les végétations; mais quand même elles le seraient, a-t-il bien pu prouver qu'elles étaient contagieuses par ses trois expériences? Comment! la cause qui les avait fait pousser dans un point ne pouvait pas les faire pousser dans un autre? Si, quoi qu'en dise M. Velpeau, il voyait autant de végétations à l'hôpital de la Charité qu'on en peut voir à l'hôpital du Midi, il trouverait des cas innombrables d'individus affectés de phimosis, en même temps que de végétations, et qui n'ont pas toujours, tant s'en faut, les parties opposées affectées. Ce que je dis des végétations s'applique aux plaques muqueuses, qu'elles siégent d'abord sur un côté du scrotum ou sur la face interne de la cuisse, qu'elles commencent d'abord par le creux d'une aisselle et qu'elles finissent par l'autre.

Il est un autre argument de M. Velpeau, qui ne me paraissait plus possible que dans l'ouvrage de M. Cazenave. C'est cette opinion empruntée aux auteurs du siècle dernier qui considéraient l'hérédité comme un fait de contagion, comme la preuve qu'une maladie est contagieuse. Quoi! la syphilis héréditaire est le fait de la contagion de la part du père? Et par quel procédé? Elle peut l'être aussi par la mère dans la syphilis congéniale. Est-ce que par hasard le virus serait versé dans les eaux de l'amnios en substance, pour venir contagionner la peau ou les orifices cutanés du fœtus? Mais les accidents, dans ces cas là, sont-ils différents de ceux transmis par le père qui ne peut plus rien sur l'œuf fécondé? Quoi! la phthisie, le cancer, la goutte, la folie héréditaire, etc., seraient le fait d'une contagion qui prouverait que ces maladies doivent être contagieuses?

Des inoculateurs, après avoir inoculé le malade lui-même, ont inoculé des individus sains, ce qu'ils auraient bien dû se passer de faire après la première épreuve. Mais que prouve cela aux yeux mêmes de leurs adhérents, qui nient la possibilité d'inoculer les accidents secondaires aux malades eux-mêmes, si ce n'est, ce que nous avons prouvé, que ce devait être des accidents primitifs, qui se sont conduits chez le malade qui avait fourni le pus, comme chez le malheureux jeune homme auquel ils ont été inoculés à l'hôpital du Midi. A quoi avait-on reconnu qu'il s'agissait d'accidents secondaires? Est-ce à la forme, est-ce au nombre, est-ce au siége? Mais on sait tout ce que cela vaut. Et, dans tous les cas, depuis que cette observation malheureuse a fait tant de bruit, sans compromettre volontairement la santé de personne, n'aurait-on pas dû en avoir beaucoup d'autres?

Wallace n'a pas pu inoculer les accidents secondaires au malade lui-même; mais il croit les avoir inoculés à un autre malade actuellement affecté d'accidents secondaires. Lisez sérieusement l'observation de Wallace, et voyez comment ont été constatés les accidents auxquels on a emprunté le pus, et ce que pouvaient être les accidents développés sur l'autre malade déjà affecté de symptômes secondaires.

Mais ce que Wallace a tenté vient d'être fait sous mes yeux, à l'hôpital du Midi. M. Lindman, qui a eu une syphilis secondaire, et chez lequel les accidents syphilitiques primitifs restent toujours inoculables, s'est inoculé plus de cinquante fois, avec du pus d'accidents secondaires de toutes les variétés possibles de formes et de siéges, emprunté à autant de malades différents, sans jamais avoir eu de résultat, pas plus qu'avec les vingt inoculations qu'il a tentées avec la sécrétion de son premier chancre induré.

Nous arrivons maintenant aux inoculations d'accidents secondaires sur des tertiaires par la méthode du vésicatoire.

Oubliant la valeur des causes adjuvantes, les lois de l'évolution des accidents de la syphilis constitutionnelle; comparant les effets d'un vésicatoire irrité à ceux d'un vésicatoire simple; ne tenant aucun compte des recrudescences d'accidents déjà existants, de nouveaux accidents qui marchent malgré les traitements, qui probablement n'avaient pour mission que de guérir les anciens accidents, sans influencer les nouveaux, on nous donne deux observations, celle de l'hôpital du Midi et celle de l'hôpital de Lourcine, comme des preuves qui ne permettent plus de contestations. Qu'étaient après tout les accidents qu'ils ont produits; étaient-ils des ecthymas vulgaires, des ecthymas syphilitiques primi-

tifs, nés d'accidents secondaires ; étaient-ce des ecthymas secondaires d'emblée ? On aurait bien dû nous faire un diagnostic différentiel. Nous avons aussi répété ces expériences en public, en suivant les mêmes procédés, et nous n'avons rien produit. M. Puche, dans le même hôpital, est encore arrivé au même résultat.

Nous voici enfin en présence des faits d'accidents secondaires inoculés à des personnes saines. Ce sont d'abord les observations de Wallace. Les deux premières ont été faites avec du pus d'un chancre de la verge, appelé tubercule ulcéré, sans autres preuves ; elles ont réussi, cela devait être.

Deux autres, enfin, ont été empruntés à des pustules dites *psydraciées*, sans autres descriptions, et pratiquées sur des malades dont l'analyse laisse presque tout à désirer.

Voilà le butin si pompeusement étalé de Wallace, et qui ne le cède en rien à celui de M. Waller (de Prague). Sans parler de la manière dont M. Waller a apprécié la source à laquelle il a emprunté le pus à inoculer, ou se souvient de cet enfant qu'il inocula à la cuisse à l'aide de ventouses scarifiées, et qui, comme résultat de cette inoculation, vit pousser en même temps des tubercules sur la cuisse où on avait pratiqué l'inoculation, et sur une épaule où on n'avait rien inoculé.

Nous avons vu faire aussi des inoculations d'accidents secondaires sur des personnes saines. M. le docteur Rattier, s'étant inoculé du pus qui avait échoué sur le malade, a échoué sur lui. Un élève, M. Sarros, s'est pratiqué seize inoculations avec du pus d'accidents secondaires, de formes variées et de sièges divers, non inoculables au malade, et les résultats ont aussi été négatifs chez lui. M. Cullerier a répété bien des fois sur lui-même ces expériences, et a toujours échoué.

On a parlé de longues incubations dans les expériences faites ; nous avons gardé nos malades assez longtemps pour pouvoir les constater si elles avaient eu lieu. Il y a au moins quinze ans que M. le docteur Rattier a expérimenté sur lui-même ; il a toujours joui de la plus parfaite santé.

Je ne veux pas, par esprit de système, que les accidents secondaires ne soient ni contagieux, ni inoculables ; mais je veux, pour me faire changer d'opinion, qu'on me donne des faits plus probants, car jusqu'à présent vous n'avez nullement prouvé, faute de précision dans le diagnostic, que les accidents secondaires fussent contagieux et inoculables.

Dans l'état actuel de la science, et en vue de la difficulté, quelquefois très-grande, d'un diagnostic absolu, en vue surtout des opinions dissidentes, je n'ai jamais conseillé, soit dans mes leçons, soit dans mes écrits, de permettre des rapports entre des personnes malades et des personnes saines. Comme aussi, devant un tribunal, je ne crois pas que mes adversaires puissent affirmer que des accidents secondaires ont dû être fatalement contagieux.

C'est en se tenant dans ces sages réserves qu'on peut satisfaire, autant que la science le permet aujourd'hui, et en attendant mieux, à l'hygiène privée et publique, à la morale et à la loi.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DES LOUPES ET DE LEUR CURE RADICALE ; par M. A. LEBATARD. — In-8° de 14 pages. — Paris, imprimerie centrale de Napoléon Chaix, rue Bergère, 20. — 1852.

Ce travail le plus bref, si nous avons bonne mémoire, de tous ceux qui aient été offerts à notre analyse, ne comportait pas en effet des dimensions plus étendues, puisqu'il n'est destiné qu'à traiter un seul point de la thérapeutique de certaines tumeurs. Il semble même que, plus soucieux de bien faire que de beaucoup dire, l'auteur ait encore voulu resserrer par l'exécution les limites déjà si étroites du cadre qu'il s'était tracé. Effectivement son titre porte : DES LOUPES, et il omet, volontairement sans doute, les lipomes ; — DE LEUR CURE RADICALE, et il n'examine que ce qui a rapport aux tumeurs du cuir chevelu, ou du moins, s'il fait une courte mention de celles qui siégeant aux paupières, il est évident, d'après son aveu, que le nouveau procédé opératoire qu'il conseille n'a pas encore été appliqué à celles-ci.

Si restreint qu'il soit, cet essai contient du moins une idée : c'est ce que fort souvent l'on cherche en vain dans de gros traités en deux volumes. Le but de M. Lebâtard a été de préconiser la cure des kystes du cuir chevelu par le séton à demeure. Examinons donc les motifs qu'il allègue pour justifier cette opération.

Deux questions préalables s'élèvent en présence de semblables incommodités, et bien souvent elles demandent à être résolues avant que le patient consente à incliner sa tête sous la main du chirurgien : Est-il nécessaire d'opérer ? Comment faut-il opérer ? M. Lebâtard n'avait à discuter que la seconde. Qu'on nous permette de dire d'abord quelques mots de la première.

Un kyste de petit volume, resté imperceptible pendant plusieurs années, ne croissant que lentement, caché par les cheveux, insensible à la pression la plus forte, ne causant ni douleur, ni gêne, ni le plus léger prurit, est-il une maladie contre laquelle on doive invoquer le secours de la médecine ? La plupart des malades répondent de fait par la négative, et repoussent d'autant plus vivement toute idée de traitement que la chirurgie seule, ils le savent bien, est en possession de leur en offrir un suffisamment efficace. Qu'arrive-t-il cependant ? La masse morbide grossit lentement, mais elle grossit. Ses progrès coïncident avec ceux de l'âge, graduellement aussi les cheveux qui la dissimulaient s'éclaircissent, puis disparaissent. Comme elle se rapproche incessamment de la peau, elle la soulève d'abord, puis l'amincit et enfin l'enflamme. Alors, déjà gênante et difforme par son volume, la tumeur devient le siége de douleurs assez vives et réitérées. Mais ce n'est rien encore.

Une tumeur petite et indolente se guérit sans danger, sans longueurs, presque sans souffrance, par les moyens les plus simples. Au contraire, lorsqu'elle a grossi, lorsque surtout elle a commencé à s'enflammer, les chances fatales, inhérentes à toute opération de ce genre, croissent dans une proportion très-rapide. L'excès de volume ne promet guère que des souffrances et des lenteurs de plus ; mais l'habitude phlegmasique développée dans le kyste crée des conditions bien autrement périlleuses en exposant l'opéré aux érysipèles, à la phlébite, aux phlegmons du cuir chevelu, à l'infection purulente. Nous ne saurions donc trop ni trop fortement le répéter aux malades placés dans ce cas : Dès qu'il est bien constaté que la tumeur va en augmentant de volume, l'opération est nécessaire, parce que l'augmentation ne s'arrêtera plus ; elle est urgente, parce que la temporisation ne fait qu'en multiplier les dangers.

Ce point bien établi, nous nous retrouvons avec M. Lebâtard pour étudier la seconde question, le choix de la méthode opératoire. Passant en revue les divers modes proposés, il rejette l'amputation. Il en est de même de l'extirpation, qui se pratique, dit-il, à l'aide de *deux incisions cruciales*. Deux, c'est beaucoup, car cela ferait quatre ; mais n'y eût-il là, comme c'est probable, qu'un *lapsus calami*, le compte resterait encore trop chargé ; car il reste encore sans doute des témoins de la prestesse avec laquelle Dupuytren énucléait ces kystes en les soulevant à l'aide d'une curette, après les avoir mis à nu au moyen *d'une seule* incision longitudinale.

Quoi qu'il en soit, comme après n'importe quel procédé, l'emploi de l'instrument tranchant a été suivi d'accidents mortels, on est aujourd'hui à peu près d'accord pour ne plus tenter la cure par les incisions, et l'on a adopté la cautérisation, qui conjure plus sûrement ces éventualités funestes. Elle se pratique ordinairement avec la potasse caustique. Contre cette méthode, M. Lebâtard élève les objections suivantes :

Le caustique peut attaquer, en largeur ou en profondeur, au delà des limites de la tumeur.

Par contre, il peut ne pas les atteindre, laisser intacte une portion du kyste, dont la persistance est alors une cause presque certaine de récidive. L'auteur en a vu un exemple.

L'inflammation éliminatrice peut s'étendre plus loin que les parties cautérisées et déterminer un érysipèle.

Enfin la plaie avec perte de substance qui succède à l'escarre est toujours très-longue à se cicatriser.

Cette dernière remarque est exacte, mais elle ne constitue point, à proprement parler, une objection : c'est là un inconvénient de la cautérisation, mais compensé par un précieux avantage, l'annihilation de toutes chances d'accidents graves ; car M. Lebâtard, qui les regarde comme possibles même dans ce cas, serait sans doute fort embarrassé pour en citer des exemples observés après la cautérisation de kystes du cuir chevelu.

Quant aux deux premières objections, — la possibilité de détruire trop ou trop peu, — un praticien un peu habitué à manier le caustique ne se laissera guère arrêter par cette appréhension ; M. Lebâtard cherche pourtant à en tirer parti : « Il est donc indispensable, dit-il, de cautériser profondément d'abord, puis d'inciser l'escarre dans toute son épaisseur pour pénétrer au milieu du kyste et le détruire. Alors pourquoi deux opérations successives : cautérisation et incision ? Ne peut-on craindre de déterminer par cela même les accidents que l'on a tant à redouter dans l'extirpation ou l'amputation ? » En assombrissant les conséquences possibles de l'incision faite dans de telles circonstances, M. Lebâtard oublie sans doute ce qu'il vient cependant d'écrire, que cette incision ne se fait *que sur l'escarre* et ne doit jamais en dépasser les limites. Toute réaction pathologique est donc impossible autour de l'incision, puisque ces bords sont constitués par un tissu frappé de mort.

Le côté faible de la méthode n'est pas là. Il se trouve tout entier dans la difformité qu'elle entraîne à sa suite, par l'étendue de la cicatrice qui en résulte. Cette considération peut sembler d'une importance secondaire; mais elle n'en met pas moins fort souvent le chirurgien dans une position très-perplexe. Comme il connaît les dangers sérieux des procédés rivaux, il doit, lui, sacrifier le petit inconvénient de la difformité au désir d'éloigner, si minimes soient-elles, de son opéré toutes les chances funestes. En conséquence, il doit conclure à la cautérisation; et, par le fait, lorsque, avant l'opération, il dresse devant son malade un parallèle sincère des différents modes opératoires, celui-ci n'hésite jamais à adopter le parti le plus sûr, l'emploi du caustique. Mais, l'opération faite, mais si le malade est *une* malade, mais s'il s'agit de parties exposées aux regards, alors les convictions fléchissent, le langage change, et trop heureux l'opérateur quand la reconnaissance, remplacée par le regret, ne se change pas en reproches. Nous nous rappelons une jeune dame, portant deux kystes sur la tête, à l'endroit très-visible *où les bandeaux se séparent*. L'incision lui avait été proposée; mais un consciencieux opérateur lui persuada de se laisser appliquer la pâte de Vienne, application qu'il exécuta non moins consciencieusement. Absences complètes d'accidents et cicatrices fort apparentes furent de cette opération les suites, dont une seule, bien entendu, avait été annoncée d'avance. Ainsi le but principal était atteint. Mais quelle consolation pouvait donner l'idée d'avoir échappé à un danger dont rien n'avait fait soupçonner la présence, surtout quand la patiente eut la mortification d'entendre, après coup, répéter autour d'elle que madame B., madame C., madame D., avaient été parfaitement guéries sans accidents et sans traces, par l'incision, de loupes semblables? La conclusion se devine. Le malencontreux cautérisateur ne fut *honoré* que dans l'acception médicale du mot, et dans la portée la plus restreinte de cette même acception.

Voyons donc, il en est temps, le moyen que M. Lebâtard propose de substituer à celui-ci.

Il traverse la loupe avec une aiguille courbe, dont la largeur est en rapport avec le volume de la tumeur, enfilée d'un ruban plat. Une fois le ruban en place, il en noue les deux bouts sur le milieu et le sommet du kyste, puis en coupe l'extrémité et le ramène sur eux les cheveux.

La matière contenue s'échappe aussitôt; mais il ne faut exercer de pression que le deuxième ou le troisième jour. S'il se développe un peu de douleur ou de chaleur, on recouvre la partie de compresses mouillées d'eau froide.

Au bout de huit jours, on ôte ce séton et on le remplace par un second préalablement trempé dans une solution d'un gramme de nitrate d'argent pour 15 grammes d'eau. On le laisse aussi longtemps que le premier si la loupe ne s'est pas beaucoup vidée par la pression faite de temps en temps, ou si elle n'est pas revenue sur elle-même par l'atrophie du kyste. Avant d'introduire ce dernier séton, M. Lebâtard brouille la matière sébacée avec un stylet. De blanche qu'elle était, elle devient plus liquide, sanieuse et de couleur de chocolat.

Le second séton étant enlevé, les ouvertures restent béantes, se cicatrisent d'elles-mêmes; le kyste s'atrophie peu à peu, se résorbe et disparaît. A la place de la loupe on trouve une dépression.

Cette opération, réminiscence fidèle du procédé de Physick et de M. Laugier pour la grenouillette, de celui de M. Leriche pour les collections purulentes, est certainement simple, facile, peu douloureuse et exempte de vestiges bien apparents. Mais est-elle également et absolument inoffensive? La seule observation que M. Lebâtard cite ne permet pas de juger la question expérimentalement. Mais *à priori*, une opération qui nécessite quatre ponctions non sous-cutanées, qui oblige le malade à porter pendant près de trois semaines un foyer de suppuration ouvert à l'extérieur, qui détermine dans le kyste une inflammation prouvée par le changement de son contenu normal en un liquide sanieux; que l'auteur lui-même n'a voulu pratiquer qu'à intervalles éloignés chez un malade qui avait trois tumeurs, afin « de le mettre, dit-il, le plus à l'abri de tout accident inflammatoire, » une opération semblable ne peut se démontrer aussi sûre qu'elle paraît simple.

Les ponctions et le *grattage* sous-cutanés de l'intérieur du kyste, convenablement pratiqués et méthodiquement répétés, réussiront souvent à provoquer la résorption et l'effacement complet de ces tumeurs. Mais lorsque ce procédé a échoué serait-il donc impossible, en empruntant aux uns leurs conditions d'innocuité, aux autres les garanties qu'ils donnent contre la difformité consécutive, d'en constituer un invulnérable aux objections qui viennent d'être formulées? Nous ne le pensons pas, et voici celui que nous proposons, avec d'autant plus de confiance qu'il a déjà réussi entre nos mains, employé, il est vrai, pour l'ouverture de foyers purulents de l'aîne.

On pratique sur le kyste une incision peu étendue, n'intéressant que les téguments. Alors on taille une petite tranche de pâte de chlorure de zinc, en forme de lame de canif, mais d'une longueur qui ne dépasse pas celle de l'incision. Dès que la plaie a cessé de saigner, on introduit entre ses lèvres la *lame caustique*, dont le bord tranchant est tourné vers les parties profondes, c'est-à-dire vers le kyste. Le point important est d'enfoncer ce segment cunéiforme assez avant pour qu'il disparaisse, qu'il soit noyé dans la plaie. On l'y fixe au moyen de quelques brins de charpie et de bandelettes agglutinatives.

Le lendemain l'escarre est formée; mais grâce à la soigneuse adaptation, à l'exacte pénétration du caustique, elle s'étend plutôt en profondeur qu'en largeur. On l'incise, et si le contenu du kyste s'échappe, l'opération est terminée. S'il ne sort rien, on place de nouveau entre les bords de la fente pratiquée à l'escarre un second morceau semblable de pâte de Canquoin; et, le lendemain, il suffit d'inciser l'escarre qui en est résulté pour tomber au milieu du kyste.

La tumeur est ainsi détruite par évacuation de son contenu et par l'irritation de sa membrane sécrétante. sans que l'on ait à craindre d'accident grave, et sans qu'il s'ensuive de difformité comparable à celle produite par les procédés ordinaires de cautérisation.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— Dernières nouvelles du choléra. — Le choléra a atteint Kœnisberg le 26 août. A Dantzig, on comptait à la fin d'août de 40 à 50 cas par jour, et il y avait eu déjà, le 25, 305 cas, dont 165 mortels.

A Posen, il continue à sévir; à Miloslaw, il fait des progrès. Il s'est montré à Zerkow, à Smilowo et à Lissa, près de Breslau.

Dans le village de Griojau (Marienbourg), sur 350 habitants 95 sont morts du choléra; à Tragheim, on compte 43 morts sur 250 habitants. Quelques cas isolés ont été observés à Vienne. L'épidémie s'est aussi montrée à Schrim et à Namslau, en Silésie.

A Posen, le 1er septembre, il y a eu 97 attaques et 50 décès. — A Varsovie, 79 cas et 26 décès le 29 août. On compte parmi les victimes deux professeurs de l'université. On y évalue à 5,000 le nombre des morts depuis le début de l'épidémie.

Le 10 septembre, on écrit de Marienbourg : Deux médecins sont arrivés de Berlin pour arrêter les progrès du choléra, attendu que les médecins de la ville ont été reconnus insuffisants.

— A Berlin, l'état sanitaire est excellent, bien qu'à Magdebourg l'épidémie se soit définitivement déclarée.

— A Londres, le nombre des cas de diarrhée a diminué en une semaine de 208 à 125; il y a eu 15 décès de choléra, dont 11 enfants et 4 adultes. La scarlatine continue à sévir et a fait en une semaine 15 victimes, dans les âges de 1 à 15 ans.

— Les dernières nouvelles de la Jamaïque portent à 5,000 le nombre des cas de variole et de rougeole qui ont été constatés dans cette île, et dont un grand nombre ont été suivis de mort. Le temps était extrêmement chaud; il n'y avait pas eu de pluie depuis quelque temps, et la détresse de l'agriculture augmentait la terreur causée par la maladie.

— A la Havane, d'après les dernières nouvelles, du 29 août, la fièvre jaune faisait de nombreuses victimes, mais le choléra avait presque entièrement disparu. Le choléra faisait des victimes à Missouri et à Buffalo.

— M. David, qui a présidé la commission internationale sanitaire, doit partir ces jours-ci pour Naples, afin de continuer les négociations pour la ratification du traité dont les bases ont été arrêtées à Paris il y a quelques mois.

— Prix proposés. — L'Académie médico-chirurgicale de Turin, sur l'invitation du ministre de l'intérieur, propose un prix de 600 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Des altérations, sophistications et » falsifications des vins. » Les candidats devront répondre aux questions suivantes :

1° Indiquer les altérations les plus fréquentes des vins et les moyens de les prévenir et d'y remédier.

2° Spécifier les principales sophistications et donner un moyen de les découvrir.

3° Faire connaître les falsifications de tous genres, et principalement celles qui sont les plus nuisibles à la santé, ainsi que les moyens de les reconnaître.

4° Décrire les effets sur l'économie des vins altérés, sophistiqués et falsifiés, et proposer les moyens d'y remédier.

Les mémoires, écrits en italien ou en français, devront être envoyés au secrétaire général de l'Académie, dans les formes voulues, avant le 31 décembre 1853.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

EXPÉRIENCES SUR LA VENTILATION D'ÉTÉ DANS LA SALLE DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La ventilation d'été, restée jusqu'ici à l'état de problème, vient de recevoir, d'une manière brillante, sa solution pratique dans la salle même des séances de l'Académie des sciences.

Faire pénétrer, en hiver, de l'air neuf dans un local chauffé, n'avait jamais offert de sérieuses difficultés. En effet, à moins qu'un local chauffé ne soit hermétiquement fermé, ce qui ne se présente jamais dans la pratique, il s'établit forcément, par les fissures des portes et des fenêtres, une introduction d'air *froid*, en même temps que l'air chaud de l'intérieur s'échappe, soit par la cheminée, soit par la partie *supérieure* des fissures en question. Introduire, en hiver, de l'air *chaud*, n'a jamais non plus constitué difficulté, car il suffit de disposer au dessous du local à chauffer un tube en communication avec l'air extérieur, et de chauffer ce tube, soit *directement* avec un combustible, soit *indirectement* avec de la vapeur d'eau ou avec de l'eau chaude pour déterminer un mouvement ascendant de l'air échauffé. Ce sont ces trois modes de caléfaction de l'air qui servent de base aux *chauffages à air chaud, par la vapeur, par circulation d'eau chaude.*

Introduire de l'air *chaud* n'est donc pas difficile.

En matière de *ventilation d'hiver*, ce qui est difficile, c'est d'introduire, aux moindres frais possibles, la quantité d'air chaud réclamée par les besoins de l'hygiène. Sous ce rapport, le système de M. Léon Duvoir, qui fonctionne dans un grand nombre d'édifices publics de Paris, ne laisse rien à désirer.

Restait donc à résoudre le problème de la ventilation d'été. Jusqu'ici les théoriciens conseillaient de puiser de l'air frais dans des caves. Malheureusement pour la théorie, et plus malheureusement encore pour la pratique, l'air froid *ne monte pas*, et si, en été, au moyen d'une cheminée d'appel, on extrait l'air d'un local mis en communication avec les caves, ce n'est pas l'air froid de cette dernière qui monte, mais c'est l'air chaud de l'extérieur qui s'introduit par les portes et les fenêtres, en sorte, qu'au lieu d'une réfrigération, on obtient un échauffement.

C'est pénétré de l'intérêt et de la grande difficulté de la question, que M. Léon Duvoir, à qui l'art du chauffage et de la ventilation des édifices était déjà redevable de tant de progrès, s'attacha avec l'opiniâtreté et le génie qui le caractérisent, à rechercher la solution de l'important problème de la *ventilation d'été*.

Au mois de juillet 1850, il nous invita à nous livrer avec lui à des expériences dont le résultat fut tellement satisfaisant, que, peu de temps après, il s'engagea, par soumission, à maintenir l'air de la salle des séances de l'Académie des sciences à 4° centigrades au-dessous de la température extérieure à l'ombre.

Aujourd'hui, les travaux sont terminés; l'appareil de M. Léon Duvoir fonctionne sur les ruines de l'ancien système (*circulation et immersion de vapeur*) que quelques personnes espèrent vainement faire revivre dans d'autres édifices, et les résultats de la ventilation d'été ont obtenu le plus complet, le plus brillant succès.

Nous nous sommes livré, pendant les mois de juillet, d'août, et dans les premiers jours de septembre 1852, à de nombreuses expériences, dans le but de constater : 1° la quantité d'air pur introduit dans un temps donné ; 2° l'abaissement thermométrique obtenu. Pour le premier point, nous nous sommes servi d'un nouvel anémomètre de M. le général Morin, membre de l'Institut, qui offre, sur celui dont on se servait jusqu'à ce jour, le grand avantage de marcher pendant une heure, et d'exprimer ainsi la moyenne des courants qui peuvent influencer les mouvements de l'instrument.

Nous résumons dans le tableau ci-joint le résultat de neuf expériences.

Dates des expériences.	Températures			Volume d'air extrait de la salle en une heure.	Nombre de personnes présentes à la séance.	Observations.
	de l'air extérieur.	de l'air introduit.	moyennes dans la salle.			
23 juillet.	29°	16°	25°	7650 m. c.	en moyenne 100	Temps beau.
24 juillet.	id.	id.	id.	7610		id.
30 juillet.	id.	id.	23°	7852		id.
31 juillet.	30°	id.	24°	7857		— assez beau.
7 août.	27°	id.	22°	7785		id.
14 août.	24°	id.	20°	7645		id.
26 août.	26°	id.	22°	7658		id.
3 septembre.	25°	id.	21°	7660		id.
4 septembre.	26°	id.	id.	7653		id.

Ainsi, pendant neuf séances, la ventilation s'est opérée de manière à assurer à chaque personne présente de 76 à 78 mètres cubes d'air par heure, et, malgré le nombre des auditeurs, qui devait nécessairement élever la température de la salle, le thermomètre a été constamment maintenu de 4 à 7 degrés au-dessous de la température extérieure.

Il suffit de signaler un tel résultat pour en faire comprendre la haute portée. Désormais la ventilation d'été des lieux d'assemblées et des théâtres se trouve résolue, et nous n'avons pas besoin de dire le rôle important qu'elle est appelée à jouer dans les pays chauds.

Maintenant que l'on connaît les résultats obtenus par l'appareil de M. Léon Duvoir, on ne lira pas sans intérêt l'extrait de la description d'un rapport fait à l'Académie des sciences par M. le général Morin qui, de son côté, s'est livré également à des expériences sur la ventilation d'été. (Voir au compte rendu des séances.)

BOUDIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES NÉVROSES;

par J.-B.-G. BARBIER.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 4 septembre.)

III. — DES PHÉNOMÈNES MORBIDES QUE PRODUIT LE TROUBLE DE L'INNERVATION.

Nous savons que les phénomènes qui sont provoqués par une perversion

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Un ami morigéné. — La médecine dans les journaux politiques. — Inconvénients. — Le prix d'Argenteuil. — Une conversion inattendue. — Humanité britannique. — M. Rochoux et M. Castel.

La CHRONIQUE aura-t-elle bien le cœur de contrecarrer un écrivain qui autrefois, à cette place même, façonnait si artistement le morceau littéraire dont la bonne GAZETTE a toujours eu soin de régaler ses lecteurs? Sera-t-elle si osée que d'aller contre cet esprit ouvert, net, vif, primesautier, cette plume abondante et riche, cette âme aux bons instincts, objet de notre vive et enracinée sympathie? Que voulez-vous? notre ami a pris la liberté grande de se mettre en dissentiment avec nous sur une question qui intéresse la dignité de la science et beaucoup aussi celle de la profession. On pense bien que la CHRONIQUE ne monte pas la garde à la porte de la GAZETTE, avec l'air formidable qu'on lui connaît, pour laisser tranquillement faire brèche à la citadelle. La malheureuse, elle tirerait plutôt sur père et mère!

M. Michel Lévy donc, rendant compte, dans LE CONSTITUTIONNEL, d'une publication récente, émet l'avis qu'il y aurait utilité et convenance à initier le public à l'avancement des sciences, y compris la médecine. Dans quelles limites, l'article ne le dit pas; et nous en profitons bien vite pour supposer que l'auteur ne verse aucune larme sur cette *médecine des grands journaux* née en 1845 et morte à la fleur de l'âge, dont nous nous étions permis de ne pas dire grand bien. Prenons qu'il s'agisse seulement de signaler à la reconnaissance du public les progrès d'une science et les perfectionnements d'un art qui l'intéressent dans sa santé et dans sa vie. Peut-on, en toute sécurité, s'en remettre de ce soin à la presse politique? Non, et nous croyons que ce serait tout à la fois lui conférer une sorte d'usurpation de pouvoir et ouvrir la porte aux plus graves abus.

Il importe d'établir, à ce point de vue, une différence profonde entre les sciences physiques proprement dites et la médecine. On peut jusqu'à un certain point vulgariser certaines notions générales de physique, de chimie, d'astronomie; on en peut surtout vulgariser les applications industrielles ou artistiques, comme la mécanique, la galvanoplastie. Les principes sont fixes, les conséquences nécessaires, les résultats clairs, positifs, parfaitement déterminés. Si les efforts de vulgarisation restent vains, soit qu'ils aient été mal dirigés, soit qu'ils aient rencontré des intelligences rebelles, le malheur ne sera pas bien grand. Si quelque bourgeois s'obstine malgré tout à croire que les murs suent dans les temps humides, ou que les nuages crèvent, ou que le tonnerre tombe, ce sera tant pis pour lui. Mais la médecine, qui présuppose les autres sciences, qui n'est rien sans la connaissance de l'anatomie et de la physiologie, comment s'y prendre pour la vul-

de l'innervation se manifestent sur des organes dont les qualités physiologiques n'ont pas varié, dont la constitution normale n'est pas altérée. Ces organes obéissent à une impulsion qui leur arrive de l'appareil nerveux; leurs mouvements sont viciés, mais leur état matériel reste le même.

On comprend pourquoi les phénomènes qui se rapportent à une perversion de l'innervation présentent tant d'incohérence, de diversité, quand on les compare entre eux. Ces phénomènes, produits d'une impulsion identique, varient comme la forme, la structure, les facultés des organes où on les observe.

Sur l'œsophage, l'innervation déréglée provoquera des dysphagies à divers degrés. Elle déterminera dans les couches musculeuses de l'estomac des contractions anormales, spasmodiques, qui donneront lieu à des douleurs, à des constrictions, à des éructations, à des vomissements. Elles provoquera des effets analogues sur les intestins; ces organes éprouveront des resserrements partiels qui géneront le cours des matières, des gaz; il y aura des gonflements de l'abdomen, des tiraillements, des distensions des tissus intestinaux, des coliques, etc. C'est souvent à un trouble de l'innervation sur le foie qu'il faut rapporter la déviation du cours de la bile, la teinte jaune de la peau.

Les variations, les perturbations de l'innervation se manifestent principalement sur l'appareil circulatoire. Les changements d'état qui surviennent dans les centres médullaires et dans les plexus ganglionnaires se font toujours sentir au cœur, aux artères, aux vaisseaux capillaires. Ce n'est pas seulement le nombre des contractions du cœur par minute qu'il faut alors compter, c'est à constater l'ordre, la force, l'irrégularité, l'inégalité, la variabilité de ces contractions qu'il faut s'attacher. De même, pour juger l'influence de l'innervation sur les artères, c'est la qualité plutôt que la quantité des pulsations que l'on doit étudier. Cette influence rétrécit ou élargit le calibre du vaisseau; sous les doigts il paraît tendu, serré, profond, roide, vibrant, ou souple, mou, développé, etc.; il est des cas où le pouls donne l'idée de palpitations artérielles. Ayez en même temps l'oreille sur la région du cœur et les doigts sur l'artère radiale, vous jugerez bien que les qualités des canaux artériels sont indépendantes de l'impulsion cardiaque. Des parties du système artériel peuvent même offrir un mode d'action que l'on ne trouve plus dans le reste de ce système. Souvent les battements de l'aorte ne concordent pas avec ceux des autres artères. L'innervation recèle le secret de ces phénomènes.

L'innervation a donné un autre mode d'action aux vaisseaux capillaires, quand on observe sur la peau et sur les membranes muqueuses des colorations anormales ou de la pâleur, des concentrations de chaleur ou du refroidissement, des sueurs partielles, etc.

Que l'innervation arrive sur le larynx avec un caractère de perversion, il y aura changement dans la voix, difficulté de parler, aphonie. Sur la glotte, cette perversion déterminera un resserrement, gênera l'entrée de l'air dans les poumons.

L'innervation peut affecter trois parties distinctes dans l'appareil respiratoire. Si cette puissance ne donne plus aux muscles inspirateurs la même aptitude à se contracter, il y a oppression; le malade dit ressentir comme un poids sur sa poitrine. Un homme a les forces musculaires affaiblies; il respire bien tant que, par des efforts soutenus de sa volonté, il obtient une dilatation suffisante de la poitrine; mais si son intelligence fait défaut, quand il veut s'endormir par exemple, sa poitrine s'ouvre moins à chaque inspiration, ses poumons s'embarrassent; bientôt il se réveille en sursaut comme suffoqué, en poussant des cris, dans une sorte de délire.

L'innervation qui arrive avec un caractère anormal sur les poumons occasionnera un resserrement spasmodique des cellules bronchiques, d'où résultera une dyspnée violente. Elle peut amener une tension permanente du diaphragme qui s'oppose à la liberté des mouvements respiratoires; le malade se plaint d'un lien qui lui serre le bas de la poitrine.

Les sécrétions et les exhalations sont soumises à la puissance de l'innervation. Combien de sueurs ont pour cause un trouble de cette puissance! Tous les jours nous voyons dans les affections spasmodiques un changement d'état des plexus rénaux occasionner une sécrétion exubérante d'urines claires, limpides.

La nutrition n'est régulière dans les tissus organisés que sous la condition qu'ils recevront l'innervation dans une mesure déterminée. Affaiblie, elle rend l'assimilation languissante; trop forte, elle peut finir par déterminer une hypertrophie.

L'innervation prend aussi une part active aux opérations qui dégagent le calorique d'où dépend la température du corps; celle-ci augmente ou diminue, si l'influence des centres médullaires ou des plexus ganglionnaires éprouve une perturbation. Les alternatives de froid et de chaud dont les malades se plaignent tiennent souvent à cette cause. Le sentiment intérieur d'une chaleur brûlante pendant que la peau est froide, ou bien un froid profond pendant que la peau est chaude, sont des symptômes qui proviennent, ou de ce que les nerfs sensitifs ont acquis une susceptibilité exagérée, ou de ce qu'une modification du cerveau cause une erreur de perception.

Les désirs, les besoins naturels, qui assurent la conservation des individus ou la perpétuation des espèces, peuvent être altérés, pervertis par un changement d'état des plexus ganglionnaires. Le sentiment de la faim et de la soif peut se convertir en une passion impérieuse, irrésistible. Un malade éprouve subitement, souvent au milieu de la nuit, un besoin pressant de prendre de la nourriture; il prie, il supplie de lui donner quelque chose qu'il puisse manger. Il n'a pas de préférence pour un genre de nourriture: il veut calmer le tourment qu'il éprouve. Un malade disait qu'il se contenterait de son délayé dans l'eau. La faim se déprave chez certains malades au point de les porter à manger avec avidité des substances insolites, qui ne devraient inspirer que le dégoût. Citons les désirs, les envies des femmes dans le commencement d'une grossesse.

Ces soifs passionnées que nous voyons chez certains malades, qui ont la langue blanchâtre, humide, dont l'estomac n'offre aucun signe de phlogose ou même d'irritation, annoncent aussi une disposition morbide des plexus ganglionnaires qui désordonne, exagère le sentiment naturel de la soif. C'est une condition analogue de ces mêmes plexus qui pousse certaines personnes à faire un usage abusif des liqueurs alcooliques. Ceux qui vivent avec des individus sujets à cette passion s'aperçoivent qu'elle va s'allumer par l'expression des yeux, par un tremblement des membres, par un changement dans le caractère moral, etc.

Un état opposé de ces plexus produira l'effet contraire. Il y a des personnes qui ne sentent plus s'éveiller en elles le besoin de manger. L'heure des repas les trouve indifférentes; elles repoussent avec insouciance les mets qu'on leur présente. La raison leur fait un devoir de prendre des aliments, elles les avalent sans éprouver aucun plaisir. Toutefois ces aliments ne causent pas de pesanteur, de malaise après leur ingestion; leur chymification

---

gariser, pour en rendre intelligibles à tous les données les plus simples? On y échouera invariablement. M. Lévy en veut-il la preuve? Nous en avons une excellente de tout point. Il a joint l'exemple au précepte: il s'est étendu largement sur un ouvrage de chirurgie récemment publié. Le sujet était scabreux pour la plus belle moitié des abonnés: *traitement des fistules vésico-vaginales!* Il a donc appelé à son aide toutes les ressources de son esprit et de son style. Croit-il pourtant qu'il ait été compris là où il tendait à l'être? Non assurément. Les médecins savaient tout ce que contient son article; les gens du monde ne l'ont pas su après qu'on le leur a exposé avec la plus grande clarté; et notre confrère peut tenir pour certain que ses lectrices rêveront longtemps sur les effets physiologiques de l'affrontement des séreuses ou sur l'organisation muqueuse des cicatrices, sans en être plus avancées.

Nous répétons que la vulgarisation n'aboutira qu'à des notions obscures ou tout à fait erronées. Qui en ressentira le plus les inconvénients? Le public lui-même. Ce ne sera rien encore quand il battra la campagne sur les causes d'une infirmité ou sur un procédé de réparation. Mais ce qu'on trouvera bon de faire pour lui dans le domaine chirurgical, on le fera sans doute aussi dans le domaine de la médecine interne, et alors le voilà plongé dans cette demi-science dont se plaignait Bossuet et qui fait les pires ignorants en médecine aussi bien qu'en religion. Le voilà semblable à ces virtuoses de société qui, pour *cracher* (ô Molière, défends moi!) quelques mots techniques, *prima donna, mezzo soprano, andante, pianissimo*, se croient fort entendus, ou comme ces rentiers au salon qui trouvent Raphaël trop *flou* ou Véronèse trop *flic-flac*. La conséquence la plus certaine de cette prétendue diffusion des notions médicales serait le développement et la multiplication des préjugés, déjà si nombreux, qui assaillent, embarrassent, tourmentent le médecin dans l'exercice de son art.

Veut-on que le journal, par un prodige de clarté, sache se faire comprendre, qu'il n'expose que de bonnes doctrines scientifiques, de sages préceptes de thérapeutique? Eh bien! l'inconvénient dont nous parlons ne disparaît pas. En thérapeutique, qui le sait mieux que M. Lévy — qui l'a dit dans son TRAITÉ D'HYGIÈNE? — le problème est individuel. Et comment le public, en possession de principes et de règles, saura-t-il en discerner les applications? Vous ne voulez pas l'amener jusque-là sans doute; mais il voudra, lui, y arriver tout seul. Dès lors plus d'autorité chez le vrai médecin; plus de confiance absolue de la part du malade; plus rien de ce qui assure le succès du traitement, autant que la dignité de l'art.

Ce n'est pas tout encore. Hélas! nous n'avons guère de principes à passer aux autres, n'en ayant pas beaucoup pour nous-mêmes. Imaginez le bien que nous nous ferions, en transportant des livres et des journaux spéciaux, où elles restent en partie cachées, toutes les dissidences qui nous divisent. Elles sont nombreuses; elles le paraîtraient plus encore, car le public, incapable de distinguer les dissentiments capitaux des secondaires, ceux qui portent sur les principes de ceux qui portent sur l'application, ne verrait chez nous que lutte et confusion. De quelque manière qu'on s'y prît, quelque prudence qu'on voulût y apporter, le résultat serait infaillible. Un article en susciterait un autre; le pour appellerait le contre, et le combat ne serait amusant, comme celui des gladiateurs antiques, que pour la galerie. Un exemple nous est donné en ce moment, que nous autorise à rappeler l'antique nom de *sacerdoce* donné à l'art médical. La religion a été amenée

ne donne lieu à aucun rapport; la digestion stomacale, les fonctions des intestins sont régulières.

Si les plexus ganglionnaires peuvent en changeant d'état pervertir les appétits naturels, ils peuvent aussi susciter des appétits nouveaux, des besoins moraux qui veulent être satisfaits. Ce sont des pensées, des désirs, des envies, des entraînements, qui montrent une grande puissance, qui souvent parviennent à dominer la volonté. Les plexus nerveux ont pris une condition anormale dans l'homme, d'un caractère doux, tranquille, qui ne peut réprimer un emportement, un accès de colère. Ces plexus sont dans un état morbide sur la personne que poursuivent des inquiétudes, des tristesses, des terreurs sans motifs, qui ne peut retenir ses larmes, comme sur celle qui sans cause éprouve des inspirations de joie, un rire convulsif. Il en est de même pour l'homme qui n'ose avouer des penchants qu'il condamne et que sa raison ne contient qu'avec peine.

Les actes de la locomotion restent soumis à la volonté tant que l'appareil céphalo-rachidien conserve sa disposition normale; mais la volonté ne peut plus rien sur les muscles, si l'impulsion qu'elle communique se trouve arrêtée dans son cours par l'altération d'un point de cet appareil. Qu'un des hémisphères cérébraux soit comprimé, déchiré par un épanchement de sang, il y a paralysie du côté opposé du corps. Que la pulpe médullaire de la moelle épinière éprouve une lésion analogue, tous les muscles qui sont au-dessous n'obéissent plus à la volonté. Mais si cette partie de la moelle vertébrale que la lésion rend indépendante, devient le siége d'un travail morbide, on observera des mouvements musculaires que l'intelligence n'a pas ordonnés, qu'elle ne peut empêcher. Cette innervation sans direction cause des tensions, des secousses, des roideurs des membres.

On rencontre des cas où une modification de l'appareil céphalo-rachidien fait perdre à l'innervation sa puissance accoutumée. C'est en vain que la volonté sollicite l'action musculaire; celle-ci ne reçoit plus son excitant habituel, elle se montre rebelle; il y a difficulté de mouvoir le corps, de faire agir les membres. On se trouve lourd, pesant, incapable.

La perversion de l'innervation se manifeste aussi sur les organes de la génération; elle peut provoquer des désirs immodérés que la raison a peine à contenir; elle peut amener une extinction plus ou moins prononcée de ces désirs.

IV. — DES MALADIES QUE L'ON DOIT RANGER PARMI LES NÉVROSES.

Nous considérons comme des névroses les affections pathologiques que produit un changement d'état des centres médullaires et des plexus ganglionnaires, lorsqu'il donne à l'innervation un caractère anormal qui suscite un désordre dans les mouvements des organes et dans l'exercice de leurs fonctions.

Les accidents névrosiques qui accompagnent les lésions des divers organes du corps, qui apparaissent dans les fièvres, dans les phlogoses, etc., ne constituent pas des névroses. Nous dirons la même chose pour les phénomènes spasmodiques ou convulsifs que fait naître une cérébrite, une myélite, l'apoplexie, etc.

NÉVROSES QUI NAISSENT DE LA MOELLE ALLONGÉE. — Nous attribuons à une perversion de l'innervation de la moelle allongée certains accès d'asthme qui viennent brusquement, souvent la nuit, dans lesquels l'air atmosphérique semble ne pouvoir plus pénétrer dans les cellules bronchiques, sans qu'aucun engorgement, aucune lésion du tissu pulmonaire y mette obstacle.

La voix devenue convulsive, le hoquet, dépendent souvent d'une perturbation de l'influence du centre médullaire qui nous occupe sur le larynx et sur le diaphragme.

Dans la coqueluche, il y a une lésion permanente sur les organes pulmonaires; il est facile de reconnaître qu'au moment des quintes, les vésicules bronchiques sont tenues dans un état de constriction. Ne faut-il pas rapporter cet effet à l'innervation perturbatrice que fournit alors la moelle allongée?

Les contractions désordonnées du cœur, que l'on nomme des palpitations, qui se reproduisent par accès, qui ne dépendent d'aucune lésion de ce viscère, ne sont-elles pas souvent la manifestation du dérèglement que vient d'éprouver l'innervation de la moelle allongée? La syncope peut être déterminée par une suspension momentanée de la puissance innervante de ce centre médullaire. Des spasmes de l'œsophage, des gastralgies, des crampes de l'estomac, des vomissements, des toux nerveuses, peuvent tenir à la même cause.

NÉVROSES QUI NAISSENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. — La danse de Saint-Guy, les tremblements que l'on nomme nerveux, les convulsions partielles, sont des névroses qui tiennent à une aberration de l'innervation de la moelle épinière. Ce centre médullaire a subi une modification : sa puissance se met en action spontanément; elle s'est rendue indépendante de la volonté; elle excite des mouvements musculaires que celle-ci n'a pas ordonnés, qu'elle ne dirige plus.

Le tétanos est produit par une contraction fixe, permanente des muscles qui reçoivent leurs nerfs de l'appareil céphalo-rachidien. Cette contraction est le produit d'une innervation désordonnée, surabondante, qui est soustraite à l'empire de la volonté. Cette innervation morbide atteste que la pulpe médullaire de la moelle épinière est actuellement prise du mode de lésion que nous nommons irritation; celle-ci est souvent le produit d'une phlogose qui existe alors sur les méninges rachidiennes.

NÉVROSES QUI NAISSENT DES CORDONS NERVEUX. — Des phénomènes névrosiques, qui apparaissent sur un membre ou sur une partie de ce membre, autour de la tête et du tronc, et qui consistent en un sentiment de froid ou de chaleur, en tiraillements musculaires, en fourmillements, en crampes, en une difficulté des mouvements volontaires, etc., peuvent dépendre d'une mutation d'état, d'une modification de la substance des cordons nerveux. Ces derniers ne transmettent plus l'innervation avec la même fidélité; ils lui impriment un caractère anormal.

Nous ne mettons pas les névralgies parmi les névroses.

NÉVROSES QUI SE RAPPORTENT AUX PLEXUS GANGLIONNAIRES. — On méconnaît en pathologie le pouvoir de l'innervation qui découle de ces plexus sur tous les organes de la vie intérieure. Cette innervation douce, salutaire, quand les plexus sont dans leur condition normale, suscite des mouvements désordonnés, des symptômes graves, quand un changement d'état donne à leur puissance une énergie nouvelle, une action perturbatrice.

Les plexus ganglionnaires communiquent entre eux. La modification que l'un d'eux éprouve peut se propager à l'ensemble organique qu'ils forment; souvent la même mutation paraît les envahir tous.

Il est une modification des plexus nerveux, dont nous ne connaissons pas les caractères anatomiques, dont nous ignorons la nature intime, mais qui se présente si souvent dans la pratique de la médecine, que nous en

---

sur le terrain de la polémique. Plus rapprochée du public, plus vulgarisée, fait-elle plus de dévots? Bien au contraire, et ses sages pontifes emploient tous leurs efforts à la ramener dans les temples. Nous ne demandons pas que la médecine recule jusque-là, mais qu'elle reste au moins dans ses écoles, ses Académies et sa presse spéciale.

— Enfin il a été adjugé ce célèbre prix d'Argenteuil! Esculape a fait une seconde fois le voyage de Colchide; une seconde fois il en a rapporté une toison d'or de 12,000 fr., mais laissant pour le coup les autres Argonautes en plan. Nos lecteurs savent déjà que ledit Esculape habite Lyon. On ne saurait croire combien cette circonstance a été remarquée à Paris. Le lauréat n'a pas à craindre que son origine se perde un jour dans la nuit des temps, et devienne une cause d'embarras pour les antiquaires. On disait autrefois M. *Reybard* tout court; par-ci, par-là, on ajoutait *de Lyon*, mais c'était bien rare. Maintenant on n'y manque plus. — Qui a gagné le prix d'Argenteuil? — M. Reybard (de Lyon). On ne vous répond plus autrement. Nous croyons bien que peu à peu on arrivera au *monsieur de Lyon*, sans plus de cérémonie. On dit que cette étrange manie ne plaît pas à la commission. Il est vrai qu'elle n'eût pas été satisfaite de la voir appliquer à un lauréat de Paris.

Quoi qu'il en soit, et sans prendre parti dans une question dont les éléments n'ont pas encore été rendus publics, nous pouvons au moins dire un mot d'une décision, rigoureuse et inattendue, qui n'a pas peu contribué au résultat. Les travaux qui s'étaient spécialement confinés au col de la vessie ou à la prostate ont été mis hors de concours comme ne rentrant pas dans les termes du testament. L'arène livrée aux concurrents commençait au méat urinaire inclusivement, et s'étendait à l'extrémité postérieure de la portion membraneuse de l'urètre. Les organes situés un peu plus en arrière ou aux alentours n'en étaient pas, alors même que la prostate gonflée déformait et aplatissait le canal, ou qu'un repli membraneux du col vésical opposait un obstacle au passsage de la sonde et empêchait, en fin de compte, le malade d'uriner. Ce casuisme a d'abord un tort de convenance, qui est de n'avoir pas dès le début averti les concurrents de ne pas se déranger. Ils ne se seraient pas, pendant huit ou dix ans, évertués à présenter des sujets aux commissaires, fatigués à courir les hôpitaux, morfondus dans les antichambres, exténués dans les discussions. Ils auraient aujourd'hui moins de bile et plus de bon sang. Ensuite, ce saint respect pour les dernières volontés d'un mourant est un peu brusque. Sans vouloir douter de la conversion de personne, on se demande qui a poussé tout à coup sur ce *chemin de Damas* une commission qui faisait plaider naguère en justice le droit de l'Académie d'interpréter à sa convenance, non-seulement le sens scientifique de la question proposée, mais même les conditions matérielles du legs. Le testateur voulait que le prix de 8,000 f. fût donné périodiquement, à des époques fixes; la commission a soutenu qu'elle était libre d'allonger les périodes et de partager autrement l'intérêt du capital légué. Et aujourd'hui elle craindrait de commettre un sacrilége en étendant sa mission au delà de la longueur de l'urètre! Eh bien, soit; en réalité ce n'est pas dans l'urètre spécialement et exclusivement que le testateur plaçait la question. On sait, et les commissaires ne peuvent ignorer, que le marquis d'Argenteuil n'a jamais voulu être sondé. Ce qu'il y avait de clair pour lui, c'est qu'il ne pouvait uriner; et c'est par supposition qu'il s'attribuait un rétrécissement urétral. Peut-être avait-il un gonflement de la prostrate ou un repli mus-

formerions volontiers une maladie à laquelle nous donnerions le nom de *plectopathie*.

Les causes de cette affection pathologique sont très-variées. Nous citerons d'abord les passions tristes, les inquiétudes, les contrariétés, les chagrins que font naître des affaires domestiques qui ne sont pas heureuses, l'abandon par une personne aimée, la jalousie, la perte d'un époux, d'un enfant, etc. Nous rencontrons cette maladie dans les personnes qui sont tombées dans la misère, dans celles qui ne savent ni régler, ni maîtriser leurs passions. Nous la voyons fréquemment sur les femmes qui viennent aux consultations gratuites de l'Hôtel-Dieu.

Les lésions chroniques de l'utérus provoquent, dans leur début, la maladie qui nous occupe. On a dit que le cancer de l'utérus, que les affections organiques des ovaires étaient des terminaisons de l'hystérie. Nous croyons que les spasmes, les accidents nerveux que l'on a d'abord observés étaient provoqués par la lésion naissante dont on méconnaissait l'existence. Les accidents spasmodiques de la plectopathie accompagnent souvent la leucorrhée.

Les lésions de l'estomac, des intestins, du cœur, du foie, qui prennent une marche chronique, suscitent souvent un changement d'état des plexus ganglionnaires et les phénomènes spasmodiques de la plectopathie, avant d'avoir acquis le développement qui les fait reconnaître.

Des lésions latentes de la moelle épinière et de l'encéphale, qu'il était impossible de constater, peuvent provoquer les symptômes de la plectopathie.

Les symptômes de cette affection sont d'abord un sentiment pénible à l'épigastre, que les malades cherchent à exprimer par les mots de pesanteur, de gêne, de constriction, de douleur, d'anxiété : une pression sur cette région, même légère, donne lieu à une souffrance plus grande. Ces malades ressentent ordinairement une douleur dans la partie correspondante de la colonne vertébrale. L'estomac n'est le plus souvent le siége d'aucune lésion ; la langue n'est ni rouge ni sèche ; il n'y a pas de mauvais goût à la bouche, pas de répugnance pour la nourriture, pas de rapports acides ou amers ; il ne se fait pas de sécrétions morbides dans la cavité gastrique. Les digestions conservent leur régularité.

Ce qui se passe dans la région épigastrique est l'expression organique du changement d'état du plexus solaire ; mais bientôt d'autres plexus se prennent, partagent la condition anormale du premier. Leur innervation devient déréglée ; elle prend un degré de puissance qu'elle n'avait pas, et de nombreux phénomènes se manifestent dans la cavité abdominale, dans la cavité pectorale et au cou ; des sentiments vagues, douloureux, mobiles dans ces cavités, un malaise général indéfinissable, des contractions inégales, irrégulières, précipitées, puis ralenties, développées puis profondes, plus obscures du cœur ; des pulsations artérielles variables, petites, serrées, vibrantes, multiformes ; des refroidissements et des chaleurs qui reviennent alternativement, souvent des difficultés d'ouvrir la poitrine, des inspirations profondes, une tension dans la région du diaphragme, des éructations répétées et sans goût, des bâillements, de la dysphagie, des mouvements fréquents dans les intestins : le sentiment d'ondulations qui remontent de l'abdomen dans la poitrine et au cou, avec serrement de cette dernière partie ; des douleurs de tête de nature névralgique, etc. Tous ces accidents prennent par moments une plus grande intensité qui témoigne que l'état anormal des plexus vient de s'exalter.

Le moral des malades appelle l'attention du médecin. Dans la plectopathie, il y a des tristesses sans motifs que la raison ne peut ni prévenir ni éloigner, des impatiences, une irascibilité que l'intelligence ne peut réprimer, des temps de découragement, d'accablement. Les malades recherchent la solitude : il y a des soupirs continuels, souvent des pleurs, des jalousies, des désirs, des caprices, des craintes chimériques. Les malades négligent leurs affaires ; quelques-uns acquièrent une susceptibilité excessive, et tout les blesse. Cette disposition morale des individus atteints de la plectopathie est une suite forcée de la condition morbide des plexus ganglionnaires. La volonté du malade n'a pas d'empire sur elle.

Nous établirons des degrés dans la plectopathie. Le premier degré offrira seulement une gêne habituelle, des sentiments douloureux dans la région épigastrique, accompagnés d'une tristesse contrainte, d'inquiétudes sans cause. Combien de plectopathies au premier degré ont été considérées comme des gastrites ! Dans le deuxième degré, il y a de plus des palpitations de cœur, des pulsations artérielles variables, ordinairement serrées, tendues ; de fréquentes oppressions, des gonflements intestinaux, etc. ; le malade est en proie à des idées tristes, il est découragé. Dans le troisième degré, tous les accidents physiques et moraux sont plus exprimés encore ; il y a des pensées bizarres, une tendance à s'emporter, à se mettre en colère, une disposition morale qui avoisine la folie. A ce degré, la plectopathie peut amener des congestions sanguines du cerveau, donner lieu à des attaques pendant lesquelles il y a perte de connaissance, des menaces de suffocation, des convulsions, etc.

La modification des plexus nerveux qui cause la plectopathie ne tend pas à dénaturer leur substance. Aussi cette maladie a-t-elle une marche lente, des rémissions prolongées. Elle offre en général peu de danger, quand elle n'est pas liée à des lésions viscérales.

L'hypocondrie est une forme de la plectopathie. Elle se caractérise par une condition anormale des hémisphères cérébraux qui rend toutes les perceptions plus vives, qui exagère leur importance, et par une disposition morbide des organes digestifs, qui trouble l'exercice de leurs fonctions.

Dans l'hypocondrie avancée, le malade semble percevoir jusqu'aux mouvements intimes de ses viscères. Son intelligence ne l'éclaire plus sur la valeur des sentiments multipliés qu'il reçoit. Des inquiétudes, des craintes le tourmentent sans fin. L'hypocondriaque s'occupe toujours de lui, de sa santé. J'ai vu un homme garder le lit pendant des années, parce qu'il éprouvait, dès qu'il se tenait debout, des tiraillements dans l'abdomen qui lui causaient un effroi, du tremblement, la peur de mourir.

On observe continuellement, dans l'hypocondrie, des anomalies dans l'exercice des digestions, de la circulation, de la respiration, des sécrétions, qui procèdent des variations d'état que subissent alors les plexus ganglionnaires. Le rhythme des contractions du cœur n'est plus stable. Sur un malade, le nombre des pulsations artérielles par minute variait en quelques heures de 60 à 120. Les qualités physiques que donnent les artères sous la pression des doigts, sont singulièrement inconstantes.

L'hystérie nous offre une autre forme de la plectopathie, qui est particulière aux femmes, et qui semble partir des nerfs utérins. La puissance que l'utérus exerce sur le physique et sur le moral se manifeste dans beaucoup d'occasions. Beaucoup de femmes, au moment où se forme la congestion menstruelle, au commencement d'une grossesse, deviennent impatientes, irascibles, ont des pensées déraisonnables, des envies qui sont forcées, qu'elles ne retiennent qu'avec peine.

Dans l'hystérie, la femme éprouve le sentiment d'une boule, d'une va-

---

culaire du col de la vessie, et il serait assez curieux qu'on eût exclu du concours, comme ne répondant pas *aux désirs* du testateur, celui qui eût été en état de le faire uriner. Nous gagerions bien que le noble malade n'avait pas de désir plus violent.

— Il faut de la vertu ; pas trop n'en faut. Ceci ne s'adresse à aucun de nos compatriotes, confrères ou autres, mais à un grave juge britannique devant qui comparaissait l'autre jour le célèbre aéronaute M. Poitevin, accusé d'avoir exercé de mauvais traitements sur un cheval en le suspendant à sa nacelle. La compassion des humains pour les chevaux et autres animaux domestiques est fort louable assurément ; et nous accordons à la rigueur qu'elle s'émeuve d'un pareil moyen de transport appliqué à une pauvre bête qui n'a aucunement le goût des voyages aériens. Mais dans un pays où la bastonnade est officiellement maintenue et de temps à autre encore appliquée, où la condition physique et morale de la femme et aussi abaissée, où le *box* fleurit, on s'étonne d'entendre un brave magistrat emperruqué, le prendre sur ce ton solennel : « Certes, il n'y a pas de crime plus grand que celui que nous sommes appelés à juger ; *l'Angleterre nous regarde, et je suis même convaincu que l'Europe a en ce moment les yeux sur nous.* Le crime est tel que je vais surseoir au prononcé du jugement ; j'aurai ainsi le loisir de fixer une peine en proportion avec le degré de méchanceté qu'il faut pour torturer ainsi des *animaux familiers.* » L'associé de M. Poitevin se mit à pleurer ; mais l'avocat, mauvais plaisant, s'amusa à faire remarquer que, dans les pièces à grand spectacle, les *génies* et les *nymphes* qui tombent du ciel sont également suspendus par des ficelles, que ce sont en outre des animaux très-familiers, et qu'il y aurait lieu par conséquent de leur appliquer la loi. En entendant cette plaisanterie, la perruque du magistrat se mit toute seule de travers.

— Il n'y a pas longtemps que la tombe s'est fermée sur M. Rochoux ; M. Castel vient d'y descendre, comme si ces deux regrettables confrères, si souvent associés dans les discussions académiques et dans les malices de la presse, avaient voulu se rester mutuellement fidèles jusque dans la mort. M. Rochoux et M. Castel ! qui ne se rappelle en effet leur immanquable *duo* dans la plupart des exercices oratoires de la rue de Poitiers ? car déjà leur voix tombait et leur ardeur s'éteignait en arrivant dans la rue des Saints-Pères. Le premier entonnait d'ordinaire le *verset ;* le second donnait le *répons.* Ils y apportaient une originalité, on peut dire une excentricité égale, mais diverse. M. Rochoux méditait le paradoxe ; il visait surtout à égayer, et l'on ne savait jamais, ni s'il était bien convaincu que les autres eussent tort, ni s'il croyait avoir raison. Il était satisfait quand on avait ri. M. Castel couvait l'apophthegme ; c'est par là qu'il ouvrait son discours. Sa voix sententieuse, son geste magistral, s'alliaient parfaitement au ton de ses prédications hippocratiques. Il était le plus convaincu des académiciens, et quand il croyait apercevoir un sourire ou une marque d'incrédulité, loin de s'en divertir, il tonnait contre les profanateurs du temple de Cos. L'un et l'autre étaient presque toujours solitaires dans leur opinion, mais par des raisons inverses. M. Castel s'était volontairement et systématiquement attardé d'un demi-siècle. Il ne goûtait pas les choses nouvelles, et ce qu'il avait précieusement conservé des anciennes ne trouvait pas sympathie à l'Académie. L'arme des doctrines antiques dont il s'était servi autrefois contre Broussais, avec une habileté et une force dont la génération actuelle n'a pas une juste

peur, qui de l'abdomen monte vers le cerveau, qui dans ce trajet provoque des palpitations de cœur, des oppressions, un serrement de la gorge, etc. C'est quand ce mouvement ondulatoire semble pénétrer dans la tête, qu'il survient un accès convulsif, avec perte de connaissance, gonflement de la figure, insensibilité, etc.

ACCIDENTS NÉVROSIQUES QUE DÉTERMINE LA MOELLE ÉPINIÈRE PAR SUITE D'UNE LÉSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — Nous soumettons aux réflexions des praticiens les observations suivantes.

OBS. I. — Un jeune homme, commis voyageur, se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen et dans la poitrine. Pendant plusieurs années, il est tourmenté d'anxiétés épigastriques, de palpitations de cœur, de dyspnées passagères, de trouble dans les fonctions digestives, de coliques, etc. Ces accidents se succédaient, semblaient se remplacer; le malade était toujours souffrant. Toutefois le teint était bon : il n'y avait pas d'amaigrissement.

Ce jeune homme s'adressa à beaucoup de médecins : dans ses voyages, il consulta à Lyon, à Montpellier, à Marseille, à Paris. On vit tantôt une affection spasmodique; tantôt une lésion viscérale, dont le siége variait selon l'organe d'où partaient les accidents au moment où on observait le malade.

Ce jeune homme revint à Amiens. Je voulus examiner la colonne vertébrale, et je découvris que la percussion des dernières vertèbres dorsales causait un sentiment de douleur. Cette colonne n'offrait encore ni gonflement ni déviation. Mais quelque temps après, il y avait une saillie de l'épine de la dixième vertèbre; puis une incurvation anguleuse se manifesta, et ce jeune homme finit par avoir la moitié inférieure du corps paralysée, avec des attaques fréquentes de convulsions dans les jambes et dans les cuisses, qui obligeaient sa mère et une garde de courir à son secours, pour empêcher qu'il ne soit jeté hors de son lit ou de son fauteuil.

OBS. II. — Un employé d'une maison de commerce éprouvait dans l'abdomen et dans la poitrine des douleurs dont le siége, dont l'intensité étaient très-variables. On crut qu'il exagérait tout ce qu'il disait ressentir; son teint, son embonpoint éloignaient toute idée d'une lésion pathologique; il offrait les symptômes de l'hypocondrie; pendant deux à trois ans, on ne vit en lui qu'un malade imaginaire. Il perdit sa petite fortune, sa femme l'abandonna.

Cet homme vient d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Il porte depuis quelque temps, sur la colonne vertébrale, un gonflement qui s'étend de la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la septième, avec une petite déviation à droite. Il existe une légère saillie à la vertèbre qui termine ce gonflement.

Cet homme marche encore, mais il est obligé de s'asseoir souvent; ses extrémités inférieures se refroidissent vite; la peau qui les recouvre est peu sensible. L'émission de ses urines se fait mal; il est habituellement constipé. Ce malade n'aura-t-il pas le sort du premier?

Si ces deux observations prouvent qu'une lésion de la moelle épinière peut, dans son début, susciter un état morbide des plexus ganglionnaires, causer les accidents de l'hypocondrie, celles qui suivent montreront que cette même lésion produit sur les femmes les symptômes de l'hystérie.

OBS. III. — Une fille âgée de 22 ans entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, pour une paraplégie incomplète qui était venue à la suite d'un coup qu'elle avait reçu, le tronc courbé, sur le milieu du dos. Un gonflement existait le long des cinq dernières vertèbres dorsales : la percussion des épines de ces vertèbres était douloureuse. La malade faisait avec peine mouvoir les extrémités inférieures, elle y ressentait des fourmillements, des tiraillements, des sautillements. Les jambes et les cuisses avaient une température moins élevée que la partie supérieure du corps. La sensibilité de la peau était presque nulle sur ces membres. Il y avait rétention de l'urine, de la constipation, des vomissements.

Nous pensâmes qu'il existait un gonflement à la partie intérieure du canal vertébral qui répondait au gonflement extérieur du dos, que ce gonflement s'accompagnait, dans le canal vertébral, d'une exsudation albumineuse qui se produit dans les maladies de ce canal, que la moelle épinière se trouvait gênée dans son action. Mais pendant que nous nous occupions de combattre ces causes pathogénèses, il survint une série d'accidents qui signalaient l'influence que l'état morbide de la moelle épinière exerçait sur les autres points de l'appareil nerveux. Habituellement la malade se plaignait le matin d'avoir eu la veille des douleurs dans la région épigastrique, des palpitations de cœur, des oppressions, des serrements à la gorge : elle était triste, inquiète; elle pleurait. Un jour elle avait eu une attaque complète d'hystérie. Un autre jour elle avait été agitée pendant deux à trois heures par des hallucinations; elle poussait des cris. Il fut une époque où, pendant quatre jours, elle nous offrit les symptômes de la fièvre typhoïde.

Cette fille est sortie de l'Hôtel-Dieu guérie. Les accidents nerveux ont cessé, à mesure que la lésion vertébrale se dissipait.

OBS. IV. — Nous venons de voir des accidents analogues, mais moins prononcés, sur une infirmière âgée de 25 ans, qui, en changeant une malade de lit, éprouva une vive douleur vers la fin des vertèbres dorsales. Quelques jours après, elle se plaignit de douleurs vagues dans le bas-ventre et même dans la poitrine; puis de battements de cœur violents, de gêne pour respirer, d'angoisses épigastriques, de serrements de la gorge, etc. Par moments l'aorte abdominale donnait des pulsations très-prononcées. Un gonflement bien sensible se forma sur les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires. Alors il y eut des engourdissements, des tiraillements dans les extrémités inférieures : la marche devint presque impossible; il y eut rétention de l'urine, besoin de recourir à la sonde. Cette fille est sortie guérie de l'Hôtel-Dieu.

AFFECTIONS NÉVROSIQUES DÉTERMINÉES PAR UNE LÉSION VISCÉRALE. — Souvent une lésion d'un des organes qui ont pour fonction l'entretien du corps ou la conservation de l'espèce, devient l'occasion d'accès dans lesquels on reconnaît la perversion de l'innervation des centres médullaires et des plexus ganglionnaires. Un homme a une hypertrophie du cœur avec dilatation des ventricules. Très-fréquemment il éprouve le soir ou dans la nuit une attaque qui dure deux ou trois heures, et pendant laquelle il y a une dyspnée très-prononcée; la poitrine ne s'ouvre qu'avec de grands efforts; le malade se plaint de douleurs, de chaleur dans l'abdomen; le cœur bat avec une violence marquée; tout le système artériel est ébranlé; il y a accablement, refroidissement des membres, altération des traits de la figure qui prend une couleur violacée, des cris involontaires. Les facultés de l'intelligence restent saines.

ACCIDENTS NÉVROSIQUES DÉTERMINÉS PAR LA LÉSION D'UN POINT DE L'APPAREIL NERVEUX. — Nous voulons parler de l'épilepsie. Dans cette maladie, nous admettons une lésion permanente dans l'encéphale ou sur un autre point de l'appareil nerveux. C'est cette lésion qui, de loin à loin, produit le changement d'état qui se forme brusquement sur les centres médullaires et dans les plexus ganglionnaires, et qui donne lieu aux symptômes effrayants qui caractérisent une attaque d'épilepsie.

Ce que l'on désigne sous le nom d'*aura epileptica* présente à l'esprit l'impulsion qui sort de la lésion permanente, et qui à l'instant même ébranle tout l'appareil nerveux, lui fait prendre une condition morbide, imprime à l'innervation ce caractère de violence que révèlent les phénomènes morbides d'une attaque d'épilepsie.

C'est par le même mécanisme que les lésions du cœur, des ovaires, etc., provoquent parfois des accès épileptiformes.

---

idée, était devenue impuissante : *telum imbelle, sine ictu*. Il le sentait, et ce vieillard penché et à demi couché dans sa tombe éprouvait autant de chagrin de son isolement scientifique qu'en a dû éprouver Broussais lui-même tombé et délaissé dans la force de l'âge et du talent. M. Rochoux, au contraire, suivait la science moderne dans tous ses recoins pour la taquiner. Bien qu'il s'y rattachât par son éducation médicale et la nature de ses travaux, au point même d'en avoir poussé le principe à ses extrêmes conséquences, il n'avait pas de plus grand bonheur que de la persiffler dans la plupart de ses œuvres. Mais il ne tenait pas beaucoup à réussir dans ses attaques, et le digne confrère serait mort heureux si de vives douleurs n'étaient pas venues, vers la fin, déranger son épicuréisme.

A. DECHAMBRE.

— Par suite d'une dépêche du ministre de la marine et des colonies, quatre chirurgiens de 3e classe du port de Rochefort, MM. de Nozeille, Gaillard, Savatier et A. Manès, ont reçu l'ordre de se rendre à Bordeaux, pour y prendre passage sur un navire du commerce à la destination des Antilles.

Ces officiers de santé se mettront, dès leur arrivée, à la disposition du gouverneur général des Antilles.

[illegible]

— [illegible] continue à donner des détails les plus alar-mants sur les ravages exercés par le choléra à Varsovie et à Posen. A Farecbam, Schrim, Nainslau, dans la Silésie, les ravages ne sont pas moindres. A Tabraez, il a revêtu aussi une gravité excessive, et à Orooniga, 3,000 personnes ont déjà succombé; dans une ville voisine, 60 personnes ont été enlevées en un jour. La GAZETTE DE POSEN annonce, de son côté, que le choléra fait beaucoup de progrès parmi les troupes, et que dans la Pologne prussienne toutes les assemblées publiques, toutes les revues militaires sont suspendues par suite de la terreur qu'excite cette cruelle maladie dans tous les pays qu'elle parcourt.

— Le 29 juin dernier est mort, à Washington, un médecin d'origine irlandaise, le docteur Denis Burke, âgé de plus de 100 ans.

— M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, vient d'être chargé, par M. le ministre de l'intérieur, d'une mission scientifique auprès des établissements de sourds-muets de l'Allemagne et de l'Angleterre. Examiner le développement, l'enseignement de la parole et les progrès de la science médicale dans ces diverses institutions; tel est le but principal de cette mission.

MALADIES QUE L'ON PLACE A TORT PARMI LES NÉVROSES. — Nous ne trouvons pas dans la manie les caractères propres aux névroses. Nous distinguerons plusieurs genres de manies. Dans le premier, nous voyons un désordre dans l'exercice des facultés de l'intelligence qui tient à un vice d'organisation ou à une lésion pathologique des hémisphères cérébraux. L'âme ne trouve dans ces organes qu'un instrument imparfait ou devenu défectueux pour la manifestation de ses nobles facultés. Le jugement n'est plus ce guide sûr qui dirige nos actions; l'imagination n'a plus de limites, la mémoire est infidèle, etc. Ajoutons des perceptions viciées, fausses, des hallucinations, les impressions chimériques que le malade croit des réalités, etc. Cette espèce de manie, que j'appellerai *intellectuelle*, comprend l'idiotisme et la démence.

Nous nommerons manies *passionnées*, celles qui se traduisent par des désirs, par des envies, par l'ambition, par des craintes, par des terreurs, par de mauvais instincts. Les plexus ganglionnaires sont dans une condition morbide, quand ces manies existent. Un homme était depuis quelque temps tourmenté par l'amour des richesses; il arrive à penser qu'il vient de faire une fortune immense. Un autre, gonflé d'orgueil, se croit général d'armée, souverain d'un grand empire. Celui-ci, dominé par des craintes, par des inquiétudes, ne peut éviter la ruine dont il est menacé : celui-là, sous l'empire de la peur, est atteint d'une maladie dont il ne guérira pas; on veut attenter à ses jours, il prend en haine les personnes qu'il aimait, etc.

Un grand nombre de manies sont à la fois intellectuelles et passionnées; les deux causes organiques que nous venons de signaler se trouvent réunies. Il existe à la fois une modification des hémisphères cérébraux, qui trouble, affaiblit l'intelligence, et une condition anormale des plexus ganglionnaires, d'où résulte le développement de passions, qui prennent un degré de violence d'autant plus grande, que l'intelligence a perdu la faculté de les régler, de les conduire, de les réprimer.

Il y a une condition morbide des plexus ganglionnaires dans ces dépravations des instincts naturels, qui viennent de loin à loin jeter l'épouvante dans la société. Au moment où les entraînements féroces dont nous voulons parler se font sentir, le médecin peut saisir des phénomènes physiologiques qui prouveront le pouvoir que les plexus nerveux ont pris alors sur l'organisation, comme le désordre des contractions du cœur, le resserrement, le tremblotement des canaux artériels, les anomalies des inspirations, un sentiment de chaleur brûlante dans la poitrine et dans l'abdomen, l'altération de la figure, les yeux étincelants, etc.

Je me rappelle toujours cette infortunée mère que l'on amena à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, pour la séparer d'un enfant qu'elle nourrissait et qu'elle avait par moments l'horrible envie de tuer. La veille de son entrée, des voisins attirés par ses cris *Au secours!* qu'elle poussait, la trouvèrent sur le berceau de son enfant la main armée d'un couteau. A ma visite du matin, elle me montrait cet enfant qu'on lui apportait plusieurs fois par jour, le couvrait de baisers et me disait : *Suis-je assez malheureuse, monsieur, d'avoir la pensée de tuer un si bel enfant.*

J'ajouterai qu'après avoir fait un séjour d'environ deux mois à l'Hôtel-Dieu, cette femme est sortie délivrée de ses mauvaises pensées. Nous avons su longtemps après, qu'elle était redevenue, comme auparavant, une excellente mère de famille.

L'apoplexie n'est point une névrose. Que cette maladie soit due à un épanchement de sang dans la pulpe médullaire des hémisphères cérébraux, ou à une congestion sanguine de l'encéphale, les accidents qui en sont la suite ne procèdent pas d'une aberration de l'innervation. Nous dirons la même chose pour la paralysie. Il y a dans cette maladie un obstacle qui s'oppose à la transmission des ordres de la volonté aux muscles qui doivent mouvoir le corps. Nous ne trouvons plus là le trouble de l'innervation qui caractérise les névroses.

L'hydrophobie, la colique de plomb reconnaissent une cause spécifique. Il y a dans ces maladies une sorte d'intoxication. Si on place l'hydrophobie et la colique de plomb parmi les névroses, il faut aussi y ranger le typhus contagieux, les empoisonnements.

SYPHILISATION.

OBSERVATION D'UN CAS DE SYPHILISATION, SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS; par M. A. RODET, chirurgien en chef de l'Antiquaille, de Lyon.

La question qui vient d'être si vivement agitée devant l'Académie de médecine intéresse à la fois la science, la morale et l'humanité : il s'agit de savoir s'il est vrai qu'on puisse prévenir ou guérir la syphilis constitutionnelle par des inoculations multipliées, et s'il est possible de rendre un individu quelconque réfractaire à l'action locale du virus syphilitique, en lui inoculant ce même virus, d'après certaines règles et dans certaine mesure; en d'autres termes, il s'agit de décider si la syphilisation est une réalité, ou si elle n'est qu'une illusion, qu'une théorie inventée à plaisir. Cette question a soulevé des passions brûlantes au sein de la savante assemblée. Si d'un côté elle a trouvé quelques défenseurs chaleureux et habiles, de l'autre elle a trouvé des adversaires impitoyables qui l'ont vouée à l'opprobre et à l'ignominie. C'est que, si la syphilisation n'est pas un grand bien, elle est un mal hideux et repoussant; si elle n'est pas une vérité, elle est plus qu'une erreur : elle est une monstruosité.

Mais la doctrine de la syphilisation ne pouvant s'étayer sur le raisonnement, qui la repousse, ne doit et ne peut avoir d'autre base que les faits, et ceux-ci, pour être concluants, doivent être complets, authentiques, irrécusables. Ce n'est aussi que d'après des faits de cette nature qu'il est possible de porter sur elle un jugement équitable. Malheureusement les faits de ce genre sont rares, si rares qu'on pourrait presque dire qu'ils font encore défaut. Il est donc du devoir de tous ceux qui cultivent la science de rendre publics les cas de syphilisation dont ils peuvent avoir été les témoins, et voilà pourquoi je publie aujourd'hui l'observation que l'on va lire.

En livrant cette observation au public, je n'ai nullement l'intention de venir en aide à un parti quelconque. Je l'ai tracée avec toute l'exactitude dont je suis capable, d'après les notes prises jour par jour, avec beaucoup de soin, par M. Michel, un des internes les plus distingués des hôpitaux de Lyon. Après l'avoir lue avec attention, chacun pourra en déduire telles conséquences qu'il jugera convenables. Je ferai moi-même connaître celles qui me paraissent en découler, et mon but sera pleinement atteint si j'ai pu contribuer, même pour une faible part, à élucider une question aussi importante et encore si obscure, malgré les savantes dissertations qu'elle vient de susciter au sein de l'Académie.

Lorsque M. Auzias-Turenne annonça sa découverte de la syphilisation, sa doctrine me parut trop étrange et trop contraire à la raison pour mériter un sérieux examen. Plus tard, lorsque M. Sperino publia son mémoire sur la syphilisation chez l'homme, je fus ébranlé par la simplicité avec laquelle il annonçait ses succès et par l'assurance avec laquelle il proclamait l'immensité de la découverte. Enfin la lettre qu'il écrivit à M. Diday, et qui fut insérée dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, le 4 octobre 1851, me détermina à soumettre cette nouvelle doctrine à l'expérimentation. Je n'attendis plus alors qu'une occasion favorable, et celle-ci ne tarda pas à se présenter, comme on va le voir en lisant l'observation suivante.

OBS. — Le nommé Joseph Badin, âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, entra à l'Antiquaille le 10 octobre 1851; il était alors atteint d'une gale parfaitement caractérisée, qu'il avait contractée trois mois auparavant et pour laquelle il n'avait encore fait aucun traitement. En outre de cette gale, il était affecté d'un chancre phagédénique situé sur la surface du gland, à gauche du méat urinaire. Ce chancre occupait une surface de 12 millimètres sur 15. Sa forme était irrégulière. Ses bords étaient taillés à pic, déchiquetés, décollés et un peu relevés. Son fond était grisâtre, pultacé, légèrement couenneux, et était le siége d'une suppuration sanieuse, abondante. Il n'occasionnait au malade qu'une légère douleur, et n'offrait aucune trace d'induration. Quoique le malade n'eût eu des rapports sexuels avec aucune femme depuis six semaines, ce n'est que trois semaines avant son entrée à l'hospice qu'il avait aperçu l'origine de son chancre, qui alors, assure-t-il, était constitué par une petite pustule qu'il ouvrit, et qui depuis se transforma en ulcération et ne cessa de s'accroître.

Le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 11 octobre, je prescrivis à ce malade, outre les moyens antipsoriques : 1° de la tisane de salsepareille; 2° de la liqueur de Van Swieten, à la dose de 10 grammes par jour, à prendre en deux fois (1), et 3° pour panser le chancre, un mélange de 10 g. d'eau distillée et de 5 grammes de jus de citron.

Le 18 octobre, le chancre ne s'est pas amendé, mais il n'a pas fait de progrès. Sur le limbe du prépuce, qui est œdématié, on aperçoit à gauche deux ulcérations commençantes et très-petites, qui ont l'aspect chancreux. Plus en arrière, sur la peau de la verge, se voit une autre ulcération offrant les mêmes caractères. Selon toute probabilité, ces trois nouvelles ulcérations ont été le résultat du contact du virus avec trois vésicules de gale, développées dans ces parties et déchirées par le malade.

Le même jour, je propose au malade de tenter la cure de sa maladie par les inoculations répétées, en le prévenant qu'il s'agit d'un moyen nouveau, qui, sans être encore suffisamment sanctionné par l'expérience, a déjà produit ailleurs des résultats très-favorables. Il y consent, et je commence immédiatement cet essai de syphilisation en pratiquant sur la partie interne de la cuisse gauche sept piqûres très-petites, avec une lancette imprégnée du virus chancreux du

(1) La liqueur de Van Swieten fut prescrite à ce malade, quoiqu'il ne fût atteint que d'un accident primitif, dans un but qu'il serait inutile de faire connaître ici, et qui fera le sujet d'une autre publication.

malade lui-même. Ces piqûres sont faites à 3 centimètres environ de distance les unes des autres.

Après avoir laissé sécher le virus, je fis recouvrir les piqûres avec un morceau de diapalme. En même temps on cessa le traitement antérieur, à l'exception de la liqueur de Van Swieten, que par erreur on administra au malade encore pendant deux jours. Le chancre fut pansé avec du vin aromatique.

Le 20, une piqûre a échoué; les autres ont produit six petites pustules chancreuses caractéristiques.

Je pratique sept autres inoculations sur la partie correspondante de la cuisse droite, avec le virus du chancre du malade.

21. Sur le gland, à droite du méat urinaire, il est survenu un nouveau chancre, qui, quoique très-récent, a déjà fait des progrès.

23. Je pratique six inoculations sur la cuisse gauche avec le virus des premières inoculations, et je fais panser tous les chancres avec du vin aromatique.

24. Les chancres du gland sont recouverts d'une couche pultacée très-prononcée.

25. Les chancres du gland ont meilleur aspect. La couche couenneuse a disparu, et leur fond laisse voir quelques bourgeons charnus.

Les premières et les deuxièmes inoculations ont fait peu de progrès; les six dernières, qui ont toutes réussi, n'ont donné lieu qu'à des pustules extrêmement petites.

Ce jour-là, dix nouvelles piqûres sont faites sur la cuisse droite avec le pus du premier chancre. M. Diday, présent à cette opération, pratique lui-même une de ces dix piqûres.

27. Les dernières piqûres ont toutes réussi, et ont produit des pustules beaucoup plus grandes que les précédentes. Toutes les inoculations ont fait quelques progrès et se sont enflammées; je les fais panser avec du cérat de Galien.

Douze inoculations nouvelles sur la cuisse gauche.

29. Le premier chancre du gland a pris un aspect un peu meilleur; ses bords se sont un peu affaissés et recollés. Les autres chancres de la verge ont fait des progrès évidents; ceux des cuisses sont restés stationnaires. Le cercle inflammatoire qui les entoure a même un peu diminué; mais les cuisses sont un peu douloureuses.

Seize piqûres sur la cuisse droite, avec du pus pris sur les chancres des premières inoculations.

30. La douleur des cuisses a un peu augmenté, et l'on sent dans la région sous-inguinale, de chaque côté, un ganglion légèrement tuméfié et sensible à la pression. Aucun des chancres, soit de la verge, soit des cuisses, ne présente la moindre trace d'induration. Celui qui est survenu accidentellement sur le côté droit du gland prend l'aspect phagédénique. Ceux des cuisses sont tous simples, et s'étendent beaucoup moins vite que ceux qui résultent habituellement des inoculations isolées. Le malade éprouve de l'insomnie. (Prescription : Pilule de cynoglosse de 0,20 pour le soir; cataplasme arrosé de laudanum sur chaque région de l'aine; panser les inoculations avec vin aromatique, 100 gr., et laudanum de Sydenham, 1 gr.)

31. Des seize inoculations du 29, huit ont produit de très-petites pustules, quatre ont donné lieu à un point rouge peu étendu, et les quatre autres n'ont rien produit du tout.

Le deuxième chancre du gland fait des progrès rapides; il a déjà l'étendue d'une pièce de 25 centimes. Ses bords sont relevés; son fond est gris et inégal.

Les ganglions des aines ont diminué de volume et ne sont plus douloureux.

Les chancres inoculés ne paraissent plus faire aucun progrès.

Dix-huit piqûres sur la cuisse gauche, avec du pus pris au hasard sur les chancres inoculés.

2 novembre. Les dernières inoculations ont toutes réussi, et ont produit des pustules plus larges que les précédentes.

Le deuxième chancre du gland continue ses progrès et égale en largeur le premier, dont il n'est plus séparé que par un faible espace, et qui, excité par son voisinage, se couvre d'une matière plastique, épaisse, et s'étend un peu du côté droit.

Les ganglions sous-inguinaux sont réduits à un très-petit volume et sont tout à fait indolents.

L'état général du malade est excellent : embonpoint convenable, teint coloré, appétit très-bon.

Je fais panser les chancres du gland, comme dans le principe, avec de la charpie trempée dans un mélange de 10 gr. d'eau distillée et de 5 gr. de jus de citron.

4 novembre. Le deuxième chancre du gland continue à s'étendre; il devient sec et livide, et offre une tendance manifeste à la gangrène. Je la fais panser avec une solution de 0,05 de sublimé corrosif sur 15 gr. d'eau distillée.

Les chancres inoculés sont stationnaires; mais leur sécrétion est devenue plus abondante et plus séreuse.

5. Le deuxième chancre du gland ne s'étant pas amendé, je le touche avec le crayon de nitrate d'argent, et je le fais panser avec une solution de 0,05 de sublimé corrosif sur 10 gr. d'eau distillée. Cette légère cautérisation est presque insensible.

Ce jour-là, je pratique deux inoculations sur la cuisse droite avec du pus pris sur les chancres inoculés.

6. Le premier chancre du gland se rétrécit un peu; le deuxième est toujours sec et livide, ce qui me décide à le toucher avec un pinceau de charpie imbibé de nitrate acide de mercure. Le malade sent à peine cette cautérisation.

Les trois autres chancres du prépuce et du fourreau marchent rapidement vers la cicatrisation.

Les chancres des deux premières inoculations sont à la période de réparation.

Les deux piqûres du 5 ont produit, l'une, une très-petite pustule, et l'autre, une petite tache rouge seulement.

Deux nouvelles inoculations sur la même cuisse.

7. Les piqûres de la veille sont entourées d'une petite auréole rouge.

Le deuxième chancre du gland s'est un peu élargi, mais il a pris un meilleur aspect. Je le fais toucher une fois par jour avec un pinceau de charpie trempé dans du jus de citron pur.

Encore deux piqûres sur la même cuisse.

8. Les deux piqûres du 5 ont produit deux pustules très-petites, entourées d'une auréole pâle, sans engorgement ni inflammation. Celles du 6 ont produit deux pustules semblables.

Les chancres des première, deuxième, troisième et quatrième inoculations marchent tous vers la cicatrisation. Ceux des cinquième et sixième ont pris la forme du *rupia;* ils sont étroits, mais profonds, et recouverts d'une large bulle pleine de sérosité trouble.

Les chancres du gland marchent vers la cicatrisation.

Deux piqûres sur la même cuisse.

10. Les chancres du fourreau et du prépuce sont guéris; ceux des premières inoculations se cicatrisent successivement.

Depuis le 5 novembre, les inoculations n'ont produit que de très-petites pustules, sans auréole inflammatoire.

Celles du 8 ont avorté.

Trois inoculations sur la même cuisse, deux avec le pus d'une des anciennes inoculations, et une avec le pus de l'une des deux pustules produites par l'inoculation du 6.

11. Voyant que les inoculations faites sur le malade avec son propre virus ne produisent presque plus d'effet, je me décide à essayer sur lui l'action du virus étranger. Je pratique donc sept piqûres sur la face interne de la cuisse gauche, près des anciennes inoculations, avec une lancette chargée d'un pus pris sur un malade de l'hospice, atteint de plusieurs chancres phagédéniques à la période de progrès, dont l'un a détruit entièrement le filet.

12. Les chancres du gland vont de mieux en mieux; le deuxième s'est un peu rétréci, et son fond s'est recouvert de bourgeons charnus de bonne nature.

Quatre des piqûres du 11 ont déjà produit une petite pustule entourée d'une auréole d'un rouge pâle; les trois autres n'ont encore produit qu'un point rouge.

13. Toutes les inoculations anciennes marchent vers la cicatrisation, à l'exception de celles du 31 octobre, qui ne s'étendent pas, mais qui restent stationnaires. Les ulcères qui les constituent n'ont pas plus de 2 ou 3 millimètres de largeur; mais la bulle qui recouvre chacun de ces ulcères a au moins 1 centimètre de diamètre.

Les inoculations du 11 sont dans le même état qu'hier; trois d'entre elles paraissent avoir échoué.

Encouragé par ce résultat, qui me paraissait favorable, je voulus faire une épreuve décisive. Je choisis dans mon service trois malades atteints de chancres phagédéniques, à la période de progrès, et avec le pus de chacun de ces malades, je fis trois inoculations sur la cuisse droite, dans le voisinage des inoculations anciennes. Trois de ces inoculations furent faites en avant, près de la région antérieure de la cuisse, avec du virus pris sur des chancres phagédéniques siégeant sur le limbe du prépuce et sur le gland, et datant d'un mois. Trois autres furent faites en arrière, près de la région postérieure de la cuisse, avec du virus pris sur des chancres analogues, datant de vingt jours, et les trois dernières furent faites à la partie inférieure, avec du virus pris sur des chancres phagédéniques du pénil, datant de seize jours.

14. Le deuxième chancre du gland a repris un mauvais aspect, surtout à sa partie interne, du côté du premier. Dans ce point, son fond est blafard et un peu livide; son bord est relevé et taillé à pic. Je le touche encore avec un pinceau de charpie imbibé de nitrate acide de mercure. Cette cautérisation fait éprouver au malade une assez vive douleur.

Des neuf inoculations du 13, les trois qui sont en avant offrent déjà de petites pustules. Les autres n'offrent qu'un peu de rougeur.

15. Les piqûres du 13 présentent toutes une petite pustule entourée d'un cercle rouge très-vif, excepté une seule, qui a échoué. Celles de la partie antérieure ont des pustules grosses comme des têtes d'épingle; les autres en ont de beaucoup plus petites.

Il est survenu sur le prépuce et sur le gland des excoriations superficielles très-rouges et un peu douloureuses; je ne les fais panser qu'avec de l'huile d'amande douce.

17. Les deux chancres du gland se sont réunis en un seul; leur aspect est meilleur que les jours précédents, et leur fond se couvre de bourgeons vasculaires.

Les anciennes inoculations sont presque toutes cicatrisées; celles du 31 octobre commencent à se dessécher.

18. Le chancre du gland présente trois points gangréneux sur ses bords, deux vers la partie inférieure, près du méat urinaire, et une vers la partie supérieure. Je touche ces trois points avec le nitrate acide de mercure, et cet attouchement ne produit presque pas de douleur.

Les inoculations du 11 et du 13 ont fait des progrès; leur pustule est plus large, et l'ulcère sous-jacent est étroit, profond et grisâtre.

Du reste, la santé générale continue à être excellente.

19. Les parties gangréneuses du chancre du gland conservent le même aspect; elles semblent même s'être un peu étendues. Je les touche de nouveau avec le nitrate acide de mercure, et je fais panser le chancre avec une solution de 0,10 de sublimé corrosif dans 30 gr. d'eau distillée.

21. Le chancre du gland va beaucoup mieux; son fond se couvre encore une fois de bourgeons charnus de bonne nature.

Les anciennes inoculations sont toutes cicatrisées; les premières ont laissé des cicatrices de 7 ou 8 millimètres de diamètre, tandis que celles des dernières n'ont pas plus de 2 ou 3 millimètres.

Les inoculations du 11 n'ont presque pas fait de progrès; elles ont des pustules du volume de grosses têtes d'épingle. Celles du 13 se sont un peu agrandies, surtout les trois qui occupent la partie inférieure de la cuisse, lesquelles offrent de la tendance à prendre la forme du *rupia*.

22. Les inoculations faites avec le virus étranger paraissant à peu près stationnaires ou du moins ne faisant que de faibles progrès, je fais huit nouvelles piqûres sur la cuisse gauche, sept sur les parties postérieure et inférieure et une du côté de la région antérieure. Ces piqûres sont faites avec une lancette chargée d'un pus pris sur les chancres phagédéniques du malade qui avait fourni celui des trois inoculations faites le 13 novembre, près de la région antérieure de la cuisse droite. Les chancres de ce malade sont toujours virulents, quoiqu'ils datent actuellement de trente-neuf jours. Je fais en outre une inoculation sur la cuisse droite, près de la région antérieure, avec le pus que fournit le chancre du gland du malade lui-même.

23. Les inoculations du 13 ont fait quelques progrès, surtout les trois de la partie inférieure, dont le pourtour est devenu rouge et douloureux. Celles du 22 ont déjà donné lieu à de petites pustules.

24. Le chancre du gland a encore fait des progrès du côté du méat urinaire. Dans ce point, il est blafard et grisâtre. Je le touche légèrement avec le nitrate acide de mercure.

Les inoculations du 13 étant très-enflammées, je les fais recouvrir d'un cataplasme de farine de lin.

27. Le chancre du gland a pris un très-bon aspect. Son fond s'est comblé de bourgeons vasculaires et ses bords se sont affaissés.

Les trois inoculations du 13 qui occupent la partie inférieure de la cuisse ne sont plus enflammées, mais elles se sont élargies. Elles ont un aspect blafard et suppurent abondamment. Les autres inoculations du même jour, ainsi que celles du 11, n'ont fait aucun progrès. Celles du 22 sont restées très-petites. Des huit qui avaient été faites avec le virus étranger, deux ont avorté, après avoir présenté une pustule aussi large que les six autres. Celle qui avait été faite sur la cuisse droite, avec le propre virus du malade, a marché plus vite que les précédentes, et aujourd'hui elle semble tendre à la dessiccation.

L'état général continue à être bon.

29. Le chancre du gland n'offre plus que l'aspect d'une plaie simple. Il se rétrécit rapidement.

Les trois inoculations du 13, qui siégent à la partie inférieure de la cuisse gauche, se sont encore agrandies. Leurs bords se renversent et leur fond s'élève et se garnit de gros bourgeons livides et blafards. Ces chancres tendent à se réunir les uns avec les autres. Ils sont le siége d'une assez vive douleur. Les autres inoculations du 13 sont à peu près cicatrisées. Celles du 22 se sont un peu agrandies et commencent à prendre la forme du *rupia*.

Je pratique encore huit nouvelles inoculations sur la cuisse droite, savoir : sept avec du pus fourni par les trois chancres inoculés le 13 novembre sur la partie inférieure de la cuisse gauche, et une avec le pus du chancre de la cuisse droite qui a résulté de l'inoculation du virus du chancre primitif du malade.

1er décembre. Les inoculations du 29 ont toutes produit une petite pustule du volume d'une tête d'épingle.

2. Les inoculations du 22 novembre ont pris un mauvais aspect. Elles sont larges, à fond grisâtre et suppurent beaucoup.

La nuit précédente, le malade a souffert de la plupart de ses inoculations et a éprouvé un peu de céphalée sus-orbitaire. Plusieurs cicatrices de ses anciennes inoculations se sont rouvertes. Il y en a cinq ou six à gauche et deux ou trois à droite, qui présentent ce phénomène. Leur surface est devenue humide et comme érodée.

Dans le voisinage des inoculations, on trouve en outre quelques pustules qui s'y sont formées spontanément. Ces pustules sont légèrement déprimées à leur centre.

Les ganglions des aines se sont légèrement engorgés; ils sont complétement indolents.

4. Le gland est presque guéri.

Les trois inoculations du 13 continuent à s'agrandir et prennent tout à fait les caractères phagédéniques. Je les fais panser avec une solution de sublimé corrosif. Celles du 22 tendent à revêtir les mêmes caractères. Celles du 29 ne sont pas étendues, mais leur base est le siége d'un engorgement inflammatoire assez prononcé.

Les ulcérations des cicatrices prennent un mauvais aspect et se recouvrent d'une légère couche pseudo-membraneuse.

Les ulcérations et les cicatrices sont le siége de douleurs qui redoublent la nuit.

Sur le ventre, la poitrine et le cou, on trouve çà et là quelques papules bien caractérisées. Ces papules sont rouges et recouvertes de petites squammes.

La céphalée nocturne persiste. Pas de douleurs arthroïdes, ni de ganglions cervicaux engorgés, ni d'alopécie, ni aucun autre malaise.

5. Les trois inoculations du 13 se sont encore étendues. Elles sont réunies en une seule. Celles du 29 sont recouvertes d'une large bulle pleine de sérosité trouble. Leurs auréoles inflammatoires se sont étendues et sont devenues confluentes, de sorte que les ulcères occupent une surface rouge, gonflée et douloureuse.

Quelques cicatrices se sont encore rouvertes.

Les deux cuisses continuent à être le siége de douleurs qui redoublent la nuit et qui n'occupent que leur région interne, c'est-à-dire celles où ont été faites les inoculations.

Le malade se plaint de quelques douleurs dans les jambes, et il est plus pâle qu'à l'ordinaire. On trouve deux ou trois croûtes impétigineuses dans le cuir chevelu.

Les inoculations continuent à être pansées avec une solution de sublimé corrosif.

8. Les inoculations n'ont plus fait de progrès et ont pris un meilleur aspect. Leur base est moins enflammée et moins douloureuse.

Le dos et les épaules sont couverts d'un grand nombre de petites papules, dont quelques-unes présentent une petite squamme à leur sommet.

On cesse le pansement avec la solution de sublimé corrosif que l'on remplace par du vin aromatique additionné de laudanum. Les trois inoculations du 13 novembre sont pansées avec de l'onguent digestif.

10. Le gland est tout à fait cicatrisé et ne présente aucune trace d'induration. Les inoculations des 13, 22 et 29 novembre vont un peu mieux. On les panse toutes avec l'onguent digestif. Les érosions des cicatrices commencent à se dessécher.

12. Les inoculations continuent à s'améliorer et commencent par présenter un léger travail de cicatrisation. Leur fond est rosé et formé par des bourgeons charnus de bonne apparence.

L'éruption papuleuse a encore fait des progrès. Les papules sont toujours petites, peu saillantes et de couleur variée. On en trouve deux ou trois dans la paume de la main droite. Le malade est pâle, plus faible qu'à l'ordinaire, et transpire abondamment.

13. Il reste encore, chez le malade, dix-sept ulcérations, savoir : une provenant des inoculations des premiers jours de novembre, trois provenant des inoculations du 13, cinq du 22, et huit du 29 du même mois.

15. Les trois inoculations du 13 novembre sont presque cicatrisées. Toutes les autres restent stationnaires, excepté une de celles du 22, qui est aussi presque cicatrisée. C'est celle qui avait été pratiquée avec le pus du chancre du gland du malade.

Pas de nouveaux symptômes constitutionnels.

18. La céphalée nocturne occupe la région occipitale. On trouve un petit ganglion lymphatique engorgé sur l'apophyse mastoïde gauche et trois autres du côté droit et en haut de la région cervicale postérieure. L'un de ces ganglions est légèrement douloureux.

Dans le cuir chevelu, on trouve une petite croûte de plus que les jours précédents.

Toutes les ulcérations présentent un commencement de cicatrisation.

L'existence de la syphilis constitutionnelle ne pouvant plus être révoquée en doute, je prescris ce jour-là, deux mois après les premières inoculations : 1° 20 grammes par jour de sirop de Larrey additionné, à prendre en deux fois, moitié le matin et moitié le soir; 2° tisane de salsepareille et de réglisse, un litre par jour.

20. Les ulcérations marchent toutes vers la cicatrisation.

22. Les trois ulcérations du 13 novembre sont tout à fait cicatrisées. L'éruption papuleuse a un peu diminué.

24. Les ulcérations continuent à se cicatriser.

26. La cicatrisation est complète sur tous les points. Mais les dernières cicatrices ont des caractères tout particuliers. Elles représentent un petit plateau rond ou ovale, élevé au-dessus du niveau de la peau, d'un millimètre environ, et légèrement bombé. Ce petit plateau est un peu dur et plus résistant que les cicatrices ordinaires. En pressant ses bords entre les doigts, on éprouve une rénitence assez marquée. Les cicatrices anciennes, y compris celles du gland, ne présentent rien de semblable. Ce jour-là, je trouve quelques croûtes nouvelles dans le cuir chevelu.

28. L'éruption papuleuse s'est affaiblie, mais on voit apparaître quelques taches rosées.

Prescription : Sirop de Larrey additionné, 30 grammes par jour; même tisane.

29. Roséole bien caractérisée et très-abondante, sur tout le tronc. Quelques douleurs articulaires.

31. La roséole est devenue encore plus abondante, et la céphalée nocturne persiste.

2 janvier 1852. La roséole disparaît ; mais le malade éprouve des douleurs dans les deux testicules qui présentent un peu d'empâtement et quelques inégalités sur leur surface. Je fais continuer le même traitement, et je fais recouvrir les testicules d'une couche de coton cardé.

5. Le malade n'offre plus de trace de ses éruptions. La douleur des testicules a disparu.

L'état général est très-bon.

Prescript. : Sirop de Larrey, 40 grammes par jour; même tisane.

12. Le malade va très-bien sous tous les rapports. (Sirop de Larrey, 60 gram. par jour.)

15. Le malade se plaint d'un peu de douleur du côté de l'anus. A l'examen, on n'y trouve qu'un peu de rougeur érythémateuse. Les douleurs articulaires sont revenues, et le malade éprouve un tintement continuel dans la tête, sans céphalalgie.

17. Les derniers symptômes ayant persisté, je prescris 30 grammes d'huile de ricin à prendre le lendemain matin.

19. Les testicules sont redevenus douloureux et offrent un peu de tuméfaction.

Prescript. : 1° Proto-iodure de mercure, 0,05 par jour, en deux pilules, une le matin et une le soir; 2° même tisane; 3° appliquer sur les testicules des compresses de linge trempées dans un mélange de 100 grammes d'eau commune et de 4 grammes d'opium brut pulvérisé; 4° supprimer le sirop de Larrey.

22. Les tintements d'oreille et les douleurs articulaires n'ont pas diminué. Je prescris encore 30 grammes d'huile de ricin pour le lendemain matin.

24. Le tintement des oreilles est devenu plus fort. Les testicules continuent à être le siége d'un peu de douleur et d'un peu d'engorgement.

Prescript. : Pédiluves sinapisés tous les soirs; cesser les pilules de proto-iodure de mercure.

29. Les tintements n'ont pas diminué. Le malade éprouve, dans les articulations et sur la nuque, des douleurs qui sont très-faibles pendant le jour, mais qui redoublent d'intensité à quatre heures du matin.

Les testicules sont douloureux à la pression et plus volumineux que dans l'état normal. Le droit offre à chacune de ses extrémités un petit point dur, arrondi; le gauche offre un petit noyau semblable, à sa partie postérieure, près de l'épididyme. Des deux côtés, l'épididyme est parfaitement normal.

Les indurations des dernières cicatrices sont presque entièrement dissipées. Cependant, la peau ne présente pas encore, dans ces points, toute sa souplesse ordinaire.

Prescript. : Sirop de Boutigny, 16 grammes par jour, en deux fois, 8 grammes le matin et 8 grammes le soir.

31. Tous les symptômes ont déjà diminué d'intensité, mais il est survenu une petite ulcération sur la lèvre inférieure, et quelques ganglions sous-maxillaires se sont engorgés.

Même traitement; panser la lèvre avec du cérat au calomel opiacé.

2 février. Tous les symptômes se sont encore un peu amendés. Je fais porter la dose du sirop de Boutigny à 20 grammes par jour.

5. Le malade a de la diarrhée depuis deux jours. Il supporte mal le sirop de Boutigny.

Les testicules vont mieux, mais la céphalée et les tintements d'oreille ont augmenté. Il existe encore un peu d'état chlorotique caractérisé par un léger bruit de souffle dans les carotides.

Prescript. : 1° Prendre tous les soirs un petit lavement avec une verrée d'eau de son tiède, et 0,25 d'iodure de potassium; 2° sirop de Larrey additionné, 20 grammes tous les matins; 3° cesser le sirop de Boutigny.

7. Il n'y a pas d'amélioration.

Prescript. : 1° Mettre 0,50 d'iodure de potassium dans le petit lavement; 2° continuer le sirop de Larrey.

9. La céphalée et les tintements d'oreille ont diminué, et les testicules vont mieux; mais des douleurs nocturnes ont apparu dans les tubérosités et dans la crête des deux tibias. Ces parties sont un peu sensibles à la pression, mais on ne peut y constater encore aucun engorgement.

12. La tête est moins lourde et les tintements sont moins forts. Les testicules sont revenus à leur volume normal. Ils ne sont plus douloureux, mais le droit présente encore un très-petit noyau dur à l'une de ses extrémités. Les douleurs ostéocopes ont, au contraire, augmenté d'intensité. Elles siégent actuellement dans la crête des tibias et sous l'insertion tibiale du tendon rotulien. Continuer le même traitement.

16. La céphalée et les tintements ont disparu. Les testicules sont tout à fait revenus à leur état naturel. Les douleurs nocturnes ont beaucoup diminué. La santé générale est parfaite.

Prescript. : Mettre 0,75 d'iodure de potassium dans le lavement. Continuer le reste.

23. Les symptômes continuent à s'amender. Cependant le malade éprouve de temps en temps une légère céphalalgie.

Prescript. : 1° Prendre chaque jour un gramme d'iodure de potassium dans un litre de tisane de salsepareille et de réglisse; 2° cesser les lavements et le sirop de Larrey.

26. Plusieurs des cicatrices, qui avaient subi une sorte d'induration, se tuméfient de nouveau; deux ou trois sont même excoriées. Je fais augmenter de 0,25 la dose de l'iodure de potassium.

28. Les cicatrices qui s'étaient excoriées sont recouvertes d'une croûte. Tous les autres symptômes ont disparu. La santé générale est aussi bonne que possible.

1er mars. Le malade éprouve encore de temps en temps un léger sifflement dans les oreilles. Je porte la dose d'iodure potassique à un gramme et demi par jour.

6. Le malade tousse considérablement.

Prescript. : 1° Prendre chaque jour, par cuillerée à café, un mélange de 20 grammes de sirop de mou de veau et de 10 grammes de sirop diacode; 2° tisane de dattes et de jujubes édulcorée; 3° suspendre l'usage de l'iodure de potassium et de la tisane de salsepareille.

8. La toux est à peu près complétement apaisée.

Prescript. : 2 grammes par jour d'iodure de potassium dans un litre de tisane de salsepareille.

11. Il n'existe plus aucune trace des symptômes de la maladie; mais il est survenu sur le dos un grand nombre de pustules d'acné iodique.

15. Le malade demande sa sortie, et depuis cette époque, je ne l'ai plus revu.

Maintenant que j'ai raconté cette observation avec beaucoup de détails, au risque d'être fastidieux, il importe de rechercher quelles sont les conséquences qu'il est permis d'en déduire. Pour bien apprécier ces conséquences, il est nécessaire de se rappeler que la syphilisation s'est annoncée comme ayant pour résultat :

1° D'arrêter les progrès des chancres déjà existants, et d'en hâter la marche vers la cicatrisation;

2° D'empêcher l'apparition des accidents constitutionnels, lorsqu'elle est employée dans la période primitive;

3° De guérir radicalement, sans récidive possible, la syphilis constitutionnelle, lorsque celle-ci est déjà déclarée;

4° Enfin, et ceci serait, à mon avis, sa plus belle prérogative, de rendre l'individu qui s'y est soumis réfractaire à l'action locale du virus chancreux.

Cela posé, voyons de quelle manière la syphilisation a tenu chacune de ses promesses chez le malade dont l'histoire précède.

1° *La syphilisation a-t-elle pour résultat d'arrêter les progrès des chancres déjà existants et d'en hâter la marche vers la cicatrisation?*

Le chancre qui préexistait aux inoculations, loin d'être amendé par elles, a semblé au contraire acquérir un nouveau degré de virulence, à mesure que celles-ci se multipliaient, s'enflammaient et s'accompagnaient de douleur. Ce chancre n'a été complétement cicatrisé que le 10 décembre, c'est-à-dire quatre-vingts jours environ après son origine, soixante jours après l'entrée du malade à l'hôpital et cinquante-deux jours après le début des inoculations syphilisantes. Ce résultat est loin d'être satisfaisant. Sous ce premier chef, la syphilisation n'a donc pas tenu sa promesse. Elle a complétement échoué.

Il est bien évident, toutefois, que les syphilisateurs ne sont pas toujours aussi malheureux. J'ai vu récemment un fait qui tend à prouver que l'apparition subite d'un grand nombre de chancres inoculés peut exercer une influence favorable sur les chancres préexistants. Voici ce fait raconté brièvement :

Obs. II. — Le nommé Machuzot, âgé de 26 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'Antiquaille le 6 mars 1852. Il est atteint d'un chancre phagédénique du prépuce. Ce chancre a 3 ou 4 centim. de longueur sur un de largeur et entoure le prépuce dans la plus grande partie de son étendue. Il date d'un mois. Depuis huit jours il est survenu un autre chancre de même nature sur le fourreau. Dans l'aine droite, il existe un bubon phlegmoneux qui devient bientôt fluctuant. Le 11 mars, ce bubon est ouvert avec le bistouri. Les jours suivants, ses bords deviennent chancreux.

Les chancres de la verge et celui de l'aine qui avait succédé au bubon résistèrent complétement aux différentes médications que je mis en usage. Ils faisaient même des progrès, surtout le dernier, lorsque tout à coup, le 10 avril, il survint une éruption d'impétigo sparsa qui couvrit toute la figure, ainsi que l'aine droite, la fosse iliaque, l'hypogastre, le pli génito-crural, le scrotum, le périnée et le pourtour de l'anus. Deux jours après, toutes les pustules d'impétigo, à l'exception de celles de la figure, étaient converties en petites ulcérations chancreuses. On peut évaluer le nombre de ces ulcérations à soixante ou quatre-vingts; elles demeurèrent en général très-petites, et aucune d'elles ne prit de grandes dimensions.

Peu de temps après l'apparition des chancres accidentels, ceux de la verge prirent un bien meilleur aspect, ainsi que celui qui avait succédé au bubon. Au bout de dix jours le travail de cicatrisation était déjà commencé, et ce travail marcha avec une grande rapidité. Les petits chancres eux-mêmes ne tardèrent pas à prendre un bon aspect, et le 15 mai tout était à peu près terminé.

2° *La syphilisation a-t-elle pour effet d'empêcher l'apparition des accidents constitutionnels lorsqu'elle est employée dans la période primitive de la syphilis?*

Ainsi que nous l'avons vu, la syphilis constitutionnelle commença à poindre le 1er décembre chez notre syphilisé, c'est-à-dire soixante-dix jours environ après le début du chancre primitif, cinquante jours après l'entrée du malade, et quarante-deux jours après les premières inoculations. Elle ne tarda pas à se caractériser de la manière la plus complète; elle parcourut ses différentes phases avec une rapidité extraordinaire, et présenta dans sa marche des phénomènes très-remarquables sur lesquels je crois devoir m'arrêter un moment, en commençant par résumer les principaux traits de l'observation, afin de les mettre en relief.

Le 1er décembre, l'infection générale commence à se manifester par une

céphalée légère, par le déchirement des cicatrices et par un engorgement indolent des ganglions de l'aine.

Le 4, une syphilide papuleuse commence à paraître.

Le 18, les ganglions cervicaux postérieurs s'engorgent.

Le 28, la syphilide papuleuse fait place à une syphilide exanthématique.

Le 2 janvier, les testicules commencent à être affectés.

Le 19, ces organes sont un peu tuméfiés.

Le 29, il y sent déjà des noyaux durs, tuberculiformes.

Le 9 février, douleurs ostéocopes dans les crêtes des tibias, augmentant jusqu'au 12 et diminuant ensuite rapidement, comme tous les autres symptômes.

Ainsi, 1° depuis le 1er décembre jusqu'au 9 février, c'est-à-dire dans l'espace de soixante et onze jours, ce malade a passé par toutes les périodes de la syphilis constitutionnelle. Au bout de trente et un jours les testicules ressentent l'influence de l'infection et témoignent que, déjà, celle-ci franchit sa période secondaire.

2° Chez ce malade, la syphilis constitutionnelle a semblé perdre en intensité ce qu'elle avait gagné en rapidité. Elle a passé vite, et n'a fait en quelque sorte qu'effleurer les organes. Sa période secondaire s'est composée seulement d'un peu de céphalée, d'une syphilide bénigne, de l'engorgement de deux ou trois ganglions, de trois ou quatre croûtes dans les cheveux et d'un peu d'anémie. Sa période tertiaire n'a fait qu'atteindre légèrement les testicules et s'essayer sur les os.

3° Au milieu de la marche régulière de la plupart des symptômes, quelques-uns se sont, en quelque sorte, croisés: telle est la chloro-anémie, qui a persisté jusqu'à la période tertiaire, ce qui peut s'expliquer par la lenteur avec laquelle le sang reprend sa composition normale lorsqu'il est profondément altéré, même en dehors de toute cause syphilitique. Il semble que la période tertiaire soit arrivée trop vite pour que les symptômes secondaires aient eu le temps de disparaître complétement et de lui laisser le champ libre.

Tout le monde n'admettra peut-être pas l'appréciation que je viens de faire des symptômes qu'a présentés ce malade; il s'élèvera peut-être des doutes sur cette succession rapide des accidents tertiaires aux accidents secondaires, mais ces doutes ne tarderont pas à se dissiper, si l'on veut bien faire attention aux résultats qui ont été obtenus par le traitement.

En effet, le mercure produisit d'abord des effets très-efficaces et fit disparaître en peu de temps les syphilides, les croûtes du cuir chevelu, etc.; mais bientôt les testicules s'affectèrent, en dépit de ce remède, et leur affection parut céder d'abord, puis reparaître et puis céder encore, comme si une lutte s'était établie entre deux causes de puissance à peu près égale. Puis enfin elle reparut de nouveau, et, cette fois, elle présenta des caractères si tranchés qu'il devint évident que le remède était désormais impuissant à arrêter ses progrès. Il fallut alors recourir à l'iodure de potassium pour combattre ce nouvel élément de la maladie, sans cesser, toutefois, l'usage du mercure que réclamaient les symptômes secondaires encore trop incomplétement détruits. Plus tard, enfin, ces derniers symptômes ayant été totalement dissipés, et les douleurs ostéocopes étant intervenues, il fut possible de cesser entièrement la médication hydrargyrique, et il fallut renforcer les doses de l'iodure de potassium qui fit très-rapidement disparaître les symptômes contre lesquels il était dirigé.

Un fait ne suffit pas, je le sais, pour déduire des conséquences générales; mais, en examinant celui-ci avec attention, il est impossible de ne pas soupçonner que la syphilisation a modifié profondément la marche de la syphilis constitutionnelle, et que c'est elle qui a rendu son évolution extrêmement rapide. Si cela est vrai, il est peut-être permis de se demander si cette syphilis constitutionnelle ne serait pas guérie spontanément, si elle n'aurait pas effectué son passage rapide au sein de l'organisme, sans l'intervention du mercure et de l'iodure de potassium; il est peut-être même permis de se demander si des inoculations nouvelles n'auraient pas rendu sa marche encore plus rapide sans la rendre plus grave; enfin, il est peut-être permis d'incliner à croire que ce malade est plus à l'abri des récidives que ceux qui ont subi un traitement rationnel, lui qui a déjà passé par toutes les phases de syphilis constitutionnelle.

Les syphilisateurs auraient certainement continué les inoculations, lorsque apparurent les premiers symptômes de l'infection générale. Je ne sais ce qui serait résulté de cette persévérance. Quant à moi, je crus devoir m'arrêter pour des motifs que je ferai connaître un peu plus loin.

Pour le moment, tout en reconnaissant que la syphilisation paraît avoir exercé une influence remarquable sur la marche de la syphilis constitutionnelle, je conclus qu'elle n'a pas réalisé sa promesse, puisque l'infection générale est arrivée en dépit d'elle, et peut-être à cause d'elle, chez le malade qui fait le sujet de cette observation.

3° *La syphilisation est-elle capable de guérir radicalement, sans récidive possible, la syphilis constitutionnelle, lorsque celle-ci est déjà déclarée?*

Ici notre observation reste muette, puisque le malade qui en est le sujet, n'avait que des accidents primitifs lorsque j'ai commencé les inoculations, et puisque j'ai cessé d'en pratiquer aussitôt que l'infection générale a commencé à se manifester. Cependant cette question me paraît un peu se rattacher à la précédente, car s'il était prouvé que la syphilisation prévient la syphilis constitutionnelle, ou seulement qu'elle en modifie profondément la marche et qu'elle en rend l'évolution rapide et complète en peu de temps, il ne faudrait faire qu'un pas de plus pour admettre qu'elle exerce une influence semblable sur la syphilis constitutionnelle qui est survenue sans sa participation.

4° *La syphilisation assure-t-elle l'immunité contre les accidents primitifs?*

Chez le malade dont j'ai rapporté l'histoire, les chancres qui succédèrent aux inoculations présentèrent une décroissance graduelle, de telle sorte que les derniers produits étaient, en général, plus petits que ceux qui les avaient précédés. Il arriva même que je n'obtins presque plus rien, à peine quelques pustules très-petites et mal caractérisées. Ce fait frappa tous ceux qui suivaient ma visite ou qui voyaient quelquefois le malade. J'avoue que je crus toucher au moment où les inoculations resteraient tout à fait sans résultat sur ce malade. Cependant il me restait une grave épreuve à lui faire subir. Jusque-là je l'avais inoculé avec son propre virus; il fallait éprouver sur lui le virus étranger: pour plus de certitude je pris du virus sur trois malades. Ce virus, ou ces virus parurent d'abord ne produire que de faibles effets; mais bientôt les chancres qui en étaient résultés prirent, pour la plupart, un mauvais aspect: ils s'étendirent et se couvrirent de gros bourgeons blafards et livides. Plus tard encore, ils prirent tout à fait l'aspect phagédénique. A quoi put donc tenir cette transformation? Je n'en sais rien; cependant, si l'on fait attention que ces ulcérations n'ont commencé à sortir de leur état de torpeur, pour prendre une marche envahissante, que le 23 novembre, c'est-à-dire huit jours seulement avant l'apparition de la céphalée nocturne, on sera peut-être tenté d'attribuer cette transformation brusque à l'influence de l'infection générale qui existait déjà bien certainement, et qui, huit jours plus tard, influençait les cicatrices au point de les rendre douloureuses et d'y faire naître des excoriations.

Quoi qu'il en soit, la syphilisation n'a encore tenu, sous ce rapport, qu'une partie de sa promesse. Elle a produit quelque chose, cela me paraît incontestable; mais, en définitive, elle a échoué. Aurait-on obtenu un résultat complet, en continuant les inoculations? Cela est possible; mais alors à quel prix l'aurait-on obtenu! Ce malade a subi 120 inoculations et a eu 108 chancres, en y comprenant celui qu'il portait sur le gland, au moment de son entrée, et les quatre qui se produisirent naturellement sur le gland, sur le prépuce et sur le fourreau. Si ce nombre n'est pas suffisant, il faut convenir que le résultat n'est pas facile à obtenir, et il est évident que l'on trouvera difficilement, comme l'a dit M. Bégin, des malades qui veuillent se soumettre à une pareille méthode de traitement, et des médecins qui consentent à l'exécuter.

En m'appuyant sur l'observation précédente et sur les différents documents qui ont déjà été mis en lumière, je crois qu'il y a quelque chose de vrai dans les prétentions de la syphilisation. Ce quelque chose, il conviendrait de le vérifier mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent et de le constater d'une manière scientifique, et de le réduire à sa juste valeur. Le fait une fois constaté, il resterait à savoir si la syphilisation est applicable, ce qui reviendrait à rechercher si elle est capable de produire plus de bien que de mal, si elle offre aux malades plus d'avantages que d'inconvénients. Eh bien, je crois que la question, posée de la sorte, doit être résolue par la négative. Oui, telle qu'elle est employée actuellement, la syphilisation, à mon avis, a plus d'inconvénients que d'avantages; elle produit plus de mal que de bien; elle est trop difficile à exécuter; en un mot, elle est inapplicable. Mais est-ce à dire qu'elle le sera toujours? Si son principe est vrai, si le fait est réel, il a une grande valeur, et l'on aurait tort de le dédaigner, car il est probable que l'on parviendra, tôt ou tard, à en rendre l'application possible en la simplifiant.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA MORTALITÉ COMPARÉE DE LA FRANCE AVANT ET DEPUIS LA VACCINE; par M. H. CARNOT.

La GAZETTE MÉDICALE du 10 juillet 1852 contient, sur la mortalité comparée de la France avant et depuis la vaccine, un intéressant article, modèle d'impartialité, auquel je réclame de votre obligeance accoutumée la permission de répondre quelques mots.

Lorsque, dans l'été de 1848, seul et sans autre appui que la vérité, j'osai me poser devant l'Académie des sciences et lui dire que la mortalité de la jeunesse avait *doublé* depuis la vaccine, je fus, il est vrai, contredit par M. Ch. Dupin. Cela devait être alors; cela ne pourrait plus être on ne serait plus maintenant.

A cette époque, le général Oudinot n'avait pas encore présenté à l'assemblée nationale son rapport de 1850, qui ne permet plus aucun doute sur le chiffre *actuel* de la mortalité des troupes françaises à l'intérieur (2 pour 100), et l'Académie croyait, avec tout le monde, que ce chiffre n'avait pas varié depuis 1821.

Aujourd'hui cette illusion n'est plus possible. Nul ne conteste plus ce fait capital; nul du moins parmi les personnes disposées à le vérifier. En peut-il être autrement, en effet, en présence des chiffres de l'état civil de Paris, dont voici le résumé :

Sur 10,000 décès de tout sexe et de tout âge, ou compte :

A la fin du dix-huitième siècle.	525 décès de 20 à 30 ans.	(Buffon, (Hist. nat.)
Dans l'année 1816	733	id.
De 1816 à 1819 (moye de 4 ans).	900	id.
De 1820 à 1829 (moye de 10 ans).	1,088	id.
De 1830 à 1839 id.	1,210	id.
De 1840 à 1849 id.	1,340	id.

(Annuaire du bureau des longitudes.)

La Presse a publié dernièrement un mémoire sur la mortalité civile ou militaire comparées. Peu de mots suffiront à prouver que ce travail repose sur une base entièrement vermoulue.

En effet, pour évaluer la mortalité *actuelle* de la jeunesse civile, l'auteur prend de confiance la table dressée par Deparcieux en 1746, et complétée par M. Mathieu; puis il conclut, *sans hésiter*, que la mortalité militaire est double de la mortalité civile.

Mais les choses ont bien changé depuis 1746, et bien qu'un vote récent de l'assemblée nationale ait donné *force de loi* à cette table de Deparcieux, ce vote ne change pas les faits, et ne saurait l'empêcher d'être en flagrant désaccord avec les registres de l'état civil.

En voici la preuve positive :

1° Sur 1,286 décès de tout âge, cette table (Annuaire, 1852, p. 210) compte 80 décès entre 20 et 30 ans, soit 62 *sur mille*.

2° Sur 298,751 décès de tout âge, les relevés de l'état civil de Paris (1840-1849) indiquent 40,022 décès entre 20 et 30 ans, soit 134 *sur mille!* (Annuaire de 1842 à 1851.)

Là est l'hypothèse flatteuse, ici la vérité brutale.

Entre 62 et 134, la différence est assez grande pour permettre de croire que la mortalité civile est et a toujours été *au moins* égale à la mortalité militaire à l'intérieur.

Quant à la caisse des retraites, la table de Deparcieux est pour elle une petite Californie, et elle n'a pas à se plaindre du vote de l'assemblée nationale.

Or ce fait soulève une question médicale d'une extrême importance sous le rapport *militaire*. Cette question, la voici :

Les maladies de la jeunesse ont-elles augmenté en nombre ou en gravité *depuis l'usage de la vaccine?*

Voici en même temps sa solution, basée sur des chiffres *officiels* d'une vérification facile. *Je n'en accepte et n'en discute pas d'autres.*

Agréez, etc.

P. S. Les documents relatifs à l'hôpital du Val-de-Grâce m'ont été fournis par un ouvrage publié en 1826 par M. le docteur Dovivier, sous ce titre : De la médecine considérée comme science et comme art. Ils se trouvent à la page 322.

Je dois les documents relatifs à l'hôpital du Gros-Caillou à l'obligeance de M. Héuaut, officier d'administration, qui m'a permis d'employer une matinée entière à compulser les registres de cet établissement, de 1838 à 1847 inclus.

PROPOSITION GÉNÉRALE.

En vingt-quatre ans, de 1818 à 1842, la proportion des morts aux malades a doublé, pour la jeunesse française de 20 à 30 ans.

Démonstration.

Jusqu'à l'année 1821, il n'y a pas eu, dans l'armée française, de militaires *vaccinés*, ou du moins leur nombre était si minime qu'il ne peut avoir aucune influence sur la masse.

Cela posé, cherchons en premier lieu la proportion des morts aux malades pendant les cinq années de paix écoulées de 1816 à 1821.

Les relevés mensuels de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce nous font connaître les faits suivants :

Militaires traités, guéris et sortis par billet (1816 à 1821).		26,290
Militaires traités et morts à l'hôpital	id.	913
Total des malades. . . .		27,203

Donc : 1° *Dans l'année* moyenne 1818, *la proportion des morts aux malades militaires était, à Paris, de* 336 *sur* 10.

Choisissons maintenant notre période *comparative* de 1838 à 1848; car, pendant les dix années correspondantes, soit à la naissance, soit à l'enfance des militaires de cette époque, la propagation vaccinale reçut la plus vigoureuse impulsion (1820-1830).

Or les relevés trimestriels de l'hôpital militaire du Gros-Caillou nous font connaître les faits suivants :

Soldats traités, guéris ou sortis par billet (1838 à 1848).		49,301
Soldats traités et morts à l'hôpital	id.	3,360
Total des malades. . .		52,661

Donc : 2° *Dans l'année* moyenne 1842, *la proportion des morts aux malades militaires était, à Paris, de* 680 *sur* 10,000.

680 est plus que double de 336; *la proposition présente n'est donc pas contestable.*

Premier corollaire. — Il suit de là que les maladies de la jeunesse n'ont pas augmenté en *nombre*, mais en *gravité*, depuis l'usage de la vaccine.

Deuxième corollaire. — En rapprochant le corollaire précédent des trois propositions démontrées dans la Gazette Médicale du 9 novembre 1850, on doit conclure que les affections *gastro-intestinales*, autrefois peu dangereuses dans la jeunesse, ont acquis, depuis l'année 1821, une excessive gravité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publiés par K. Vierordt.

Les cahiers de l'année 1851 renferment les articles originaux suivants : 1° *Fragment sur le développement des monstres doubles*; par le professeur Valentin. 2° *Sur la force du cœur*; par le professeur Vierordt. (Considérations sur les conditions qui font varier la force des deux ventricules et sur les moyens d'arriver à déterminer exactement la force du cœur.) 3° *Physique de la dilatation des cellules pulmonaires*; par le docteur Frey. 4° *Production d'eau dans le diabète*; par le professeur Fr. Nasse. (Expériences tendant à établir que, contrairement aux faits signalés par plusieurs auteurs, la quantité d'urine rendue par les diabétiques n'est pas supérieure à la quantité des liquides dont se composent les boissons et les aliments.) 5° *Bandage pour les prolapsus antérieurs du vagin et de la matrice*; par le professeur W. Roser. 6° *Fragments relatifs à la pharmacodynamique.— Expériences sur la quinine, la gentianine, la racine de scille, etc., comme remèdes liéniques*; par le docteur Küchenmeister. 7° *Action physiologique de l'oxyde de zinc*; par A. Michaelis. 8° *Sur la sensibilité des racines antérieures des nerfs spinaux*; par le docteur Schiff. 9° *Fragment sur la hernie étranglée du trou ovale*; par le docteur Roser. 10° *Cas de hernie étranglée du trou ovale*; par le docteur J. de Rotteck. (Il est question, dans ces deux observations, de hernies du trou ovalaire qui n'ont été reconnues qu'après la mort. Le docteur Rotteck appelle l'attention des chirurgiens sur les remarques de Romberg relatives au diagnostic de cette sorte de hernie, remarques dont il n'avait pas lui-même connaissance lorsqu'il a observé le cas dont il rend compte. Romberg regarde comme signe caractéristique de la hernie du trou ovale les douleurs que le malade éprouve sur le trajet du nerf obturateur, nerf qui se trouve plus ou moins comprimé ou tiraillé par la hernie.) 11° *Recherches sur l'action de la digitale et de la digitaline*; par le professeur Stanuius. 12° *Sur la stabilité des parties et sur les névroses de la stabilité*; par le professeur Blasius. (Sous ce titre, le savant professeur de Halle expose des considérations physiologiques sur la contraction musculaire et la tonicité et décrit les affections nerveuses qui produisent une perturbation dans l'action des muscles.) 13° *Cas de coalescence des reins suivi de mort*; par le docteur de Neofville. 14° *Observation de*

goître enkysté purulent; par le docteur. B. Beck. (Tumeur énorme de la glande thyroïde développée lentement chez un jeune soldat et composée de kystes remplis de matière purulente; troubles de la respiration, de la circulation et de la nutrition; mort par épuisement.) 15° *Observation d'un abcès tuberculeux perforant l'estomac de dehors en dedans*; par le docteur Beneke. (Tuberculose aiguë de la poitrine et de l'abdomen, chez un enfant de 8 ans; adhérence de l'estomac au colon et perforation de l'estomac par un abcès tuberculeux en suppuration.) 16° *Remarques critiques sur la nature de la mort par le chloroforme*; par le docteur Nicolas Behrend (Critique d'un ouvrage du docteur Stanelli et des vues de cet auteur sur la manière dont peut se produire la mort pendant ou après les inhalations de chloroforme.) 17° *Notes sur l'état de la médecine au Texas*; par le docteur de Neofville. (Exposé des maladies dominantes et de la condition des médecins dans ce pays.) 18° *Communications helminthologiques*; par le docteur Küchenmeister. (Rien de bien saillant.) 19° *Influence de la lumière solaire sur l'organisme*; par le docteur E. Walser. (Travail théorique dans lequel l'auteur considère la mortalité d'une manière générale et cherche à la ramener à des lois physiques et mathématiques.) 20° *Sur les phénomènes et sur l'essence de l'anémie*; par le docteur Fr.-Th. Frerichs. (Description de symptômes qui accompagnent souvent la maladie de Bright et qui sont produits par le passage de l'urée dans le sang. L'auteur attribue les phénomènes de l'urémie à une décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque; il relate plusieurs expériences dans lesquelles il a reproduit ces phénomènes en injectant du carbonate d'ammoniaque dans le sang.) 21° *Pour servir à l'étude du diabète sucré*; par le docteur R. Miquel. (Le diabète consiste dans l'élimination trop hâtive d'une substance qui, dans l'état de santé, sert à des combinaisons ultérieures : on sait qu'à l'état sain toute la fécule est changée en sucre; une partie de ce sucre sert probablement à la formation de la bile, une autre se transforme d'abord en acide lactique pour servir plus tard à la formation de la graisse ou pour être brûlée par la respiration et changée en eau et en acide carbonique. Ces métamorphoses du sucre n'existent pas dans le diabète, d'où la diminution de la sécrétion biliaire, l'amaigrissement, l'abaissement de la chaleur animale, etc.) 22° *Sur une des causes les plus ordinaires de la perforation du processus vermiforme*; par le professeur J.-F.-H. Albers. (Dépôt de matière tuberculeuse dans les parois de l'appendice vermiforme, surtout à son extrémité.) 23° *Sur le délire nerveux à la suite des opérations et des blessures*; par le professeur Heyfelder. (L'auteur s'étonne que les traités modernes de chirurgie ne parlent pas du délire traumatique très-bien décrit, cependant, par Dupuytren. Après avoir cité en abrégé les cas observés par ce dernier, il rapporte trois observations qui lui sont propres, puis il expose les phénomènes morbides qui caractérisent ce genre de délire très-souvent mortel.) 24° *Sur l'excrétion de l'urée par la sueur*; par E. Schottin. (L'auteur a constaté la présence de l'urée dans la sueur des cholériques et dans celle d'une femme morte de fièvre puerpérale. 25° *Action de l'acide sulfurique sur l'organisme*; par le docteur R. Miquel. (Expérience faite sur un chien. Augmentation des sels de l'urine, particulièrement des sels de potasse et de soude, d'où l'auteur conclut que l'usage des acides minéraux diminue la quantité des sels contenus dans le sang.) 26° *Sur la force du cœur*; par le docteur J.-R. Mayer. (Rien de particulier.) 27° *Phosphate calcique cristallisé trouvé dans un calcul urétral*; par le professeur Schlossberger. 28° *Analyse du liquide hydrocéphalique*; par le même. 29° *Méthode simple pour l'étude des modifications qu'éprouvent les tissus animaux, sous le double rapport morphologique et chimique*; par le professeur Rodolphe Wagner. 30° *Aphorismes de chirurgie*; par W. Roser. (Quelques mots sur les maladies des voies lacrymales.) 31° *Sur les différentes sortes de corpuscules sanguins incolores et sur leur signification*; par le docteur Boecker. (D'après l'auteur, le sang contient des vésicules sanguines incolores de deux espèces : les unes changent de forme par l'action de l'acide chlorhydrique et proviennent des vaisseaux chylifères (vésicules incolores); les autres ne sont pas déformées par l'acide, elles proviennent probablement des vésicules colorées, elles se trouvent dans le sang de la veine porte et sont employées dans le foie à la formation de la bile (vésicules décolorées). Le foie est un organe dans lequel les vésicules sanguines se dissolvent en partie.) 32° *Sur la paralysie motrice de la langue*; par le docteur Schiff. (L'auteur a vu, après la section des nerfs moteurs, les faisceaux musculaires exercer des mouvements oscillatoires continuels, mouvements qu'il faut attribuer à la vie propre des nerfs de l'organe, quoique ces nerfs ne soient plus en continuité avec les centres nerveux.) 33° *Sur le typhlolithiasis et le typhloosteosis*; par le professeur Albers. (L'auteur, dans cet article, continue ses études sur les maladies du cœcum. Sous le nom de *typhlolithiasis*, il décrit les calculs qui se forment dans cet intestin et les accidents qu'ils produisent; la *typhloostéose* consiste dans des dépôts de matière calcaire dans le tissu cellulaire qui fixe le cœcum et l'iléon aux parois abdominales ou même sous la séreuse intestinale. Ce mémoire est très-riche en faits.) 34° *Révision des anthelmintiques*; par le docteur Küchenmeister.

FRAGMENT SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MONSTRES DOUBLES; par le professeur VALENTIN.

M. Valentin, en étudiant l'embryologie du brochet, découvrit, cent deux heures après la fécondation artificielle, un embryon double composé d'une partie simple formant environ la moitié de la longueur totale, et deux corps embryonnaires de grosseur inégale. Ces deux corps embryonnaires suivirent leur développement normal, mais en conservant toujours leur inégalité; le cœur apparut de chaque côté et battit régulièrement, mais moins vite dans le petit embryon que dans le gros. De plus, la circulation s'établit dans le corps principal, mais ne se montra pas dans l'embryon accessoire, malgré les battements normaux de son cœur. L'éclosion eut lieu le onzième jour; le double poisson vécut sept jours et grandit comme les autres petits brochets provenant de la même fécondation; l'embryon accessoire prit part à cet accroissement.

Cette monstruosité, quoique rare en général, ne l'était pas parmi les nombreux œufs fécondés qu'avait reçus M. Valentin. Sur plus de 800 poissons récemment éclos, il se trouva 6 poissons doubles et un nombre assez considérable de sujets atteints de diverses anomalies. Cette circonstance tient peut-être à ce que les œufs fécondés par un pêcheur, à sept lieues de Berne, furent transportés dans cette ville immédiatement après la fécondation.

L'observation de M. Valentin est contraire à la théorie qui explique la formation des monstres doubles par la coalescence de deux embryons primitifs; elle est au contraire favorable à la théorie bien plus probable de la division du germe à une certaine époque de son existence, car ici il n'y avait qu'un seul vitellus commun aux deux embryons, et ces derniers se ressemblaient dans toutes leurs parties, ils ne différaient que par leur développement relatif.

PHYSIQUE DE LA DILATATION DES CELLULES PULMONAIRES; par le docteur FREY (de Mannheim).

Sous ce titre, l'auteur étudie une question du plus haut intérêt au double point de vue de la science et de la pratique médicales, celle de la production de l'emphysème. Il expose et cherche à expliquer, en s'aidant de figures schématiques, comment l'inspiration et l'expiration peuvent occasionner la dilatation des cellules pulmonaires. L'inspiration, qui est la cause la plus ordinaire, détermine l'emphysème, lorsque les mouvements respiratoires sont trop grands, soit d'une manière absolue, soit relativement à la capacité des réservoirs aériens. Les obstacles au passage de l'air par des affections de la trachée ou du larynx; une diminution dans la résistance des cellules dans une partie du poumon ou dans sa totalité; la pneumonie, la tuberculose, les épanchements pleurétiques, le catarrhe ou le spasme des bronches déterminent la dilatation des cellules sous l'influence de l'inspiration. Mais l'expiration aussi concourt à la production du phénomène. Quand la lumière de certaines bronches est rétrécie, et que par suite de cet obstacle les cellules pulmonaires ne se vident qu'imparfaitement, ces cellules éprouvent, lors de l'expiration, une compression inégale qui a pour conséquence une distension outre nature ou la rupture des cellules.

Après avoir étudié avec un soin minutieux les causes et le mode de production de l'emphysème, l'auteur recherche si ces études ne pourraient pas conduire à une application thérapeutique importante.

En effet, dit-il, s'il existe une maladie que l'on ne rencontre pas ordinairement dans les poumons emphysémateux, l'indication sera, pour prévenir cette maladie, de déterminer une dilatation des cellules pulmonaires. Seulement il est nécessaire d'être parfaitement familiarisé avec les circonstances capables de produire cette dilatation. Or il existe réellement, ainsi que l'a fait voir Rokitansky, une maladie qui épargne les poumons à cellules dilatées, c'est la tuberculose. En voici les preuves :

1° Nous avons montré qu'il existe des poumons munis de cellules larges, hypertrophiées, et d'autres pourvus de cellules étroites. Les dernières sont ordinairement atteintes de tubercules, plus rarement les premières.

2° Le goître est en quelque sorte un préservatif de la tuberculose, ce qui provient de la gêne de la respiration qui accompagne souvent cette affection.

3° Les maladies chroniques qui ont pour condition d'existence une dilatation permanente des cellules pulmonaires excluent la formation des tubercules pulmonaires : telles sont les bronchites chroniques, l'asthme par spasme des bronches avec emphysème consécutif.

4° Les moyens qui produisent quelque effet dans la prophylaxie de la tuberculose ou au commencement de cette maladie appartiennent à la classe de ceux qui déterminent la dilatation des cellules pulmonaires. Ici se rangent :

a Les exercices gymnastiques chez les personnes qui ont les muscles faibles et le thorax étroit. Ce sont surtout les exercices des membres supérieurs qui ont le plus d'importance, comme servant à dilater la poitrine.

b Le séjour sur les hautes montagnes, le Rigi, par exemple, où la diminution de pression atmosphérique et d'oxygène de l'air nécessite de la part des poumons des efforts respiratoires plus considérables. A cette catégorie appartient aussi le séjour dans les étables, vu la moindre proportion d'oxygène dans l'air de celles-ci.

c L'huile de morue employée comme moyen prophylactique chez les personnes prédisposées à la phthisie ou qui en ont déjà les premiers symptômes est un remède respiratoire, c'est-à-dire qui doit être oxydé, de cette manière il détermine des mouvements respiratoires plus forts, et favorise en outre indirectement, comme moyen nutritif, le développement des muscles.

(Nous ne pensons pas qu'on doive interpréter ainsi le rôle de l'huile de morue; nous ne sachions pas que les phthisiques qui en font usage aient sensiblement la respiration plus active. L'huile de morue nous paraît destinée, en servant d'aliment à l'oxygène, à suppléer au défaut d'oxydation de la graisse du corps lui-même, qui ne se fait plus que d'une manière incomplète, à cause de l'état morbide du poumon.)

A ces moyens, dit l'auteur en terminant, nous avons encore à ajouter un instrument qui fonctionne comme un goître, c'est-à-dire qui rend difficile l'inspiration et l'expiration. C'est une pièce buccale semblable à celles que l'on emploie dans les appareils à éthérisation, munie de soupapes pour l'inspiration et pour l'expiration. Il faudrait employer graduellement des appareils dans lesquels le jeu des soupapes serait de plus en plus difficile.

Ces moyens doivent être employés méthodiquement dans un appareil orthopédique destiné exclusivement au traitement des maladies des poumons, et dont la première condition serait d'être situé à une hauteur de plusieurs mille pieds au-dessus du niveau de la mer.

(Tout en rendant justice aux vues ingénieuses de M. Frey, nous lui demanderons cependant s'il est convaincu que, dans un cas de phthisie commençante, la dilatation forcée des bronches arrêtera les progrès de la tuberculisation.)

La réponse n'est possible qu'autant que le fait aura été constaté par l'expérience, et pour que celle-ci soit complète, il faut que la présence des tubercules ait été établie d'une manière positive. Ce sont donc des essais à tenter dans les cliniques.

Quant à la possibilité de prévenir la tuberculose en employant les moyens dont parle l'auteur, il nous semble qu'on aura quelque peine à se décider à provoquer une maladie fatigante, dans le but incertain de prévenir une affection qui n'existe pas encore, et qui peut-être ne se serait jamais déclarée. Il est assez difficile de reconnaître qu'une personne est infailliblement prédisposée à la phthisie; on prend souvent pour une pareille prédisposition un état chlorotique qui disparaît sous l'influence d'un bon traitement. Cependant nous n'ignorons pas que la réunion de plusieurs circonstances, telles que l'hérédité, la conformation du thorax, un certain habitus, peuvent nous donner des probabilités voisines de la certitude; mais nous pensons qu'on doit être très-circonspect avant de se décider à employer des moyens mécaniques propres à provoquer un emphysème.

FRAGMENTS RELATIFS A LA PHARMACODYNAMIQUE; EXPÉRIENCES SUR LA QUININE, LA GENTIANINE, LA RACINE DE SCILLE, ETC., COMME REMÈDES LIÉNIQUES; par le docteur KUCHENMEISTER (de Zittau.)

Ce travail renferme de nombreuses observations sur l'action que diverses substances exercent sur la rate, dans le but de déterminer quelles sont celles de ces substances qui diminuent le volume de cet organe, et quelles sont celles qui l'augmentent en produisant un état congestionnel. Ces expériences, toutes relatées en détail, ont été faites sur des lapins, des veaux, des moutons, des porcs, des chats et des chiens.

Voici les résultats généraux de ce travail.

Les moyens qui produisent la contraction de la rate sont : un long jeûne, la quinine, l'acide pyroligneux, le sulfate de manganèse (?), la salicine, le *galeopsis grandiflora* (?), le *chrysosplenium*, le tanin, les douches froides (?).

Les moyens qui amènent la congestion de la rate sont : une bonne nourriture, l'arsenic, le sublimé, la cinchonine, le sulfate de fer, l'huile de succin, la scille, l'extrait vineux de glands de chêne.

L'auteur pose ensuite quelques principes relatifs au traitement des maladies de la rate :

1° Dans les cas d'engorgement sans dépôts de matières étrangères, les moyens qui produisent la contraction de la rate peuvent seuls être employés avec succès. On comprend, d'après cela, la nécessité de la diète dans les fièvres intermittentes et les rechutes qui surviennent pendant la convalescence, quand les malades satisfont sans discernement leur appétit; car les aliments augmentent les stases sanguines, et par conséquent le volume de l'organe. On comprend aussi l'action de la quinine : en produisant la contraction du tissu liénique, elle fait sortir les masses sanguines qui restaient stagnantes dans les sinus de la rate, et active la circulation dans son parenchyme. L'auteur s'explique aussi, par les faits qui précèdent, la supériorité de la quinine sur l'arsenic comme antipériodique; l'arsenic entretient ou provoque la congestion liénique, et ne paraît agir momentanément que sur l'intermittence.

2° Quand la rate renferme des produits d'exsudation, les remèdes qui diminuent son volume peuvent encore être employés lorsque ces produits sont liquides; mais quand ils sont de nature solide, il vaut mieux recourir aux moyens qui produisent la congestion, sauf quelquefois à administrer ceux de la première vers la fin du traitement. L'auteur rappelle ce qui s'observe dans la convalescence du typhus : la rate engorgée diminue peu à peu de volume à mesure que l'appétit revient et que le convalescent prend de la nourriture : c'est que, pendant chaque digestion, la rate se gonfle, et l'afflux momentané des liquides dans son parenchyme favorise la résolution des matières exsudées. De petites doses de quinine ne sont pas inutiles pour activer ce travail de la nature. Quant à la scille, que l'école de Rademacher et le professeur Schœnlein regardent comme réduisant la rate, et conseillent, à cause de cette propriété, dans la convalescence du typhus, l'auteur combat cette manière de voir, puisque la scille, d'après ses expériences, augmente au contraire le volume de la rate. Suivant lui, elle agit favorablement dans la convalescence du typhus précisément quand l'appétit ne revient pas, et que par conséquent il y a absence de la première condition nécessaire à la résolution, l'afflux des liquides vers l'organe : c'est cet afflux nécessaire que détermine la scille.

3° Il est quelquefois nécessaire de faire alterner les deux ordres de médication, quand on a affaire à des engorgements invétérés, comme, par exemple, dans les fièvres intermittentes anciennes. C'est ici que se rangent sans doute les cas où l'arsenic, après que la quinine a échoué, rend d'incontestables services.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'OXYDE DE ZINC; par M. MICHAELIS (de Tübingen.)

Ce travail, couronné par la Faculté de médecine de Tübingen, renferme des données intéressantes sur l'action d'un médicament que les praticiens prescrivent fréquemment, mais d'une manière tout à fait empirique. L'auteur s'est d'abord attaché à rechercher le zinc dans les produits des sécrétions; à cet effet, il a institué de nombreuses expériences sur les animaux, et il a retrouvé le métal dans le foie, la bile, le sang, l'urine, quelquefois dans les reins, le poumon, le cerveau, le cœur et la rate. Il a essayé sur lui-même l'action du zinc préparé par voie humide et par voie sèche. Il prit d'abord 2 grains de la première préparation, sans effet marqué; la dose, portée à 3 grains, produisit une pression sur l'épigastre et la perte de l'appétit. Une dose de 4 grains par jour fit naître d'abord une sensation analogue à la faim, puis provoqua du malaise, des nausées et de la constipation; le jour suivant, céphalalgie, vomissements bilieux. Le zinc, préparé par la voie sèche, put être pris à dose plus forte, sans être suivi d'effets aussi marqués. Le quatorzième jour, la dose fut portée à 6 grains; l'auteur n'éprouva que de la lassitude, un peu de céphalalgie et la perte de l'appétit.

Il résulte de ces expériences que l'oxyde de zinc, quoique insoluble dans l'eau, est absorbé, ce qui s'explique facilement par la présence dans l'estomac de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique. Le métal apparaît dans la bile avant de se montrer dans l'urine; vingt-quatre heures après l'injection d'un sel de zinc par la veine crurale, la bile en offrait déjà des traces évidentes.

L'oxyde de zinc ne détermine des modifications de quelque valeur que dans les appareils digestif et respiratoire. De fortes doses produisent des érosions et des ulcérations de la muqueuse stomacale qui ne sont pas d'une grande importance, puisqu'elles peuvent guérir, même quand on continue l'emploi du médicament, mais qui, d'un autre côté, peuvent passer à l'état chronique. Le reste du tube alimentaire est moins impressionnable, parce que l'oxyde de zinc n'y parvient qu'à l'état d'albuminate.

Les altérations rencontrées dans les organes respiratoires consistent dans des granulations analogues aux tubercules miliaires.

L'emploi longtemps prolongé de doses moyennes finit par enrayer la nutrition et par produire l'anémie et le marasme; le sang renferme une quantité de fibrine évidemment inférieure à l'état normal. Ainsi la quantité moyenne de fibrine, dans le sang des chiens, a été trouvée par l'auteur de 1,92 sur 1,000, tandis qu'après l'emploi du zinc, cette quantité était réduite à 0,99 ou 1,00.

Quand des crampes se manifestent, elles doivent être attribuées au marasme plutôt qu'à une action particulière du zinc sur le système nerveux. Dans aucune de ses observations, l'auteur n'a pu rencontrer un mode d'action que l'on puisse regarder comme spécifique. Le zinc tient le milieu entre les poisons métalliques héroïques et ceux qui n'exercent qu'une faible influence sur l'économie; les altérations qu'il détermine se développent lentement et peuvent se guérir. Il se lie étroitement à la classe des médicaments qu'on a désignés sous le nom d'altérants, en ce sens du moins qu'il enlève aux liquides nourriciers une partie de leur plasticité.

L'auteur termine par quelques remarques sur le mode d'administration des fleurs de zinc; il fait remarquer que, comme oxyde, c'est un médicament trompeur, parce qu'on ignore la quantité qui entrera en combinaison avec les acides des voies digestives : il vaudrait mieux prescrire l'acétate ou le lactate de zinc. Cependant, si l'on persiste à l'employer sous forme d'oxyde, il faut donner la préférence à celui qui est préparé par la voie humide. De plus, il est important, quand on veut avoir une action plus prononcée, de donner plus fréquemment de petites doses, plutôt que d'en augmenter la quantité; on évite ainsi les actions locales. Le régime lacté est favorable, à cause de la production d'acide lactique qui favorise la dissolution du médicament. Enfin la magnésie, que l'on ajoute presque toujours à l'oxyde de zinc, doit être entièrement supprimée, parce qu'elle s'empare des acides de l'estomac et retarde l'absorption du zinc, si même elle ne l'empêche pas tout à fait.

SUR LA SENSIBILITÉ DES RACINES ANTÉRIEURES DES NERFS SPINAUX; par le docteur MORITZ SCHIFF (de Francfort.)

Les expériences de M. Schiff mettent hors de doute ce fait déjà connu des physiologistes, mais encore contesté, que les racines antérieures ont un certain degré de sensibilité. Après avoir mis à nu la moelle épinière sur un chien chloroformisé, M. Schiff laissa respirer l'animal; puis il saisit avec une pince une racine antérieure et la serra fortement. L'animal poussa un cri, et tout son corps fut pris de tremblement. L'expérience fut répétée sur d'autres racines antérieures; elle eut toujours le même résultat. Toutes les précautions avaient été prises pour qu'on ne pût attribuer cette sensibilité à un tiraillement de la racine postérieure. Quand on comprimait la portion de la racine antérieure comprise entre la moelle et le point qui avait été préalablement rendu insensible par la pression de la pince, l'animal n'offrait aucun signe de sensibilité; quand on comprimait, au contraire la partie périphérique, c'est-à-dire la portion située au-dessous du point lésé, on voyait apparaître aussitôt des signes incontestables de douleur. Enfin, si l'on coupait la racine antérieure, le bout périphérique seul était sensible. Sur plusieurs chiens l'auteur a coupé, pendant le narcotisme, les racines postérieures d'un côté; les racines antérieures de ce même côté avaient perdu leur sensibilité, tandis que cette dernière était manifeste du côté opposé. Deux fois, après s'être assuré de la sensibilité des racines antérieures, il la fit disparaître subitement après la section des racines postérieures.

Ainsi, dit l'auteur, la sensibilité des racines antérieures provient des postérieures. Il faut que de ces dernières, après leur réunion avec les antérieures, partent des fibres sensibles qui marchent de la périphérie vers le centre; c'est, suivant l'expression de M. Magendie, une sensibilité récurrente.

Les faits signalés par M. Schiff dans les expériences nombreuses et variées qu'il a pratiquées sur seize chiens, concordent parfaitement avec ceux que M. Magendie relatait dans ses leçons dès 1839, et qu'il annonçait de nouveau à l'Académie des sciences en 1847. (*Voy.* GAZ. MÉD. DE PARIS, 1847, p. 533, et la Réponse de M. Longet à la Note de M. Magendie, p. 563.) Nous ne chercherons pas à en contester l'exactitude, car l'auteur s'est entouré de toutes les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur; mais nous ne saurions admettre l'explication que l'on donne sur la cause de cette sensibilité des racines antérieures. Il nous semble contraire à toute analogie de faire dévier les fibres nerveuses de leur marche naturelle, en supposant que les fibres sensibles des racines postérieures, arrivées au point de jonction de ces racines avec les antérieures, cessent de continuer leur marche centrifuge pour affecter une direction centripète en pénétrant dans les racines antérieures et en retournant à la moelle. Cette disposition n'a pas été démontrée anatomiquement, et nous doutons fort que toutes les expériences puissent la faire admettre. Nous croyons que c'est dans l'arrangement même des fibres de la moelle, et dans les rapports qui peuvent exister entre ces fibres et celles des racines, que l'on doit chercher la raison des faits signalés par MM. Magendie, Bernard et Schiff (faits contestés cependant par M. Longet).

CAS DE COALESCENCE DES REINS, SUIVI DE MORT; par le docteur W. DE NEUFVILLE (de Francfort).

OBS. — Une jeune fille robuste, âgée de 25 ans, entra à l'hôpital pour une bronchite aiguë. Au bout de quelques jours la malade ressentit tout à coup de vives douleurs dans la jambe gauche, avec gonflement de cette extrémité, tension de la peau, fièvre. La tuméfaction fit des progrès et envahit bientôt les deux membres inférieurs dans leur totalité, comme dans la phlegmasie blanche des accouchées. Le ventre aussi était tuméfié; mais on ne pouvait distinguer aucune tumeur, aucun engorgement des glandes inguinales, aucune traînée indiquant une inflammation des vaisseaux. Les parties malades étaient le siége de douleurs extrêmement vives et ne supportaient pas le moindre attouchement. La sécrétion de l'urine devint moins abondante; ce liquide était trouble, épais, alcalin; il ne renfermait pas d'albumine. Cet état s'empira de jour en jour, malgré l'emploi du calomel et des frictions mercurielles; la malade mourut le dixneuvième jour de son entrée à l'hôpital.

L'autopsie révéla de nombreux désordres dans la poitrine et dans l'abdomen; mais ce qui surtout frappa les assistants, ce fut l'absence des reins dans la place qu'ils occupent habituellement. Les deux reins étaient rapprochés et soudés l'un à l'autre sur la ligne médiane et reposaient sur le promontoire; ils formaient une masse compacte divisée en arrière seulement en deux moitiés à peu près symétriques et comprimaient fortement la veine crurale gauche. Ce vaisseau, depuis sa sortie de l'anneau crural jusqu'à la veine cave inférieure, était obstrué par un caillot fibreux mou qui avait intercepté toute circulation. Les veines crurale et iliaque droites étaient libres; mais le sang ne pouvait plus être versé de la veine iliaque commune dans la veine cave, à cause de l'obstacle opposé par le caillot sanguin, qui se prolongeait jusque dans ce dernier vaisseau.

Cette observation, dont nous nous bornons à reproduire sommairement les faits essentiels, est intéressante par l'obscurité du diagnostic et par la position reculée et la coalescence des reins. Il est assez remarquable que cette anomalie, qui devait remonter jusqu'à l'époque fœtale, du sujet n'ait commencé à exercer son influence pernicieuse qu'à l'âge de 25 ans. Du reste, les principaux symptômes observés pendant la vie s'expliquent facilement par l'arrêt de la circulation veineuse abdominale.

MÉTHODE SIMPLE POUR L'ÉTUDE DES MODIFICATIONS QU'ÉPROUVENT LES TISSUS ANIMAUX, SOUS LE DOUBLE RAPPORT MORPHOLOGIQUE ET CHIMIQUE; par le professeur RODOLPHE WAGNER.

Le célèbre professeur de Goettingue a eu l'idée ingénieuse de se servir des greffes animales pour étudier les changements de texture ou de composition chimique que les divers tissus sont susceptibles d'éprouver. Il emploie pour ses expériences des poules ou des pigeons. Sa méthode est simple, facile, peu douloureuse, et elle a l'avantage de convenir à toutes les époques de l'année et de permettre de suivre l'expérience pour ainsi dire de jour en jour. Après avoir ôté les plumes sur une petite région, vers le milieu de l'abdomen, on fait une incision transversale suffisante pour permettre l'introduction du corps que l'on veut expérimenter; on pousse ce corps avec le doigt aussi profondément que l'on peut, puis on réunit la plaie à l'aide d'une suture assez serrée pour empêcher le corps de se loger entre ses bords. On peut opérer de cette manière une douzaine d'animaux dans une heure; au bout d'un ou deux jours ils ont repris leur état naturel et leur gaieté.

L'auteur a transplanté ainsi des testicules de coqs, de lapins, de grenouilles sur d'autres coqs, sur des chapons, des poules, des pigeons, etc. Il a vu constamment ces testicules étrangers prendre racine dans l'abdomen, mais jamais il n'a pu constater que ces testicules continuent à fonctionner et à produire des spermatozoïdes, ainsi que le professeur Berthold prétend l'avoir observé. Les testicules étaient entourés d'une exsudation plastique qui bientôt prenait une consistance membraneuse et se changeait en tissu cellulaire parsemé de graisse et pourvu de vaisseaux; cette enveloppe adhérait à un viscère quelconque ou aux parois de l'abdomen. Les testicules s'atrophiaient, et l'on voyait disparaître les cellules spermatiques, les spermatozoïdes, les canalicules séminifères, parties qui étaient remplacées par de la graisse libre ou contenue dans des cellules, des cristaux de margarine, quelques tablettes de cholestérine, des sels calcaires, etc. Les testicules de lapin s'étaient transformés en sacs dont la paroi interne était lisse comme une séreuse; ces sacs renfermaient une masse jaune ayant la consistance du miel ou de la cire, composée de graisse et de débris d'épithélium.

Ces faits conduisirent l'auteur à étudier la transformation des matières protéinées en graisse. Il détermina la quantité de graisse contenue normalement dans un certain nombre de testicules de grenouilles, et compara cette quantité à celle que renfermaient d'autres testicules de grenouilles pris en égale quantité et qui avaient séjourné des semaines ou des mois entiers dans l'abdomen des poules. Des cristallins frais furent aussi introduits dans la cavité abdominale de poules et de pigeons, et y furent gardés pendant dix à cinquante jours. La quantité de graisse s'était élevée dans les testicules à 5 et jusqu'à 15 p. 100 au lieu de 3 p. 100 qu'ils contenaient à l'état normal; les lentilles aussi renfermaient une quantité de graisse très-considérable. Cette transformation du tissu fibreux du cristallin en matière grasse

est un fait du plus haut intérêt pour l'étude de la résorption des matières exsudées. Les belles observations microscopiques de Virchow avaient déjà fait voir que la métamorphose graisseuse joue un grand rôle dans ces résorptions; le professeur Wagner, par ses analyses quantitatives, a confirmé ces résultats de la manière la plus évidente et en quelque sorte la plus palpable. On sait que le cristallin est une substance privée de vaisseaux, ne renfermant pas de graisse d'après Berzélius, n'en contenant que des traces d'après les analyses de Simon, c'est-à-dire 0,045 dans le bœuf et 0,142 dans le cheval. Les cristallins qui avaient séjourné plusieurs semaines dans l'abdomen de poules ou de pigeons, étaient entourés d'une capsule d'épaisseur variable et avaient diminué considérablement de poids; de plus, ils étaient transformés déjà, au bout de trois semaines, en une masse graisseuse ayant l'aspect du miel. Les fibres de la lentille étaient réduites en petits fragments converts de granulations et entre lesquels se trouvaient des cristaux de graisse, des agrégats de globules graisseux et souvent de grosses gouttes de graisse jaune liquide, outre divers éléments granuleux ou celluleux. L'analyse fournit 7, 10, 12, 14, 15, et une fois jusqu'à 47,86 p. 100 de graisse. La capsule cristalline n'éprouve aucun changement; elle conserve le caractère d'une membrane vitrée, sans structure.

L'auteur a fait encore d'autres expériences, mais en petit nombre, sur le pigment, le sang, la chair musculaire, l'albumine coagulée. Plusieurs morceaux de cette dernière substance contenaient, déjà au bout de trois semaines, de nombreuses gouttes de graisse plus ou moins grosses, disséminées dans leur épaisseur. Cette métamorphose d'une substance tout à fait amorphe montre que la transformation en graisse ne provient pas des cellules des tissus.

— Nous recommandons vivement les faits qu'on vient de lire à l'attention des pathologistes et des médecins praticiens. Si la fonte et la disparition des tissus et des organes sont toujours précédées de la dégénérescence graisseuse, ne pourrait-on pas en quelque sorte provoquer cette dégénérescence ou plutôt cette métamorphose en saturant de graisse l'économie? Il est vrai que nous ne voyons pas de relation directe entre l'administration de l'huile à haute dose et la transformation graisseuse des éléments organiques, parce que nous ne connaissons pas tous les changements que ces substances grasses éprouvent sous l'influence de la nutrition. Cependant la question mérite d'être étudiée sérieusement au double point de vue de la théorie et de la pratique. Un fait que j'ai communiqué à la Société de médecine de Strasbourg, dans sa séance du 8 janvier 1852 (V. GAZ. MÉD. DE STRASB., 1852, p. 84) est de nature à montrer l'influence favorable de l'huile de foie de morue sur la résolution de certaines tumeurs. Il s'agit d'une femme âgée de 63 ans, affectée depuis trois ans d'une tumeur bosselée, très-volumineuse, du sein droit. La malade fut mise à l'usage de l'huile de morue, dont on éleva la dose jusqu'à six forles cuillerées par jour. Au bout de huit mois, elle était parfaitement guérie. Que l'on attribue la guérison à la matière grasse seule ou aux principes iodorés et bromurés contenus dans l'huile de morue, toujours est-il que la résolution fut complète et que la maladie n'a pas reparu. Il serait donc utile, ce me semble, de tenter de nouveaux essais.

LEREBOULLET.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE 13 SEPTEMBRE 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

EXPÉRIENCES SUR LA VENTILATION D'ÉTÉ.

M. le général ARTHUR MORIN lit un rapport relatif aux expériences faites sur l'appareil de ventilation d'été, construit par M. Léon Duvoir pour la salle des séances de l'Académie des sciences. En voici un résumé:

Cet appareil se compose de deux parties, dont l'une, déjà connue, sert à l'appel ou à l'évacuation de l'air renfermé dans la salle, et dont l'autre, entièrement nouvelle, est destinée à refroidir l'air introduit pour remplacer celui que l'on extrait.

L'appel se fait par un conduit d'une assez grande section, mais très-court, qui réunit la grande cheminée d'évacuation et la salle. La cheminée contient deux tuyaux, dont l'un est constamment parcouru par de l'eau chaude, et dont l'autre sert à la sortie des gaz et de la fumée produits par le feu du fourneau. Ces deux tuyaux entretiennent dans la cheminée une chaleur moyenne qui varie de 36 à 40 degrés.

L'air introduit dans la salle est pris sur le toit et passe, avant d'entrer dans un conduit qui doit le mener à l'appareil de refroidissement, sous un auvent en maçonnerie légère, dont le but est de produire une ombre assez étendue pour que l'air qui la traverse y perde déjà une partie de la chaleur qui lui vient de son passage au soleil.

De l'auvent l'air passe dans le conduit d'introduction qui se divise en deux parties; chacune d'elles contient un grand reservoir en tôle, à section elliptique, dont les axes ont 1m,25 × 0,80 et sur 4m,50 de hauteur.

Ces reservoirs, complètement fermés et pleins d'eau à la température d'environ 12 degrés, sont traversés de haut en bas par environ cent vingt tuyaux de 0m,040 de diamètre ouverts aux deux extrémités.

Chacun de ces tuyaux et leur enveloppe générale sont percés d'un grand nombre de trous extrêmement petits, qui laissent suinter une certaine quantité d'eau, de telle sorte que la paroi intérieure des tuyaux, ainsi que la paroi extérieure de l'enveloppe sont toujours mouillées.

Cette eau perdue est remplacée constamment par celle d'un puits que lui envoie une pompe alimentaire.

L'air d'introduction qui vient du conduit, après être passé sous l'auvent, est forcé, avant d'entrer dans la salle, de traverser les tuyaux des réservoirs où il perd une partie de sa chaleur; ainsi refroidi il pénètre dans la salle par une grande grille placée à fleur du sol et par une foule de petits orifices pratiqués sur le couvercle d'un condnit ménagé dans le plancher commençant sous les réservoirs et s'étendant sous toutes les tables.

Quatre expériences ont été faites pendant les séances des 9, 16, 23 août et 6 septembre. Le tableau suivant donne les résultats de ces quatre expériences.

Dates des expériences.	Températures			Volume d'air extrait de la salle en une heure.	Nombre de personnes présentes à la séance.	Observations météorologiques.
	de l'air extérieur.	de l'air introduit.	moyennes dans la salle.			
9 août.	23°,5	16°	21°,5	10228 m.c.	100	Temps brum.
16 août.	22°,0	id.	21°,0	7855		— pluvieux.
23 août.	26°,0	id.	21°,0	6896		— assez beau.
6 septemb.	21°,0	id.	20°,8	7452		— pluvieux.

Les températures extérieures ont été relevées sur un thermomètre placé dans la cour et à l'ombre.

Les températures intérieures sont la moyenne des observations faites sur plusieurs thermomètres placés aux extrémités et au milieu de la salle.

Un thermomètre suspendu sous la grande grille du fond a donné la température de l'air d'introduction.

Le nombre des personnes n'a pu être évalué qu'approximativement.

Enfin l'anémomètre de M. Morin, placé dans la grande cheminée d'évacuation aux deux tiers environ de sa hauteur, a servi à mesurer la quantité d'air extraite.

L'expérience anémométrique du 9 août n'a duré que quelques minutes, tandis que les autres ont été prolongées pendant près d'une heure, ce qui peut expliquer la différence des résultats.

En prenant le nombre 7,401 mètres cubes, moyenne des trois dernières expériences, pour la quantité d'air extraite de la salle en une heure, on aura une approximation assez exacte du débit d'air.

D'après cela, en admettant que l'air extrait soit à la température moyenne de 38 degrés à l'endroit de la cheminée où l'on a placé l'anémomètre, et que la quantité d'air soit, par heure, de 7401 mètres cubes, on aura pour le poids de cet air 8,356 kilogr.

Et en supposant que les poids d'air entrés et sortis soient égaux, ce qui n'est pas absolument vrai, attendu qu'il en entre par les portes et les fenêtres, on trouverait pour le volume de l'air entré à 16 degrés, 6,809 mètres cubes en une heure.

Un fait digne de remarque est démontré par un grand nombre d'observations, c'est que, pour un passage de 20 à 30 degrés dans la température extérieure, l'air arrivant paraît rester à la température constante de 16 degrés au moment de son introduction dans la salle.

Ce fait peut d'ailleurs s'expliquer jusqu'à un certain point, en admettant que la division extrême de l'air à son passage dans les réservoirs et la longueur du chemin qu'il y parcourt sont suffisants pour qu'entre des limites de 20 à 30 degrés, cet air y perde tout son excès de température sur celle des réservoirs.

D'un autre côté, dans la saison d'été, on peut admettre qu'une température de 25 à 30 degrés n'existe généralement que par un temps assez beau et assez sec, tandis qu'une température de 20 à 25 degrés indiquerait au contraire un temps humide et pluvieux; de sorte que, dans le premier cas, cet air sec, en traversant les réservoirs humides, y détermine une évaporation assez considérable, qui tend à le refroidir davantage, et que dans le second cet air étant déjà plus chargé de vapeurs d'eau, ne peut plus produire une évaporation aussi considérable et se refroidit par conséquent beaucoup moins.

Si nous cherchons à nous rendre compte des différents éléments de la question, nous supposerons que, dans une salle que conque où l'on a réuni un certain nombre de personnes, on vienne à introduire une certaine quantité d'air par heure, cet air étant extrait ensuite à une autre température.

Il est évident, dans ce cas, que dès qu'on aura obtenu un régime constant entre l'introduction et l'extraction de l'air, on aura une relation qui pourra s'exprimer ainsi:

Le nombre d'unités de chaleur contenues dans le poids d'air sortant sera égal au nombre d'unités de chaleur contenues dans le poids d'air introduit, augmenté de la chaleur développée par les personnes présentes dans la salle, et augmenté ou diminué de la chaleur transmise par les murs, en vertu de la différence des températures entre l'extérieur et l'intérieur.

Appelons :

P Le poids d'air introduit en une heure, poids qui sera sensiblement égal au poids d'air extrait en une heure.
a La capacité de l'air pour la chaleur, rapportée à celle de l'eau.
t' La température de cet air au moment de l'introduction.
t La température de cet air au moment de l'extraction.
N Le nombre de personnes renfermées dans la salle.
Q La quantité de chaleur développée par heure et par personne.
K La chaleur transmise, du dehors au dedans ou du dedans au dehors, par les murs.

Et au moyen de ces notations, la relation énoncée deviendra :

$$aPt = aPt' + NQ \pm K$$

d'où

$$P = \frac{NQ \pm K}{a(t-t')}$$

et

$$t' = t - \frac{NQ \pm K}{aP}$$

Ainsi donc, lorsque l'on se sera donné la différence entre les températures intérieure et extérieure, et qu'à l'aide de ces données on aura obtenu le nombre K, soit par l'observation directe du phénomène de transmission à travers les parois de la salle à ventiler, soit, à défaut d'autres moyens, par les formules pratiques approximatives, on pourra déterminer très-facilement la quantité d'air à introduire si la température à l'entrée est donnée, ou la température à l'entrée, si la quantité d'air à introduire est, au contraire, connue.

En appliquant ce calcul à la salle des séances de l'Académie des sciences, et en supposant la température extérieure égale à 25° et la température intérieure à 21°, ce qui produirait une différence de 4°, l'air introduit étant à 16° et la salle renfermant environ cent personnes; on commencerait par déterminer le nombre que nous avons désigné par K, qui est donné par la formule proposée par M. Péclet, dans son TRAITÉ DE LA CHALEUR :

$$St.\frac{KC}{Ke+C} + 3,7S't,$$

dans laquelle l'auteur a représenté par S et S' les surfaces des murs exposés à l'air libre et des verres, par t la différence entre les températures extérieure et intérieure; C étant pris ici pour la conductibilité de la matière, K pour la transmission de sa surface et e pour l'épaisseur de la muraille, et l'on trouverait enfin P = 6,850 kilogrammes, tandis que l'expérience a donné 8,356 kilogrammes.

La comparaison de ces deux nombres permet de conclure que la moyenne 8,356 kilogrammes, trouvée par l'expérience, est très-suffisante pour produire le refroidissement que l'on s'est proposé, et pour assainir complétement la salle.

Dans les considérations qui précèdent, on a supposé, ainsi qu'on l'a vu, de l'air introduit à une certaine température. Il est facile d'en faire l'application au procédé de M. Duvoir, et l'on peut conclure de la description de son système, autant que des faits qui ressortent de l'expérience, *que ces appareils satisfont à toutes les conditions imposées par ces considérations.* Remarquons, d'ailleurs, qu'il pourrait devenir nuisible aux personnes présentes d'introduire une trop grande quantité d'air à la fois, tandis qu'un abaissement de quelques degrés dans la température de cet air serait pour ainsi dire insensible.

Cet abaissement de température de l'air introduit peut être facilement produit, dans des limites assez étendues, dans le cas dont nous nous occupons; car il suffit aujourd'hui à M. Duvoir d'envoyer de l'eau à 12° dans ses réservoirs pour que l'air qui les traverse en sorte à 16°, donnant ainsi lieu à une différence de 4° entre les températures extérieure et intérieure, la température extérieure étant 25° ou 26°. Un mélange d'une certaine quantité de glace pourrait encore abaisser la température de cette eau à 7° ou 8°, et par suite, celle de l'air d'introduction à 11° ou 12°, ce qui produirait dans la salle un abaissement beaucoup plus sensible au-dessous de la température extérieure.

On peut donc conclure de ces expériences :

1° Que la quantité d'air extraite de la salle est par heure égale à 7,401^{m} cubes à 38°, ou à 6,809^{m} cubes à 16°, quantité supérieure à celle qui ressort des considérations précédentes, et qui donne une garantie de la fidèle exécution des conditions imposées à M. Léon Duvoir;

2° Que l'air introduit à 20° ou 30°, dans les réservoirs rafraîchissants, en sort à 16°;

3° Qu'un mélange de glace pourrait abaisser la température de cet air introduit à 11° ou 12° au moment de son entrée dans la salle;

4° Que, pour une température extérieure de 25° à l'ombre, la température de la salle ne s'élève pas au-dessus de 21° lors des séances et pendant que les appareils fonctionnent.

DÉVELOPPEMENT DES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. REMAK (de Berlin) fit sur ce sujet une note dont nous extrayons les passages qui suivent :

« Si l'on considère, dit l'auteur, le rôle que les parties de l'œuf des animaux vertébrés jouent dans les phases de leur développement, on peut établir deux catégories distinctes : ceux que nous désignerons sous le nom de *méroblastiques*, c'est-à-dire ceux dont l'embryon se forme d'une partie de l'œuf seulement, et ceux que nous désignerons sous le nom de *holoblastiques*, c'est-à-dire ceux dont l'œuf entier se segmente pour se convertir en embryon. La première catégorie aurait son type dans l'œuf des oiseaux, la seconde dans l'œuf des batraciens.

» Le germe de l'œuf des oiseaux est, comme on le sait, aplati, et comme Wolff l'avait déjà découvert il y a un siècle, il forme le tube alimentaire et les parois du corps de l'embryon, en se repliant par en bas.

» D'après les observations déjà publiées dans notre ouvrage d'embryogénie, il y a trois feuillets dans le blastoderme de l'oiseau; mais ils ont une autre signification que celle qu'on leur avait attribuée jusqu'à présent.

» Le feuillet supérieur serait, selon nous, le feuillet *sensoriel*, parce qu'il sert à la formation des organes des sens et de leurs centres nerveux. C'est en effet de l'axe de ce feuillet que se forme le tube médullaire, c'est-à-dire les rudiments de la moelle épinière et du cerveau, et c'est du cerveau que pousse la vésicule ophthalmique, qui devient plus tard le nerf optique, la rétine et la choroïde. La lentille pour l'œil et le labyrinthe pour l'oreille se détachent sous forme des vésicules utriculeuses observées déjà par Huschke, de leur partie périphérique du feuillet supérieur. Cette partie envoie aussi des prolongements utriculeux dans le feuillet moyen pour former les cavités de l'olfaction et de la dégustation, et les tapisser d'une couche celluleuse épithéliale. Le reste de la partie périphérique du feuillet supérieur, que je nomme feuillet *corné*, revêt les organes du tact en donnant aussi les plumes chez les oiseaux, les poils et les glandes cutanées chez les mammifères. Le feuillet supérieur servant à former les organes des sens et leurs centres nerveux semble donc mériter le nom de *sensoriel* que nous lui avons donné.

» Le feuillet moyen serait, selon nous, le feuillet *motoriel*, parce que sa destination et sa propriété spéciales qui manquent aux autres feuillets, c'est de fournir les muscles tant volontaires qu'involontaires. La partie de ce feuillet correspondant à l'axe cérébro-spinal contient les rudiments de la colonne vertébrale et des côtes. Les vertèbres primitives donnent d'abord naissance à de grands ganglions et aux nerfs spinaux, ensuite aux muscles et aux os du rachis et aux parois costales. Les deux lames latérales (abdominales de Wolff), contiguës à l'axe cérébro-spinal, se séparent en effet en deux couches; la couche supérieure, se réunissant avec les produits des vertèbres primitives et avec le feuillet corné, forme les parois thoraciques et abdominales, ainsi que les membres. La couche inférieure (la lame intestinale) sert surtout à former la couche musculeuse du tube alimentaire; c'est elle qui engendre les rudiment du cœur et des vaisseaux primitifs, de là son nom de feuillet vasculaire. Au moyen des lames médianes ou mésentériques, d'où sortent aussi les organes génitaux, elle passe dans la couche supérieure ou animale. La cavité formée par la séparation des lames latérales est la cavité séreuse ou pleuro péritonéale. Du feuillet moyen, on voit sortir encore, outre les nerfs spinaux, les quatre groupes ou systèmes de nerfs viscéraux dont j'ai déjà entretenu l'Académie et qui se trouvent décrits dans mon ouvrage sur les nerf intestinaux.

» Le feuillet inférieur enfin nous semble mériter le nom de *trophique* ou *nutritif*. Il sert surtout à former dans le canal alimentaire la couche celluleuse épithéliale dépourvue des nerfs et des vaisseaux, comme Reichert l'avait déjà signalé, tandis que les parois externes et musculeuses proviennent de la lame intestinale, c'est-à-dire du feuillet moyen. D'après nous, le feuillet inférieur, que nous appelons encore *glandulaire*, enverrait aussi des prolongements utriculeux pour former le parenchyme celluleux du foie, du pancréas, des veines et des petites glandes intestinales, ainsi que l'épithélium des poumons. De la partie pharyngienne de ce feuillet se détachent aussi la glande thyroïde et le thymus. Les enveloppes de toutes ces glandes, dès qu'elles sont pourvues de vaisseaux et de nerfs, proviennent de la couche externe du tube alimentaire.

» Le plan de développement esquissé plus haut pour l'œuf des oiseaux se trouve être le même chez les reptiles, les mammifères et même les batraciens. Chez ces derniers, on peut distinguer aussi les trois feuillets, dont l'inférieur seulement n'offre pas la forme aplatie à cause de la forme ronde du germe, c'est-à-dire de l'œuf. »

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE.

DE L'UTILITÉ CLINIQUE DU MICROSCOPE POUR LA CONNAISSANCE DES MALADIES CANCÉREUSES.

M. ALQUIÉ, professeur à l'École de médecine de Montpellier, lit sous ce titre un mémoire dont l'objet principal est la réfutation de cette proposition émise récemment par plusieurs micrographes, que le cancer a pour caractère spécifique une cellule particulière dont l'absence doit faire rejeter l'existence d'un état cancéreux, quelles que soient d'ailleurs les données de l'observation clinique. Suivant M. Alquié, les altérations épithéliales, épidermiques, fibro-plastiques ou squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, etc., sont également susceptibles de se reproduire, et leur reproduction tient, non à des conditions purement locales, à une infiltration plus ou moins profonde des tissus, mais à un état général, à un vice interne, source essentielle de tous les désordres pathologiques.

« Nous reconnaissons sans peine, dit-il, qu'il y a des formes cancéreuses plus graves les unes que les autres, de même qu'il existe un vice cancéreux plus intense, plus rapide chez certaines personnes que chez d'autres, etc. Mais ces différents degrés ou variétés morbides ne sauraient justifier une disjonc-

tion clinique. L'invasion et la marche de ces différentes formes cancéreuses en démontrent l'identité de nature. »

Enfin l'auteur admet l'existence de la cellule cancéreuse comme caractère précieux dans certains cas de squirrhe, d'encéphaloïde obscurs. Mais l'absence de cette partie ne doit point, suivant lui, faire nier l'existence d'un cancer, lorsque la plupart des caractères de l'état cancéreux se rencontrent chez un malade.

« Ainsi, dit-il en terminant, le diagnostic d'une tumeur sous-cutanée ou profonde peut être éclairé par l'examen microscopique d'une petite portion de substance retirée à l'aide d'un trois-quart explorateur. Les matières puriformes expulsées par les ouvertures naturelles ou accidentelles et étudiées de la même manière sont propres à faire découvrir l'existence encore incertaine d'une altération cancéreuse des viscères thoraciques ou abdominaux. Mais l'absence de la cellule spéciale et la présence de l'épithéliale ou de l'épidermique, ne permettront pas au clinicien de nier une maladie cancéreuse, alors surtout que la plupart des signes de cette lésion morbide se rencontrent aux yeux de l'observateur. »

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Lallemand et Rayer.)

TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE CHEZ LES HOMMES AGÉS.

M. A. Mercier communique des observations relatives à un nouveau traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés.

L'auteur se résume en disant :

1° La rétention d'urine peut résulter souvent de deux espèces de valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques : les premières appartenant spécialement à la jeunesse et à l'âge mûr, les secondes à la vieillesse, les premières tout à fait inconnues avant moi, les autres entrevues par quelques pathologistes, mais jamais décrites, et surtout traitées d'une manière rationnelle et efficace.

2° Les premières peuvent être opérées avec succès par l'incision et par l'excision ; mais les secondes exigent presque toujours l'excision.

3° Cette opération est des plus innocentes.

4° Certaines petites tumeurs de la portion sus-montanale de la prostate, ainsi que certaines tumeurs plus volumineuses, mais étalées et à large base, que je serais tenté de nommer valvuliformes, peuvent et doivent être traitées par divers procédés.

5° Il résulte de là que sur 10 cas de rétention d'urine chez les vieillards, rétention qui passent encore pour incurables, même aux yeux des médecins, 8 au moins pourraient être guéries par cette opération si l'on avait soin de ne pas attendre l'apparition de complications plus graves que la maladie primitive.

6° L'âge du sujet n'est jamais, à lui seul, une contre-indication, puisque j'en ai opéré de 76 et de 78 ans. Il en est de même du degré ou de l'ancienneté de l'affection, puisque l'un de mes malades a été guéri d'une rétention d'urine qui depuis sept années était complète. J'en ai également guéri qui étaient atteints de complications très-graves.

7° Des faits datant de plusieurs années déjà prouvent que la guérison est radicale, et même que le temps peut ajouter à l'amélioration immédiate.

MALADIES DES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT LES COQUILLES DE NACRE DE PERLE.

MM. Mahier, docteur en médecine, et A. Chevallier, chimiste, adressent un mémoire sur ce sujet.

Le travail de la nacre expose les ouvriers qui s'y livrent à contracter des affections diverses : ces affections sont la bronchite aiguë et surtout chronique, l'emphysème pulmonaire, l'hémoptysie et les ophthalmies plus ou moins graves selon les individus. La poussière de nacre de perle, que l'on range parmi les poussières dures, ne détermine la phthisie que chez les individus qui y sont prédisposés.

MOYEN DE FAIRE CESSER IMMÉDIATEMENT LES CRAMPES CHEZ LES CHOLÉRIQUES.

M. Guyon, inspecteur du service de santé militaire en Afrique, communique une note sur un moyen de faire cesser immédiatement les crampes des jambes chez les cholériques, en renversant le pied sur la partie antérieure de la jambe. A cet effet on saisit le talon d'une main, tandis que de l'autre, avec laquelle on saisit également la pointe du pied, on opère le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissent comme celles des jambes par l'extension des doigts sur la main et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend le rapport final de M. le docteur Garay, envoyé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, constatant que la maladie épidémique qui s'était déclarée dans la commune de Champelauze, canton de Hay-le-Froid, arrondissement du Puy, a entièrement cessé. (Commission des épidémies.)

BALANO-POSTHITE, SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

M. Rachonski adresse une observation de balano-posthite secondaire, ayant donné lieu au développement de la syphilis constitutionnelle chez une femme, à la suite de rapports sexuels non légitimes. Quelques mois après la guérison apparente de la femme, grossesse suivie de la naissance d'un enfant légitime, offrant, au bout de quelques semaines, les accidents secondaires de la syphilis. Transmission de ces accidents de l'enfant à sa nourrice.

L'auteur conclut de cette observation :

1° Que des accidents syphilitiques secondaires, et en particulier les ulcérations secondaires de la balano-posthite, peuvent transmettre la syphilis constitutionnelle de l'homme à la femme par les relations sexuelles, et développer chez cette dernière d'autres formes de la syphilis constitutionnelle ;

2° Que l'inoculation est loin de pouvoir décider par elle-même la question de la transmissibilité des accidents secondaires ;

3° Que, chez la femme, le principe syphilitique peut survivre aux accidents secondaires et donner lieu à la syphilis héréditaire chez l'enfant conçu et né au moment d'une apparente guérison de la mère ;

4° Que les accidents syphilitiques secondaires, et en particulier des plaques muqueuses ou des pustules plates, peuvent être communiquées par l'enfant à sa nourrice.

(M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses vénérables membres, M. Castal, âgé de 82 ans.)

— M. Bouchardat lit la suite du rapport sur les remèdes proposés contre la rage. Il conclut en déclarant qu'aucun de ces remèdes ne mérite de fixer l'attention de l'autorité. Ces conclusions sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. Velpeau commence par déclarer qu'il ne réfutera par les plaisanteries et les malicieuses allusions de M. Ricord sur la science arriérée de ses adversaires en fait de syphilis, qui rappelle la science du quinzième siècle. Il est clair qu'en adoptant des idées du quinzième siècle ce qui est vrai et raisonnable, on ne s'engage pas à accueillir tous les contes qui avaient cours à cette époque. Mais M. Ricord, qui se montre si sévère pour les faits qu'on lui objecte, invoque souvent aussi pour les besoins de sa cause des faits qui ne le cèdent en rien pour le merveilleux à ceux du moyen âge. Par exemple, le fait de cet individu qui contracte la vérole en se rasant avec le rasoir d'un individu infecté ; celui de cet autre individu qui eut un chancre dans le dos après avoir couché dans les draps d'un vérolé, etc. Ces faits, que M. Ricord récuserait bien certainement s'ils venaient du côté de ses contradicteurs, il les trouve bons pour lui parce qu'ils lui servent à étayer une de ses lois. Mais M. Ricord, qui se plaint de l'opposition que rencontrent ses propositions, oublie qu'en en émettant de nouvelles, il fait opposition aussi à son tour à celles qui avaient cours avant lui. C'est donc un droit réciproque d'examiner les faits invoqués de part et d'autre.

S'agit-il de la question de la transmission des accidents constitutionnels des nourrissons aux nourrices, M. Ricord, qui ne veut pas de cette transmission, n'oppose que des dénégations aux faits qu'on lui objecte ; ou si on lui demande comment il se les explique, il imagine alors mille hypothèses toutes plus gratuites les unes que les autres. Ainsi, une nourrice saine à qui on donne à allaiter un enfant syphilitique, voit-elle se développer des accidents secondaires, ces accidents secondaires ne sont que le résultat d'un chancre que le mari aura été chercher quelque part pour le donner à sa femme. Est-il prouvé que le mari était sain et qu'il n'a rien pu donner à sa femme, M. Ricord ira chercher s'il n'y a pas quelque garnison dans le voisinage. Mais s'il est établi, par un examen attentif, que la femme elle-même n'a eu aucun accident primitif avant l'explosion secondaire, c'est alors qu'il a recours à ces hypothèses incroyables, pour expliquer comment la vérole a pu pénétrer, sans qu'on s'en soit douté, par les voies les plus insolites.

Les faits sont-ils trop évidents pour être niés, ce seront alors de rares exceptions. Fussent-ils exceptionnels, c'est déjà un amendement considérable que M. Ricord fait à son opinion, puisqu'il les croyait impossibles. Mais loin d'être exceptionnels, les faits de contamination des nourrices par les nourrissons sont au contraire très-communs.

Enfin, la grande raison qu'allègue M. Ricord, c'est qu'il n'a pas vu les faits qu'on lui cite, c'est que les accidents qu'on prétend être transmissibles, il n'a pu, lui, parvenir à les inoculer. Et, à l'appui, il cite plusieurs médecins qui n'ont pas plus que lui vu ces accidents se transmettre. Mais ce sont des faits négatifs qui ne prouvent rien. Ils prouveraient tout au plus que la syphilis constitutionnelle ne se transmet pas toujours, ce qui n'est soutenu par personne, mais voilà tout.

M. Ricord invoque un autre argument. Il dit : si la syphilis secondaire était contagieuse, elle devrait se communiquer d'une manière bien plus générale que les accidents primitifs, elle devrait être épidémique. Ce raisonnement n'est pas juste. Ce serait supposer que les accidents secondaires sont transmissibles au même degré et de la même manière que les accidents primitifs. La syphilis secondaire est une syphilis modifiée ; elle n'a plus la vigueur et la virulence des premiers symptômes, et d'ailleurs ; on sait comment se contractent les accidents primitifs, et lorsqu'il faut un contact, des rapports plus ou moins prolongés, pour qu'ils se transmettent, veut-on que de simples contacts passagers suffisent pour transmettre les accidents secondaires ?

M. Ricord se rejette sur la difficulté de constater les antécédents des malades, et il cite, lors les exemples que l'on sait du prince russe, de l'individu au chancre sur la paupière, etc. Mais la difficulté de découvrir l'origine de ces accidents ne prouve rien. Personne ne nie ces difficultés, et il n'est pas besoin, pour les résoudre, de recourir à tous les expédients qu'imagine M. Ricord.

Une question plus scientifique que tout ce qui précède a été soulevée par M. Ricord : elle est relative aux inductions que l'on peut tirer du siége des accidents. M. Ricord soutient que le chancre peut se développer partout, à la seule condition que le pus virulent soit déposé dans des conditions convenables.

Mais il est difficile, dans cette hypothèse même, de s'expliquer le développement d'un chancre primitif sur l'amygdale. La chose paraît évidemment impossible, sur un homme surtout. Il faudrait admettre que le pus chancreux a été primitivement déposé sur les lèvres, que de là il a gagné la pointe de la langue, puisqu'il a parcouru toute l'étendue de la langue pour venir se déposer et germer sur la face interne des amygdales; et cela, malgré la salive, malgré les mucosités qui lubrifient et abritent en quelque sorte tous ces organes. Et que deviendrait d'ailleurs, ici, la loi de M. Ricord, qui veut qu'il y ait écorchure, solution de continuité, pour que l'inoculation ait lieu. Comment comprendrait-on qu'une écorchure eût pu être faite sur l'amygdale? Mais toutes ces suppositions tombent évidemment devant le fait de l'ami de M. L... Le siége suffit donc ici pour affirmer que c'est un symptôme secondaire.

M. Ricord s'est beaucoup préoccupé de la forme des accidents. Il tient beaucoup à ce que ses adversaires se soient trompés sur la nature des accidents transmis sous leurs yeux, soit par voie directe, soit par voie d'inoculation artificielle. Ainsi, dans le fait que lui a opposé M. Vidal, il veut absolument que ce soit un accident primitif et non un accident secondaire qui a été inoculé. Mais il suffit de se rappeler ce malade couvert de pustules d'ecthyma, après avoir eu un chancre complétement cicatrisé, pour être bien convaincu qu'il ne s'agissait là que de symptômes secondaires. Ces mêmes difficultés se trouvent partout; elles se retrouvent encore dans le fait de M. Cazenave; et pour en sortir il insiste beaucoup sur ce qu'il est très-difficile de distinguer le chancre de l'ecthyma. Mais puisque M. Ricord se montre si difficile pour les faits des autres, ne peut-on aussi lui retorquer l'argument? Ce fameux chancre qui était allé se nicher dans le favori d'un individu, dont il est question dans les *Lettres* de M. Ricord, et qui, pour lui, était un chancre, parce que cela était nécessaire pour l'intérêt de la doctrine, ne pourrait-on pas lui dire qu'il s'est trompé à son tour, et que ce prétendu chancre n'était qu'un ecthyma, puisqu'il est si difficile de distinguer l'une de l'autre ces deux lésions?

Lorsqu'on parle de transmission des accidents secondaires, M. Ricord veut qu'on lui démontre cette transmission par simple contact, même sans contact; et pour l'inoculation du chancre, il lui faut une porte ouverte, une solution de continuité!

M. Ricord a invoqué à son aide l'hérédité. Il est bien clair que l'hérédité n'est pas une contagion directe, comme M. Ricord aurait voulu le faire dire à ses contradicteurs; mais que l'on prenne garde qu'en admettant l'hérédité, on est bien près d'admettre la transmission par les nourrices. Quant à la comparaison de l'hérédité de la syphilis avec celle de la goutte, du cancer, des tubercules, etc. pour en déduire que l'hérédité n'implique pas la contagion, c'est une comparaison qui n'a aucun fondement. Il n'y a rien de comparable entre le virus de la syphilis, qui est une matière, un corps étranger transportable, et la goutte, le cancer, qui ne résident qu'en une disposition organique spéciale.

M. Ricord revient souvent sur les faits de Wallace et de Waller. Il veut absolument que les accidents qu'ils ont vu transmettre soient des chancres. Mais lui qui n'a pas vu veut absolument que l'erreur soit du côté de ceux qui ont vu. Il s'étonne ensuite de certains faits qui n'ont rien que de très-ordinaire. Par exemple, on inocule sur l'épaule d'un individu de la matière recueillie sur un accident secondaire, un ecthyma. Un ecthyma survient sur le point d'inoculation, puis un ecthyma semblable se montre sur l'épaule, preuve pour lui que l'inoculation n'y a été pour rien. Mais M. Ricord ignorait ou a oublié de dire que ce second ecthyma n'a paru que longtemps après le premier, et qu'il a été immédiatement suivi d'une éruption générale.

A la demande instante que fait M. Ricord qu'on lui montre des faits probants, M. Velpeau répond par des faits que lui a récemment communiqués un médecin de Limoges, M. le docteur Bardinet, et qui ne lui paraissent laisser rien à désirer pour la démonstration de l'infection des nourrices par les nourrissons. Ces faits, à ses yeux, détruisent la loi de M. Ricord. Or cette loi étant elle-même la conséquence ou le point de départ d'autres lois, celles-ci doivent s'en trouver fortement ébranlées.

M. Velpeau termine en cherchant à établir qu'en effet, ni la loi en vertu de laquelle la blennorrhagie ne pourrait, suivant M. Ricord, donner naissance à la vérole constitutionnelle; ni l'existence d'un chancre larvé dans l'urètre, pour expliquer cette infection quand elle a lieu; ni la loi qui veut que le chancre induré soit seul la source de la syphilis constitutionnelle; ni la loi d'incubation d'après laquelle l'invasion des symptômes constitutionnels n'aurait jamais lieu plus de six mois après que se sont déclarés les symptômes primitifs, ne sont fondées sur des faits et sur des preuves péremptoires, et que des faits irrécusables déposent au contraire contre elles.

L'heure étant trop avancée pour entendre d'autres orateurs, la séance est levée à cinq heures.

ADDITION A L'UNE DES SÉANCES PRÉCÉDENTES.

PRIX D'ARGENTEUIL.

Le rapport de la commission pour le prix d'Argenteuil a été inséré dans le dernier numéro du BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; il n'occupe pas moins de quarante cinq pages. Nous en extrayons le préambule et les conclusions :

« Malgré la sévérité des jugements que l'Académie a portés jusqu'à ce jour sur les travaux qui lui avaient été adressés, le zèle des compétiteurs ne s'est point ralenti; ces derniers sont au nombre de dix : MM. Blanchard (de Reims), Gudlan, Ivanschich, de Vienne (Autriche), Leroy-d'Étiolles, Mercier, Missoux (de Fournoïles), Perève, Reybard, Vernhes (de Béziers), et Wertheimber.

» Parmi ces praticiens, quelques-uns se présentent pour la première fois au concours; plusieurs autres s'y sont déjà honorablement distingués.

» Leurs travaux peuvent être classés en trois catégories; les uns sont relatifs à la lithotritie, les autres à certaines lésions organiques du col vésical; les derniers, enfin, aux rétrécissements de l'urètre.

» Liée par la volonté expresse du marquis d'Argenteuil, votre commission ne peut placer tous ces travaux sur la même ligne, au point de vue du droit qu'ils ont à la munificence du testateur. Elle doit, en effet, récompenser d'abord, s'il y a lieu, ceux qui ont pour objet les rétrécissements de l'urètre, et ne couronner les autres qu'en l'absence de perfectionnement apporté à la thérapeutique des premiers. Nous examinerons donc tout d'abord les travaux relatifs aux rétrécissements de l'urètre. »

Vient ensuite l'analyse des travaux de chaque concurrent.

« En définitive, trois candidats nous ont paru devoir être principalement signalés : ce sont MM. Leroy-d'Étiolles, Mercier et Reybard.

» Si l'Académie était appelée à récompenser des efforts persévérants, des travaux nombreux et variés, une pratique riche de procédés ingénieux et de modifications utiles, sans doute le nom de M. Leroy-d'Étiolles devrait sortir victorieux de la lutte. Mais s'il est vrai que, par leur ensemble, les travaux de ce chirurgien constituent des titres scientifiques imposants et réels, aucun des perfectionnements qu'il a apportés dans la cure des rétrécissements de l'urètre, isolément considéré, ne peut mériter la récompense instituée par le marquis d'Argenteuil. Par ce motif, votre commission se voit, avec regret, obligée d'écarter ce concurrent.

» L'exposé que nous avons fait des recherches de M. Mercier prouve qu'en ce qui regarde les rétrécissements de l'urètre, cet auteur a émis, sur l'étiologie et la nature de ces lésions, des idées d'une haute portée, mais qu'il n'a presque rien ajouté aux ressources connues de la thérapeutique. Ses études sur les valvules musculaires du col de la vessie sont beaucoup plus complètes et présentent un grand intérêt. Toutefois, il s'agit ici d'une lésion qui peut, il est vrai, simuler ou compliquer les rétrécissements de l'urètre, mais qui, au point de vue nosologique, en est essentiellement distincte. C'est pourquoi, tout en rendant justice à ces remarquables travaux, nous ne pouvons les admettre comme répondant au programme formulé par le fondateur de ce concours.

» Le troisième compétiteur dont il nous reste à parler est M. Reybard. Son mémoire sur les rétrécissements de l'urètre se distingue à plus d'un titre : une pensée unique y règne constamment; toutes les idées s'y enchaînent et s'y coordonnent d'une manière irréprochable. On y trouve un point de départ nouveau, basé tout à la fois sur l'anatomie, la physiologie pathologique et l'expérimentation. Enfin, une série de déductions conduisent logiquement l'auteur à rejeter les moyens de traitement connus, et à proposer une thérapeutique nouvelle dont il démontre l'efficacité par des faits nombreux. M. Reybard a réalisé le perfectionnement le plus important pour la cure des rétrécissements de l'urètre.

» Ce travail remplit donc les conditions du programme de ce concours. En conséquence votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à M. Reybard, pour la période de 1844 à 1850, le prix institué par la munificence du marquis d'Argenteuil. »

Le procédé de M. Reybard consiste à faire, par l'intérieur de l'urètre, une profonde et longue incision dont les bords se cicatrisent isolément. La nouvelle surface qui en résulte, s'ajoutant à ce qui reste de la circonférence des parois de l'urètre, agrandit d'une manière définitive le diamètre de ce canal, ou du moins en reproduit un nouveau, à calibre permanent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1852; par M. le docteur VERNEUIL, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉE.

1° NOTE SUR LA REPRODUCTION DES SANGSUES ET SUR QUELQUES INSECTES QUI LES DÉTRUISENT, par M. le docteur BOURGUIGNON.

Les sangsues sont, comme on le sait, hermaphrodites, et pourvues de deux appareils sexuels distincts, mâle et femelle. A l'époque de l'accouplement, qui a lieu d'avril en septembre, c'est-à-dire pendant toute la belle saison, ces annélides se rapprochent deux à deux et appliquent l'une contre l'autre leur face ventrale en sens inverse, de manière que l'organe mâle de chacune d'elles correspond à l'orifice femelle de l'autre.

La ponte ne commence guère que vers les premiers jours de juin. La sangsue se fraye alors un chemin couvert de 20 à 30 centim. de long sur le rivage, et à une hauteur variable au-dessus du niveau de l'eau. C'est à l'extrémité élargie de ce conduit qu'elle dépose son cocon; celui-ci résulte de la sécrétion d'une sorte de

mucus qui s'opère à la ceinture. Au niveau des organes génitaux, ce mucus se consolide et forme un anneau complet autour du corps de la sangsue. Celle-ci y dépose ses œufs, puis retire son corps; l'anneau muqueux, devenu libre, éprouve un retrait vers ses extrémités, qui se ferment complétement et enveloppent ainsi dix à vingt œufs placés à l'intérieur.

La sangsue sécrète en quelques heures par la bouche autour de la coque une sorte d'écume qui devient consistante, spongieuse, et complète la formation du cocon. Les cocons sont déposés de préférence sur le rivage qui reçoit le soleil du midi, puis sont complétement abandonnés à l'humidité et à la chaleur, qui mènent à bien, mais au bout d'un temps variable, l'éclosion des œufs. Les jeunes annélides sortent de la coque par une des extrémités qui offre moins de consistance que l'autre, et suivent, pour arriver à l'eau, le même chemin tracé par la sangsue mère.

Le temps de l'incubation des œufs est variable, de deux à huit mois et plus; les conditions d'humidité et de chaleur dans lesquelles les cocons se trouvent ont une grande influence sur sa durée. Comme certains accouplements, et, à plus forte raison, certaines pontes ont lieu vers l'automne, quelques cocons passent l'hiver sans s'ouvrir, et ne donnent sortie aux sangsues qu'au printemps. Il paraît même que les annélides qui ont ainsi séjourné longtemps dans les cocons sont d'une plus belle venue.

Les sangsues non nourries sont généralement propres à se reproduire de trois à quatre ans; mais le nombre de celles qui arrivent à cet âge est relativement peu considérable, quand rien ne s'oppose aux causes nombreuses de destruction qui menacent leur existence. Parmi ces causes de destruction, les unes portent exclusivement ou sur les cocons ou sur les sangsues elles-mêmes. Les cocons périssent ou par inondation, quand l'eau les submerge accidentellement pendant plusieurs jours, ou sous les atteintes des insectes fouisseurs qui s'en nourrissent. La courtilière (*grillotalpa*) en est surtout très-avide. Entre autres insectes qui attaquent et tuent la sangsue elle-même, j'ai recueilli l'hydrophile, le dytique, le *notonecta* et l'aselle, du moins pour ce dernier, d'après ce qu'en a dit M. Soubeiran fils.

L'hydrophilus piceus est un coléoptère mieux organisé pour le vol et la natation que pour la marche; aussi peut-il tromper toute surveillance et s'abattre au milieu des pièces d'eau sur les plantes aquatiques, sinon pour attaquer la sangsue, car il est plutôt herbivore que carnassier, du moins pour y filer son cocon, comme le ferait une araignée, à l'aide d'organes spéciaux situés à l'extrémité de l'abdomen chez la femelle. De ce cocon sortent des larves exclusivement carnassières, comme toute leur organisation le démontre, et très-friandes de sangsues. Elles les surprennent au fond de l'eau ou sous les feuilles, grâce à la disposition que peut prendre leur tête en s'arquant fortement sur le dos, qui leur sert ainsi comme de table pour dévorer leur proie. Quand la larve de l'hydrophile doit se transformer en nymphe, elle aborde le rivage, pénètre souvent par la voie déjà frayée par les sangsues, dévore les cocons et creuse une petite cavité parfaitement régulière et lisse, dans laquelle elle doit passer à l'état de nymphe, puis à celui d'insecte parfait.

D'autres coléoptères encore plus à redouter sont les dytiques, famille nombreuse, qui comprend des sujets de toute sorte de volume et de dimension, et qui, du plus grand au plus petit, quand ils sont à l'état d'insecte parfait ou sous celui de larve, pourchassent et tuent les sangsues. Les dytiscides ne sont pas sans quelque ressemblance avec les hydrophiles, quant à leur organisation et quant à leurs mœurs. L'insecte parfait, également propre à la natation et au vol, est carnassier, moins toutefois que sa larve, qui est l'ennemi le plus dangereux des sangsues; elle les poursuit dans l'eau comme dans la terre, et quand elle les saisit par ses longues pattes et ses fortes mandibules, elle ne leur fait jamais grâce.

Un autre insecte, hémiptère hétéroptère, le *notonecta glauca*, ainsi nommé parce qu'il nage sur le dos, est encore très-funeste aux sangsues; il les maintient près de lui à l'aide de ses pattes armées de crochets, et leur enfonce sa trompe dans les chairs.

Enfin, suivant M. Soubeiran, un petit crustacé d'eau douce, et de l'ordre des isopodes, l'*asellus aquaticus*, serait capable de tuer des sangsues de tout âge.

J'avais accepté le fait parfaitement établi, lorsque j'ai observé, dans un bassin destiné aux plus jeunes sangsues, un grand nombre de ces crustacés qui vivaient en très-bon accord avec elles, et comme les aselles que j'ai recueillies, paraissent être les mêmes que celles dont M. Soubeiran a donné la description, je ne sais, faute d'avoir suffisamment expérimenté, comment concilier ces deux faits contradictoires.

— Les documents relatifs à la génération des sangsues, que M. Bourguignon nous a communiqués, sont tout à fait d'accord avec les recherches récentes d'un praticien de province, M. le docteur Harreaux (de Reville-le-Comte), arrondissement de Chartres. Ce dernier s'est attaché à réfuter l'opinion de quelques auteurs et de certains éleveurs, qui supposent que les sangsues peuvent être à la fois ovipares et vivipares. Il combat surtout les faits tout à fait exceptionnels annoncés par M. Fermond, pharmacien en chef à la Salpêtrière, et qui a publié dans le RÉPERTOIRE DE PHARMACIE un long mémoire sur les sangsues. Il paraît, d'après M. Harreaux, que M. Fermond a pris des nephalis pour des sangsues. (Voy. COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE L'ASS. MÉD. DE CHARTRES, 1852, p. 34.)

2° NOTE SUR LE COCON DU BOMBYX PAPHIA; par M. ALEXANDRE LABOULBÈNE.

M. Laboulbène présente à la Société le cocon produit par la chenille du *bombyx paphia*, et fait la communication suivante :

Les chenilles qui produisent de la soie, en formant un cocon où elles se transforment en chrysalides, sont intéressantes au double point de vue de la science et de l'industrie; mais si tout le monde apprécie aujourd'hui la chenille du mûrier (*bombyx mori*), qui fournit presque toute la soie employée dans le commerce, il faut convenir que tous les autres insectes séricifères sont dédaignés ou mal connus. Je place sous les yeux de la Société un cocon très-singulier par sa forme et qui pourrait devenir très-précieux, à cause de la belle qualité de la soie qu'il fournit.

L'insecte qui le produit habite dans l'Inde, et se trouve à Bombay et jusqu'en Chine. On est sûr qu'il n'est autre que le *bombyx paphia*, puisque cette belle espèce de lépidoptère nocturne est éclose des cocons rapportés en France.

La forme du cocon est des plus remarquables : il est ovoïde, long de 4 centimètres et demi, et il offre un prolongement, une espèce de pédoncule, assez semblable au pétiole de quelques feuilles. Ce singulier appendice se termine par un anneau qui doit embrasser la tige à laquelle le cocon est attaché. Qu'on se représente un anneau entourant une branche, anneau continu avec le pétiole d'une feuille d'arbre dont le limbe serait replié pour former le cocon, et on aura une idée de cette forme singulière.

Le pétiole est long de 5 centimètres, flexueux. Le diamètre de l'anneau est de 7 millimètres.

Il est très-probable que la chenille du *bombyx paphia*, pour filer son cocon, commence par l'anneau, puis construit le pédicule, qui est entièrement soyeux et recouvert par une espèce d'enduit qui le rend dur et noirâtre. Du pétiole partent des faisceaux de fils divergents comme des nervures; ils indiquent la formation première d'un plancher sur lequel la chenille s'entoure en dernier lieu d'une coque ovalaire, d'une couleur brunâtre. Le cocon que j'ai en ma possession est comme saupoudré en partie d'une matière blanchâtre.

L'intérieur est lisse, d'une couleur jaune fauve très-claire, brillante.

L'enveloppe soyeuse de la chenille du *bombyx paphia* serait précieuse pour l'industrie; car il est résulté des recherches de M. Chavanne (de Lausanne) que la soie qu'il contient est lâchement collée et peut se dévider en entier, y compris l'anneau. Elle est bien différente de celle des *bombyx* indigènes, du *bombyx Pyri*, par exemple, qui a une soie très-adhérente partout, presque impossible à dévider, à cause d'une matière glutineuse, extrêmement tenace, dont la chenille l'a enduite avant de se métamorphoser en chrysalide.

Enfin cette soie s'est montrée la plus solide, la plus résistante de toutes celles qu'on a expérimentées, en soulevant des poids plus ou moins considérables avec des fils soyeux de même longueur provenant des cocons de différentes espèces. J'ajouterai, en terminant, que la plupart des foulards de l'Inde dont on admire le tissu sont fabriqués avec la soie que produit la chenille du *bombyx paphia*.

3° NOTE SUR LES SPERMATOZOÏDES DES LOCUSTIENS; par M. DE SIEBOLDT; SUIVIE DE QUELQUES RECHERCHES; par M. HIFFELSHEIM.

M. de Sieboldt a communiqué à l'Acad. nat. cur. un travail sur les *spermatozoïdes des locustiens*.

L'appareil génital des sauterelles était peu connu jusqu'à l'époque où le professeur de Breslau entreprit ses recherches.

Chez le mâle, on avait reconnu l'existence de *testicules*, de *vaisseaux déférents*, souvent entourés comme un *épididyme*, se rendant ensuite dans un canal éjaculateur. Ce dernier canal reçoit l'abouchement, des deux côtés, de *paquets glanduleux* qui renferment, les uns une substance albuminoïde; de nature oléagineuse dans les autres, et capable de se figer comme la cire.

Un peu plus loin, ce canal offre de chaque côté des ouvertures qui terminent les canaux *de deux capsules*.

Les *capsules* avaient reçu de Burmeister le nom de *vésicules séminales*; mais elles ne renferment pas de spermatozoïdes, tandis que l'on y trouve une substance analogue à celle des derniers paquets glanduleux signalés plus haut. Quand on fait des coupes sur les testicules, à l'époque de la fécondation où ils sont très-développés, on les trouve disposés ainsi qu'il suit : des loges en nombre variable, très-distinctement séparées, se présentent remplies de spermatozoïdes à tous les degrés de développement.

Dans sept à huit loges ou compartiments, on peut voir souvent sept états différents, d'aspect vésiculeux dans les unes, puis nettement capsulaires; elles deviennent bientôt striées. Ces stries se montrent d'ailleurs sous l'aspect de véritables spermatozoïdes. Ces animalcules sont renfermés dans des cœcums, dont la loge représentait une coupe schématique.

M. de Sieboldt, qui a étudié tous les phénomènes plus longuement que nous, fait naître les corpuscules, sous forme de petites vésicules, dans une vessie mère. Et par génération endogène, celle-ci se remplit et se laisse distendre par les vésicules qui seront les spermatozoïdes, en passant par les états que nous avons décrits.

Un fait d'une nouveauté inattendue se rattache à la description des spermatozoïdes : ils offrent un corps qui se termine par une extrémité filiforme très-allongée, souvent repliée. *Leur tête est surmontée d'un crochet analogue à l'accent circonflexe.* D'autres fois, *cet appendice offre en outre, à l'extrémité des côtés de l'angle, un petit crochet, très-court, s'écartant à angle aigu de ceux-ci, à leur face interne.*

Jusqu'ici nous n'avons pu voir ce second crochet; mais pour l'appendice principal, nous l'avons parfaitement vu, comme Sieboldt. Ces spermatozoïdes se groupent par juxtaposition des parties similaires, et restent dans cet état. La partie correspondante aux crochets montre, à une distance variable, comme une zone, d'origine inconnue.

En examinant la capsule séminale de la femelle, on y rencontre par expression plusieurs petits corps pédiculés.

Chez les locustiens fécondés, ces corpuscules renferment un liquide lactescent, dans lequel nagent des corps filiformes très-ténus.

La quantité des corps pédiculés dépend de l'état de réplétion de la capsule. Or

celle-ci a des parois extensibles; de sorte que, tantôt peu volumineuse, tantôt remplie, c'est après plusieurs fécondations qu'elle est la plus riche en corpuscules.

Quand on porte sous le champ du microscope les corps filiformes qui y sont répandus, on leur trouve l'aspect d'une plume de héron, d'une des plus élégantes ondulations. Les fluides minéraux, même l'eau, arrêtent ces mouvements, comme sur leurs spermatozoïdes isolés, la salive seule peut être mise en usage. En séparant les parties constituantes de ces plumes, on reconnaît que les barbes de la plume sont constituées par le corps du spermatozoïde. Quand on parvient, en effet, à en isoler quelques barbules, on a sous les yeux des spermatozoïdes sans crochet ou appendice, en haut, jouissant de tous ses mouvements.

Puis, lorsque toutes les barbes de cette plume sont enlevées, la tige se montre sous deux aspects : tantôt la bandelette, à sommet anguleux et à base rentrante, a un rebord, ou elle est aplatie. La bandelette tout entière résulte de la juxtaposition des crochets, et comme ceux-ci présentent deux formes, avec ou sans petit crochet, la tige des plumes devait reproduire ces deux variétés.

La *locusta viridissima*, qui doit offrir ce petit crochet, ne nous l'a point montré; mais notre examen n'a pas été assez long pour que nous puissions contredire l'assertion de M. de Sieboldt.

Plusieurs variétés des *declitus* auraient des crochets simples. Le savant professeur affirme avoir trouvé les dispositions correspondantes dans les tiges des plumes renfermées dans la capsule séminale femelle.

Ces plumes semblent se détruire à mesure que les petits corps pédiculés se remplissent. Les spermatozoïdes y deviennent libres, sans appendice aucun, jouissant de leurs mouvements propres. Les spermatozoïdes sont, chez le mâle, pourvus de crochets; ils sont juxtaposés par séries. Ils pénètrent sans doute, dans cet état, dans la capsule femelle. La disposition en plume, qui n'est que le résultat d'une disposition horizontale du spermatozoïde, par rapport aux crochets qui se juxtaposent verticalement, se fait-elle pendant la copulation, avant ou après? Avec M. de Siebold, je l'ignore. Mais les glandes dont nous avons parlé, chez le mâle, semblent destinées à fournir une substance d'agglutination qui favorise toutes ces formes composées.

Il est remarquable que G. Brunelli a déjà décrit ces faits relatifs à quelques locustiens, sans que personne en ait fait mention.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° EXAMEN D'UNE CONCRÉTION SANGUINE EXTRAITE DE LA VEINE SAPHÈNE ET REGARDÉE COMME UN HÉMATOZOAIRE; par M. DAVAINE.

M. Davaine rend compte de l'examen qu'il a fait d'une pseudo-helminthe provenant de la veine saphène interne d'un homme adulte. Ce corps filiforme, dont l'apparence extérieure est celle d'un ver nématoïde, a été trouvé chez un sujet en dissection par M. Mongrand (de Brest), chirurgien de marine. L'observation est consignée dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 1er février 1852. D'après les caractères extérieurs de ce corps filiforme, qui a 6 centim. et demi de longueur sur 2 millim. de largeur, M. Mongrand a présumé que c'était un helminthe qu'il a proposé d'appeler *filaria zebra*.

Ce corps est formé par plusieurs couches concentriques assez dures, dont la plus externe, très-mince, pourrait être prise, à la simple vue, pour la peau ou l'épiderme; mais aucune de ces couches n'a d'organisation appréciable. L'externe n'offre point de fibres entre-croisées comme la peau des nématoïdes; les autres couches ne laissent apercevoir ni tube intestinal, ni canaux ovariens, ni ovules. L'acide acétique ne fait point non plus reconnaître la présence de ces corpuscules de carbonate de chaux, qui existent normalement chez un grand nombre d'helminthes. Toutes ces couches sont formées par un stratum semblable composé presque uniquement de corpuscules irréguliers, ayant moins d'un centième de millimètre de diamètre. Après une macération de quelques jours, ces corpuscules, devenus libres et plus distincts, ont présenté tous les caractères des globules sanguins altérés.

Il résulte donc de cet examen que ce corps filiforme n'est point un helminthe, mais une concrétion sanguine ancienne dont la partie liquide aura été résorbée. M. Robin, de son côté, est arrivé aux mêmes résultats.

Cette concrétion sanguine avait la plus grande analogie de forme avec un ver nématoïde, et n'a pu en être distinguée que par un examen attentif des parties qui la composaient. Il n'est donc pas étonnant que des corps plus ou moins analogues aient été regardés comme de véritables helminthes, alors que l'organisation de ces animaux était fort peu connue. M. Chaussat, dans sa thèse inaugurale (DES HÉMATOZOAIRES; Paris, 1850), a rapporté un assez grand nombre d'observations de ces hématozoaires qui ne peuvent être considérées aujourd'hui que comme des produits d'une tout autre nature.

2° NOTE SUR UN KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE; par le même.

M. Davaine met sous les yeux de la Société un kyste pileux de l'ovaire provenant d'une femme âgée d'environ 30 ans. Le volume de ce kyste est celui d'un petit œuf de poule; il contenait une matière graisseuse très-molle, ayant l'apparence de l'axonge. Sur une partie limitée de la surface de cette masse graisseuse, il existait une assez grande quantité de poils blanchâtres, longs de 6 à 8 millim., dont la structure est la même que celle des poils follets. Sur la partie correspondante du kyste, on remarque une assez grande quantité de poils semblables. Ils sont implantés dans des follicules très-petits et comme globuleux. La portion du kyste qui donne naissance à ces poils offre, en outre, une saillie irrégulière, frangée, de la grosseur d'une petite noisette, et une bride membraneuse revêtue d'une couche épithéliale épaisse, qui s'enlève par lames comme un véritable épiderme. Les cellules qui la forment, pourvues ou non d'un noyau, ont, en moyenne, quatre centièmes de millimètre de diamètre. Le reste de la surface interne du kyste offre un épithélium bien différent du précédent; on ne peut en constater l'existence qu'en traitant la membrane par l'acide acétique. On voit alors des noyaux de cellules, disposés assez régulièrement et séparés les uns des autres par un intervalle d'un demi-centième à un centième de millimètre. La paroi du kyste qui donne naissance aux poils offre dans son épaisseur une petite masse osseuse et cartilagineuse irrégulière qui forme la saillie dont il a été parlé.

La disposition des poils en un seul point de la masse de graisse contenue dans le kyste porte à penser que celle-ci a été sécrétée par toute la surface de la membrane interne du kyste.

III. — PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR DEUX CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE, CONSÉCUTIVE A DES PHÉNOMÈNES PARALYTIQUES ET CONVULSIFS; par le docteur CH. BERNARD.

Depuis quelques années seulement l'attention a été attirée d'une façon particulière sur les atrophies partielles des membres ou du tronc. Sous le titre d'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, M. Aran a présenté, dans un travail publié à la fin de 1850 (ARCH. DE MÉD., oct. et nov.), un tableau aussi complet que le permettait l'état de la science de la première espèce. Tout récemment (ARCH. DE MÉD., mai 1852), M. Lasègue a résumé un mémoire de M. Romberg sur l'atrophie partielle de la face, que cet auteur désigne sous le nom de trophonévroses. Si nous citons encore le travail sur l'inégalité des deux moitiés latérales de la face, lu il y a quelques mois à l'Académie de médecine par M. Bouvier, nous aurons rappelé tous les documents qui existent sur cette curieuse affection. On voit par là combien ils sont rares. C'est ce qui nous engage à publier les notes, tout incomplètes que nous avons pu les recueillir, sur deux faits d'atrophie musculaire, qui nous ont passé récemment sous les yeux.

OBS. I. — Au commencement d'août 1852 entre dans le service de M. Moutard-Martin (remplaçant M. Tessier), à l'hôpital Sainte-Margerite, salle Saint-Anatole, n° 40, le nommé X..., âgé de 24 ans. Ce jeune homme est de taille moyenne, brun et maigre. Il attire tout d'abord notre attention par trois ordres de phénomènes morbides: une atrophie considérable de la moitié droite du corps, des mouvements convulsifs continuels et une contracture permanente, dans le même côté.

L'atrophie produit un défaut très-marqué de symétrie entre les deux côtés du corps. La moitié droite a éprouvé une diminution de volume très-évidente dans toute son étendue; mais c'est au tronc et aux membres qu'elle est le plus manifeste. A la figure elle existe, mais à un bien moindre degré. La poitrine est rétrécie à droite d'une façon très-visible. Les membres ont subi également une sorte de diminution, que nous avons pu constater et par la vue et par le toucher. Les muscles sont petits, mous et flasques, si ce n'est quand les convulsions se prononcent avec quelque intensité. Les os ne nous ont pas semblé avoir éprouvé de raccourcissement. Nous regrettons de ne pouvoir fournir sur cette intéressante lésion des renseignements plus précis; mais le malade, d'un naturel assez changeant, a quitté le service au moment où nous nous disposions à prendre des mesures exactes.

Tous les muscles de la moitié droite du tronc sont agités de mouvements convulsifs, qui sont plus marqués aux membres qu'au tronc, où ils existent néanmoins d'une façon incontestable. Les muscles pectoraux, dorsaux et abdominaux sont en proie à de petites et continuelles convulsions. Toutefois à l'abdomen les mouvements sont moins prononcés et moins constants qu'à l'épaule, qui est alternativement rapprochée et éloignée du tronc. Au membre supérieur, les convulsions, plus fortes que partout ailleurs, n'offrent pas dans toute la longueur la même intensité. C'est à l'avant-bras que ce phénomène morbide se remarque à son maximum. Au membre inférieur, les mouvements convulsifs sont bien moins apparents; ils n'ont pas non plus la même constance que dans les autres parties; ils sont à peu près exclusivement limités à la jambe. A la face enfin nous retrouvons les mêmes désordres; ils y sont plus marqués qu'au tronc et à la jambe, mais moins prononcés qu'au membre supérieur. Ils produisent l'écartement continuel des lèvres et des paupières du côté malade, et donnent à la physionomie une expression ironique.

La contracture ne porte guère que sur les membres; au tronc, quoiqu'elle existe, elle est moins facile à constater. Au membre supérieur, elle produit la flexion; au membre inférieur, l'extension. L'avant-bras est à demi fléchi sur le bras; mais la main est dans une flexion et dans une pronation complète et forcée sur l'avant-bras. Les doigts, dont les phalanges sont étendues, se trouvent fléchis en totalité dans la paume de la main; ordinairement les ongles sont libres et ne posent pas sur la peau; le pouce est étendu et placé entre l'index et le médius. Il est généralement assez facile de surmonter la contracture de l'avant-bras et de l'étendre tout à fait. Mais l'extension des autres parties du membre présente ordinairement une difficulté très-grande et souvent même insurmontable. Le moyen qu'emploie le malade pour y parvenir est de frapper avec force sur les masses musculaires du bras et de l'avant-bras. Mais à l'aide de ce procédé même, il est rare qu'il réussisse à vaincre entièrement la contracture de la main. Quand une personne écarte un peu les doigts du malade et place les siens dans cet interstice, les doigts se referment avec force; on se sent pris comme dans un étau, et sans le concours du malade, il serait fort difficile de se dégager.

Au membre inférieur, la contracture ne s'observe que dans le pied, qui se trouve, de même que les orteils, dans une extension forcée, et qui est affecté ainsi d'un pied équin.

A cela près des désordres que nous venons de signaler, les fonctions intellectuelles et sensorielles nous ont paru être à peu près intactes. Toutefois, les yeux sont très-saillants, les pupilles largement dilatées, et la vue est affaiblie.

Les autres sens, au dire du malade, n'offrent aucune altération. Quant à l'intelligence, nous n'y avons pas observé de trouble, mais nous n'oserions assurer qu'il n'en existe pas. Les fonctions de la vie animale s'opèrent également bien. Du côté de la respiration, en particulier, nous n'avons remarqué ni troubles fonctionnels ni lésions organiques.

Voilà à quoi se borne ce que nous avons observé nous-même et ce que nous avons seulement osé reproduire ici. Il nous est impossible de nous en rapporter au témoignage du malade sur le développement et la marche des accidents. La version qu'il nous en avait faite s'est trouvée complétement démentie par des renseignements fournis également par lui et qui sont venus d'un autre côté. Il paraît néanmoins à peu près certain que la maladie s'est déclarée vers l'âge de 17 ans, par un étourdissement ou une perte de connaissance, que depuis cette époque les pertes de connaissance se sont renouvelées un certain nombre de fois, et que la contracture et les mouvements convulsifs ont eu lieu à plusieurs reprises, ont duré plus ou moins longtemps chaque fois. Mais encore une fois, nous ne voulons pas insister sur les antécédents de ce malade; nous avons voulu seulement signaler les symptômes remarquables qu'il présente. Peut-être un jour son observation pourra-t-elle être publiée d'une façon complète et jettera-t-elle quelque lumière sur l'enchaînement des phénomènes et des lésions.

Voici maintenant le second fait, sur lequel, non plus, nous ne possédons pas tous les renseignements désirables.

Obs. II. — Au mois d'août 1851 est entré pour la première fois, à l'infirmerie de la Roquette, dont nous sommes chargé, le nommé K., âgé de 32 ans. Ayant toujours joui d'une bonne santé, il a été pris, au commencement de novembre dernier, de douleurs rhumatismales aiguës dans le bras gauche, avec gonflement du membre et fièvre. Le mal s'est successivement porté sur l'autre bras et les deux jambes, et s'est prolongé plusieurs mois. Au mois de mars ou d'avril 1851, les phénomènes ayant disparu et une roideur très-grande persistant, on le fit entrer dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, où on lui administra de nombreuses douches de vapeur. Il sortit de l'hôpital Saint-Louis au bout de quelques mois, dans un état d'amélioration très-prononcé. Le bras droit, roide et incapable de tout mouvement au moment de l'admission du malade, avait retrouvé en partie sa souplesse, quand il sortit.

Au mois d'août 1851, lorsque nous le vîmes pour la première fois, nous constatâmes les symptômes suivants : absence de fièvre et de tout phénomène aigu; le bras droit était tout à fait sain. Le membre supérieur présentait de l'atrophie et de la roideur. L'avant-bras, à demi fléchi sur le bras, pouvait se fléchir tout à fait, mais ne pouvait s'étendre. Les doigts, au contraire, étaient étendus et incapables d'aucun mouvement. Les membres inférieurs offraient un état très-prononcé d'atrophie; placés dans la demi-flexion, il était difficile de leur faire exécuter le moindre mouvement.

Admis une seconde fois au mois de septembre dernier à l'hôpital Saint-Louis, où on lui administra des bains et des douches aromatiques et sulfureuses, il en éprouva encore une amélioration très-marquée. Quand nous le revîmes à la fin de février dernier, le membre supérieur avait recouvré en grande partie la liberté de ses mouvements. Les membres inférieurs, sans avoir ressenti une aussi heureuse influence, avaient néanmoins plus de force et permettaient au malade de se tenir quelques instants debout. L'atrophie était d'ailleurs à peu près la même. Il était encore il y a quelques mois dans le service de M. Andral.

Nous serons sobre de réflexions après deux observations aussi courtes et aussi incomplètes. Nous ferons seulement remarquer que, dans le premier cas, où il existe probablement une tumeur cérébrale, il se produit depuis fort longtemps des mouvements convulsifs; que, dans le second, la roideur des articulations, la demi-flexion et la paralysie du membre ont suivi l'attaque de rhumatisme aigu. Rappelons enfin que, dans la plupart des cas d'atrophie musculaire progressive des membres, cités par M. Aran, la maladie avait été précédée et occasionnée peut-être par des fatigues musculaires excessives, et que, dans l'une des observations rapportées par M. Lasègue (obs. II), l'atrophie de la moitié de la face a été précédée pendant un certain nombre d'années par des contractions convulsives des muscles de cette partie. D'après ces différentes données, ne serait-on pas porté à penser que l'atrophie peut devenir la conséquence de contractions musculaires exagérées morbides, en un mot, tandis que les mouvements normaux, souvent répétés, tout en restant dans les limites physiologiques, amènent constamment l'hypertrophie du muscle.

IV. — Pathologie externe.

Diverticulum de l'intestin iléum chez un enfant de 6 mois; anus contre-nature a l'ombilic, issue d'une anse intestinale par l'orifice ombilical; étranglement; débridement; mort; autopsie; observation recueillie dans le service de M. Jobert (de Lamballe), par M. Blin, interne.

Obs. — Un enfant de 6 mois est apporté par la mère à l'Hôtel-Dieu, le 5 juillet à midi et demi. Il présente, à l'ombilic, une tumeur cylindrique, placée presque transversalement, contournée, d'un rouge brun, évidemment constituée par une anse intestinale. Au-dessus de cette tumeur, on voit deux petits mamelons du volume d'un poids, d'un rouge moins foncé, plus résistant à la pression, adhérents à la peau.

La mère raconte que ces deux mamelons ont toujours existé depuis la chute du cordon ombilical. Au-dessous de ces mamelons se trouvait une petite ouverture, par laquelle, dit la mère, il est sorti dans les premiers temps de la vie un peu de matière fécale tout à fait semblable à celle qui sortait par l'anus; mais depuis longtemps il ne suintait plus par cet orifice qu'un peu de matière muqueuse.

Tout à coup, le 5 juillet, à onze heures du matin, dans un effort de toux, il s'échappa par cette ouverture une tumeur dont nous avons décrit l'aspect.

M. Jobert (de Lamballe) reconnut l'existence d'un diverticulum de l'intestin, avec anus contre nature et issue d'une anse intestinale.

La réduction de la tumeur était impossible; il débride l'anneau ombilical par trois incisions peu étendues, l'une en haut, l'autre en bas, une troisième à droite. Malgré ce débridement, une partie seulement de la tumeur rentra. M. Jobert n'insista pas pour faire rentrer le reste; il eût fallu faire une trop large incision; il se contenta d'avoir détruit l'étranglement.

L'enfant avait eu un vomissement et n'avait pas été à la selle depuis l'accident; le vomissement ne reparut pas, il y eut dans la nuit une selle de consistance ordinaire et abondante.

Le lendemain, à la visite, M. Jobert tente de nouveau la réduction, sans plus de succès; il se borne à recouvrir la tumeur d'un linge cératé et de compresses émollientes, et maintient le tout avec une bande un peu serrée.

L'enfant a une selle dans la journée; faciès décoloré, expression de douleur, respiration haletante, pas le moindre cri. Le pouls est très-petit et accéléré. Mort dans la soirée.

Autopsie le 6 juillet.

M. Jobert, après avoir fait enlever la portion de la paroi abdominale qui entoure l'ombilic, et en même temps la plus grande partie de la masse intestinale constate l'état suivant :

1° Il existe un diverticulum intestinal, qui, de la partie inférieure de l'intestin grêle se porte à l'ombilic; il a une longueur de 0m,03 ou 0m,04, et le volume d'une plume à écrire; si l'on coupe le mésentère près de l'intestin, on trouve que le diverticulum siége à environ 0m,25 du cœcum. C'est le point le plus ordinairement occupé par les diverticulums, dont l'existence paraît se rapporter à la persistance anormale d'une portion du conduit qui fait communiquer la vésicule ombilicale avec l'intestin, dans le premier mois de développement de l'œuf humain. Très-probablement une portion du diverticulum ainsi produit, a été comprise dans la ligature du cordon ombilical, et il en est résulté une communication de l'intestin avec l'extérieur, une sorte d'anus contre nature. Cet orifice est surmonté de deux végétations, qui ont été refoulées vers le gauche, et qui ne sont autre que les deux petits mamelons, indiqués dans la description de la tumeur faite pendant la vie.

Le diverticulum est entouré par une certaine longueur d'intestin, dont une portion a fait saillie au dehors de l'abdomen, à travers une rupture de la cicatrice ombilicale, près de l'orifice cutané du diverticulum. L'anse intestinale herniée rentre facilement quand on exerce une traction sur chacun des bouts contenus dans l'abdomen.

Nous devons ajouter, à titre de renseignement, que devant une autre Société, la pièce précédente a soulevé une vive discussion, et que les avis ont été très-partagés relativement à la nature de la maladie. (Voir Bullet. de la Soc. an., août 1852.)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire pour servir a l'histoire de l'extraction de l'astragale; par M. Letenneur.

L'extraction de l'astragale luxé est-elle une dernière ressource à tenter, quand la réduction de l'os n'a pu réussir, ou bien doit on quelquefois la pratiquer d'emblée? Faut-il, d'un autre côté, la préférer à la resection des os de la jambe, opération assez généralement adoptée pour les désordres graves de l'articulation tibio-tarsienne? Ce sont là des questions du plus haut intérêt, que la pratique met à chaque instant à l'ordre du jour, et sur lesquelles le chirurgien a besoin de s'être formé à l'avance une opinion bien arrêtée, parce que la temporisation a toujours alors des conséquences fâcheuses, sans être compensée par le moindre avantage.

Profitant avec sagacité de deux occasions où l'extraction de l'astragale lui a valu un remarquable succès, M. Letenneur examine les indications de cette opération, trop souvent négligée parce qu'elle n'est pas assez connue. Il rapporte d'abord en détail ces deux observations. Dans toutes les deux il s'agit de luxation de l'astragale sur le scaphoïde et le calcanéum, accompagnée d'issue d'une partie de l'astragale à travers une plaie. L'astragale étant sorti par le côté externe, M. Letenneur eut à terminer la section des ligaments péronéo-astragaliens. Il coupa ensuite les ligaments tibio-astragaliens à l'aide d'un bistouri boutonné, introduit entre la trochlée et la malléole interne. L'astragale étant ainsi séparé des os de la jambe, il le fit basculer de manière à mettre à découvert les ligaments qui l'unissent au calcanéum; et, après les avoir divisés, il put aisément amener l'os au dehors.

L'ablation de l'os apporta immédiatement une détente, un amendement marqué dans les symptômes inflammatoires. Les suites de l'opération furent longues, mais simples, à part un abcès qui, chez ces deux malades, se forma et dut être ouvert au niveau de la malléole interne. Au bout de quelques mois, les deux blessés ont recouvré le libre usage et toute la force de leur membre, sans autre inconvénient qu'un peu de saillie du talon

en arrière et un raccourcissement du membre, ne dépassant pas un centimètre environ.

L'absence d'accidents sérieux et la régularité de la guérison obtenue plaident d'autant plus fortement en faveur de l'extraction de l'astragale, qu'on retrouve ces mêmes résultats dans la plupart des observations analogues publiées. Lorsqu'il en a été différemment, l'échec peut légitimement être attribué aux hésitations du chirurgien, ou aux essais trop violents et trop prolongés auxquels il s'était d'abord livré pour produire la réduction de l'os.

Cette bénignité dans les suites conduit M. Letenneur, nous ne dirons pas à un précepte (car il ne le pose nulle part explicitement), mais à une remarque clinique qui mérite d'être signalée. Dans le cas de luxation de l'astragale, *sans plaie aux téguments*, il est souvent arrivé que, n'ayant pu réduire, on abandonnant les malades aux seules forces de la nature, alors la peau se gangrène, les tendons s'exfolient, l'astragale se carie ou se nécrose, ainsi que les os adjacents. Ce qu'il peut arriver de plus heureux, c'est que le blessé guérisse, mais avec une difformité qui gêne ou empêche la marche. Enfin, quelquefois les efforts de réduction sont suivis d'accidents graves qui nécessitent l'amputation ou entraînent la mort.

Réfléchissant donc à cette suite trop ordinaire des luxations *négligées parce qu'elles sont sans plaie*, et à la facilité de la guérison dans les cas semblables, *où l'on enlève l'astragale parce qu'il fait saillie à travers une solution de continuité des téguments*, M. Letenneur est conduit à dire, et selon nous avec raison, que les individus qui ont eu ce qu'on appelle une luxation simple, se trouvent dans une position plus fâcheuse que ceux qui ont eu une luxation compliquée de plaie, de déchirure des tendons et des téguments; en d'autres termes, que les chances de guérison seraient d'autant plus grandes que le mal offre plus de gravité.

De là à conseiller d'extraire l'astragale dans tous les cas de luxation simple, il y a loin sans doute, et M. Letenneur ne tire point de son parallèle cette conséquence paradoxale. Il en résultera seulement, pour tout médecin qui sait juger et qui ose agir, l'indication de tenter l'extirpation de l'os beaucoup plus souvent et plus promptement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et notamment lorsque rien n'a pu faire rentrer en place l'astragale luxé, rien, pas même une incision à la peau faite pour écarter les tendons du jambier antérieur et des extenseurs qui le maintiennent déplacé.

La resection des os de la jambe ayant été quelquefois pratiquée pour des luxations du pied, il importait d'apprécier ici quelles sont ses conséquences, comparativement à l'opération proposée. Or, après cette resection le raccourcissement est toujours considérable. En outre, par suite de l'ablation d'une ou des deux malléoles, il survient un amincissement considérable de la partie inférieure de la jambe, ce qui donne au pied une forme disgracieuse et nuit à la solidité de la marche.

Il est une circonstance de ces luxations dont M. Letenneur nous semble avoir, par inadvertence, exagéré les heureux effets. Comme la peau, dans ces blessures, est divisée par la pression que l'os exerce contre elle de dedans en dehors, on comprend que, avant de céder, elle a dû être distendue, tirée en bas. La plaie qui, après l'accident, correspond en apparence à l'astragale, porte donc, en réalité, sur une partie de la peau plus élevée que cet os. Aussi voit-on, après qu'il a été extrait, la plaie remonter aussitôt et se trouver située à quelques centimètres au-dessus de la malléole. Eh bien! M. Letenneur en conclut que, par suite de cette disposition, le travail de cicatrisation *se fait en dehors du contact de l'air*. Il est vrai que, consciencieux et véridique jusqu'au bout, il ajoute lui-même que « le pus ne trouve point pour s'écouler une route assez directe, et qu'il en résulte formation d'un abcès. » La formation du pus est, on le sait, un phénomène antipathique au travail de cicatrisation accompli hors du contact de l'air; au point que là où il s'en sécrète une goutte on peut affirmer avec certitude que les conditions fondamentales de ce procédé vital ont été violées. Ne voyons donc dans l'assertion de l'auteur qu'un artifice d'exposition, qu'une hyperbole d'autant plus licite dans sa bouche que lui-même a pris soin de rectifier immédiatement le sens trop absolu qu'un auteur inattentif aurait pu lui prêter.

Les changements que le squelette subit dans sa structure et ses rapports après cette opération ont été l'objet de l'étude la plus attentive de l'auteur. Il y a même là un résultat assez piquant pour la curiosité; car le calcanéum n'ayant pas une largeur transversale tout à fait égale à l'espace qui sépare le sommet des deux malléoles, on ne peut, *à priori*, s'expliquer comment la sustentation et la marche se rétablissent, c'est-à-dire pourquoi la malléole interne ne glisse pas en avant ou en arrière de la petite apophyse du calcanéum, sur le bord de laquelle aucune saillie osseuse ne la retient.

M. Letenneur expose de la manière la plus lucide le mécanisme d'après lequel la malléole interne est alors retenue en place par les débris de ligaments, par les tendons du jambier postérieur et des fléchisseurs, enfin par la forme même du calcanéum, pour ce qui concerne la malléole externe.

Quelques chirurgiens admettent qu'une fausse articulation peut s'établir, après cette opération, entre les os de la jambe et le calcanéum, et considérant cette terminaison comme plus avantageuse que celle par ankylose, ils recommandent d'agir de manière à la provoquer. C'est là un des points sur lesquels le travail de M. Letenneur répandra la plus vive et la plus fructueuse lumière.

Analysant d'abord les faits publiés comme exemple de guérison par pseudarthrose, il montre que tantôt le malade n'a pas été suivi assez longtemps; tantôt on a pris pour mobilité du calcanéum sur le tibia des mouvements qui se passaient dans des articulations différentes; tantôt enfin, la malléole externe avait été fracturée en même temps que l'astragale luxé, de telle sorte que, la mortaise inter-malléolaire ayant ainsi augmenté de largeur, le calcanéum avait bien pu être enfourché par elle. Mais à part ce cas, dont l'observation d'A. Cooper offre un exemple, la pseudarthrose, très-difficile à obtenir, est loin d'être une terminaison désirable, car la nouvelle articulation n'aurait aucune solidité, et les mouvements ne s'y rétabliraient qu'au préjudice de la fixité, condition nécessaire à la station debout.

Concluons avec M. Letenneur, que le chirurgien doit s'abstenir d'imprimer au pied des mouvements sur la jambe pendant la durée du traitement. Ces mouvements, destinés à produire la fausse articulation, ne réussissent presque jamais à réaliser ce but. D'autre part, fût-il obtenu, un pareil résultat serait éminemment préjudiciable aux fonctions essentielles du membre. Enfin ces mouvements ont au contraire un effet directement et constamment pernicieux; car ils provoquent et perpétuent l'inflammation traumatique qu'il importe par-dessus tout de prévenir ou de modérer.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Nous recevons une lettre de M. le docteur Rigler, professeur à l'École de médecine de Constantinople, qui réclame contre une insinuation contenue dans un des journaux de médecine de Paris, laquelle tendrait à faire croire qu'il a annoncé, dans une publication récente faite en Allemagne, *la chute consommée de l'influence française sur l'enseignement à l'École de médecine de Constantinople, et le règne à peu près absolu de l'influence allemande.*

Il résulte des explications données par M. Rigler que, dans la préface d'un ouvrage qu'il vient de publier à Vienne, sous ce titre : LA TURQUIE ET SES HABITANTS DANS LEURS CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES, il dit que, « dans l'empire ottoman, l'élément allemand prédomine en médecine. » Mais en constatant un fait vrai, puisque, indépendamment de la chaire qu'il occupe lui-même, les chaires d'anatomie physiologique, d'anatomie pathologique et de pathologie générale sont occupées par des médecins de l'École de Vienne, il a été loin de vouloir porter la moindre atteinte au zèle et à l'intelligence de ses confrères non allemands, dont chacun à son tour a contribué à la prospérité de l'École. Il n'a pas entendu dire par là non plus que la médecine qu'on enseigne à l'École de Constantinople fût exclusivement allemande.

« L'influence française sur l'enseignement médical en Turquie, ajoute M. Rigler, est aussi ancienne que l'École elle même; car le gouvernement ottoman, prenant en considération les difficultés notables qui se seraient élevées et de la part des élèves et des professeurs, si on faisait les cours en toute autre langue que la française, si répandue en Orient, a, lors de la réorganisation de l'École, adopté la langue française comme le moyen le plus facile pour établir entre l'élève et le professeur le rapport intime si indispensable pour la prospérité d'une école. »

On peut lire dans le rapport des professeurs sur les travaux de l'École pendant la douzième année, « que le gouvernement de Sa Majesté impériale a montré, dans toutes les circonstances, la fermeté voulue pour imposer constamment aux élèves et aux professeurs les ouvrages français, les doctrines françaises et l'enseignement français. »

Enfin l'École française est représentée à l'École de Constantinople par trois sujets ottomans qui ont fait leurs études à Paris, et par M. le docteur Fauvel, qui à juste titre s'est acquis à Constantinople une réputation des plus honorables.

« L'enseignement en français, dit en terminant M. Rigler, a été toujours strictement observé par les Allemands qui fonctionnaient et fonctionnent encore à l'École; mais si ceux-ci s'adaptent aux formes de l'École française, on ne saurait, à moins de vouloir manifester des sentiments d'injustice ou d'une haine nationale, si mal placée en médecine, contester et les services qu'ils ont rendus aux hôpitaux comme à l'École, et leur influence personnelle sur l'enseignement, due à la qualité de leur position. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.—CONTAGIONABILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Les séances de l'Académie nationale de médecine deviennent décidément très-gaies. Les orateurs y déploient un luxe d'esprit inimaginable. Ce ne sont que drôleries, historiettes scabreuses, équivoques, épigrammes et bons mots; le calembour même, le vrai calembour de M. de Bièvres, y trouve sa place, et nous en avons eu mardi du plus pur aloi. M. Velpeau considère l'édifice scientifique de M. Ricord comme un palais de cristal, mais *après l'exposition;* M. Ricord réplique qu'il n'est pas embarrassé pour le *meubler* et, en attendant, il remercie son adversaire de n'avoir pas tout à fait *cassé les vitres.* Il a pu, lui M. Ricord, en assimilant les individus affectés de syphilis constitutionnelle à une outre, employer une expression un peu *outrée*, mais l'image était juste en soi. Quant à l'appui que trouve l'opinion ancienne dans MM. Cazenave et Gibert, médecins de l'hôpital Saint-Louis, que lui importe? Il ne croira jamais qu'on puisse faire revivre une opinion *de saint Louis*. Voilà un très-maigre échantillon des agréments que nous a faits la syphilis. Quoi de plus naturel? La syphilis, avec ses tenants et ses aboutissants, n'a-t-elle pas toujours été matière à fariboles? Une autre fois, si on y songe, on nous chantera certaine ode de Mathurin Regnier, en manière de péroraison.

Que devient, au milieu de toutes ces joies, la question de la contagionabilité des lésions secondaires? Si elle a fait un pas, c'est assurément dans le sens affirmatif. La base d'induction n'a pas été ébranlée, la base expérimentale s'est fortifiée dans la discussion.

M. Ricord n'a pas pour les vues inductives une tendresse marquée, et il les traite en conséquence, c'est-à-dire très-légèrement. Il en est une surtout qui paraît avoir ses plus hauts dédains et dont il a pour ainsi dire fait honte à M. Velpeau; c'est celle que ce professeur et nous-même antérieurement avons tiré de la transmissibilité de la syphilis secondaire par voie d'hérédité. M. Ricord ne comprend pas qu'il y ait là autre chose que dans l'hérédité du cancer, des tubercules, de la goutte, ou de l'aliénation mentale. Pourquoi? Parce que le *mécanisme* de l'hérédité ne peut varier. A notre tour, nous ne comprenons pas. Quand le mécanisme de la transmission serait toujours le même, ce que ni vous ni nous ne pouvons affirmer, est-ce que cela exclurait une différence essentielle dans la nature des choses transmises? Or nous disons que la mère syphilitique transmet à son enfant un principe actuellement existant dans son propre organisme, un véritable *poison* venu du dehors, circulant avec son sang, s'étant suffi à lui-même dans ses manifestations extérieures et se suffisant encore chez l'enfant qui le reçoit; tandis que la mère cancéreuse ou aliénée transmet seulement une prédisposition organique que les circonstances se chargent de développer à des époques plus ou moins reculées. Nous serions trop mal reçu à répéter les arguments de notre dernier article; mais comme les ressources sont grandes sur ce point, nous en hasarderons un autre. L'hérédité du cancer, des tubercules, de l'aliénation, etc., saute quelquefois une ou deux générations. M. Ricord a-t-il quelquefois vu un grand-père syphilitique transmettre des accidents secondaires à son petit-fils ou à son arrière-petit-fils, les descendants intermédiaires restant sains et saufs? Qu'il veuille bien méditer un instant sur cette simple différence, et nous espérons encore que notre distinction lui paraîtra moins *indigne d'un esprit sérieux.*

Quant aux faits, M. Ricord ne les a pas plus ébranlés dans son second discours que dans son premier. Celui-ci, nous l'avons dit, n'avait d'autre portée que de substituer à l'explication la plus simple et la plus naturelle, voire même aux affirmations les plus positives, soit des malades, soit des observateurs, toutes sortes de conjectures; celui-là tend à prouver que ces conjectures ne sont pas absolument déraisonnables. Eh! nous l'accordons de grand cœur. Nous serions même à cet égard moins difficile que quelques adversaires de M. Ricord, et nous ne regarderions pas comme impossible la production d'un chancre cutané par un rasoir souillé, ou par des draps imprégnés de pus virulent. Mais ce sont là de ces chances exceptionnelles, inouïes, dont la possibilité théorique ne saurait ruiner des faits où la voie de contagion a été patente, directe, où les lésions se sont développées à la place même qui avait subi le contact infectant. Il est surtout une ressource, commode il est vrai, mais délicate, dont on aimerait à voir faire un usage un peu plus réservé. Insinuer qu'une mère de famille qui est prise d'accidents secondaires après avoir nourri un enfant infecté, ou cohabité avec son mari porteur uniquement d'accidents du même genre, avait gagné la syphilis dans des rapports infidèles, cela peut suffire à la galerie qui ne saurait prendre, en effet, grand intérêt à une vertu anonyme, et qui n'est pas fâchée de rire un instant. Mais ce même argument, qui vient de faire fortune, transportez-le au sein de la famille, il n'y paraîtra souvent qu'une monstruosité. Quand la question en est réduite à ces termes, quand elle ne tient plus qu'à une présomption de moralité, ce n'est pas dans une académie et par les premiers juges venus, qu'elle est susceptible d'être résolue, mais seulement dans l'intimité du foyer, par le médecin initié aux mœurs, aux habitudes de toute la maison, confident ordinaire des peines les plus secrètes et capable d'ailleurs d'apprécier à des signes intraduisibles le degré de sincérité du client. Là sont en dépôt, pour l'éclaircissement de la question agitée devant l'Académie, des éléments précieux qui n'effleurent pas même les suppositions de M. Ricord; éléments secrets à la vérité, mais qui ne gagneraient rien à être traduits au grand jour, puisqu'ils y perdraient aussitôt la garantie morale qui assure seule leur signification.

On en peut dire autant, quoique ceci ait une portée moins grave, de cette perpétuelle accusation d'erreur de diagnostic que M. Ricord est fatalement amené à lancer contre ses adversaires, et sur laquelle il a tant insisté encore dans son récent discours. L'expédient peut être bon contre quelques faits et quelques hommes, mais il échoue quand il se heurte contre des descriptions claires et catégoriques, contre des observateurs habitués à manier la syphilis, comme M. Cazenave, par exemple, ou M. Gibert qui est venu, dans la dernière séance, soutenir plus fermement que jamais sa croyance en la contagionabilité des accidents secondaires. Il échoue surtout, cet expédient, en présence de la masse déjà considérable d'observations alléguées par les contagionistes, non plus par ceux *du temps de saint Louis*, mais par des hommes sérieux, connaissant toutes les difficultés du sujet et fort au courant des opinions de M. Ricord. Un seul chirurgien, M. Bardinet (de Limoges), dont l'esprit observateur nous est personnellement connu, en a envoyé pour ainsi dire une liasse à M. Velpeau; et nous ne doutons pas que la discussion actuelle n'en fasse surgir de nouvelles.

Non, M Ricord aura beau serrer le réseau d'objections qu'il tend de-

---

Feuilleton.

VICHY VU A TIRE-D'AILE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Je n'ai passé à Vichy que dix-sept jours. Est-ce assez pour le connaître? Vous allez en juger, mon cher rédacteur. Mais du moins cela m'a suffi pour l'aimer. En le quittant, plein de santé et de reconnaissance, je m'étais bien promis de consacrer un souvenir à ses réconfortantes nymphes. Veuillez donc m'aider à payer cette dette, et donner à mon modeste ex-voto une place dans vos doctes colonnes.

Trois termes distincts mais essentiellement corrélatifs composent l'histoire médicale de Vichy. Le grand effet, le seul parfois qu'on y obtient, est un excès d'impulsion donné à la nutrition générale. — Mais cette fonction ne se ravive qu'au prix d'une alimentation abondante. Il faut donc manger. — Mais l'appétit ne vient que grâce à l'eau minérale. Il faut donc boire. — Mais l'eau ne se digère en quantité suffisante qu'à l'aide d'un exercice convenable. Il faut donc se promener.

Ainsi manger, *boire* et marcher, voilà la triple loi que doit subir le patient. C'est dans ce cercle invariable que la vie se passe, que la guérison s'opère. La logique l'appellera *vicieux*; mais, je l'atteste, ce n'est ni à table ni dans le parc qu'elle oserait se permettre une pareille qualification.

A peine arrivé, et muni de la consultation de notre affectionné collaborateur, le docteur Durand-Fardel, je me suis mis en devoir de remplir le programme en vidant mon verre. L'épreuve est rude, cher confrère, pour celui qui s'est assis à votre table, qui y a eu son couvert à côté de l'aimable professeur de gastrosophie transcendante, Reveillé Parise. Pas une goutte de la lie ne m'a été épargnée, puisque j'ai dû débuter par l'eau de l'hôpital. Mais enfin il fallut bien soutenir l'honneur du diplôme et donner l'exemple en sablant d'un trait ma nauséabonde rasade.

Après le travail, la récompense. Quelle magnifique compensation offre ce parc dont les ombreuses allées viennent à point changer le cours de vos idées et la direction menaçante des mouvements de votre estomac! Dans *l'allée de platanes*, vraie nef gothique aux majestueux arceaux, à la voûte verdoyante, l'âme s'élève, oublie forcément les préoccupations vulgaires, prend son vol vers les poétiques horizons.......

Ne riez pas, cher confrère, et surtout ne méprisez point mon allée favorite. Pour nous tous, victimes plus ou moins intéressantes d'une tension intellec-

vant les faits, il en passera toujours un nombre suffisant pour asseoir le point de doctrine; et ce point de doctrine sera ce qu'il est pour certaines affections à contagion exceptionnelle, la fièvre typhoïde, par exemple. La fièvre typhoïde simple, dans la règle ordinaire, n'est pas contagieuse; le typhus, au contraire, est éminemment contagieux. Mais ces deux extrêmes ne sont pas fixes; ils peuvent se rapprocher. Que la fièvre typhoïde, par un mode d'évolution inconnue, prenne quelque chose du caractère miasmatique du typhus, et la voilà susceptible de transmission. Les plaques muqueuses, l'ecthyma, de leur nature propre, ne sont pas contagieux, peut-être; le chancre l'est au plus haut degré. Mais l'ecthyma et les plaques, se développant avec une certaine violence, ou naissant dans quelque condition spéciale, peuvent garder quelque chose de la virulence du chancre et devenir ainsi contagieux et inoculables. Ce sera, nous le croyons, le dernier mot de la question.

A. Dechambre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin (lu à la Société de biologie); par M. Charcot, interne lauréat des hôpitaux.

(Suite. — Voir le n° 35.)

§ II. — Kystes hydatiques développés, chez l'homme, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.

John Hunter paraît avoir attaché beaucoup d'importance à une observation de kystes hydatiques développés, chez l'homme, entre le rectum et la vessie, en dehors du péritoine, et il l'a longuement détaillée.

Elle a été insérée dans les Transactions de la Société pour l'avancement de la médecine et de la chirurgie (1793). Nous en donnons ici un court extrait.

Obs. I. — Thomas Bell, charpentier, homme vigoureux, âgé de 46 ans, mourut subitement le 17 mars 1786. Il s'était plaint pendant quatre ou cinq semaines de difficulté plus ou moins grande d'uriner, qu'il supposait le résultat d'une affection calculeuse, mais que les gens qui l'entouraient regardaient comme la suite d'une maladie vénérienne. Il alla consulter un chirurgien qui constata l'existence d'un phymosis naturel, mais ne rencontra rien de syphilitique. Lors de cet examen le malade pouvait s'asseoir sur son lit, et il assurait avoir éprouvé un peu de soulagement dans l'affection des voies urinaires depuis quelques jours. Mais, chose singulière, une heure après, en essayant de se retourner, il expira subitement.

A l'autopsie, la vessie, très-distendue par l'urine, dépassait le pubis de 8 pouces anglais; après l'avoir vidée, et elle contenait environ 6 pintes d'urine, on découvrit une volumineuse tumeur, située entre son col et le rectum. Cette tumeur remplissait complètement le bassin et repoussait la vessie en avant et en haut. On l'incisa, et il s'en écoula une grande quantité d'*eau* mêlée d'un grand nombre d'hydatides de divers volumes. La plus grande de ces hydatides avait environ 1 pouce et demi en diamètre, et la plus petite surpassait à peine en volume une tête d'épingle ordinaire. La tumeur était d'ailleurs composée en totalité des hydatides et du liquide qui les entourait; le volume de son contenu pouvait être évalué à une pinte et demie. Il y avait, en outre, au voisinage du col de la vessie, deux ou trois autres tumeurs plus petites renfermant aussi des hydatides et deux corps, du volume d'une fève, adhérant à la vessie et contenant une substance molle, caséeuse.

Entre l'estomac et la rate et au-dessus du pancréas existait une volumineuse tumeur qui adhérait à ces trois organes par du tissu cellulaire, surtout à la rate. La rate et la tumeur mesurées ensemble avaient à peu près 10 pouces anglais de diamètre. Cette dernière était irrégulière, mamelonnée et composée d'un certain nombre de tumeurs plus petites. Le contenu des kystes qui la composaient variait singulièrement: l'un d'eux contenait des hydatides; un autre renfermait une substance analogue à la colle de poisson un peu ramollie par l'eau; dans un troisième, on rencontrait un liquide transparent avec de très-petites particules granuleuses adhérant faiblement aux parois; dans un quatrième enfin, on trouvait quelques hydatides, les unes entières, d'autres déchirées. Les sacs d'enveloppe avaient des parois épaisses, très-contractiles, et chassaient avec force leur contenu quand on les incisait; ils étaient composés de deux membranes, une externe la plus forte et la plus épaisse, une interne plus mince, molle, pulpeuse.

Suivent des détails, que nous négligeons, sur l'anatomie intime des hydatides elles-mêmes. Nous ferons remarquer toutefois qu'en examinant au microscope les petites granulations qui nageaient dans le liquide hydatique, Hunter n'a pu y rencontrer ni suçoirs ni crochets, et il rappelle à ce propos que Tyson n'a jamais pu rencontrer les echinocoques dans les hydatides de l'homme.

Comment concevoir que des hydatides soient venues se loger entre le rectum et la vessie? Pour résoudre cette question qu'il se propose, Hunter fait remarquer que les hydatides sont beaucoup plus communes dans la rate et dans le foie que dans toute autre partie du corps. N'est-il donc pas naturel de supposer, ajoute-t-il, que, dans le cas actuel, un des kystes de la rate se sera rompu; que son contenu se sera répandu dans l'abdomen et accumulé par son propre poids dans le petit bassin; qu'enfin ces hydatides émigrées se seront multipliées après s'être enveloppées d'un kyste? Malgré l'autorité de Hunter, il nous semble naturel, pour les raisons que nous avons dites, de supposer que les kystes en question se sont tout simplement développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; et très-probablement si le célèbre chirurgien eût eu connaissance des cas qui vont suivre, il n'eût pas jugé nécessaire de créer une semblable hypothèse.

Le Journal de chirurgie de Chrestien-Loder (1797, t. I) contient une observation analogue à la précédente, recueillie par le professeur Richter.

Ici le trajet du péritoine par rapport à la tumeur est indiqué avec soin; mais ce n'est plus entre le rectum et la vessie qu'elle s'est développée, mais bien au-dessus de cet organe. Cette observation fait voir en outre, comme celle de Hunter et la plupart de celles que nous avons relatées, que les tumeurs hydatiques du petit bassin se montrent généralement chez des individus qui en possèdent dans plusieurs autres parties du corps.

Obs. II. — Il s'agit d'un tailleur, âgé de 50 ans, entré en août 1797, dans un des hôpitaux de Gœttingue. Cet homme était alors porteur d'une tumeur abdominale volumineuse, composée de plusieurs lobes, obscurément fluctuante. Cette tumeur ne changeait pas de position dans les diverses attitudes qu'on faisait prendre au malade; cependant on supposa qu'une certaine quantité de liquide ascitique s'était accumulée dans le péritoine. On crut en conséquence avoir affaire à une induration du foie, de l'épiploon ou de quelque autre viscère.

---

tuelle exagérée, ce n'est point, croyez-moi, une promenade inutile à la guérison que celle où l'esprit est obligé de faire autant de chemin que les jambes.

Pourtant, dans ce lieu de délices où surabonde l'agréable, l'utile — je parle pour les *buveurs d'eau* — est scandaleusement sacrifié. A coup sûr celui qui en dessina les contours ne faisait pas usage des sources pour son propre compte; car il aurait bien vite senti que la diurèse se proportionnant sur l'ingestion liquide, nécessitait des récipients plus commodes et plus multipliés. Le supplice de Tantale se trouve ici transporté à l'extrémité opposée de la fonction; ce n'est plus la soif mais bien sa pressante conséquence qui tourmente le malheureux promeneur. Un massif mystérieux, où le guide un parfum de *vespasienne*, contrefaçon infecte du réduit qui inspira ces vers charmants:

Il est au fond d'un bois fertile
Un asile obscur et discret
Que décore, ornement utile,
Et le thym et le serpolet.
Là, sous des berceaux de lavande,
Avec ferveur chaque étranger
Accourt déposer son offrande
Et s'en va, le cœur plus léger;

voilà l'unique dépositaire de ces épanchements que tant de libations sollicitent à toute minute. Aussi les places et le tour de rang s'y disputent-ils vivement, et ai-je plus d'une fois envié le loisir que sut s'y faire l'auteur du quatrain suivant, inscrit sur l'un des murs:

En operant sans effort, sans fracas,
Puissantes eaux, vous nous rendez la vie.
Bile, glaires, soucis, tout s'en va par en bas;
On le sent bien à Vichy: qui vit ch...

Mais quittons ce sujet, sur lequel vous me pardonnerez bien d'avoir jeté quelques fleurs, et causons un peu médecine. Le but que l'on vient chercher à Vichy s'y poursuit par deux moyens simultanés: les bains, la boisson. Il est parmi les consommateurs un double préjugé également enraciné: le premier, que les bains se donnent, subrepticement, mélangés d'une trop grande quantité d'eau douce; le second, que le bain d'eau minerale pure ne peut produire aucun inconvénient. Aussi les voit-on, en théorie, accuser hautement l'administration de dol et de sordide avarice; — en pratique, frauder eux-mêmes de leur mieux le pretendu fraudeur, a l'aide de fausses clefs, d'étrennes aux garçons, etc., pour se procurer une plus large effusion du robinet convoité. Eh bien! le reproche est un peu fondé; mais, je dois le dire, la conséquence qu'on en tire ne me paraît pas plus innocente que logique. Malgré ses colossales proportions, il est trop vrai que l'établissement ne saurait servir cent dix mille bains (chiffre de cette année) sans économiser plus que l'ordonnance ne le porte sur la quantité d'eau minérale. Les prescriptions des médecins a ce sujet subissent donc parfois, surtout au mois de juillet, quelques infractions regrettables. Aussi s'occupe-t-on activement, pour remédier à cette pénurie, d'un projet qui ferait converger dans le grand réservoir les sources Brosson et d'Hauterive. Le nombre des baignoires pourrait alors, ainsi que le service des douches, si imparfait à

L'émission de l'urine resta toujours naturelle, ainsi que la défécation, même dans les derniers temps de la vie. Surviennent la fièvre hectique, le délire fugace, la diarrhée colliquative, la leucophlegmasie, et le malade meurt.

A l'autopsie, on rencontre :

1° Un kyste contenant des hydatides, situé entre le tégument externe et le péritoine, s'étendant de la région précordiale à l'ombilic. A côté de ce kyste, toujours au-dessus de l'ombilic, mais dans la région du foie on en trouve un autre de même volume, toujours sous-péritonéal, rempli d'ailleurs d'une matière épaisse, grisâtre, comme graisseuse, et d'hydatides de divers volumes. La paroi abdominale contenait encore dans son épaisseur un certain nombre d'autres kystes hydatiques plus petits. Les intestins, l'épiploon, quand on eut traversé la paroi de l'abomen singulièrement épaissie par ces tumeurs, parurent libres et exempts d'altération ; il n'y avait pas de liquide dans la grande cavité séreuse.

2° Dans la duplicature de l'enveloppe séreuse de l'estomac existait un kyste hydatifère volumineux, contenant un certain nombre d'hydatides.

3° Le foie et la rate contenaient des acéphalocystes disséminées dans leur parenchyme.

4° Dans le médiastin antérieur, en avant du péricarde, siégeait encore un kyste hydatique volumineux.

5° Enfin, et ceci est plus dans notre sujet, on rencontra au voisinage de la vessie un sac à parois très-épaisses, volumineux et bien distendu par son contenu, et bien qu'au premier coup d'œil on crût avoir affaire à la vessie elle-même distendue par l'urine; mais une incision ayant été pratiquée dans la tumeur, il s'écoula une grande quantité d'un liquide clair, avec plusieurs hydatides volumineuses. Le kyste hydatifère était situé sous le péritoine, entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie; on put l'énucléer complétement, et ce n'est qu'alors qu'on aperçut la vessie elle-même (1).

Nous avons rapporté la plupart des détails de cette autopsie, parce qu'il nous a paru intéressant de montrer comment ces kystes hydatiques multiples ont affecté de se développer en dehors des membranes séreuses de la poitrine, de l'abdomen et du bassin. L'un d'eux occupe le médiastin antérieur, un autre l'épiploon gastro-hépatique, d'autres enfin le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure ; c'est aussi sous le péritoine que le kyste hydatique du bassin s'était développé. Cette remarque nous semble justifier à son tour l'opinion que nous avons déjà plusieurs fois émise à propos des cas douteux, à savoir que le tissu cellulaire sous-péritonéal est le siége de prédilection des hydatides du petit bassin.

Dans l'observation que je vais maintenant analyser, et qui a été insérée par M. Lesauvage dans les BULLETINS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (1812), on rencontre, comme dans la précédente, des kystes hydatiques multiples répandus dans diverses parties du corps. Un de ces kystes a aussi pris place dans le petit bassin, sous le péritoine ; mais c'est entre la face antérieure du rectum et la face postérieure de la vessie qu'il s'est développé, comme cela a lieu d'ailleurs le plus communément. La description des symptômes observés pendant la vie ne manque pas non plus d'intérêt. L'existence du kyste est méconnue malgré les accidents qu'il cause du côté des voies urinaires, malgré la tumeur qu'il forme dans le rectum en le repoussant ; cette tumeur du rectum, prise d'abord pour la prostate tuméfiée, est ensuite considérée comme le résultat de la distension de la vessie par l'urine qu'on cherche à évacuer par une ponction.

(1) Dans une annotation à cette observation, Loder assure avoir rencontré un cas tout à fait analogue à celui de Richter et en conserver les pièces dans son cabinet.

OBS. III. — Un homme de 61 ans ressentit, il y a vingt ans, les premiers symptômes d'une tumeur abdominale. En 1811 de l'ischurie se manifeste, le cathétérisme est difficile, et le chirurgien se voit obligé de laisser une sonde à demeure. L'année suivante, les mêmes phénomènes se reproduisent. Outre la tumeur de l'abdomen, on constate par le toucher rectal une tumeur lisse, uniforme, tendue, et qu'on pouvait déprimer un peu à l'aide d'une légère pression ; elle avait été prise précédemment pour un engorgement de la prostate ; cette fois on la considère comme due à la vessie distendue par l'urine ; cependant, en introduisant une sonde par l'urètre jusqu'au col de la vessie, on avait senti un corps légèrement mobile qui cédait à une faible pression exercée avec la sonde, pour revenir avec une espèce d'élasticité quand on cessait de le presser. Comme la rétention d'urine persistait, on crut devoir ponctionner la vessie; le rectum fut choisi pour lieu de la ponction, et l'opération fut pratiquée avec un trocart courbe. Il sortit aussitôt par la canule un liquide limpide, incolore, et presque en même temps l'urine coula par la verge avec facilité et à plein canal. Les deux jets de liquide continuent pendant quelque temps; mais celui qui sortait par la canule finit bientôt par être interrompu.

« Dès que l'urine, qui était fortement colorée en brun, eut commencé à sortir, je fus frappé, dit M. Lesauvage de la différence de couleur des deux liquides. Je goûtai et trouvai une différence de saveur; je ne balançai pas à avancer que le trocart avait pénétré dans un kyste situé entre le rectum et la vessie. Mon opinion sembla appuyer celle que j'avais émise sur la nature des tumeurs de l'abdomen. » (Il les considérait comme des kystes hydatiques.)

Par la suite, se manifestèrent des phénomènes de péritonite, dont le siége est surtout au-dessus de l'arcade fémorale du côté gauche ; il s'y joint une fièvre adynamique, et le malade meurt.

A l'autopsie, on rencontre dans le foie un énorme kyste hydatique; des tumeurs analogues remplissent l'épiploon.

A un pouce du col de la vessie et du côté gauche existait une ouverture qui conduisait dans une cavité qui aurait pu contenir un verre de liquide. Cette ouverture était de forme ovalaire et avait près d'un pouce de hauteur ; la circonférence était comme frangée dans quelques points, et les portions de frange, qui étaient une continuité de la membrane muqueuse, avaient la couleur noirâtre qu'on remarquait sur cette membrane. Cette ouverture fait d'ailleurs communiquer la vessie avec une sorte d'arrière-cavité qui s'étend jusqu'au rectum.

Suivent des réflexions dans lesquelles l'auteur suppose qu'un kyste se sera primitivement développé entre la membrane muqueuse et la membrane musculeuse de la vessie: que ce kyste se sera étendu dans le tissu cellulaire qui unit cet organe au rectum; que, devenu volumineux, il aura appuyé sur le col de la vessie et aura occasionné la rétention d'urine. A l'époque où la ponction fut faite, le kyste ne communiquait pas avec la vessie ; mais la communication entre les deux cavités se fit par suite de l'altération de la muqueuse, dont on voit les débris autour de l'orifice de communication.

Nous ne croyons pas nécessaire d'ajouter que, suivant nous, c'est primitivement sous le péritoine, dans le tissu cellulaire recto-vésical, que le kyste a pris naissance ; et ce n'est au contraire que consécutivement qu'il a fait corps avec la vessie et qu'il s'est ouvert dans sa cavité.

A l'autopsie, on ne trouva pas d'hydatides entières ou déchirées dans la tumeur elle-même ; mais l'orifice fait avec le trocart avait donné issue pendant la vie, à des fragments membraneux dont la description rappelle les débris d'hydatides.

« D'ailleurs, dit en terminant M. Lesauvage, on connaît plusieurs exemples d'altération de cette espèce, que j'ai déjà rencontrée une fois dans les pavillons de la Faculté. »

Dans l'observation qui précède, le kyste hydatique s'est ouvert de lui-

---

présent, être mis en rapport avec l'affluence indéfiniment progressive des visiteurs. — Mais si l'administration est quelquefois parcimonieuse outre mesure de sa source bouillonnante, le baigneur aurait tort d'en conclure qu'il peut la prodiguer impunément. L'immersion dans l'eau de Vichy fortifie : c'est évident, puisque, après 25 ou 30 bains tièdes consécutifs, on éprouve, au lieu de la faiblesse qu'auraient certainement produite une pareille série de bains domestiques, la bienfaisante sensation d'une vigueur insolite. Mais l'excès de ce qui fortifie irrite : il ne faut pas être bien profond physiologiste pour le comprendre. Le bain d'eau minérale pure détermine donc dans certaines constitutions un malaise fort appréciable. Je l'ai très-manifestement éprouvé sur moi-même. Pour avoir, malgré l'avis du docteur et sur les sollicitations de mes compotateurs, pris deux jours de suite un bain sans mélange, je ressentis un mouvement fébrile léger, mais continu, de l'anxiété épigastrique, brisement des membres, semi-ébriété, agitation nocturne, symptômes qui nécessitèrent la suspension momentanée de cette médication.

Tout active que je la reconnais, la partie balnéatoire du traitement resterait le plus souvent insuffisante sans l'absorption de l'eau par l'estomac. Plus haut encore que la raison, l'a proclamé l'usage qui, partout à Vichy, même dans les églises, assigne aux citoyens temporaires de la cité le sobriquet officiel de *buveurs d'eau*. Les sources de Vichy ont été étudiées, analysées, classées, dégustées, prônées à l'infini. On les a divisées en thermales et froides, en naturelles et artificielles, en alcalines, acidules, ferrugineuses, etc., etc. Pour moi, simple consommateur, mon principe de classification est moins ambitieux; je les distinguerais tout bonnement en agréables et désagréables; refoulant à ce dernier rang celles de la grande grille, de l'hôpital, du petit puits, et élevant au premier le puits Lardy, les Célestins et la source de Cusset. — Un profond et sagace clinicien, M. le docteur Durand-Fardel, m'a promis pour la GAZETTE MÉDICALE une étude détaillée des effets thérapeutiques de ces eaux. Le feuilleton n'a donc pas plus besoin que désir d'anticiper sur l'objet de ses consciencieuses recherches. Je ne puis cependant me dispenser de dire un mot de la grande question qui partage maintenant le corps médical de Vichy en deux camps opposés.

D'excellents observateurs avaient, de temps presque immémorial, remarqué que les propriétés médicatrices de ces thermes s'exercent, quelle que soit la nature des aliments dont on fait concurremment usage. Ils durent par conséquent expliquer leur effet par une action générale portant sur toute l'économie. Pour l'obtenir aussi régulière, aussi sûre qu'efficace, ils furent donc amenés par cet ordre d'idées à se préoccuper avant tout de la tolérance des eaux par les organes digestifs, de l'appropriation de telle source à telle individualité morbide des phénomènes critiques dont l'imminence ou l'apparition accuse que la modification désirée est prochaine ou déjà effectuée, etc. C'est dans cette voie qu'ont marché les praticiens des derniers siècles et ceux qui aujourd'hui perpétuent leur tradition honorable au grand bénéfice des malades.

A côté, ou plutôt en face de cette école respectable, les aberrations du chimisme moderne en ont suscité une autre qu'à ses allures tranchantes, on doit supposer jalouse de pouvoir dire, comme le médecin de Molière : *Nous avons changé tout cela !* De ce que les eaux de Vichy, eaux alcalines, guérissent, ils concluent hardiment qu'elles ne guérissent qu'en neutralisant un excès d'acide dont l'économie regorge. Aussi poursuivent-ils à outrance la bienheureuse sa-

même dans la vessie; on l'a ouvert dans le rectum; dans celle qui va suivre, il s'ouvre spontanément et dans le rectum et dans la vessie. Le malade guérit à la suite de cette double issue ouverte aux hydatides, et rien ne peut faire supposer par la suite qu'il existe des acéphalocystes dans quelque autre viscère. Cette observation est encore bien intéressante sous un autre rapport : la percussion, en effet, pratiquée pendant la vie, détermine le frémissement hydatique. C'est la première fois que nous voyons le diagnostic posé d'une manière complète, et les kystes hydatiques du bassin reconnus avant leur ouverture artificielle, ou avant l'autopsie cadavérique.

Cette observation a été recueillie à la Charité, sous les yeux de M. Rayer, par M. Brun, alors interne du service. (Thèses de Paris, 1834, n° 238.)

Obs. IV. — Le nommé Kurth, âgé de 40 ans, cordonnier, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin et lymphatique, éprouva sans cause connue, en 1828, de la pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée parfois de coliques. On reconnut, dans la fosse iliaque gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme le poing, indolente à la pression. Les bains, l'onguent mercuriel employés alors, ne parent la dissoudre. Les choses en restèrent là jusqu'en 1834; à cette époque, Kurth fut pris de fièvre, de soif, d'inappétence, et douleur à l'endroit de la tumeur, qui jusqu'alors ne l'avait guère tourmenté. A son entrée à l'hôpital de la Charité, le 7 avril, on constate en effet dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur plus volumineuse que le poing, s'étendant jusqu'à l'hypogastre. Elle est arrondie, immobile, fluctuante, un peu douloureuse à la pression. Elle est d'ailleurs séparée nettement du foie, qui paraît entièrement sain. Quand on percute la tumeur, il semble qu'on frappe sur un ressort élastique, et l'on provoque en même temps une sorte de frémissement ou de collision. L'auscultation et la percussion combinées font entendre un son analogue à celui d'un tambourin.

Le lendemain, à la suite de coliques vives suivies d'un pressant besoin d'aller à la selle, le malade rend alors par l'anus un liquide purulent mêlé de débris hydatiques; les hydatides entières avaient probablement le volume d'une noix; peu après cette évacuation, les coliques cessent, la douleur diminue, la tumeur s'affaisse, incomplètement, il est vrai; des hydatides déchirées sont encore rendues pendant plusieurs jours.

Le malade, complètement soulagé, demande bientôt à sortir de l'hôpital; à cette époque, chose à noter, la tumeur n'avait pas complètement disparu, malgré les pressions réitérées qu'on avait exercées sur l'abdomen.

Kurth resta un mois hors de l'hôpital, sans éprouver aucun accident notable. Mais, au bout de ce temps, la tumeur augmente, reprend son premier volume et devient de nouveau douloureuse. Saignées locales et générales, bains. A cette époque aussi de la constipation se manifeste, en même temps qu'un phénomène nouveau, l'ischurie. Du pus et des hydatides sont cependant rendus par le rectum, et le malade est encore une fois soulagé.

La difficulté à rendre les urines avait cessé elle-même, lorsque le 8 avril, une envie soudaine et pressante d'uriner se manifeste. Une urine trouble, blanchâtre, laissant déposer un précipité purulent, est rendue avec difficulté; des gaz sortent en même temps par l'urètre.

L'ischurie cède au bout de quelques jours, sous l'influence d'émissions sanguines locales, et avec elle la douleur à la pression dans la région du kyste, laquelle s'était de nouveau manifestée. Les urines redeviennent normales, les hydatides cessent de reparaître dans les selles, et le malade sort vers le milieu de juin. Il porte encore dans la fosse iliaque une tumeur, indolente il est vrai, mais assez volumineuse.

Il n'est donc pas impossible de reconnaître les tumeurs qui nous occupent, non-seulement comme kystes, mais encore comme kystes hydatifères. L'émission des hydatides par le rectum, l'ischurie suivie de l'émission d'urines purulentes et de gaz, sont venus simplement confirmer un diagnostic qui avait été établi à l'avance, à l'aide de la percussion et de l'auscultation combinées; et dans cette observation, le frémissement hydatique déterminé par la percussion était un signe d'autant plus précieux que, ni dans le foie ni ailleurs, on ne pouvait constater l'existence de kystes analogues à celui qu'on rencontrait dans le bassin, coïncidence qui, par elle seule serait bien de nature à mettre sur la voie du diagnostic, puisqu'elle paraît être la règle, et la non-coïncidence l'exception. Il est encore probable que, dans ce cas, il existait au moins deux kystes hydatiques dans le bassin, puisqu'après l'évacuation d'un certain nombre d'hydatides, et les pressions réitérées exercées sur l'abdomen, une tumeur persistait encore dans cette région. Enfin, nous assistons à une guérison incomplète, mais amenée par un cortége d'accidents assez graves, qu'une opération imitant l'évacuation naturelle par le rectum, des hydatides, aurait peut-être avantageusement prévenus.

Les bulletins de la Société anatomique pour 1849 contiennent une note relative au même sujet. M. Blondeau, interne, présente une pièce dans laquelle on voit une volumineuse tumeur hydatique remplissant tout le petit bassin. Le rectum comprimé est déjeté à gauche; il en est de même de la vessie. Les fibres musculaires de ces deux organes sont hypertrophiées; une autre poche hydatique, du volume d'une pomme d'apis, était accolée au cæcum. Cet homme était sujet à la rétention d'urine; lors de son entrée dans le service de M. Velpeau, on ne pouvait entrer par l'urètre les bougies les plus fines. On pratiqua la ponction hypogastrique, mais le malade mourut. Il n'est pas dit si d'autres kystes hydatiques existaient ou non dans différents organes.

La coïncidence des kystes hydatiques du bassin avec ceux des organes splanchniques est encore établie dans une note très-abrégée qu'on trouve dans le même recueil (Bull. de la Soc. anat., 1845). Il s'agit d'une présentation d'un kyste hydatique du foie. Deux kystes hydatiques existaient aussi dans le petit bassin, l'un en arrière et l'autre à droite du rectum. Il n'est fait aucune mention du sexe.

Tels sont les documents que nous avons pu rassembler sur les kystes hydatiques du petit bassin. Ils sont insuffisants peut être pour qu'on puisse baser sur eux une histoire complète de ces tumeurs; nous demanderons cependant la permission de terminer ce travail par quelques remarques générales qui en seront la conclusion.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UNE APPLICATION NOUVELLE DES MÉTAUX A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE LA CHLOROSE; lue à l'Académie des sciences le 18 mai 1852, et à l'Académie de médecine le 1er juin, par le docteur Burq.

(Suite. — Voir les numéros 29 et 31.)

1° Hystérie, épilepsie, chlorose, dysménorrhée et paraplégie chez une malade du service des incurables a la Salpêtrière; guérison singulière par une armature de laiton laminé.

Au mois de novembre 1849, le succès de nos applications de métal sur

turation. Du papier de tournesol, voilà tout leur formulaire; l'examen des urines leur critérium unique; l'alcalinisation leur premier but, — la guérison ne vient qu'après. Vous voyez d'ici la précieuse simplification que réalise ce système. Faible ou robuste, gastralgique ou ventripotent, tout sujet devient une éprouvette où la neutralisation doit s'opérer coûte que coûte. Une disposition individuelle, quelque cause étrangère hâte-t-elle chez lui le résultat désiré; vite on le renvoie, guéri s'il plaît à Dieu, mais satisfait sans nul doute, puisqu'il est mis, de par la médecine, hors d'état de garder le moindre germe d'aigreur. Se trouve-t-il, au contraire, par son idiosyncrasie plus réfractaire; quinze, vingt, trente verres seront la punition quotidienne de ce pécheur endurci dans l'*oxygénèse*. On m'en citait un qui, arrivé à quatre-vingts verres par jour, abandonna, bien malgré lui, hé as! la partie, sans même emporter la consolation de rendre à la terre une cendre entièrement a caline!

Encore la bénirais-je cette *médecine des petits papiers*, si elle se bornait à ces hérésies médicales. Mais non : elle vous poursuit jusqu'à table, installe ses réactifs sur votre assiette, et trempe sans façon dans votre verre son doigt taché de tournesol. Dans certains hôtels voués aux dieux du jour, vinaigre et citron sont religieusement proscrits; le porte-huilier gît oublié dans quelque recoin; la fraise inoffensive elle même se voit repoussée pour l'atome de parfum aigrelet qu'elle recèle; et vous entendrez gravement discourir sur l'acide du pruneau ou de la tomate! Mais, par contre, et comme il faut vivre, au lieu de l'appétissant dessert que Pomone elle lui refuse, le *malheureux oxyphobe* est réduit aux pernicieux secours de la Cérès dépravée des villes, et pour éviter quelques gouttes d'acide prend sept fois par semaine une indigestion de pâtisseries. Je parle d'après mon expérience, je pourrais dire d'après mes collègues. Secouez donc le joug, pensionnaires futurs de ces tables orthodoxes; et ne rougissez pas, à mon exemple, d'y réclamer hautement le fruit défendu.

J'en finis avec les eaux, mais non sans vous soumettre sur leur emploi une idée que je n'ai point trouvée mauvaise à l'application. En général les malades passent successivement d'une source à l'autre, en consacrant à chacune, selon le cas, une période de huit à dix jours, souvent beaucoup plus. En principe, le médecin ne leur ordonne guère d'en changer que lorsqu'il a constaté l'insuffisance ou l'impropriété de celle dont ils ont d'abord essayé. N'y a-t-il pas là quelque chose à modifier? A part certains états à indication bien tranchée, ne se trouverait-on pas mieux d'alterner dès le début et à courts intervalles? Puisqu'on ne peut guère, dans cette option, marcher qu'à tâtons, puisqu'on n'est jamais sûr, même en buvant d'une source qui fait du bien, qu'une autre n'en ferait pas davantage, pourquoi perdre son temps à choisir alors qu'on peut sans risque cumuler? Pour moi, par exemple, affecté de dyspepsie avec état saburral, je m'étais parfaitement trouvé de commencer le matin par un verre de l'hôpital, qui dépouillait la langue et dissipait le goût pâteux de la bouche. Quatre coupes bien pleines de l'excellent puits Lardy, dans le courant de la journée, accomplissaient mon but principal en tonifiant l'économie tout entière. Puis une heure et demie avant le dîner, un verre des Célestins venait assurer la digestion de l'eau bue et préparer celle du repas près duquel je m'asseyais les papilles en érection et bien payé pour répéter, avec notre gai confrère : *Diversité, c'est ma devise.*

Vous pressentez déjà, mon cher confrère, que là-bas digérer est le principal

les cholériques nous valut de l'administration supérieure des hôpitaux l'autorisation de faire quelques expériences et essais dans le service des hystériques et épileptiques incurables de la Salpêtrière. Nous n'avions alors, il faut nous hâter de le dire, aucun espoir de guérison ; mais ayant vu les anneaux de cuivre faire cesser presque constamment les spasmes les plus violents du choléra, et une année auparavant ce même moyen s'étant montré très efficace pour arrêter immédiatement les attaques très-fortes de deux hystériques, l'une du service de M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin et l'autre de la clientèle de M. Adolphe Richard, nous nous étions cru le droit de proposer les armatures comme *un simple palliatif ou moyen contentif* propre peut-être à remplacer les camisoles et tous les liens de force dont il est généralement fait usage pour ces malades.

Nos premiers essais dans cet hospice ne furent pas heureux; entouré d'épileptiques et n'ayant que l'embarras du choix, c'est d'abord à ces malades que nos soins s'adressèrent ; mais, hélas ! à quelque moment de l'accès que nous fissions les applications de cuivre jaune, et quelque léger que fût du reste le degré de l'épilepsie (1), les désordres restèrent toujours les mêmes après comme avant l'application. Forcé alors de ne plus garder d'espérance de ce côté, toutes nos vues se reportèrent sur les hystériques de la division, et après avoir fait choix de cinq de ces malades qui nous étaient désignées comme les plus violemment atteintes, nous nous hasardâmes à faire sur elles quelques applications de *laiton, seul métal que nous eussions encore employé*. Ce qu'il advint de nos tentatives fut à la fois si heureux et si remarquable que nous ne saurions le dire ici d'une manière incidente, et qu'un travail tout exprès sera nécessaire pour démontrer comment, en cette circonstance, nous fûmes amené graduellement et d'une façon inespérée à reconnaître *les relations qui existent chez les hystériques entre leurs accès et la perte de sensibilité et de force musculaire ; la vertu curative du laiton d'abord, puis celle des autres métaux, et par conséquent la variété des aptitudes métalliques*. Mais parmi les cas les plus intéressants de notre observation, il en est un surtout qui se rapporte si intimement à la note publiée tout récemment par la GAZETTE MÉDICALE, et nous paraît si bien lui servir de preuve, que l'occasion ne saurait être mieux choisie pour le faire connaître.

C'est celui d'une malade à la fois hystérique, épileptique, chlorotique et paraplégique qui se guérit seule et à l'insu de tout le monde avec une armature de laiton.

OBS. I. — Seguerlay (Anne), âgée de 26 ans, fleuriste, est entrée dans la division au mois de juillet 1848.

HÉRÉDITÉ. — Elle est née, à Paris, d'une mère hystérique et qui paraît avoir offert quelques troubles de l'intelligence. De douze enfants, il ne reste plus qu'elle et une sœur.

Dès son jeune âge, la malade avait toujours, dit-elle, *le sang fort agité*. Elle ne fut réglée qu'assez tard, à 17 ans, et cependant elle avait toujours joui d'une assez bonne santé, lorsqu'à 19 ans sa mère vint à succomber à une longue et douloureuse maladie pendant laquelle elle avait été presque seule à lui donner des soins.

Ce malheur, bien que prévu depuis longtemps, la frappa très-cruellement; son système nerveux déjà fort ébranlé en reçut la plus grave atteinte; au lieu de pleurer; elle fut prise d'accès de rire convulsif, et le jour même ou le lendemain elle offrit des désordres sérieux du côté de l'intelligence. Revenue à la raison au bout de peu de temps, elle resta en proie à une tristesse profonde; elle avait souvent sans motif des éclats de fou rire, et l'image de sa mère, devenue maintenant pour elle un sujet de terreur, la poursuivait partout et jusque dans la vue de certains liquides dont l'odeur lui rappelait toujours celle du chlore qu'on avait jeté sur son cadavre. Deux années se passèrent ainsi pendant lesquelles son état devint de plus en plus misérable. Au bout de ce temps ses forces étaient perdues, elle n'avait plus d'appétit et ressentait des douleurs et des spasmes de tous côtés. Un jour, au moment des règles, elle eut une frayeur légère, et aussitôt suppression menstruelle et chute avec perte de connaissance. A la suite de cet accident, tous les soirs pendant six mois consécutifs, il y eut des étouffements, souvent avec hémoptysies et vomissement des aliments pris dans la journée, quelquefois si intenses que la malade se roulait par terre et tenta même une fois de se détruire pour leur échapper.

Les spasmes thoraciques finirent enfin par disparaître; ils avaient à peine cessé depuis un mois pour se transformer en des migraines, des palpitations, des crampes, etc., que le simple bruit d'une chaise renversée brusquement suffit pour déterminer une seconde suppression et une chute comme la première. Le lendemain la malade était presque percluse de ses jambes, et, après une application dérivative de sangsues aux cuisses qui avait amené une grande perte de sang, elle eut un violent délire qui nécessita sa translation d'office à la Salpêtrière. Pendant un an que la demoiselle Seguerlay passa dans la section des aliénées, *il y eut une grande diminution de ses spasmes et de ses névralgies;* seulement apparurent alors quelques nouveaux désordres, des tremblements dans les jambes, à la suite desquels elle était jetée comme à la renverse. Rentrée ensuite à son logis, elle y passa une autre année sans autres phénomènes que des troubles partiels de la sensibilité et de la motilité. Mais au mois de mars 1848, voici que les étouffements reparaissent. Cette nouvelle forme de la maladie dura peu et fit encore place à des accès d'aliénation qui exigèrent une seconde fois l'entrée de Seguerlay à la Salpêtrière. Cette fois la raison fut un peu moins lente à revenir, et au bout de quelques semaines seulement, on put la faire passer dans la division des hystériques et épileptiques. Le motif de ce déplacement serait, outre les désordres nerveux habituels *qui étaient revenus en même temps que s'en allaient les troubles de l'intelligence*, une attaque épileptiforme, sinon franchement épileptique.

A son arrivée dans le nouveau service, cette malade reçut pour tisane l'infusion de valériane, et le même jour se manifestèrent des vomissements qui, *quoi qu'on ait pu faire*, ont toujours persisté depuis. Deux mois après, l'imitation ou toute autre cause avait déjà exercé sa funeste influence : les accès convulsifs s'étaient rapprochés, avaient pris de plus en plus le caractère épileptique, et un peu plus tard la malade, désormais à l'unisson des autres malades, se mit à présenter quelquefois ce qu'on appelle à la Salpêtrière un état de mal, c'est-à-dire un ensemble de phénomènes d'hystérie, d'épilepsie et d'aliénation qui, pendant un ou plusieurs jours de suite, se partagent ensemble ou tour à tour sa misérable existence (1).

(1) Nous ne voulons parler ici que de l'épilepsie franche, congéniale ou même accidentelle mais devenue alors, si nous pouvons ainsi dire, constitutionnelle; car autant cette espèce nous paraît incurable, autant l'épilepsie acquise par imitation surtout (et à la Salpêtrière, comme dans tous les établissements qui présentent la réunion de toutes les affections convulsives dans les mêmes salles, on en trouve des exemples aussi nombreux que déplorables), nous semble susceptible d'être heureusement modifiée par le même traitement qui a le plus d'influence sur les désordres primitifs.

(1) L'habitude où l'on est quelquefois de regarder les affections convulsives comme à peu près incurables fait que, dans les vastes établissements où se trouvent réunies par centaines toutes ces affections, on se dispense trop souvent de certaines précautions et de certains soins qui seraient cependant fort utiles; aussi les guérisons y sont-elles si rares qu'à la Salpêtrière nous avons pu compter à peine trois ou quatre *sorties* pour une période de plus de cinq années. Nous reviendrons sur ce sujet en temps et lieu.

---

souci, manger la grande affaire. En voyant tous les murs bariolés d'affiches de dentistes, le voyageur a bien vite deviné, par les soins prodigués à l'appareil masticatoire, le culte dont on honore les viscères plus essentiels. Ce culte est public, avoué, ostensible. Le but étant *de se refaire*, le seul moyen de vieillir à table, l'heureux gastronome se voit affranchi de ces fausses délicatesses, de ce sot respect humain qui, ailleurs, lui arrache tant de soupirs et tant de morceaux. Aussi s'en donne-t-on, je vous assure, à cœur joie; et l'heure du dîner est-elle, à Vichy, la seule qu'on attende impatiemment, la seule qui paraisse toujours trop courte.

Puisque c'est véritablement là un des éléments obligés du traitement, une indication médicale sérieuse, permettez-moi quelques conseils sur les moyens de la remplir fructueusement. Vous avez le choix, pour y satisfaire, entre les hôtels et les maisons particulières. Oui, les maisons particulières; car il n'est pas de bourgeois, d'artisan, perruquier, tailleur, qui, la saison venue, ne se pelotonne dans un coin pour offrir aux baigneurs la meilleure partie de son logement. On leur épargne même parfois la peine de faire eux-mêmes ce sacrifice: témoin l'aventure de ce pauvre docteur *** qui, calculant un beau jour d'après l'affluence d'étrangers dont les rues pullulaient, espérait voir, en rentrant, sa salle d'attente pleine, et la trouva... louée! (1) — Mais, dans ces maisons, la nourriture, plus saine qu'abondante, ne peut, en bonne médecine, s'utiliser que dans des conditions tout exceptionnelles : je veux dire pour commencer le traitement diététique. En effet, certains malades ne sauraient, quoique digérant mal, se trouver près d'un couvert bien garni, sans succomber à la tentation, sans y succomber régulièrement deux fois par jour. A ces malheureux, aux souffrances desquels mes propres faiblesses me portent à compatir spécialement, je veux donner un bon avis. Qu'ils s'établissent dans un modeste garni, sous la condition expresse d'être servis à part. Forcés alors de faire leur carte dès le matin, au moment où la langue encore saburrale ne sait commander que le strict nécessaire, ils sont renfermés pour la journée entière dans un cercle d'où le superflu est banni et évitent par-dessus tout les affriandantes convoitises de l'imprévu.

Mais ne l'oublions point, ce n'est là qu'un premier pas ; que dis-je ? ce n'est que prendre son élan. La table d'hôte : voilà le but final où doivent tendre leurs aspirations, le prix envié de ces abstinences préliminaires. Mais ici encore un guide devient indispensable. Foin de ces somptueux banquets où vous aurez, pour votre argent, la mortification de voir chaque plat fin jouer à vos yeux stupéfaits le rôle d'une étoile filante, où tout convive noble, flanqué de son ou de ses *deux* (historique) laquais, fait, à leur aide, de son assiette, le centre d'une oasis fumante, et vous relègue au milieu des sables du désert. J'aime assez, pour mon compte, l'aristocratie; mais quand elle fait vivre le peuple, non quand elle l'affame. Ce sont là jeux de prince, dira-t-on. A la bonne heure; mais à Vichy, sachez-le, on n'est point à table pour s'amuser.

Vous voilà maintenant en garde. — Bien obligé! Mais averti et rassasié font deux; et si, sans indiscrétion, j'osais vous demander... — J'entends : après la

(1) Le fait est vrai ; il s'est passé en 1851.

Toujours souffrante, toujours fatiguée par des vomissements incessants, la malade a fini par devenir un hôte habituel de l'infirmerie.

Aujourd'hui (10 novembre 1849), la malade se trouve presque complètement paraplégique. Il y a plusieurs mois qu'elle a à peine quitté son lit. La force de ses bras est également très-faible (nous ne savions pas encore l'utilité d'avoir un dynamomètre pour la mesurer), et la contractilité viscérale offre une diminution très-marquée. Quelquefois météorisme et alternatives de constipation et de relâchement; la sensibilité est diminuée seulement le long du bord radial de la main et de l'avant-bras droit. Ses sens sont tous bien ouverts, à l'exception du goût qui est un peu infidèle et dépravé.

Menstruation irrégulière et très-peu abondante; dyspepsie. Vomissements journaliers le soir ou le matin indistinctement. L'estomac se révolte aussi bien de la présence des liquides que de celle des solides, et le besoin de les rendre est quelquefois si impérieux que la malade n'a pas toujours le temps de s'empêcher de souiller son lit. Signes de chlorose très-manifeste, malgré la conservation d'un certain embonpoint. Les chairs sont molles et décolorées; bruit de souffle au cœur et dans les carotides.

Les accès convulsifs débutent brusquement par un éclat de rire convulsif, et se terminent souvent de même. Il y en a quelquefois jusqu'à vingt et même plus dans une seule journée, avec écume à la bouche, secousses, tremblements et mouvements toniques, mais sans perte complète de connaissance, à ce qu'assure la malade. Au sortir de chaque accès, la soif se fait sentir, et ces mots : A boire, à boire, annoncent invariablement sa terminaison.

Dans la dernière moitié de novembre, nous essayons sur cette malade de deux ou trois applications de laiton, mais avec si peu d'espoir et avec tant de répugnance, à cause de nos échecs antérieurs sur les autres épileptiques, que bientôt après, malgré ses prétentions à s'être mieux trouvée le jour de l'application, nous l'avions à peu près oubliée. Cependant cette malheureuse jeune femme, beaucoup mieux servie par son instinct de conservation que par nous-même, s'obstine à chercher dans le métal sa guérison, et se fait spontanément et sans rien dire à personne des applications avec une armature, qu'elle dérobe la nuit à une de ses voisines.

Le 15 décembre, après cinq ou six applications, la malade nous fait connaître son subterfuge, et nous dit, nous croyons d'abord que c'est pour s'excuser, qu'elle éprouve une amélioration notable, que ses forces ont augmenté et que ses vomissements la tourmentent beaucoup moins.

Sa réputation de folie nous empêcha tout d'abord de faire attention à ses paroles, et riant presque en nous-même de ses *innocents efforts*, nous nous contentâmes, sans les encourager, de lui laisser la liberté de les continuer. Cependant, le 22 décembre, la malade n'a pas encore eu d'attaque depuis le 15 ni de vomissement depuis le 19, et depuis quatre jours elle peut rester levée la plus grande partie de la journée.

22. Les douleurs se déplacent et se portent vers les organes thoraciques.

24. Un violent accès de dyspnée est presque immédiatement arrêté par l'application de l'armature. Dans la nuit, les règles arrivent inopinément. Le 25 au matin, la malade prétend ne les avoir jamais eues si fort.

26. Les règles durent encore. Les suffocations n'ont pas reparu, et la malade commence à descendre dans les dortoirs.

27. Dans le jour, vers une heure, la malade se couche et applique les anneaux, qu'elle garde douze heures de suite.

Le soir, à cinq heures, douleurs de tête. Une couronne de cuivre suffit à les dissiper.

28. Ce n'est qu'aujourd'hui que les règles cessent de couler. Le matin, la malade a ressenti beaucoup de fatigue, et une sorte de vide dans la tête.

Le 29 décembre, des raisons toutes de convenance nous semblèrent exiger notre éloignement momentané du service. Plusieurs de nos malades, et Seguerlay de ce nombre, se montraient fort affligées de cette absence, qu'elles croyaient devoir être définitive; mais elles furent rassurées par le soin que nous eûmes de leur laisser nos armatures. Pas besoin n'était de leur recommander d'en faire usage; habituées maintenant à y trouver du soulagement, elles avaient fini par croire les premières à leur vertu curative, *douce illusion que nous n'avions pas eu le courage de leur enlever*, et ne manquaient presque jamais de les mettre à la moindre menace de nouvel accès; et s'il arrivait que l'une d'elles vînt à être surprise par une attaque, aussitôt ses compagnes de traitement accouraient pour les lui appliquer.

Au bout d'un mois et demi (15 février 1850), nous revînmes dans le service, ne doutant pas que ces infortunées, semblables à ce malheureux de la fable qui n'était jamais plus loin du but que lorsqu'il se croyait plus près de l'atteindre, ne fussent déjà retombées dans leur premier état. Mais quel ne fut pas notre étonnement d'apprendre que trois malades sur six n'avaient presque plus eu d'accès, et que la malade qui fait le sujet de cette observation n'avait plus vomi, avait eu seulement deux ou trois étourdissements d'une nature douteuse, et devenue maintenant une des plus fortes et des mieux portantes de la division, faisait le service d'une fille de salle. A ce moment, motilité et sensibilité parfaites; appétit excellent; coloration de la peau et consistance des chairs normales. Plus de bruit de souffle ni au cœur ni dans les carotides.

Vingt jours après, des circonstances particulières nous forçaient de cesser nos expériences à la Salpêtrière; mais, à ce moment, nous avions très-heureusement acquis la preuve de l'efficacité des armatures, car des six malades que nous avions traitées *sans le savoir*, deux hystéro-épileptiques, Seguerlay et la demoiselle Lb... purent quitter quelque temps après la Salpêtrière pour rentrer dans leur famille.

Une troisième, Verdelet, resta si bien guérie qu'elle a été employée depuis lors au service de la pharmacie de l'hôpital, et une quatrième, Valnis, n'y est demeurée que parce qu'elle est orpheline et qu'elle n'a pu être réclamée par personne.

Quant aux deux autres malades, Sylvain et Peffert, chez lesquelles le cuivre n'avait jamais eu d'action ni sur la sensibilité ni sur les attaques, elles étaient restées et sont encore aujourd'hui dans le même état.

L'histoire de la demoiselle Seguerlay offre un très-grand intérêt, non-seulement parce que c'est à elle, ainsi qu'aux trois autres malades que nous avons citées, que nous devons en grande partie la découverte de l'action curative des métaux, et la connaissance de plusieurs autres faits également fort intéressants, tels que la curabilité de l'épilepsie par imitation, que nous regrettons en ce moment de ne pas pouvoir faire connaître avec détails, mais parce qu'elle offre un exemple bien frappant de ce que nous chercherons bientôt à démontrer, à savoir :

La relation ou le parallélisme parfait qui existe entre un grand nombre d'affections nerveuses et certaines formes de folie;

Les transformations successives et réciproques que subissent tout naturellement d'un côté les désordres nerveux, et de l'autre les troubles du moral et de l'intelligence, sans que pour cela il n'y ait jamais rien de changé que dans la forme;

La base presque toujours la même sur laquelle les uns et les autres reposent immédiatement, troubles en moins de la sensibilité, de la motilité, de la menstruation, etc., et l'impossibilité absolue de les guérir sans atteindre ces dernières fonctions, par des moyens quels qu'ils soient, mais capables de les rétablir dans toute leur intégrité.

(La fin au prochain numéro.)

---

critique, il vous faut le précepte. Or le précepte ici est une adresse; et puisque je vous ai détourné du précipice, c'est bien le moins que je vous mette dans la bonne voie. Tournez donc le dos, sans regret, à ces splendides demeures, toutes d'ailleurs plus ou moins humides par le niveau de leur sol et leur proximité des hautes futaies du parc, et allez, de ma part, vous installer à l'*hôtel de Lyon*. Assis auprès de douze à quinze plats; secondé dans vos choix par un service zélé, gracieux, provoquant même; *caquetant à l'aise les morceaux* avec d'officieux et aimables voisins, vous jouirez là dans leur plénitude des prérogatives ailleurs impudemment violées : l'égalité devant la cuiller de service, la fraternité entre convives, et, comme suite naturelle, la liberté... du gros intestin. Du reste, aussi commode dans sa distribution que prodigue pour le confortable hygiénique de sa cuisine, cette maison se recommande en outre par la salubrité incontestable de sa situation topographique (1); et vous me remercierez, ami lecteur, d'en avoir consigné à votre profit dans ces pages le véridique prospectus.

Vous parlerai-je des plaisirs de Vichy, du calme riant de ses alentours, des excursions à plus longue distance, d'Effiat, de l'Ardoisière, de Randan? Non; un INDICATEUR quelconque vous renseignera mieux à ce sujet, que je n'aurais ici le pouvoir et le temps de le faire. Mais ce que je ne tairai point, c'est l'affabilité remarquable de ses habitants, la variété des ressources qui s'y disputent vos loisirs, la magnificence des salons du cercle, et par dessus tout l'admirable composition du petit orchestre de Strauss, Strauss roi du rhythme, dieu du contre-temps, dont les dix musiciens, comme dix membres mus par une seule volonté, reproduisent, soit pour le fini d'exécution des solistes, soit pour l'harmonieux ensemble des *crescendo* et des *tutti*, les merveilles de nos premières scènes lyriques. Il est encore d'autres avantages promis aux heureux baigneurs; mais le sujet est trop délicat pour ma plume, et j'aime mieux en laisser la responsabilité au spirituel confrère qui a écrit : « C'est là que l'on rencontre le grand monde; et le plaisir qu'on y trouve fait naître tous les ans des mariages imprévus ou des affections qu'on dit être constantes » (1). Ne pas confondre avec les affections chroniques.

(1) Les inondations périodiques de l'Allier dans des bas-fonds vaseux et l'opération automnale du rouissage des chanvres exposent certains quartiers de Vichy aux fièvres intermittentes vers la fin d'août et le commencement de septembre. Cette influence, — qu'on pourrait neutraliser par des travaux peu coûteux d'endiguement en amont de la source des Célestins et par l'observance plus exacte du règlement qui défend le rouissage au voisinage de la ville, — cette influence, dis-je, est d'autant plus fâcheuse qu'un grand nombre de baigneurs viennent justement aux eaux pour combattre des suites de fièvres intermittentes rebelles, et qu'ils retombent ainsi, dans cette saison, sous l'effet de la cause même qu'ils avaient espéré vaincre définitivement.

(1) Barthez, GUIDE PRATIQUE DES MALADES AUX EAUX DE VICHY, p. 23.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UNE TUMEUR ENKYSTÉE DE L'ABDOMEN; par M. le docteur STANSKI.

On trouve dans les recueils scientifiques un grand nombre d'observations, dans lesquelles on parle des malades atteintes de tumeurs enkystées de l'ovaire, qui ont succombé à la suite d'un plus ou moins grand nombre de ponctions, mais jamais on n'a indiqué de quelle manière la mort peut arriver chez ces personnes; le fait suivant m'a paru présenter de l'intérêt en jetant quelque lumière sur ce sujet.

OBS. — Madame J....., âgée de 47 ans, rentière, d'une petite stature, très-maigre et sujette encore aux époques menstruelles. Elle a eu deux enfants, se portait ordinairement bien, si ce n'est que depuis vingt-deux ans elle était affectée de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Après avoir subi la paracentèse pour la première fois il y a dix-neuf ans, elle est devenue enceinte et accoucha heureusement; mais après l'accouchement, le ventre commença à augmenter de volume, et trois ans plus tard, la malade était sur le point de se faire ponctionner pour la seconde fois, lorsque l'ascite disparut spontanément après des évacuations très-abondantes des urines.

Depuis ce moment, le ventre ne grossissait pas bien sensiblement pendant près de deux ans; mais au bout de ce temps le liquide remplissait plus évidemment le kyste ovarique, et la malade fut ponctionnée par moi en 1840. La troisième ponction lui a été faite en 1843, la quatrième en 1846, la cinquième en 1849, et la sixième et dernière le 27 mai 1851. Ainsi on peut voir que les ponctions précédentes ont été faites tous les trois ans, et la dernière fut pratiquée avant la fin de la seconde année, tant la malade était fatiguée par la difficulté de respirer et par le volume du ventre; cependant les parois abdominales n'étaient pas excessivement tendues.

A chaque ponction, il a été retiré 20 litres d'un liquide limpide et incolore, et on a pu constater qu'il n'existait aucune tumeur dans la cavité abdominale comme complication du kyste de l'ovaire; après chaque opération, la malade se rétablissait bien, sans éprouver d'autres accidents qu'une gêne dans la respiration et une pesanteur qu'elle rapportait à la base de la poitrine; ces incommodités ne l'empêchaient pas de vaquer à ses affaires; elles se dissipaient au bout de quinze ou vingt jours. Durant la dernière opération déjà, la malade accusait la même pesanteur à la base du thorax, pendant que le liquide s'écoulait par le trocart. Après l'évacuation complète de ce liquide, les parois abdominales, flasques, formant une poche énorme, s'appliquèrent sur la colonne vertébrale et s'enfoncèrent profondément sous les côtes, on put voir alors combien le diaphragme avait été refoulé dans la poitrine, et par suite de ce refoulement combien avait diminué le diamètre vertical des poumons. En outre de ce fait, il n'existait aucun symptôme d'une lésion quelconque des organes respiratoires.

Après la ponction, le creux abdominal a été rempli avec des linges, et une ceinture a été placée autour du corps comme après les paracentèses précédentes, et si ce n'était le poids que la malade ressentait à la région diaphragmatique et un peu de gêne dans la respiration; elle était assez bien depuis midi jusqu'à sept heures du soir. A ce moment la respiration devint plus gênée, et il se manifesta un léger râle trachéal appréciable aux assistants, et l'opérée passa la nuit dans cette position sans m'en prévenir.

Le lendemain, à ma visite du matin, je l'ai trouvée couchée sur le dos avec une gêne évidente dans la respiration; sa parole était saccadée et un râle trachéal se faisait entendre même de loin; la figure était colorée et la malade se sentait faible. En la voyant dans cet état, on aurait pu croire qu'elle était prête d'expirer; mais, d'un autre côté, l'expression des yeux et de la figure, la netteté de son intelligence, la clarté de ses réponses, la régularité et la force du pouls éloignaient suffisamment l'idée d'une mort au moins très-prochaine.

La déglutition des liquides était difficile et la position assise impossible, à cause de la respiration, qui devenait plus gênée. La poitrine, examinée en avant et sur les deux côtés, présentent sa sonoréité normale; on y entendait du râle muqueux qui se confondait avec le râle trachéal; la région diaphragmatique présentait toujours un creux très-profond, et la respiration abdominale ne se faisait pas. Au soir de ce jour, la malade était mieux, mais pendant la nuit le râle et la gêne de la respiration ont reparu, et avec ces alternatives de mieux et de plus mal, la malade a vécu jusqu'au 2 juin, où elle expira à huit heures du matin, après avoir présenté un grand affaissement une forte dyspnée et un râle très-prononcé.

Pendant la durée de ces accidents, il lui a été administré des potions antispasmodiques, un vésicatoire sur le sternum et un autre sous le diaphragme furent appliqués et pansés avec la strychnine, la malade a pris du seigle ergoté, dans le but d'exciter la contractilité des fibres musculaires; enfin un vomitif provoqua des vomissements et amena, comme les autres moyens, une amélioration de peu de durée.

La première question qui se présente à l'esprit du lecteur de cette observation est sans aucun doute celle-ci : Quelle est la cause de la mort de cette malade, puisque rien ne faisait présumer une lésion grave d'un organe important quelconque? Pour bien comprendre la manière dont la mort est arrivée, il faut se rappeler les principaux accidents éprouvés après la ponction, la gêne de la respiration, l'impossibilité de rester dans la position assise, la grande difficulté pour avaler et pour tousser, la pesanteur ressentie par la malade à la base de la poitrine, le refoulement des parois de l'abdomen sous les côtes et surtout l'absence de la respiration abdominale, tous ces symptômes indiquaient évidemment une paralysie ou plutôt un défaut de contractilité du diaphragme, et il devient indubitable que, par suite de l'inaction de ce muscle, la respiration ne s'accomplissait qu'incomplètement, et la malade a dû succomber par asphyxie. Il ne sera pas difficile de se rendre compte de la manière dont est arrivée cette paralysie du diaphragme à ceux qui connaissent comment arrive l'inaction des parois de la vessie chez les personnes d'un âge plus ou moins avancé. Elle se produit par une distension des parois lente et prolongée par suite des évacuations incomplètes de l'urine. Du reste, sans chercher ailleurs des analogies, on peut voir chez les femmes auxquelles on fait des ponctions pour une grande accumulation du liquide dans le ventre, que les parois abdominales distendues forment une poche énorme et restent flasques pendant plus ou moins longtemps. Or si les parois antérieures formées par trois couches musculaires peuvent être distendues au point de perdre leur contractilité pendant un certain temps, pourquoi la même chose n'arriverait-elle pas avec le diaphragme, qui n'est formé que d'une seule couche musculaire?

Il est donc pour nous évident, et d'après les symptômes que nous avons observés et les réflexions dont nous faisons suivre notre observation, que la mort, dans ce cas, est le résultat de l'inaction du diaphragme par suite de sa distension forcée, prolongée et plusieurs fois répétée. Ce qui contribuait encore à l'inaction de ce muscle inspirateur, c'est que les poumons eux-mêmes, refoulés de bas en haut et ratatinés depuis longtemps, ont pris en quelque sorte l'habitude de leur position et ne reprenaient pas assez rapidement leurs dimensions normales.

Une objection qu'on pourrait faire à notre manière de voir au sujet des accidents et de la mort de notre opérée serait celle-ci : Si le diaphragme

---

Le corps médical de Vichy est nombreux et respectable. Variété d'âge, d'école, de doctrines, voire de prix, il a largement de quoi suffire aux besoins, aux caprices des malades. Nos confrères prospèrent, ils prospéreront tous, et, ce qui est mieux encore, ils prospèrent en multipliant les cures. Et pourtant les clients pâtissent ou du moins ils se plaignent, ils réclament. Perdu *incognito* au milieu d'eux, vivant de la même vie, partageant les sollicitudes, les impatiences, les alternatives de découragement et d'espoir qui leur sont familières, je suis naturellement devenu confident de leurs plus secrètes doléances. J'ai donc, en quelque sorte, recueilli les voix; et c'est ce jugement intime que je veux maintenant, dans leur propre intérêt, signifier à ceux qu'il concerne. Donc, ces messieurs — ce sont les malades qui parlent — se montrent plus que de raison inaccessibles. Bien fin qui pourrait prendre sur leurs heures précieuses le temps de leur faire lire une consultation motivée. Pour obtenir un examen détaillé, quelques paroles de consolation, la faculté de débiter sa confession générale, ce n'est pas trop d'être prince russe ou comtesse française. Qui ne connaît — toujours au dire des malades — les rebuffades historiques du docteur X, les imposantes allures du savant et gourmé docteur Z? Qui ne sait, chez le docteur Y, que, après les cinq minutes de rigueur, les pieds de son fauteuil se mettent à battre une marche dont le rhythme rappelle impérieusement au visiteur oublieux le mouvement de la retraite?

Tout exagéré que le bruit public m'ait forcé de vous le formuler, ne méprisez pas cet avertissement, chers et honorés confrères. Si j'ai consenti à m'en faire l'écho, c'est pour vous sans doute d'abord, mais surtout pour les malades, dont les plus chers intérêts sont directement menacés par cet état de choses; car si la vraie médecine se rend à plaisir inabordable, ne voyez-vous pas déjà, près de vous, le charlatanisme câlin et rampant, qui se fait tout à tous et chasse à coup sûr en prodiguant dans ses piéges l'appât que vous dédaignez d'employer. Enfin — je vous dois encore ce conseil — ne négligez jamais l'inspection directe, la percussion, le toucher, la palpation, etc. Tout baigneur, après une semaine de séjour, a bien vite découvert, s'il l'ignorait, qu'il possède un foie et une rate. De là à les sentir engorgés, obstrués, il n'y a pas plus loin que la longueur des *vasa breviora*. Aussi quand il entend un voisin raconter que l'on constate chez lui avec le plessimètre la diminution presque journalière de ces intéressants viscères, s'indigne-t-il sans mesure que son médecin omette un moyen si précieux. Son indignation est-elle entièrement injuste? Les désertions nombreuses que j'ai vues s'accomplir sur ce seul grief, aurais-je eu raison de chercher à les empêcher? C'est ce que je ne déciderai point. Je me borne à signaler le fait : à vous d'en tirer la conséquence. Mais jusque-là, médecins de Vichy, je vous le dis en vérité, si vous n'avez pas le temps d'écouter vos malades, auscultez-les; et — pour tout renfermer en un mot — si vous voulez toujours *palper*, palpez.

P. DIDAY.

était paralysé après la paracentèse, il devait l'être aussi avant cette opération; pourquoi alors la mort ne serait-elle arrivée qu'après l'opération? Cela tenait, selon nous, à ce qu'avant la ponction, la présence d'une grande quantité de liquide dans l'abdomen maintenait l'équilibre dans les fonctions des organes de la respiration et de la circulation; mais après l'évacuation du liquide, les veines abdominales soustraites à la compression permettaient un afflux du sang vers les poumons d'autant plus abondant que la malade restait dans la position couchée. Cette circonstance, jointe au défaut de la contraction du diaphragme a amené une sécrétion muqueuse plus abondante dans les bronches, par suite le râle trachéal, la gêne de la respiration, et à la fin la mort par asphyxie.

Il résulterait de ce fait que :

1° Dans les cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire, il ne faudrait pas mettre des intervalles trop longs entre les ponctions, pour ne pas amener une trop grande distension des parois abdominales et la paralysie du diaphragme;

2° Si une malade a déjà subi plusieurs ponctions, et que d'après la distension des parois abdominales et les autres symptômes, il y avait à craindre les accidents dont nous venons de parler, il serait plus prudent de ne pas évacuer tout le liquide à la fois, pour donner le temps nécessaire aux organes de reprendre peu à peu leurs positions et leurs fonctions normales.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publiés par K. VIERORDT.

(Suite.)

RECHERCHES SUR L'ACTION DE LA DIGITALE ET DE LA DIGITALINE; par le professeur STANNIUS.

Les expériences entreprises par le célèbre professeur de Rostock dans le but de rechercher l'action des nerfs sur les mouvements du cœur, quoiqu'elles n'aient pas eu les résultats que l'auteur en espérait, ont, sous d'autres rapports, une valeur réelle et sont dignes fixer de l'attention des physiologistes.

M. Stannius a administré l'infusion de digitale et la digitaline à des chats, des chiens, des lapins, à diverses espèces d'oiseaux et à des grenouilles. Le poison fut introduit dans la cavité abdominale, inoculé sous les téguments ou injecté dans les veines. Dans plusieurs expériences, on a coupé les nerfs vagues avant l'administration du poison, afin de voir si l'action de ce dernier sur le cœur se fait par la moelle allongée. Le fait le plus remarquable qui ressort de ces expériences, c'est la différence d'action du même médicament sur les carnassiers et sur les herbivores. La digitale et la digitaline agissent avec une intensité extraordinaire sur les chats; un demi-grain de digitaline suffit déjà pour tuer un chat adulte. Une dissolution de digitaline injectée dans les veines produit immédiatement les convulsions les plus violentes; le cœur s'arrête tout à coup et aucune espèce d'excitation ne peut plus provoquer de contractions. Cette paralysie complète du cœur ne dérive pas de la moelle, car elle n'est pas empêchée par la section des nerfs vagues; il faut donc admettre que le poison injecté dans les veines agit directement sur le cœur, soit sur les nerfs de cet organe, soit en même temps sur la substance musculaire elle-même dont il détruit la contractilité. Les effets du poison sur les lapins paraissent être très-peu sensibles; des doses qui auraient été mortelles pour les chats n'exerçaient pour ainsi dire aucune action sur les lapins, même quand le poison était injecté dans les veines. Il semble donc que l'intensité d'action de la digitale varie suivant le régime de l'animal; les herbivores en sont moins affectés que les carnassiers. Cette différence n'est pas aussi sensible pour les oiseaux; cependant M. Stannius a constaté que les pigeons supportent de plus fortes doses que les hiboux. Des expériences qui ont été faites sur les grenouilles, il résulte que ces batraciens sont à peu près insensibles aux effets toxiques de la digitaline.

A quoi faut-il attribuer ces effets si différents? La question n'est pas facile à résoudre; tout ce que l'on peut dire, c'est que l'activité du poison paraît liée à l'activité vitale; nous ne pensons pas qu'elle tienne uniquement à des qualités différentes du sang mais plutôt qu'elle dépend à la fois et des propriétés plus ou moins vivifiantes de ce liquide et de l'influence nerveuse qui varie chez les animaux, non-seulement en raison même de leur organisation, mais très-probablement aussi en raison du régime.

RÉVISION DES ANTHELMINTHIQUES; par le docteur KUCHENMEISTER (de Zittau).

Les essais entrepris dans le but de rechercher l'influence des divers médicaments reconnus comme anthelminthiques ont consisté à mettre diverses espèces d'entozoaires en contact avec ces médicaments délayés dans de l'albumine. L'auteur avait remarqué que l'on peut conserver vivants les vers intestinaux en les plongeant dans du blanc d'œuf à une température convenable. Il put de cette manière ranger les anthelminthiques d'après la durée de la vie des animaux mis en contact avec eux.

Le plus puissant des anthelminthiques est la santonine dissoute dans de l'huile. L'auteur conseille de la prescrire toujours sous cette forme, à la dose de 2 à 5 grains dans une once d'huile de ricin, à prendre par cuillerées à café. On pourrait remplacer l'huile par du jaune d'œuf et donner le lendemain un purgatif. Il convient de soutenir l'action du médicament par un régime lacté.

D'autres remèdes actifs sont les huiles de térébenthine, de pétrole, de cajeput; mais leur emploi est peu facile à cause de la répugnance qu'ils causent. Viennent ensuite le sel de cuisine, le sulfate de soude, les eaux minérales, puis l'ail, l'ognon, l'assa fœtida; mais le contact de ces dernières substances avec les vers doit être prolongé assez longtemps. Employés en lavement, ces médicaments ne sauraient agir que contre les vers qui habitent le rectum, les oxyures; or on peut s'épargner l'odeur désagréable qu'ils exhalent en les remplaçant par de simples lavements d'eau; les oxyures absorbent rapidement ce liquide et sont entraînés après chaque lavement. Presque tous les autres remèdes conseillés contre les vers doivent être rejetés. Les mercuriaux, les préparations de tanin, l'huile de ricin, l'aloès, la gomme gutte, n'ont qu'une action très-incertaine.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

MORT CAUSÉE PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME; par le docteur MAJER (à Ulm).

OBS. — Madame W..., âgée de 32 ans, de constitution très-forte; sauf quelques varices aux jambes et des abcès laiteux aux seins, elle a toujours joui d'une excellente santé.

Le 27 juin, cette femme fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. De très bonne humeur et n'attendant que la fin de l'opération pour prendre part au dîner qu'on venait de servir, elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari, placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien : Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme? A quoi celui-ci répondit : Des bourdonnements d'oreille. Le dentiste verse vingt à vingt-cinq gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et la place à quelque distance encore (*nicht allzu grosser naehe*) de la bouche et du nez. Après quatre à cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W... si elle ne ressentait pas encore des bourdonnements d'oreille; la réponse affirmative fut tremblotante, râlante; en même temps elle étendit fortement ses membres, la face devint bleuâtre, les yeux hagards, la tête et les bras s'affaissèrent; elle était morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut tellement court qu'on aurait pu à peine prononcer oui et non.

Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvements du thorax, les excitants sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge, etc., restèrent sans succès.

L'AUTOPSIE fut faite vingt-cinq heures après la mort, par une température de 15 degrés.

Il n'existait ni rigidité ni odeur cadavériques, sauf les lividités cadavériques assez prononcées et le boursouflement de la face et du cou, il n'y avait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête, il s'écoula beaucoup de sang spumeux; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air, assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

L'aspect, la consistance du cerveau et du cervelet à l'état normal, mais substance cérébrale manifestement plus riche en sang qu'à l'ordinaire; vaisseaux inférieurs de la dure-mère plus gorgés de sang que les supérieurs.

En incisant la carotide cérébrale et l'artère vertébrale, il s'en écoula du sang peu épais contenant aussi des bulles d'air; en général tout le sang offrait une consistance ténue et une couleur d'un rouge très-foncé. La cavité buccale, le gosier, l'épiglotte, la glotte à l'état normal, n'étaient ni rouges ni couverts de mucosités ou d'écume, par contre la muqueuse de la trachée, depuis le cartilage aryténoïde jusqu'à la bifurcation des bronches, était fortement injectée de sang et d'un aspect bleu rougeâtre. Les deux poumons, légèrement adhérents aux plèvres, présentaient au tiers supérieur une coloration d'un gris pâle, d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs remplis d'un sang rouge foncé, spumeux, ténu, sans vestige d'emphysème.

Cœur de grandeur et de position naturelles, d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque, sèche. Vaisseaux coronaires gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Oreillettes boursouflées non pas de sang, mais d'air. Pas de vestiges de sang dans l'oreillette droite, dans les deux ventri-

cules ; une petite cuillerée dans l'oreillette gauche. Artère pulmonaire, aorte, veines caves, à leur entrée dans le cœur, vides de sang.

Muqueuse de l'estomac fortement injectée ; ventricule complétement vide. Foie et reins gorgés d'un sang rouge spumeux. Rate, pancréas à l'état normal. Intestins ballonnés. Le peu de sang que renfermait la veine cave inférieure dégageait continuellement des bulles d'air.

La putréfaction est peu avancée dans l'intérieur du cadavre ; on ne perçoit nulle part l'odeur du chloroforme. Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du chloroforme qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé complétement pur.

Cette observation, reproduite consciencieusement avec tous ses détails, a beaucoup de rapports avec le cas de M. Gorré ; elle ne laisse certes pas de doute sur la cause de la mort, évidemment due à une disposition particulière de la victime ; car il est impossible de prendre plus de précautions que dans cette circonstance, et nous croyons fermement que cette issue fatale serait arrivée au médecin le plus expérimenté dans l'emploi du chloroforme.

Comment expliquer la formation de ces nombreuses bulles de gaz? De quelle nature est ce gaz? Doit-on lui imputer la mort? Est-il l'effet de la putréfaction ? Ce sont là des questions réservées à l'avenir.

CAS REMARQUABLE DE PLAIE PAR ARME A FEU; par M. le docteur BLUMHARDT (à Stuttgart).

OBS. — Dans l'autopsie du boucher Jacob Majer (de Steinenbronn), âgé de 46 ans, tué par imprudence le 19 août 1849, on trouva une balle dans le cœur droit, sans la moindre lésion de cet organe et du péricarde. La balle sortie du canon avait frappé à deux pas contre la rampe en bois d'un escalier, fait un ricochet et était entrée dans la partie postérieure gauche de la poitrine de Majer qui se trouvait sur l'escalier. Transporté chez lui, il expira vingt minutes après l'accident.

En ouvrant le thorax, on trouva huit chopines de sang dans la cavité droite de la poitrine, refoulant le poumon gauche et le cœur à droite, et on constata que la balle avait traversé de haut en bas la peau, les muscles, la moitié de l'omoplate gauche, la sixième côte (à 2 pouces et demi de la colonne vertébrale), le lobe postérieur du poumon gauche et la branche gauche de l'artère pulmonaire ; mais le projectile ne fut trouvé que lorsqu'on ouvrit le ventricule gauche. Le cœur et le péricarde, contenant peu de sérosité, étaient complétement intacts. Un examen plus attentif fit reconnaître que les membranes de la branche gauche de l'artère pulmonaire, à la bifurcation du tronc, étaient perforées d'un seul côté sans contre ouverture.

Il est probable que lors du transport du blessé à sa demeure, la balle est tombée, à travers le tronc de l'artère pulmonaire, dans le ventricule droit.

TRAITEMENT DU CROUP PAR DES MOYENS EXTERNES ; par M. le docteur WALTHER (à Altdorf-Weingarten).

Après avoir expérimenté avec peu de succès les différents traitements généralement employés contre le croup, l'auteur préconise les frictions suivantes comme le moyen le plus efficace contre cette maladie très-fréquente dans le pays où il exerce : Un onguent composé d'opium en poudre, à la dose d'un à 2 gros mélangé à 2 onces de graisse de porc, sert à frictionner toutes les deux heures sur tout le corps, à l'exception de la tête. Cette portion, épuisée dans vingt-quatre à trente-six heures, est répétée deux à trois fois, rarement quatre à cinq fois pour obtenir une guérison complète. Ces frictions employées dans 15 cas, sans qu'on ait observé le moindre inconvénient sur le système nerveux cérébral, ont été suivies de guérison douze fois au bout de deux à trois jours. Chez trois autres enfants, après une amélioration notable, des accès de suffocation s'étant de nouveau déclarés, on eut recours à la pommade d'onguent d'Autenrieth en frictions sur le cou. (Poudre de cantharide, deutochlorure de mercure, chlorure d'antimoine, de chaque 1 gros; onguent basilicum, une demi once.) Ces frictions sont, d'après l'auteur, plus efficaces encore que les premières, et doivent être généralement employées lorsque les autres moyens ont échoué et que le danger est imminent. Il suffit, dit-il, de trois à quatre frictions sur la partie antérieure et latérale du cou et sur la poitrine jusqu'à 1 à 2 pouces au-dessus du creux de l'estomac pour obtenir le résultat désiré. Mais bientôt le cou et la poitrine se gonflent fortement, les douleurs deviennent quelquefois insupportables, des escarres se forment et la guérison très-lente laisse après elle des cicatrices difformes très-gênantes surtout pour des filles. Outre les inconvénients de cette action locale, on observe des symptômes qui dénotent évidemment un effet général du médicament ; une fièvre courte est bientôt remplacée par une asthénie quelquefois très-inquiétante; l'auteur est cependant toujours parvenu à la dissiper par l'éther phosphorique (4 gouttes sur une once et demie de liquide, à prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures). Dans quelques cas, on a noté une salivation.

DE L'IRITIS SYPHILITIQUE ; par le docteur HOERING (à Ludwigsbourg).

Dans 2 cas d'iritis syphilitique dont l'un a été très-grave et chez lequel les mercuriaux jusqu'à produire une salivation, l'iodure de potassium, etc., sont restés sans effet, l'auteur a employé avec beaucoup d'efficacité l'huile de térébenthine (1 gros et demi, miel une once et demie, à prendre par cuillerées à café en deux jours), préconisée par M. le docteur Helbert, médecin du grand hôpital de Hambourg.

Espérons que l'expérience viendra confirmer l'utilité de ce moyen contre cette maladie souvent rebelle à toutes nos médications, ou au moins suivie d'affections consécutives très-préjudiciables à la vue.

III. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE.

Les 27e et 28e volumes contiennent les articles suivants : 1° *Observations et réflexions relatives aux accouchements et à la gynécologie;* par le docteur Hofmann. 2° *Sur une maladie du placenta ;* par M. Kilian. 3° *Sur l'existence du foie dans le cordon ombilical comme un vice d'organisation dépendant du premier développement;* par M. Neugebauer. (Hernie ombilicale contenant le foie ; l'auteur regarde cette anomalie comme s'étant produite avant la fermeture des parois abdominales par la fusion trop hâtive de la veine porte et de la veine ombilicale. L'enfant devint ictérique le jour même de sa naissance et mourut quatre jours après.) 4° *Le sang de la femme au service du fœtus ;* par M. de Ritgen. (Suite.) 5° *Observations obstétricales faites pendant les années* 1838 *à* 1848 ; par M. Geuth. (Rien d'inconnu.) 6° *Compte rendu de la Clinique d'accouchement de Halle, en* 1848 (Rien de saillant.) 7° *Fragments sur l'enclavement de la tête dans le bassin;* par M. Fuchs. (Recueil d'observations suivies de réflexions sur les causes de l'enclavement et sur la conduite à tenir par l'accoucheur.) 8° *De l'air-tractor obstétrical de Simpson;* par M. Holl. (Critique de cet appareil destiné à remplacer le forceps.) 9° *Observations sur l'action du chloroforme dans les opérations obstétricales;* par M. Hüter. (En publiant cette série d'observations, en effet très peu concluantes, l'auteur cherche, non à bannir le chloroforme du domaine des accouchements, mais à restreindre son usage aux cas spéciaux.) 10° *Rapport sur les maisons d'accouchements, et de l'enseignement pratique obstétrical à Londres et à Dublin ;* par M. Levy. (Traduit de l'anglais.) 11° *Sur les dépôts de matière osseuse, superficiels ou profonds, dans les synostoses des symphyses du bassin;* par M. de Ritgen. (Description de plusieurs bassins difformes et synostosés.) 12° *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements ;* par M. Helfst. 13° *Rapport statistique sur la pratique obstétricale particulière du docteur Clarke;* par le même. (Extraits d'ouvrages anglais.) 14° *De la Clinique d'accouchement à Berlin* 1836 à 1841 ; par M. Busch. 15° *De l'emploi du chloroforme en Angleterre;* par M. de Siebold. 16° *Pourquoi la tête de l'enfant est-elle ordinairement tournée vers le bassin?* par M. Præbsting. (L'auteur examine la position de l'œuf dans les vertébrés supérieurs et développe les deux principes suivants : 1° la nature dispose les parties de manière à leur conserver la forme d'un œuf non-seulement pendant le développement du fœtus, mais aussi pendant son passage à travers le bassin; 2° l'ouverture des organes respiratoires du fœtus se trouve toujours, dans l'œuf des animaux supérieurs, aussi rapprochée que possible de l'air atmosphérique.) 17° *Fragments pour servir à la connaissance des ligaments ronds;* par M. Rau.

SUR UNE MALADIE DU PLACENTA; par le docteur FR. M. KILIAN (de Mayence).

Les rapports de causalité qui peuvent exister entre les maladies du placenta et la mort du fœtus sont encore très obscurs; il est, en général, assez difficile d'établir si les lésions morbides du placenta sont primitives, et ont entraîné la perte du fruit, ou si, au contraire, elles sont consécutives à la maladie et à la mort du fœtus. Le fait observé par le docteur Kilian, quoique difficile à expliquer, est intéressant parce qu'il nous révèle une altération du placenta que personne n'avait encore signalée, et nous montre combien il est important d'avoir recours au microscope dans les recherches d'anatomie pathologique.

M. Kilian ayant examiné le placenta d'un fœtus qui était mort quatorze jours avant l'accouchement, trouva les extrémités des vaisseaux de la surface utérine du placenta entièrement remplies de globules graisseux, serrés les uns contre les autres, et obstruant la lumière des vaisseaux au point de les rendre opaques; il n'y avait plus aucune trace de corpuscules sanguins. Le tissu du placenta était en partie ramolli et présentait, sur un point seulement, un très petit foyer apoplectique de la grosseur d'une noisette. On trouva, d'un autre côté, une forte extravasation sous le cuir chevelu et une coloration rougeâtre de la pulpe cérébrale qui était réduite en bouillie par

suite du long séjour du fœtus dans la matrice. Le cordon ombilical était fortement congestionné, d'un rouge brun foncé, les parois de ses vaisseaux ramollis, leurs éléments fibreux, c'est-à-dire les fibres musculaires lisses renfermaient quelques gouttelettes de graisse, premier indice d'une métamorphose régressive.

Cherchant à se rendre compte des lésions du placenta et de leurs rapports de causalité avec la mort du fœtus, l'auteur s'arrête d'abord à l'idée que la mort a été produite par une congestion vers le cerveau, et que la production de la graisse dans les vaisseaux du placenta n'a eu lieu qu'après la mort, par suite de la décomposition du sang. Mais le docteur Kilian élève lui-même des doutes sur cette interprétation; il ne connaît pas de fait qui montre que le sang stagnant dans les vaisseaux puisse se changer en véritable graisse, et d'ailleurs cette altération aurait dû exister dans toute l'étendue des vaisseaux, tandis qu'on ne la rencontrait que dans leurs dernières ramifications; le reste du vaisseau renfermait des globules sanguins non-peu altérés. Il paraît donc que la transformation du sang en graisse a eu lieu pendant la vie du fœtus, soit qu'elle ait précédé l'état morbide de ce dernier et déterminé la congestion cérébrale par l'obturation des vaisseaux, soit qu'elle ait accompagné les derniers instants de sa vie et qu'elle n'ait été que l'effet de son état de langueur et de dépérissement.

Virchow et Reinhardt ont établi que l'apparition de la graisse dans les cellules et dans les fibres est l'expression de la mort de la cellule et annonce un commencement de décomposition déterminée par la cessation de certaines conditions intérieures sans lesquelles la cellule ne peut plus exister comme atome organique. La cellule se remplit donc peu à peu de graisse, puis sa membrane propre éclate ou se dissout et la graisse devient libre. L'auteur a observé cette dégénérescence graisseuse dans la caduque, dans le tissu cellulaire du cordon et dans les fibres annulaires des artères ombilicales, de même que dans le placenta, ce qui doit la faire regarder comme une métamorphose régressive ou comme un phénomène d'involution qui se manifeste dans l'organisme vivant.

D'après cela, M. Kilian pense que les cellules épithéliales des vaisseaux se sont d'abord remplies de gouttelettes graisseuses et que celles-ci se sont ensuite répandues dans l'intérieur des tubes vasculaires. Cependant, s'il en était ainsi, on pourrait se demander ce que sont devenus les corpuscules sanguins; on devrait les retrouver au milieu des amas de vésicules graisseuses, ce qui n'est pas. Il nous semble plus naturel d'admettre que ce sont les corpuscules sanguins eux-mêmes qui, n'étant plus soumis aux influences qui les maintenaient dans leur nature propre, ont subi la dégénérescence graisseuse. Une observation que l'un de nous vient tout récemment de faire, sur des poissons récemment éclos, nous semble de nature à montrer que les globules sanguins eux-mêmes peuvent se changer en graisse dans l'intérieur des vaisseaux. Ayant mis sur une plaque de verre une petite perche âgée de quelques jours et dont la vessie vitellaire était réduite de plus de moitié, il remarqua que les corpuscules sanguins, à mesure qu'ils cheminaient moins rapidement et s'accumulaient dans les vaisseaux, changeaient de forme, augmentaient de volume et finissaient par prendre l'aspect de gouttelettes huileuses qui se déformaient quand elles étaient pressées les unes contre les autres. Cette observation fut répétée maintes fois et toujours avec le même résultat, et quand on déchirait le corps du poisson pour en faire sortir les corpuscules sanguins, ceux-ci prenaient immédiatement la forme sphérique et ressemblaient tout à fait à des globules de graisse liquide. Il est hors de doute que cette dégénérescence se produisait sous les yeux de l'observateur pendant la vie même de l'animal; elle commençait dès que l'activité vitale se ralentissait sensiblement et produisait des stases dans les vaisseaux. Il est possible que cette remarquable altération des corpuscules sanguins n'ait lieu que pendant la vie fœtale et qu'elle soit liée à des stases sanguines.

Le fait que nous venons de citer nous semble du même ordre que l'observation du docteur Kilian; mais nous ne saurions dire si c'est la transformation des corpuscules sanguins en graisse qui a produit les stases dont le cerveau surtout paraît avoir offert des traces évidentes, ou si plutôt la dégénérescence graisseuse n'a pas été ici, comme dans les petits poissons, l'expression d'une grande perturbation dans l'organisme, par suite de la cessation lente et progressive de la vie.

FRAGMENTS POUR SERVIR A LA CONNAISSANCE DES LIGAMENTS RONDS; par le docteur L. RAU (de Heidelberg).

L'auteur a réuni dans cette monographie pleine d'érudition tout ce que l'on sait sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des ligaments ronds de la matrice. Ils se composent, d'après ses propres recherches faites sous un grossissement de 300 diamètres, de fibres musculaires organiques dont la réunion constitue les stries longitudinales qu'on distingue à l'œil nu. La portion de ces ligaments qui fait partie des organes génitaux externes est en grande partie formée de tissu connectif; les expansions seulement sont musculeuses. Ces cordons doivent être considérés comme une continuation de l'utérus; leurs fibres s'étalent en éventail sur les deux moitiés de cet organe, particulièrement sur sa paroi antérieure; elles se continuent avec les couches musculeuses superficielles et s'étendent même jusqu'à la couche moyenne. A leur passage à travers le canal inguinal ils reçoivent des faisceaux musculeux qui proviennent des muscles abdominaux; enfin l'auteur s'est assuré, comme on l'admet généralement, que leurs fibres se portent jusqu'au pubis et s'attachent à la face externe de la branche horizontale, à la crête et à la symphyse. L'auteur examine longuement la question concernant l'usage de ces organes qu'on était habitué à regarder comme servant à fixer et à soutenir la matrice. Ce n'est que pendant la gestation que les ligaments ronds entrent réellement en activité; leurs faisceaux musculaires se développent en même temps que ceux de la matrice; ils acquièrent un volume considérable et, quand vient la parturition, leurs nombreux points d'attache au bassin et leur continuité avec l'utérus ont alors une importance réelle, car ils soutiennent l'utérus pendant son abaissement, et le fixent au-dessus du détroit supérieur pendant les contractions en spirale de cet organe.

Après ces considérations physiologiques sur l'usage des ligaments ronds, l'auteur expose ce que l'on sait sur leurs maladies d'après les auteurs français, allemands et anglais, tant anciens que modernes. Cette seconde partie renferme des faits curieux, mais qui, n'étant pas nouveaux, ne doivent pas trouver place dans une analyse.

MAURICE RUEFZ et A. LEREBOULLET.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE 20 SEPTEMBRE 1852. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

EXTRÉMITÉS DES MAMMIFÈRES RAMENÉS, COMME LA MAIN ET LE PIED DE L'HOMME, AU TYPE PENTADACTYLE.

M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente, au nom de MM. N. JOLY et A. LAVOCAT (de Toulouse), un mémoire d'anatomie comparée intitulé: ÉTUDES D'ANATOMIE PHILOSOPHIQUE SUR LA MAIN ET LE PIED DE L'HOMME ET SUR LES EXTRÉMITÉS DES MAMMIFÈRES, RAMENÉES AU TYPE PENTADACTYLE.

Les auteurs cherchent à démontrer, dans ce travail, par l'analogie, le raisonnement et l'observation directe, que, malgré les formes si variées que prennent la main et le pied, considérés dans l'ensemble des mammifères, malgré les usages si divers auxquels ils sont affectés, ces deux extrémités sont néanmoins construites sur un même plan et peuvent être ramenées au même type: la *pentadactylie*.

Pour arriver à cette démonstration, appuyés sur les principes féconds de la théorie des analogues, ils se livrent d'abord à une nouvelle étude de la main et du pied de l'homme, et après avoir établi, contrairement à l'opinion partout dominante, qu'il y a réellement *dix os carpiens*, ils prouvent qu'il existe aussi *dix os tarsiens*. Ces os sont disposés sur deux rangs, formés chacun de cinq pièces correspondant aux cinq métacarpiens qui, eux-mêmes, correspondent chacun à *trois* phalanges.

Les os carpiens et tarsiens sont donc, dans un rapport numérique exact avec ceux du métacarpe et du métatarse, et par conséquent aussi avec les doigts, dont ils font réellement partie. Ces mêmes os sont plus constants que tous ceux qui entrent dans la composition de la main et du pied; mais souvent ils se soudent entre eux, d'après des combinaisons très-diverses, et ces soudures masquent (ruminants, solipèdes), sans le détruire, le type quinaire, parfois aussi très-évident (taupe, cochon d'Inde, agouti, echidné, ornithorhynque, etc.).

En général, ce type quinaire ou pentadactyle est facile à constater chez les mammifères onguiculés, bien que Vicq d'Azyr ait formé parmi eux huit classes, fondées sur le nombre apparent, mais non réel, des doigts. Aussi, MM. Joly et Lavocat ne s'arrêtent-ils pas à faire ressortir ici une vérité qui n'a point échappé à Cuvier, et qui maintenant est assez généralement admise. Ils se bornent, en ce qui concerne les onguiculés, à signaler une erreur de ce grand naturaliste relative au nombre des phalanges qu'on trouve aux doigts des chauves-souris (ce nombre est normal), et à redresser une interprétation très-fautive des os en faucille de la main et du pied de la taupe. Selon eux, ces os ne sont rien autre chose que l'apophyse styloïde détachée du radius, ou bien la malléole interne, également détachée du tibia et reportée au pied.

Bien qu'il soit beaucoup moins aisé de ramener au type pentadactyle les mammifères ongulés, MM. Joly et Lavocat parviennent à démontrer l'existence de ce type chez les pachydermes, les ruminants.

Quant aux solipèdes, si improprement nommés *monodactyles*, en se basant sur des considérations empruntées à la tératologie, à l'anatomie comparée et à la paléontologie, ils croient avoir démontré que:

1° Leur grand doigt, généralement regardé comme unique, est double en réalité et représente les deux grands doigts (index et annulaire) du porc et des ruminants; 2° l'auriculaire et l'index sont évidemment représentés par les stylets métacarpiens; 3° le pouce, seul de tous les doigts qui, chez les mammifères marcheurs se modifie le plus, en raison de son peu d'importance fonctionnelle, le pouce est indiqué, chez le cheval, par cette excroissance cornée à laquelle les

vétérinaires ont donné le nom de *châtaigne*, et que l'on voit à la face interne des membres thoraciques et des membres pelviens dans la région carpienne et tarsienne.

Enfin, d'après quelques exemples cités par MM. Joly et Lavorat, la paléontologie viendrait à l'appui de ces conclusions et les confirmerait de la manière la plus heureuse et la plus éclatante.

« On le voit par tout ce qui précède, ajoutent ces auteurs, afin d'établir les analogies souvent virtuelles, pour ainsi dire, entre les extrémités de l'homme et celles des mammifères, nos comparaisons devaient naturellement porter sur les pièces vraiment essentielles de ces extrémités.

»Or, avons-nous dit, les os du carpe sont en quelque sorte la base fondamentale de la main, comme ceux du tarse sont la base fondamentale du pied. Ils ont chacun, et surtout ceux des rangées métacarpienne et métatarsienne, une valeur et une signification qui traduisent assez fidèlement l'état souvent obscur des doigts. C'est donc l'examen comparatif des os du carpe et du tarse qui devait être plus particulièrement l'objet de nos recherches. Par ce moyen si simple, qui est la clef de notre méthode, nous sommes arrivés à des résultats que nous n'aurions certainement pas obtenus si, comme nos devanciers, nous nous étions bornés à la région phalangienne, région tellement modifiable, qu'elle donne à certains mammifères l'apparence de ne posséder essentiellement qu'un, deux, trois ou quatre doigts. De là sont venus les termes de monodactyles, didactyles, tridactyles, tétradactyles réguliers ou irréguliers; toutes dénominations erronées en ce sens que, d'après des caractères superficiels et inexacts, elles établissent une profonde division entre des animaux qui, en réalité et à ce même point de vue, se rapprochent et se groupent sous un même type: la pentadactylie.» (Com.: MM. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et Duvernoy).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce qui informe l'Académie qu'il vient de décider qu'une commission mixte sera formée pour examiner tous les documents relatifs à l'épidémie du choléra de 1849, et en faire l'objet d'un rapport spécial au double point de vue scientifique et administratif. Cette commission sera composée de six membres dont trois seront pris dans le sein de l'Académie de médecine, et les trois autres parmi les membres du comité consultatif d'hygiène. Le ministre invite, en conséquence, l'Académie à lui faire connaître les trois membres qu'elle aura désignés pour faire partie de cette commission.

Le même ministre transmet plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. MARIER communique une observation de coliques de plomb recueillie sur un ouvrier fondeur en caractères d'imprimerie. (Comm. : MM. Chevallier et Grisolle.)

—M. ARMAND, aide-major au 36e de ligne, adresse un mémoire intitulé: ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES SUR LES FIÈVRES DE L'ALGÉRIE ET DE L'ITALIE CENTRALE. (Comm. : MM. Bousquet et Michel Levy.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. GIBERT demande, à son tour, la permission de résumer en peu de mots l'opinion qu'une expérience spéciale lui a permis de se faire sur la question qui s'agite devant l'Académie.

Il avoue ne pas attacher une grande valeur aux expériences invoquées pour ou contre la transmissibilité des accidents primitifs et secondaires de la syphilis; il s'en tient à ce qu'enseigne l'observation clinique qui vient confirmer tous les jours les assertions émises par les auteurs du siècle dernier sur les caractères, la marche et la transmissibilité de ces accidents.

Il s'explique assez, d'ailleurs, comment il y a toujours eu quelque désaccord sur ces matières entre les chirurgiens de l'hôpital du Midi et les médecins de l'hôpital Saint-Louis. Là sont reunis tous les malades récemment atteints de syphilis; ici se rencontre un grand nombre d'exemples de syphilis ancienne et tardive.

Je me bornerai donc, dit-il, à rappeler que j'ai publié moi-même, dans mon *Manuel des maladies vénériennes* et dans plusieurs mémoires académiques, des exemples incontestables de syphilis *tardive* et de transmission des accidents *secondaires* dans les conditions spéciales qui permettent exceptionnellement à la contagion de se produire.

Quant à l'objection tirée de la *rareté* de ces exemples et du grand nombre de syphilis *secondaires*, je me permettrai de demander à M. Ricord s'il pourrait tirer un argument contre la contagion de la *gale*, de la fréquence de la maladie et de l'absence de la transmission aux médecins de l'hôpital Saint-Louis qui vivent au milieu des galeux.

Parmi les accidents secondaires que mes propres observations m'ont permis de constater, je citerai les ulcères *consécutifs* des systèmes muqueux et tégumentaire, la syphilide papuleuse et squammeuse, la syphilide tuberculeuse et pustuleuse, les végétations.. qui se sont communiqués d'un mari à une femme saine, d'un nourrisson à une nourrice et à d'autres enfants habitant sous le même toit, en relations intimes habituelles avec le sujet infecté.

Je sais bien qu'à l'aide d'une critique qui s'appuie sur des interprétations, des suppositions assaisonnées de quelque peu de raillerie, il y a moyen de révoquer en doute la contagion des accidents *secondaires*... Mais je sais aussi que pour les esprits prévenus et les faiseurs de systèmes, il n'y a de vérités que celles qui cadrent avec leurs théories, d'observations authentiques que celles qu'ils ont eux-mêmes rédigées, d'interrogatoires bien faits et de commémoratifs bien recueillis que ceux opérés sous leur direction. Je sais enfin que, s'il peut arriver qu'on soit induit en erreur par le récit mensonger de certains malades, il n'est pas rare non plus qu'en tourmentant ceux-ci de questions dirigées vers un but fixé à l'avance, on réussisse à leur faire dire tout ce qu'on veut et que l'on arrive à tracer un historique qu'on a bien et dûment composé soi-même pour les besoins de la cause.

Je me résume en émettant les assertions suivantes comme des propositions sanctionnées par l'observation clinique :

1° Les symptômes *primitifs* de la syphilis sont multiples.

2° La marche rigoureuse et régulière qu'on a voulu fixer au développement des accidents *secondaires* est loin d'être constante.

3° Ces accidents peuvent exceptionnellement se montrer contagieux dans des conditions particulières de communications intimes et de cohabitation assidue.

4° L'inoculation expérimentale ne me paraît devoir être introduite dans la pratique commune, ni comme moyen préventif, ni comme moyen curatif, ni même comme moyen de *diagnostic* .. attendu qu'elle ne prouve pas absolument la non-contagion quand elle échoue, et que quand elle réussit, outre qu'elle n'est pas sans inconvénients, elle peut être suppléée par les autres éléments du diagnostic clinique.

Je n'ajouterai plus que quelques mots pour me défendre contre certaines critiques de M. Ricord, qui ne me paraissent nullement fondées.

D'abord, il feint de croire que tous ceux qui se refusent à admettre la doctrine rigoureuse et précise qu'il regarde comme un progrès constant et définitif, sont nécessairement les partisans de ces erreurs depuis longtemps condamnées et vouées à l'oubli qu'il est si facile aujourd'hui de tourner en ridicule.

Qu'il veuille bien ne pas nous juger si crédules, mais surtout qu'il ne se vante pas trop d'un progrès qui compte au moins trois siècles. Voici, en effet, ce que disait Fernel vers le milieu du seizième siècle :

« Il faut regarder *comme des fables* les récits qui ont pu faire croire au développement du mal par des influences aériennes ou alimentaires, dans des couvents de filles cloîtrées qui n'auraient eu aucun commerce avec l'homme, etc. »

Ce même Fernel non-seulement admettait, comme M. Ricord, des périodes successives dans le développement des accidents *consécutifs* de la syphilis, mais même il comptait quatre périodes au lieu de trois. Un autre auteur contemporain, Botal, fixait entre deux et quatre mois d'infection, le développement de la syphilis *consécutive*, que M. Ricord veut aujourd'hui enfermer dans une période de six mois. On pourrait aussi, sans parler de B. Bell, citer plus d'un auteur de la fin du dernier siècle ou du commencement de celui-ci, qui, pour caractériser la blennorrhagie *syphilitique*, avait admis l'hypothèse d'un chancre dans l'urètre.

D'ailleurs, quand M. Ricord lui-même se tire si difficilement de l'argumentation qui lui oppose la contagion des *papules muqueuses*, des *végétations*, des *syphilides* de l'enfant nouveau-né, etc., il faut bien qu'il avoue qu'il y a encore, même pour lui, des points obscurs et difficiles dans l'histoire de la syphilis.

Dois-je répondre à la petite critique qu'il m'a adressée personnellement sur la forme *prétendue* pustuleuse du chancre primitif?

Mais, qu'ai-je dit, et cela à propos d'une méthode dite *ectrotique*, qui posait en principe pour une cautérisation préventive efficace, le déchirement avec la pointe d'une lancette de la vésicule ou de la pustule initiale du chancre? J'ai dit: le chancre *primitif*, c'est-à-dire le chancre ordinaire du prépuce ou du gland, ne se présente point sous la forme pustuleuse. C'est là une question de fait qu'il était bien facile à M. Ricord de trancher dans sa position spéciale. Croit-il m'avoir répondu en disant : la forme pustuleuse est celle du chancre *cutané* produit par inoculation?

Félicitons-nous, d'ailleurs, messieurs, de ces luttes et de ces discussions; elles tendent à nous rendre plus soigneux, plus attentifs, plus laborieux, et en définitive, elles doivent tourner au profit de la science et de l'humanité.

»M. ROUX, tout en reconnaissant ce qu'il y a de bon et d'important dans la doctrine de M. Ricord, ne peut cependant en adopter tous les points; pour ce qui concerne en particulier la transmissibilité des accidents consécutifs qui font l'objet de cette discussion, il penche plutôt vers l'opinion de MM. Velpeau et Gibert.

Des faits nombreux l'ont convaincu que les accidents consécutifs sont susceptibles de se transmettre. Il n'en citera pour le moment que les deux exemples suivants :

M. Roux fut consulté, il y a quelques années, par un jeune homme qui avait une énorme végétation, un chou-fleur, au prépuce. C'était le seul symptôme de vérole constitutionnelle qu'il eût eu ce moment. Ce jeune homme allait se marier, et son embarras était grand, parce que le mariage était irrévocablement fixe et dans un terme si court qu'il était impossible qu'il pût être guéri dans l'intervalle. Sur les observations que M. Roux lui fit relativement aux dangers auxquels il allait exposer la jeune femme, il promit que jusqu'à ce que sa guérison fût complète il se comporterait vis-à-vis de sa femme comme s'ils n'étaient point mariés, ce que la jeunesse et l'ingénuité de sa future rendraient facile. Mais, ajouta M. Roux, le diable est bien malin! Ce pauvre jeune homme ne put tenir sa promesse, et quelque temps après il m'amena sa jeune femme avec la plus belle vérole primitive que j'aie jamais vue.

Autre exemple. M. Roux fut consulté par une dame d'une cinquantaine d'années qui portait une magnifique ulcération syphilitique à la gorge. Cette dame n'avait eu auparavant et n'avait en ce moment même aucun autre symp-

tôme syphilitique. Son mari n'avait rien non plus. La fidélité conjugale de cette femme ne pouvait être mise en doute. Interrogée avec la plus grande insistance sur l'origine probable de cet accident, elle ne pouvait s'en rendre compte, lorsqu'enfin, poussée de questions, elle finit par se souvenir qu'elle avait été embrassée naguère avec ardeur par son fils qui revenait de voyage et qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Or ce fils avait en ce moment des accidents syphilitiques constitutionnels et notamment des ulcérations syphilitiques à la langue.

M. Ricord répond d'abord à M. Gibert. Il y a, dit-il, un argument de M. Gibert qui n'est plus admissible aujourd'hui, et contre lequel je m'insurge de toutes mes forces. M. Gibert dit qu'à l'hôpital du Midi on ne voit que la première période de la syphilis, tandis que l'hôpital Saint-Louis aurait le privilége à peu près exclusif de voir la vérole constitutionnelle. Cela était vrai autrefois. Les malades atteints d'accidents primitifs seulement étaient dirigés sur l'hôpital du Midi, tandis que Saint-Louis recevait les sujets atteints d'accidents secondaires et tertiaires. Mais cela n'est plus. L'hôpital du Midi garde tout, et l'on peut dire maintenant, à juste titre, qu'il renferme la plus belle collection de la vérole du dix-neuvième siècle. M. Ricord renverra donc l'argument aux médecins de Saint-Louis, qui, eux, ne voient pas la vérole primitive.

M. Ricord réfute ensuite un second argument de M. Gibert relatif aux caractères des accidents primitifs. Il s'agit de la distinction entre les divers degrés et les diverses formes d'accidents primitifs, et des transformations diverses du chancre que M. Gibert ne veut pas admettre. C'est là une question de fait et de méthode d'observation. Si M. Gibert ne veut pas admettre la même manière d'observer les faits, il est évident qu'il n'arrivera point aux mêmes résultats; et dès lors l'argument tombe de lui-même.

Enfin, M. Gibert reproche à M. Ricord de n'avoir fait que reproduire des opinions anciennes, et il l'engage à se vanter un peu moins d'un progrès qui date de trois siècles. Mais, répond M. Ricord, pourquoi les avait-on oubliées, ces opinions anciennes, si elles étaient bonnes? On les avait laissées tomber à tort, je les ai relevées.

A M. Roux, M. Ricord ne trouve que deux réponses à faire. Pour le fait de la jeune femme qui a contracté une vérole complète par suite de ses rapports avec son mari qui n'avait qu'une végétation au prepuce, il n'y a qu'un commentaire possible, et ce commentaire, c'est M. Roux lui-même qui l'a trouvé.... c'est que le diable est bien malin! (Hilarité générale.)

Quant au fait de la femme de 50 ans, M. Ricord n'y voit qu'une chose très-simple et qui vient parfaitement à l'appui de l'interprétation qu'il a donnée au fait si vivement débattu dans toute cette discussion, celui de M. L.... C'est en effet, à ses yeux, un nouvel exemple d'accident primitif développé sur la gorge par suite d'un baiser infectant sur les lèvres, car pour lui, ce que M. Roux considère comme des accidents secondaires, chez le fils de cette dame, c'était en réalité des accidents primitifs.

M. Ricord répondant enfin à la dernière argumentation de M. Velpeau, entre sur les faits qui ont été l'objet de la critique de son contradicteur, dans des détails tellement étendus qu'il nous est impossible de reproduire de souvenir cette dernière partie de son argumentation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE, PRÉCÉDÉ D'UN PRÉCIS SUR L'HYGIÈNE ET L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES JEUNES ENFANTS; par M. E. BOUCHUT, médecin des hôpitaux, etc. — Deuxième édition, un fort volume, in-8°. — Paris, 1852. — Chez J.-B. Baillière.

Lorsque M. Bouchut publia la première édition de son TRAITÉ DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS sous le titre modeste de *Manuel* et sous l'humble *format in-12*, la GAZETTE MÉDICALE, ne faisant que précéder en cela l'opinion publique, accueillit ce livre avec faveur et accorda de justes éloges au jeune médecin qui, avec non moins d'intelligence que de zèle, venait de mettre au service de ses confrères le fruit des leçons de ses maîtres et de ses propres études sur une classe d'affections dont quelques-unes n'avaient été que très-incomplétement étudiées encore jusque-là. Si le volume que M. Bouchut publie aujourd'hui n'était qu'une simple réédition, nous n'aurions qu'à en constater le succès, en nous référant pour son appréciation à ce qui en a été dit à l'occasion de sa première publication. Mais, à sept années de date, le *Manuel* est devenu un *Traité*; l'in-12 a pris les proportions d'un volumineux in-8°; et l'auteur, désormais en droit d'invoquer sa propre expérience, a pu mettre cette fois sa personnalité plus en relief, et en engageant d'une manière plus immédiate sa responsabilité, il a mis ainsi par là la critique plus à son aise. C'est donc en réalité, bien que le plan, les divisions, le fond et l'esprit général du livre soient restés les mêmes, un livre nouveau, en quelque sorte, dont nous avons à rendre compte.

Cette nouvelle édition, en effet, indépendamment des quelques corrections de détail et de développement que nécessitaient quelques chapitres, renferme de nombreuses additions dont la réunion formerait à elle seule un volume au moins égal à celui de la première édition. C'est sur quelques-unes de ces additions principalement que nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs.

Ces additions sont de deux ordres: les unes sont empruntées à divers auteurs et sont relatives aux divers points de l'hygiène ou de la pathologie de la première enfance que les travaux les plus récents ont pu contribuer à éclairer; les autres, du fonds même de l'auteur, sont destinées à compléter la pathologie de l'enfance par la description de quelques affections omises dans la première édition ou peu connues alors et révélées depuis par de nouvelles études cliniques. Enfin, une modification importante de cette édition est celle qui consiste à avoir élargi assez le cadre nosologique pour y faire entrer les affections chirurgicales les plus communes à cet âge. Nous mentionnerons parmi ces dernières quelques-uns des vices de conformation qui, par les traitements qu'ils réclament, tiennent autant de la chirurgie que de la médecine proprement dite, telles que l'encéphalocèle, le céphalæmatome épicranien et intracranien, l'hydrorachis, le bec-de-lièvre, etc., des lésions purement chirurgicales, telles que les polypes du rectum, la fissure anale, les maladies articulaires, les fractures, etc. Mais reprenons l'ordre du livre pour en parcourir, au courant de la plume, les parties nouvelles qui nous ont plus particulièrement paru dignes d'être signalées.

Dans la première partie, consacrée à l'hygiène et à l'éducation physique des enfants, nous ne trouvons guère à mentionner de nouveau que les recherches sur le lait de MM. Becquerel et Vernois, recherches importantes, qui révèlent quelques faits intéressants, relatifs à l'influence des divers états physiologiques et pathologiques des nourrices sur la composition et les propriétés nutritives de leur lait, et laissent entrevoir des déductions pratiques utiles pour la surveillance et la direction de tout ce qui a trait à l'allaitement, mais auxquelles il manque encore le contrôle ou la sanction du temps et de l'expérience.

La deuxième partie, relative à la séméiologie et aux généralités de la pathologie des nouveau-nés, ne nous a paru contenir aucune modification notable. Si nous n'avions à nous occuper beaucoup plus de ce que l'ouvrage renferme que de ce qui ne s'y trouve pas, nous pourrions exprimer le regret que M. Bouchut n'ait pas développé un peu plus amplement les considérations générales relatives à la physionomie spéciale qu'imprime aux maladies des jeunes enfants le mode de réaction fébrile qui leur est propre, et qu'il n'ait pas étendu ces considérations à l'étude des modifications qui surviennent dans les principaux phénomènes morbides de cet âge, par suite de l'influence plus ou moins négative qu'ils reçoivent de l'état psychologique et intellectuel de ces petits êtres. Il y eût eu, ce nous semble, dans cette étude, matière à quelques considérations dignes de fixer un instant l'attention d'un esprit aussi philosophique que celui de M. Bouchut; mais passons outre et hâtons-nous d'arriver à la troisième partie, la pathologie spéciale, sur laquelle l'auteur a fait porter les plus importants remaniements.

Sous le nom de phréno-glottisme, M. Bouchut décrit l'affection convulsive et intermittente de la glotte et du diaphragme, à laquelle on a donné successivement les noms de goître des nouveau-nés, d'asthme thymique, asthme de Kopp, asthme laryngé, croup cérébral, spasme de la glotte, etc.; affection que l'on a voulu rattacher à l'existence de diverses lésions anatomiques telles que l'hypertrophie du thymus, la tuberculation des glandes du cou, la persistance incomplète du trou de Botal, une congestion ou un épanchement séreux des méninges. M. Bouchut, appuyé en cela de l'opinion de M. Hérard, à l'excellent travail duquel il a dû emprunter une partie de cette description, établit par des observations concluantes qu'aucune de ces lésions n'offre ni le caractère de constance, ni les rapports d'affinité pathologique nécessaires pour constituer une relation étiologique. Ce ne sont que de simples coïncidences ou même des effets qu'on a pris pour des causes. Le phréno-glottisme ne laisse après lui aucune altération caractéristique, nécessaire. Ses symptômes, d'ailleurs, doivent le faire ranger, ainsi que l'a fait avec raison M. Bouchut, dans la classe des affections spasmodiques ou convulsives.

Avec quelques auteurs modernes, M. Bouchut admet l'existence de paralysies partielles essentielles, qu'il désigne sous le nom de *paralysies myogéniques*, pour mieux exprimer leur localisation circonscrite au tissu musculaire. Ces paralysies, dont l'existence a été souvent méconnue ou qu'on a plutôt confondues le plus ordinairement avec les paralysies symptomatiques des lésions du cerveau, de la moelle ou de la colonne vertébrale, seraient, d'après l'auteur, de nature rhumatismale. Elles devraient le plus ordinairement leur origine à l'action du froid sur des parties du corps de l'enfant mal défendues contre les agents extérieurs; ou bien encore, dans certains cas, elles seraient le résultat de la pression prolongée d'un membre par suite d'une fausse position. Que la fausse position longtemps supportée par un membre puisse produire la paralysie chez les nouveau-

nés, comme on a pu le voir quelquefois chez l'adulte, il ne répugne point de l'admettre. L'influence du froid se conçoit tout autant et mieux encore, elle peut être assimilée aux effets qui résultent, chez les sujets plus avancés en âge, de la station prolongée sur un banc de pierre ou sur l'herbe humide. On s'explique assez bien par ces deux ordres de causes ces paralysies incomplètes, bornées à un seul muscle ou à un petit groupe de muscles; avec intégrité de la sensibilité tactile, précédées ou accompagnées d'un sentiment douloureux, et qui livrées à elles-mêmes disparaissent souvent spontanément et d'une manière progressive. Mais les paralysies complètes avec perte absolue du mouvement, avec abolition plus ou moins complète de la sensibilité et des fonctions organiques de la peau, avec atrophie du tissu musculaire, nous paraissent échapper à cet ordre d'influences et devoir être attribuées à une lésion, soit de l'un des points correspondants des centres nerveux, soit de la branche ou de l'armature nerveuse qui répartit l'irrigation vitale dans les parties affectées.

A défaut de moyen de vérification directe, on est conduit à cette détermination étiologique, par la double considération de la marche progressive en sens inverse que suivent les accidents dans ces deux cas, de leur incurabilité à peu près absolue lorsque la paralysie porte jusque sur la nutritivité du muscle, et des difformités consécutives qui en sont le dernier terme. Il n'y eût eu qu'un pas à faire en arrière, remonter à quelques mois seulement au delà de la période de l'existence où M. Bouchut a observé ces paralysies, pour trouver une complète analogie d'origine entre quelques-uns de ces faits et les faits de paralysies congénitales avec ou sans contractures, dont l'étiologie a été si bien établie par les belles recherches de notre rédacteur en chef, sur les difformités congénitales. Il est à regretter que M. Bouchut n'ait pas songé à faire ce rapprochement qui lui eût suscité peut-être aussi l'idée d'étudier comparativement quelques-unes des lésions fœtales avec les maladies de la première enfance, et de rechercher si, à l'aide de quelques analogies, on ne parviendrait pas à éclairer les unes par les autres les affections de ces deux époques de la vie, « qui, suivant l'expression si juste qu'il a empruntée à Hufeland, ne sont que la suite d'une création dont une moitié s'opère dans l'intérieur et l'autre moitié en dehors du sein de la mère. » C'est une vue que nous soumettons à l'excellent esprit de M. Bouchut, qui saura en tirer parti à l'occasion.

L'histoire de la phthisie tuberculeuse des nouveau-nés, qui ne figurait pas dans la première édition, offrait quelque intérêt à cause des caractères et des symptômes tout particuliers qu'elle présente et qui la différencient essentiellement, sous le rapport de sa physionomie générale, de la phthisie des adultes. Elle en diffère si bien qu'on en a longtemps nié l'existence. Elle n'existerait pas, en effet, si l'on voulait entendre uniquement par phthisie l'état de marasme et la consomption lente qui résultent de la fonte tuberculeuse chez l'adulte. Mais elle est très-fréquente, au contraire, dans l'acception moderne du mot, c'est-à-dire comme représentant l'évolution plus ou moins rapide des accidents dus à la présence de tubercules dans les poumons. C'est sous ce dernier point de vue principalement que M. Bouchut a envisagé l'histoire de la phthisie des nouveau-nés. Il résulte de recherches anatomo-pathologiques qu'il a entreprises avec la collaboration de M. Ch. Robin, que la phthisie des jeunes enfants présente plusieurs formes anatomiques distinctes qui se réunissent quelquefois. Il y aurait une phthisie granuleuse dont l'élément serait presque toujours la granulation fibro-plastique, quelquefois la granulation épidermique, et la phthisie tuberculeuse proprement dite, dont le principal élément est le tubercule miliaire, jaunâtre, opaque, avec tous les caractères classiques qu'on lui connaît. Cette dernière forme ne différerait en rien anatomiquement de la tuberculisation pulmonaire des adultes; mais elle s'en distingue par la rapidité de la marche de la maladie, qui arrive presque toujours à son terme fatal avant que les tubercules aient subi les diverses évolutions auxquelles se lient le marasme et la consomption de l'adulte. Les symptômes et la marche de la phthisie tuberculeuse du nouveau-né ont la plus grande ressemblance avec les symptômes et la marche de la pneumonie. Il est même une variété de pneumonie avec laquelle il serait d'autant plus difficile de la distinguer, la pneumonie dite *granuleuse* ou *tuberculeuse*, qu'en réalité il y a lieu de se demander si cette distinction est fondée, si elle est possible, si la pneumonie tuberculeuse est autre chose que l'une des formes de la phthisie aiguë, celle que MM. Bouchut et Robin ont décrite sous le nom de phthisie granuleuse, et s'il n'y a pas un double emploi à décrire, d'une part, une pneumonie tuberculeuse comme une des variétés de la pneumonie, et, d'autre part, la phthisie de forme granuleuse qui ne paraît en différer sous aucun rapport. M. Bouchut l'a si bien senti, du reste, qu'après avoir admis la distinction en principe, il se borne à une seule description pour les deux affections. La difficulté de distinguer symptomatiquement la phthisie aiguë des jeunes enfants de quelques-unes des formes de la pneumonie lobulaire, notamment, est d'autant plus grande que les signes stéthoscopiques sont insuffisants pour les différencier, et que, contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, la phthisie chez le nouveau-né est fréquemment précédée de la pneumonie, quand celle-ci ne la complique pas dans tout le cours de sa durée ou n'en précipite pas la terminaison funeste.

Une question étiologique des plus intéressantes se rattache à la tuberculisation pulmonaire des jeunes enfants. M. Bouchut considère la phthisie des nouveau-nés comme étant le plus ordinairement le résultat de l'influence héréditaire; elle peut reconnaître souvent aussi pour cause la mauvaise qualité du lait de la nourrice, une mauvaise alimentation artificielle, l'action prolongée du froid, en un mot toutes les causes débilitantes qui portent principalement leur influence sur la nutrition. Il pense, enfin, que l'une des formes de la phthisie infantile, la forme granuleuse, pourrait bien n'être qu'une des manifestations de la syphilis héréditaire. Ce n'est là qu'une présomption dans l'esprit de l'auteur, présomption qu'il exprime avec toutes les réserves qu'exige l'énoncé d'une question que l'on pose sans la résoudre. Il est regrettable que M. Bouchut n'ait pas développé les motifs de cette opinion et qu'il n'ait pas articulé quelques-uns des faits qu'il pourrait avoir à invoquer à l'appui. Il serait extrêmement intéressant, en effet, de trouver à une forme particulière de phthisie une cause spéciale qui en expliquerait à la fois l'existence et la physionomie caractéristique. Nous n'avons pas besoin d'ajouter de quelle importance serait cette détermination au point de vue pratique.

Cette influence attribuée à la syphilis nous conduit à parler d'un chapitre qui constitue, sans contredit, l'une des additions les plus importantes de cette nouvelle édition; nous voulons parler du chapitre sur la syphilis des enfants.

Produit de l'hérédité, provenant soit d'une fécondation impure du germe par le père, soit de la formation d'un germe infecté par le fait de la mère, ou de l'empoisonnement par le sang maternel après la conception et peut-être même par la lactation, la syphilis des nouveau-nés soulève une série de questions physiologiques, pathologiques et pratiques du plus haut intérêt. La nature des accidents transmis; l'époque à laquelle ils se manifestent chez l'enfant; les symptômes extérieurs qui les traduisent, soit au moment de la naissance, soit après; les diverses transformations que subissent les effets du virus dans l'organisme du nouveau-né; la transmissibilité réciproque d'accidents réputés intransmissibles dans les conditions ordinaires, entre les nourrices et les nourrissons: tels sont les points principaux que ce sujet offrait à examiner.

Quelques pathologistes ont prétendu que la syphilis ne pouvait pas se traduire par des symptômes extérieurs apparents au moment même de la naissance. Ils se fondaient, sans doute, sur ce fait vrai, dans sa généralité, mais qui n'est pas l'expression d'une loi absolue, à savoir que les symptômes syphilitiques congéniaux ne se manifestent généralement chez les nouveau-nés qu'au bout de quelques semaines ou dans le cours des deux premiers mois de l'existence. Mais M. Bouchut a démontré, par des exemples irrécusables, que quelques enfants viennent au monde avec des syphilides bien caractérisées. Quelques-uns des cas de pemphygus syphilitiques observés par M. le professeur P. Dubois étaient dans ce cas.

La nature syphilitique de certaines lésions viscérales congénitales, telles que les abcès disséminés du thymus, les noduosités suppurantes des poumons, les infiltrations fibro-plastiques du foie, etc., a été vivement controversée. On se rappelle les discussions récentes dont cette question a été l'objet à l'Académie de médecine. Elle impliquait un point de doctrine qui semble avoir été plutôt obscurci qu'éclairé par cette discussion. Il s'agissait d'établir d'abord s'il est exact de dire que les lésions anatomiques portent toujours avec elles le caractère de la cause première qui les a produites et qu'elles en traduisent fidèlement la spécificité; qu'elles puissent, en un mot, suffire à elles seules pour découvrir la véritable nature d'une affection. Cela est vrai pour l'ensemble de tous les symptômes et de tous les phénomènes qui constituent une maladie déterminée, y compris les lésions anatomiques en tant que parties constitutives de l'ensemble de ces phénomènes; mais non pour ces lésions elles-mêmes, considérées d'une manière abstraite. Il faut, en outre, faire aussi la part des circonstances antérieures et des coïncidences; et c'était ici surtout le cas d'invoquer cet ordre de témoignage qui, s'il expose dans beaucoup d'autres cas à de fausses déductions, acquérait ici dans l'espèce; par sa constance et sa régularité, une valeur tout à fait décisive. M. Bouchut, en soutenant cette thèse, a parfaitement fait valoir les faits et les arguments invoqués dans les circonstances que nous venons de rappeler, par M. Depaul et par M. Dubois, et il leur a même ajouté une nouvelle force par les exemples nouveaux qu'il y a joints.

Ce sujet a conduit M. Bouchut à une autre question qui lui est connexe, et qui est actuellement l'objet d'une discussion à l'Académie; la question de la transmission des accidents syphilitiques constitutionnels des nourrices aux enfants, et réciproquement des enfants aux nourrices. Nous avons reconnu ce chapitre comme la reproduction, amplifiée et enrichie

de nouveaux documents, de l'excellent mémoire que l'auteur a publié sur ce sujet dans la GAZETTE MÉDICALE. Nonobstant cette dernière particularité, nous n'eussions pas hésité à faire ressortir l'appui que les faits a égués par M. Bouchut viennent donner à l'opinion que la GAZETTE MÉDICALE a déjà soutenue sur ce point, si cette tâche n'incombait en ce moment même à l'un de nos collaborateurs à qui l'on nous saura gré de la laisser tout entière. Nous nous apercevons d'ailleurs qu'il est temps de clore cette analyse ; qu'on nous permette de ne le faire, cependant, qu'après avoir indiqué sommairement quelques-uns des autres sujets nouveaux traités dans ce volume.

Parmi les affections internes non décrits dans la première édition et qui complètent dans celle-ci le cadre nosologique de la première enfance, nous devons signaler encore l'histoire de la péritonite aiguë des enfants à la mamelle, dont la coïncidence avec les épidémies de fièvre puerpérale, lorsqu'elle n'est pas secondaire et due à la coexistence de quelque lésion des viscères abdominaux, est une circonstance digne d'être notée ; l'histoire de quelques maladies du foie également propres à cet âge ; celle de la néphrite albumineuse rare à cette époque de la vie, mais dont M. Bouchut cite cependant quelques exemples observés par MM. Rayer, Noël et Grisolle, ainsi qu'un exemple unique de diabète sucré sur un enfant d'un an ; l'histoire des maladies du cœur qui ne sont généralement reconnaissables qu'à l'autopsie, et une sorte d'esquisse des caractères différentiels que présentent, chez l'enfant, le choléra-morbus et la dyssenterie. On trouvera enfin, parmi les maladies de la peau, une description très-complète des nœvus et des tumeurs érectiles. Signalons encore l'histoire du rachitisme, que l'auteur a classé à tort, suivant nous, dans les maladies des os, ce qui tendrait à faire croire qu'il a méconnu le caractère de généralité de la première période de cette affection, et qu'il n'a été frappé que de ses effets consécutifs. Si nous ajoutons à ces divers sujets un chapitre intéressant sur la croissance dans ses rapports avec les maladies des enfants, on aura une idée à peu près fidèle des nombreuses additions que renferme ce volume, dont la place est marquée d'avance dans la bibliothèque de tous les médecins et au rang des bonnes publications de cette époque.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

MORT ET OBSÈQUES DE M. REVEILLÉ-PARISE.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort de notre excellent ami M. le docteur Reveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, l'un des plus anciens collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE. Plus que personne, les lecteurs de ce journal apprécieront l'étendue de la perte qu'ont faite la science, l'art et la littérature médicale. Nous ne pouvons aujourd'hui payer à la mémoire de notre ami tant regretté le tribut de profonde affection et de reconnaissance qu'il mérite. Depuis vingt ans M. Reveillé-Parise nous aidait de ses travaux et de ses conseils. En attendant que nous rappelions tous les services qu'il a rendus, tous les genres de mérite qui l'ont élevé si haut dans l'estime et l'attachement de ses confrères, nous nous bornerons à reproduire les quelques lignes qui suivent échappées à nos regrets. Nous publierons dans le prochain numéro l'allocution prononcée par M. Gibert, au nom de l'Académie de médecine.

ALLOCUTION DE M. JULES GUÉRIN.

« Les amis qui accompagnent Reveillé-Parise jusqu'à sa dernière demeure ne se lasseront point d'entendre ceux qui l'ont vu de plus près, qui l'ont le plus aimé. Reveillé-Parise a collaboré durant sa longue carrière à plusieurs recueils médicaux. Mais il en est un qu'il affectionnait plus particulièrement, qu'il regardait plus spécialement comme sien, que pendant plus de vingt années il a enrichi des précieux produits de sa plume spirituelle et savante. Qu'il me soit permis, à moi qui ai eu le bonheur de le connaître autant comme ami que comme collaborateur de ce journal, de vous dire quelques mots de ses travaux, de son talent, des rares qualités de son cœur et de son caractère.

» Quoique collaborateur assidu de plusieurs journaux, Reveillé-Parise n'était point un homme de presse proprement dit. Il aimait à voir figurer ses écrits parmi les éphémérides de la science, parmi les improvisations de chaque jour ; mais ce n'était point comme soldat de cette milice avancée, dont la mission est de signaler le progrès dès qu'il se manifeste, et de combattre l'erreur dès qu'elle fait mine de vouloir pénétrer dans la science. S'occupant moins des hommes que des idées, il aimait à se mêler au mouvement des unes, sans s'exposer au froissement des autres. Ou bien, s'il acceptait la périlleuse mission de rendre compte des travaux contemporains, il s'occupait surtout de l'œuvre et très-peu de l'ouvrier. Ainsi, vous l'avez tous remarqué, durant sa longue collaboration à tous nos recueils, il s'est soigneusement renfermé dans l'exposition des doctrines, dans la peinture des mœurs médicales, dans la défense des intérêts professionnels, dans la critique des abus généraux ; ne touchant pour ainsi dire aux personnes que quand elles n'étaient plus de ce monde, que quand elles ne pouvaient plus s'émouvoir de ses critiques, on lire l'éloge qu'il consa-

» Reveillé-Parise n'improvisait pas, mais il travaillait sans cesse. Ainsi qu'il convient à la spécialité de ses écrits, c'était un homme d'observation plus que d'imagination : non qu'il ne réunît à une conception élevée et à un esprit étendu, une grande fécondité d'aperçus ; mais ces qualités, il les tempérait par une raison calme et un caractère sérieux. Chacun de ses ouvrages l'atteste. Son TRAITÉ D'HYGIÈNE DES GENS LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT est le produit le plus heureux de cette réunion de qualités. Dans cet ouvrage, où la perfection du style le dispute à la finesse d'observation, l'auteur envisage l'homme de cabinet dans ce qu'il a de plus caractérisé : c'est l'esprit qui fonctionne au détriment et presque à l'exclusion des autres fonctions, avec excès, avec abus. Reveillé-Parise s'empare de cette idée, il la creuse, l'analyse dans ses moindres détails, l'étudie à tous ses points de vue, l'enrichit de mille observations puisées dans sa longue fréquentation des hommes de plume, et dans sa plus longue et plus féconde fréquentation de lui-même. Il fait un livre où tout s'enchaîne, où les principes partent d'une idée juste et féconde, et où les règles sont rigoureusement empreintes de la justesse des principes. Cet ouvrage, que chacun de nous possède, restera comme un modèle du genre, et aussi comme la plus fidèle expression de l'intelligence, du savoir et du talent de l'auteur.

»Ce n'est pas le lieu de rappeler tous les écrits de notre regrettable ami ; son édition de Guy-Patin, où les trésors de l'érudition sont fondus sur la palette de l'écrivain, et où la malice contenue de l'éditeur a quelquefois aimé à se faire jour sous les allures plus vives de la verve mordante de l'original ; ses *Galeries et Portraits*, où nous avons revu nos contemporains, nos collègues, nos amis, relevés avec finesse dans ce qu'ils offraient de distinction et de talent ; et toujours amoindris avec art dans ce qu'ils avaient de faiblesse ou de défauts ; et cette quantité innombrable d'articles consacrés à la peinture de nos mœurs, à la défense de nos droits, et à la glorification de notre profession. Tous ces écrits où brillent à un si haut degré la perfection du style, tous les trésors d'une lecture savante incorporés dans les produits d'une observation patiente et fine, sont encore plus remarquables par les dons du cœur et du caractère de l'homme que par les rares qualités de l'écrivain. Tous ceux qui ont eu le bonheur de voir notre ami, non pas à l'œuvre, mais avant l'œuvre, savent quelle était la noblesse, l'élévation, la sûreté et la moralité de l'ouvrier. Plein d'abnégation pour lui-même et de dévouement pour les intérêts de tous, on peut dire qu'il n'a eu dans sa longue carrière qu'un orgueil et qu'une haine : l'orgueil du corps médical, et la haine du charlatanisme. Ces deux sentiments planent sur tous ses écrits, comme ils ont été la préoccupation de sa vie entière.

»Vous tous, messieurs, les amis de Reveillé-Parise, vous n'avez pas besoin que je vous dise quelles étaient ses qualités privées : chacun de vous a dans son cœur et dans ses souvenirs un portrait fidèle de cet homme excellent parmi les excellents ; de cet ami si plein d'indulgence et de bonté ; de ce cœur si simple et si parfait, de cet homme enfin qui a touché à tous les hommes, à toutes les doctrines, à toutes les idées, à toutes les préoccupations du temps, qui a brillé parmi nous d'un talent rare et non contesté, et qui néanmoins s'est endormi du sommeil du sage, sans avoir connu un ennemi. Heureuse quoique modeste destinée! Heureux souvenir, messieurs, qui tempère la douleur d'une perte cruelle et à jamais irréparable! »

Disons en terminant qu'un cortége d'amis appartenant à la classe des gens de lettres, des savants et des médecins, a accompagné notre regretté confrère jusqu'à sa dernière demeure.

— On écrit de Berlin, le 19 septembre, qu'il y a eu dans cette ville quelques cas de choléra.

A Posen, le fléau a choisi ses victimes dans les rangs les plus élevés de la nation. Le chef supérieur de la force militaire, général de la Tietzen, et M. de Putkammer, président, ont perdu leurs femmes.

— Les fièvres cérébrales sévissent avec intensité en ce moment à Honfleur ; plusieurs personnes qui en sont atteintes en ont perdu la raison ; une d'elles s'est jetée cette semaine par une fenêtre du second étage.

— Par suite d'une dépêche du ministre de la marine et des colonies, quatre chirurgiens de troisième classe du port de Rochefort, MM. de Nozeille, Gailbard, Savatier et A. Manes, ont reçu l'ordre de se rendre à Bordeaux pour y prendre passage sur un navire de commerce à la destination des Antilles. Ces officiers de santé se mettront dès leur arrivée à la disposition du gouverneur général des Antilles.

— M. le docteur Guyon, inspecteur général du service médical pour les divisions d'Oran et de Constantine, va commencer son inspection par la province d'Oran. Il doit visiter aussi les centres agricoles.

— M. le docteur Domanget (de Chambéry), ancien chirurgien major de la garde impériale, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La maladie connue sous le nom de *clavelée*, et qui a attaqué quelques troupeaux de l'espèce bovine à Montpellier et dans les environs, s'est également déclarée dans le canton de Lunel. Il paraît que, dans cette dernière localité, on a employé l'inoculation comme moyen préventif, et qu'aucun des animaux sur lesquels on l'a pratiquée n'a été atteint de la contagion.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONGRÈS GÉNÉRAL D'HYGIÈNE A BRUXELLES.

Un congrès général d'hygiène a été convoqué le mois dernier à Bruxelles par le gouvernement belge. Cet appel fait aux lumières de tous les pays a été entendu. Une réunion de sommités scientifiques et administratives, appartenant à l'Angleterre, à l'Allemagne, à la France, au Piémont, à la Suède, au Danemark, à presque toutes les contrées de l'Europe et même d'Amérique, s'est formée au sein de cette Belgique, dans laquelle s'est concentré le progrès en toute chose. Ce congrès, il faut le dire, n'en était pas à sa première épreuve. Déjà l'année dernière, à la même époque, un premier essai, sur une moins vaste échelle, avait été tenté. Quelques hommes dévoués à la cause de l'humanité, frappés de la grandeur des résultats qui pouvaient naître de ces délibérations en commun sur les principales questions d'hygiène publique et privée, s'associant aux efforts pleins de sollicitude du gouvernement belge, arrêtèrent sous ces auspices la réunion qui a eu lieu cette année. C'est à M. le ministre de l'intérieur, Rogier, et au conseil supérieur d'hygiène de la ville de Bruxelles que revient tout l'honneur de cette heureuse initiative. Il suffirait de citer les personnes, au nombre de plus de trois cents, qui ont répondu à cet appel, pour donner une idée de l'importance qu'a eue et du succès qu'a obtenu le congrès de cette année. Avant d'entrer dans l'examen des questions qui y ont été discutées, il n'est pas inutile de s'arrêter quelques instants sur le caractère, le but et la véritable utilité d'une institution de ce genre; nous aurons ainsi l'occasion de mieux faire ressortir les idées qui l'ont inspirée, et de rendre mieux justice à ceux qui l'ont conçue et si bien réalisée.

« Le propre des grandes vérités, a dit M. Rogier, à l'ouverture des séances, est de se formuler en termes simples et vulgaires. » L'habile ministre aurait pu ajouter que cette simplification et cette épuration de la vérité n'est d'ordinaire que le fruit du temps. Il faut que la vérité, pour prendre domicile sous cette forme définitive dans les esprits, ait subi le contrôle du grand nombre, ait voyagé dans les différents pays et revienne pour ainsi dire à son point de départ comme revêtue de l'assentiment universel. Cette marche est longue et pleine de difficultés. Or le caractère de notre époque est de chercher en toute chose à supprimer le temps et l'espace. Et s'il est un moyen de presser l'avénement des vérités utiles à l'humanité, de les faire pour ainsi dire arriver en chemin de fer, c'est de rapprocher les hommes qui ont mission de les promulguer et de les répandre; c'est de réunir, concentrer sur le même point tous les contrôles, de mettre toutes les observations et toutes les expériences en présence; c'est en un mot de supprimer, à leur profit, le temps et l'espace. Tel est à notre sens le caractère le plus élevé, le but le plus utile et le résultat le plus fécond d'un congrès d'hygiène publique. Est-il besoin d'ajouter qu'il en résulte une foule d'avantages d'un autre ordre? Dans un temps où les peuples s'agitent sous l'arbitraire de gouvernements différents, n'est-il pas heureux que des hommes appartenant à tous les pays, inspirés par un intérêt général et supérieur, ayant en vue le bien-être public, l'amélioration de la condition humaine, parlant tous le même langage parce que leur cœur leur donne la même pensée, parce qu'ils ont la même âme, réalisent en quelque façon une même patrie (1)? C'est encore l'improvisation du progrès sous une autre forme; car lorsque les peuples comprendront mieux les avantages d'une communauté d'idées et d'intérêts, ils généraliseront la pensée et le bienfait de cette réunion de missionnaires de la science, rassemblés pour un instant dans un but d'utilité universelle. A ce point de vue, un congrès général d'hygiène est une voie supérieure ouverte à la civilisation. Il est vraiment heureux pour la Belgique, qui peut à bon droit se considérer aujourd'hui comme dépositaire de l'arche sainte de tous les sentiments avancés, d'avoir pris cette belle initiative. Et nous ne doutons pas que, grâce à cette initiative, les nombreuses illustrations de tous les pays qui se sont rendues au congrès d'hygiène ne reportent chez elles quelques unes des vérités qu'elles y ont acquises, en échange de celles qu'elles y ont apportées. Mais abordons sous un point de vue plus particulier les résultats produits par le congrès général d'hygiène de Bruxelles.

Le conseil supérieur d'hygiène de Belgique préposé à l'organisation du congrès avait rédigé d'avance un programme de questions à discuter, suivi d'un projet de solutions à ces questions. Les hommes éminents chargés de cette tâche l'ont remplie avec un sentiment élevé des besoins et des tendances de l'époque, avec une connaissance approfondie de la situation et des progrès de l'hygiène publique dans les différents pays. Ce qui caractérise surtout leur programme, c'est cette hardiesse et cette indépendance de vues qui se préoccupe beaucoup plus du triomphe des idées utiles et des avantages qu'elles sont destinées à répandre, que des obstacles et des préjugés qu'elles ont toujours à vaincre. On ne saurait trop encourager une pareille tendance, d'autant plus qu'elle contraste avec ce qui se voit si souvent dans les grandes réunions officielles, où la routine est toujours bien plus sûre de trouver des défenseurs que le progrès des adhérents. Ainsi qu'on le verra plus loin, les projets de solutions donnés par le conseil supérieur d'hygiène portent surtout cette remarquable empreinte: là où il a cru voir la vérité poindre, il l'a mise au grand jour; et les travaux des sections et de l'assemblée ont eu plutôt à s'inspirer de cette tendance qu'à l'encourager. Comprendre et aimer ainsi le progrès, c'est presque le réaliser.

Le programme des questions proposées se divisait en trois sections, comme il suit :

PREMIÈRE SECTION. — *Voirie publique. — Constructions.*

1° Quelles sont les mesures à prendre pour l'assainissement des quartiers et l'amélioration des habitations, occupés par la classe ouvrière et indigente, tant dans les villes que dans les campagnes? Quelles sont les règles à suivre pour la construction de ces habitations?

2° Quelles sont les conditions essentielles à observer pour la construction et l'arrangement intérieur des hôpitaux et des hospices?

3° Quel est le système à suivre pour la construction des égouts publics et particuliers, et des latrines, au triple point de vue de la salubrité, de la sûreté et de la conservation des résidus utiles à l'agriculture?

4° Quelles sont les règles essentielles qui doivent présider à la ventilation des édifices publics et des habitations particulières, et quels sont les procédés qui paraissent susceptibles d'être spécialement recommandés à cet effet?

DEUXIÈME SECTION. — *Alimentation. — Régime corporel.*

1° Quels sont les moyens de reconnaître les falsifications nuisibles à la santé,

(1) Cette pensée, empruntée à une allocution prononcée par M. Rogier au banquet des membres du congrès, a été couverte d'applaudissements unanimes et prolongés.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVI.

A M. le professeur Bégin, inspecteur médical, président du conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur et de Saint-Grégoire le Grand.

CRITIQUE DE L'ÉCOLE DE ROME.

II. — PYRÉTOLOGIE (1).

Rome, 1er août 1852.

La pyrétologie est bien arrêtée aux écoles de Paris et de Strasbourg, en ce sens, du moins, qu'on s'accorde sur le nombre des espèces à admettre dans le cadre nosologique : ce sont les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, suette; la fièvre éphémère et la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde qui résume en elle tant d'entités diversement dénommées par les anciens, les fièvres à quinquina intermittentes, rémittentes, subcontinues, simples ou pernicieuses; des fièvres dont l'origine est étrangère, peste, fièvre jaune, choléra, typhus fever, fièvre bilieuse des pays chauds, le typhus des camps et des hôpitaux; enfin la fièvre hectique, la fièvre puerpérale, la fièvre de lait. Les efforts de ces derniers temps ont surtout convergé vers ce but : faire rentrer dans la fièvre typhoïde les nombreuses fièvres essentielles, diversement nommées par les anciens.

A Montpellier, la centralisation de la fièvre typhoïde, qu'on me passe le mot, n'a point été aussi généralement admise, et des dénominations empruntées aux siècles passés, et que Paris considère comme surannées et oubliées, sont encore aujourd'hui dans la bouche de plus d'un professeur. Affaire de doctrine, réminiscence de l'ancienne école, dira-t-on; nous avons marché pendant qu'ils restaient en arrière. A notre sens, ce reproche est infiniment trop sévère : les deux écoles de Paris et de Montpellier ne se rencontreront jamais et ne doivent pas se rencontrer. Ce que l'on croit n'être qu'une affaire de théorie est souvent fondé sur la nature même. Le règne pathologique diffère déjà notablement à Paris et à Montpellier, localités situées sous des ciels qui offrent plus de dissemblances que d'analogies. Si les deux écoles s'entendaient jamais complétement, c'est que l'une d'elles ferait abstraction des faits et nierait la nature.

Poursuivez votre course vers des contrées plus méridionales encore, non pas

(1) La lettre XIV contient la première partie de cette critique : AFFECTIONS DES ORGANES THORACIQUES.

qui se pratiquent le plus souvent dans le commerce des principales substances alimentaires? Quelles sont les mesures à prendre pour les prévenir et les réprimer?

2° Quels sont les principes et les règles qui doivent présider à l'alimentation spéciale des enfants, de manière à fortifier leur constitution et à prévenir ainsi les vices et les affections qui l'altèrent fréquemment?

3° Quels sont les caractères de l'eau potable? Quelles sont les règles qui doivent présider à sa distribution de manière à la mettre en rapport avec les besoins?

4° Quelles sont les règles à suivre pour l'établissement de bains et de lavoirs publics dans les principaux centres de population et dans les petites villes?

TROISIÈME SECTION. — *Police sanitaire.*

1° Quelles sont les règles qui doivent présider à l'organisation administrative de l'hygiène publique?

2° Quelles sont les mesures à prendre pour arrêter les progrès et diminuer les inconvénients et les dangers de la prostitution?

3° Quelles sont les règles et les conditions applicables aux établissements industriels, en général, tant dans l'intérêt de la santé des ouvriers qui y sont employés, que dans celui de la salubrité publique?

4° Quelles sont les règles à suivre pour les inhumations ainsi que pour l'assainissement des cimetières? Quelle peut être l'utilité des dépôts mortuaires, et pour le cas où cette utilité serait reconnue, quel devrait être leur mode d'organisation?

La simple lecture de ces questions montre quel en a été le but. Toutes sont inspirées par un même sentiment; toutes se résolvent dans une même pensée : l'amélioration physique et morale de la classe ouvrière. L'assainissement des quartiers, l'amélioration des habitations, la distribution intérieure des maisons hospitalières, la purification des égouts et des latrines, les mesures à prendre contre les falsifications, les règles à donner sur l'alimentation des enfants, l'institution des bains et des lavoirs publics, n'ont pas une autre signification. Toutes les classes ont intérêt à ce que de sages mesures hygiéniques interviennent pour satisfaire aux besoins et remédier aux abus que rappelle le simple énoncé de ces questions; mais la classe pauvre y a un intérêt plus direct, et c'est à ce titre qu'on ne peut trop louer le gouvernement belge et le conseil supérieur d'hygiène, qui en a été l'organe, d'avoir appelé l'attention du congrès sur un sujet aussi important, aussi palpitant d'intérêt et d'actualité. Quelque opinion qu'on se forme de nos derniers bouleversements politiques, on ne saurait méconnaître qu'ils ont eu surtout pour résultat de mettre à l'ordre du jour les questions qui touchent à l'amélioration des classes inférieures. Les organisateurs du congrès d'hygiène ont sagement fait de dégager ces questions de la gangue révolutionnaire où elles sont nées, pour les présenter aux méditations des hommes de progrès de tous les pays. C'est le cas, pour rendre le caractère intentionnel de leur initiative plus explicite encore, de citer les paroles si pleines de simplicité et d'élévation prononcées à l'ouverture des séances par l'honorable président du congrès, M. Vleminckx : « Quelles que soient » les institutions qui régissent les peuples, à quelque forme de gouverne» ment qu'ils soient soumis, l'amélioration de la santé publique est pour » tous un devoir et un intérêt..... Rendre le peuple plus fort, plus vigou» reux, plus sain, c'est exercer une grande et salutaire influence sur sa mo» ralité. L'âme s'abat dans l'adversité et le malheur : elle se fortifie dans » l'aisance et la prospérité. Augmenter l'aptitude au travail, c'est écarter » une des causes du paupérisme, de la mendicité, de l'abrutissement, c'est » aider à relever la dignité humaine. » Que pourrait-on ajouter à ces nobles paroles pour caractériser l'œuvre des rédacteurs du programme, si ce n'est que l'idée seule qui a présidé au choix des sujets est une idée avancée, et que le caractère ferme et impartial des solutions proposées montre que le conseil supérieur d'hygiène a su jalonner lui-même les réformes, les applications pratiques qui répondent au sentiment philanthropique dont il s'est inspiré? Ajoutons par anticipation que le congrès tout entier s'est pénétré du même sentiment, et qu'il a presque toujours sanctionné, en les éclairant de ses débats, les solutions préparatoires du programme.

La question de l'assainissement des quartiers et l'amélioration des habitations occupées par la classe ouvrière a été l'objet d'une discussion approfondie. L'assemblée n'a pas craint de descendre dans les moindres détails : mesures législatives propres à faciliter les acquisitions de propriétés, conditions générales pour les constructions, emplacement, élévation des maisons et des étages, distributions intérieures, cours et jardins, sol, caves et planchers, toitures et plafonds, portes et fenêtres, escaliers, chauffage et ventilation, distribution d'eau, et jusqu'aux cabinets d'aisances, jusqu'aux égouts et cuvettes pour l'écoulement des eaux ménagères, elle a tout abordé, tout examiné, tout discuté. Et ce qui pourrait étonner, c'est qu'il s'est trouvé parmi les membres les plus zélés des hommes qui, comme lord Ebrington, comme M. Ch. Cochrane, président de l'association nationale et philanthropique de Londres, comme M. Ward, du comité de l'association sanitaire de Londres, qui ont éclairé le débat de leurs propres observations sur le nombre et les dimensions des fenêtres, sur la disposition des latrines, sur le caractère des émanations des égouts. Il faut le dire même, à l'honneur de l'aristocratie anglaise, nulle part, en aucun pays, on ne trouve cette abnégation des classes nobles dans les recherches des conditions d'insalubrité qui environnent et déciment les classes inférieures; et le congrès de Bruxelles a eu maintes occasions d'admirer jusqu'où cette abnégation peut être portée.

La question des lavoirs et des bains publics n'a pas été moins approfondie. Deux choses sont surtout ressorties de la discussion : c'est que dans les pays, comme en Angleterre, où les bains et les lavoirs publics ont été institués sur une très-grande échelle, les produits de l'entreprise, faite par souscriptions, ont donné en quelques mois 50 pour 100 de bénéfice. Il en résulte, et c'est ce que le congrès a explicitement admis, qu'il n'est besoin, pour des améliorations de cette sorte, que de l'intervention des communes, des associations de bienfaisance ou des associations particulières, sans le concours direct et obligé du gouvernement. Il convient de noter, à cette occasion, le soin intelligent avec lequel le programme des solutions proposées, et le congrès plus tard, ont précisé la part d'intervention qu'il est utile de demander à l'administration publique dans la réalisation des réformes hygiéniques. C'est en cela surtout que les hommes composant le conseil supérieur d'hygiène ont montré qu'ils étaient des hommes pratiques avant tout. « Les gouvernements, a dit avec beaucoup de justesse M. Pascal Duprat, sont quelque chose de plus que les académies et les congrès; ils sont un pouvoir : ils doivent agir. » Mais pour que leur action soit opportunément provoquée, il faut ne la réclamer qu'au delà et à partir de l'insuffisance des individus, des associations individuelles et des communes.

C'est malgré nous que nous sommes entraîné sur le terrain de l'hygiène sociale et de l'économie politique. La question de l'*eau potable* nous ramène plus directement à l'objet de nos études. Cette question a eu surtout

---

en voyageur d'un jour, mais en praticien exerçant depuis plusieurs années sur un vaste terrain, et vous verrez que le règne pathologique se modifie de plus en plus profondément. Tantôt ce sont les mêmes maladies avec des physionomies symptomatologiques et des exigences thérapeutiques plus ou moins différentes; tantôt ce sont des espèces nouvelles qui apparaissent pendant que d'autres s'évanouissent. Et notez bien que ces métamorphoses et ces apparitions nouvelles ne s'échelonnent pas seulement suivant la latitude, mais aussi suivant la longitude, comme il est facile de s'en assurer en envisageant le choléra, la peste et la fièvre jaune dont le berceau, ou au moins l'origine principale, se trouvent dans trois parties du monde.

Un médecin qui n'a jamais exercé hors de son pays peut être un grand praticien et un savant dans sa localité; mais vous compromettrez et sa réputation et la santé des hommes, si vous voulez étendre ses principes et faire appliquer rigoureusement ses méthodes sous des climats notablement différents.

Arriver de Paris en Algérie ou dans les États romains et vouloir y exercer la médecine comme dans cette ville, c'est courir à des revers; essayer de faire rentrer toutes les espèces de maladies qu'on y observe dans les cadres de sa nosologie, c'est violenter la nature.

Trois années de séjour en Algérie nous avaient mis en garde contre une telle conduite; mais cette expérience n'aurait pas encore suffi pour nous faire éviter complétement l'écueil, si les inductions tirées de principes et de faits acquis n'étaient venus à notre aide. Il eût été imprudent de décréter *à priori* le règne pathologique de Rome, en prenant une sorte de moyenne entre celui de l'Algérie et celui de la France; ce procédé conduit sans doute à des résultats généraux exacts, mais il laisse échapper de grands ordres de faits tout entiers. Nous avons vu que la pathologie romaine diffère considérablement de celle de l'Afrique septentrionale, quant aux affections du foie et de l'intestin; les considérations dans lesquelles nous entrerons au sujet des maladies appelées à Rome *fièvre nerveuse et fièvre gastro-reumatique*, montreront que les différences ne s'arrêtent pas là.

Jusqu'ici nous nous sommes contenté d'observer, d'étudier, de décrire; après trois ans, il nous est peut-être permis de juger. Nous avons commencé par la critique de l'école romaine, relativement aux maladies des organes thoraciques; la tâche n'était pas difficile; mais ici elle devient beaucoup plus vaste, car si, dans les pays froids, les inflammations et les localisations résument une grande partie de la pathologie, dans les pays plus chauds ce sont les fièvres qui dominent.

NOSOLOGIE PYRÉTOLOGIQUE A L'ÉCOLE DE ROME. — Déclarons-le tout d'abord et nettement : tout n'est qu'obscurité et confusion dans cette nosologie; on attend encore la main qui débrouillera ce chaos, dégagera les éléments simples de ces amalgames informes, et fera enfin sortir des êtres et des espèces de ces épaisses ténèbres. Toute la classification repose sur les symptômes, le plus souvent même sur l'examen d'un groupe incomplet de symptômes, de sorte que tantôt la même espèce morbide est éparpillée dans trois ou quatre classes, selon que ses symptômes peuvent affecter trois ou quatre physionomies, tantôt des maladies essentiellement distinctes sont réunies en une seule espèce, quand il leur arrive éventuellement de présenter des analogies dans leurs phénomènes.

pour résultat piquant de mettre en présence ceux que l'on pourrait appeler les hommes de science, par opposition à ceux que l'on pourrait appeler les hommes de bon sens : non que les premiers ne puissent cumuler les mérites des seconds ; mais il n'est pas rare, comme on sait, que le préjugé scientifique fausse le bon sens pratique, et c'est ce qui pourrait bien être arrivé aux membres du congrès qui ont discuté chimiquement les conditions et caractères de l'eau potable. De quoi s'agissait-il ? D'indiquer au public quelles sont les eaux qu'il doit préférer pour chaque usage, et notamment comme eaux potables, et à quels caractères, lui public, il peut les reconnaître. La solution préparatoire du programme, bien qu'embarrassée de détails chimiques, avait eu soin néanmoins de catégoriser les eaux suivant leurs provenances : eaux de pluie, eaux de rivières, eaux de sources, eaux de puits, eaux de citerne, eaux d'étangs, en indiquant les principales différences de composition et de salubrité inhérentes à ces provenances. Les savants du congrès ont perdu de vue ces distinctions pratiques pour se perdre dans l'arbitraire des appréciations purement chimiques. Un homme qu'on trouve toujours du côté de la raison, et qui, en cette circonstance, a personnifié le parti du bon sens, M. Lombard (de Liége), a soutenu avec autorité qu'il peut exister de l'eau potable qui caillebotte à un certain degré le savon et ne cuit pas très-bien les légumes secs ; et il a ajouté qu'il n'est pas absolument nécessaire, comme le voulaient quelques membres, que la bonne eau potable vienne des terrains de formation primitive. En preuve il a cité la province de Liége, où on ne se porte pas plus mal qu'ailleurs, et où toute l'eau de puits et de fontaine, regardée généralement comme potable, précipite le savon, cuit mal les légumes secs, et ne provient nulle part de terrains de formation primitive. Ceci prouve que l'analyse chimique, qui produit toujours d'utiles renseignemens quand elle n'empiète pas sur l'expérience, conduit à l'arbitraire quand elle généralise ses inductions d'après ses seules données. Du reste, en cette circonstance, il n'est venu à l'idée de personne de scinder ce qui pouvait être donné au public comme guide et pierre de touche de ce qui devait être réservé pour les savants comme formule d'appréciation. Une bonne division ou distinction, qui eût été aux deux adresses, aurait pu faire trois catégories d'eaux, comprenant toutes les variétés de chaque espèce : 1° l'eau parfaitement potable, où tous les éléments naturels, exempts de tout mélange, sont en proportions favorables à la santé ; 2° l'eau non potable par excès ou disproportions de ses éléments naturels ; 3° l'eau nuisible par altération résultant de la présence d'éléments hétérogènes de mauvaise nature. Le public eût compris ces distinctions claires et pratiques, et le savant y eût trouvé des cadres méthodiques pour la distribution de ses analyses et la séparation naturelle de ses appréciations.

La seconde partie de la question, concernant les règles qui doivent présider à la bonne distribution de l'eau, a été examinée dans un excellent esprit. Ici les indications fournies par la science sur l'influence des réservoirs, des conduits, de la stagnation, se sont directement résolues en bons et simples préceptes pratiques.

JULES GUÉRIN.

(La suite au prochain numéro.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU PETIT BASSIN (lu à la Société de biologie) ; par M. CHARCOT, interne lauréat des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir les nos 35 et 40.)

REMARQUES GÉNÉRALES.

1° Les kystes hydatiques du petit bassin ne sont pas tout à fait rares ; en effet, sur 43 cas de kystes hydatiques développés dans diverses régions du corps, et relatés dans les bulletins de la Société anatomique (de 1828 à 1849), on trouve trois cas de kystes hydatifères extra-péritonéaux du petit bassin, et un cas de kyste hydatique ovarique tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal et y adhérant intimement.

Si l'on s'en tient aux observations publiées dans le même recueil, ces tumeurs viennent, par leur fréquence, immédiatement après celles de même nature qu'on trouve dans le parenchyme du cerveau et dans celui du poumon.

Sur les 12 cas qui font le sujet de ce travail, 6 appartiennent à la femme, 5 à l'homme ; dans un cas le sexe n'a pas été noté ; sur les 6 exemples où la femme a été atteinte, nous voyons 2 fois les hydatides naître primitivement dans l'ovaire : dans les 4 autres exemples, le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin a été le siége primitif du développement des acéphalocystes. Les malades dont nous avons raconté l'histoire avaient généralement plus de 30 ans, bien que l'âge n'ait pas toujours été indiqué avec précision.

La cause par laquelle ils ont été affectés de cette maladie est la même que celle qui engendre les hydatides dans d'autres parties du corps : dans le foie, dans la rate et plus spécialement dans le tissu cellulaire des épiploons, du médiastin, dans celui qui unit le péritoine aux parois abdominales, etc. ; c'est dire qu'elle est jusqu'à présent occulte ; sous l'influence de cette cause, toutefois, les kystes hydatiques se développent le plus souvent simultanément dans diverses parties du corps. Sous ce point de vue, les kystes hydatiques du petit bassin rentrent dans la loi commune, c'est-à-dire que généralement on les voit, sur le même individu, coïncider avec des kystes analogues qui ont pris naissance dans divers organes, ce qu'il est important de noter pour les indications pronostiques auxquelles ils pourraient donner lieu. Mais il faut remarquer, par contre, que la loi de coïncidence n'est pas absolue, puisque dans trois des cas que nous avons cités, ou bien la coïncidence n'existait pas, ou bien elle ne s'est révélée pendant la vie par aucun symptôme appréciable.

2° C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin que, suivant nous, les kystes hydatiques de la région pelvienne prennent le plus souvent naissance ; chez l'homme, ils n'ont pas d'autre siége primitif : le plus généralement alors, c'est entre le rectum et le col de la vessie qu'ils se développent, en les refoulant chacun de leur côté ; ils peuvent cependant encore se développer entre le péritoine et la face postéro-supérieure de la vessie (obs. de Richter). Chez la femme, c'est entre le rectum d'une part, le vagin et l'utérus de l'autre, sous le péritoine qui unit la fin de l'intestin

---

Cette critique générale sera justifiée à chaque pas, si l'on veut bien nous suivre. Ouvrons le livre classique étudié à l'école de Rome (1), et faisons remarquer que ce livre est officiel, car le règlement universitaire impose un ouvrage à suivre à chaque professeur. Il fait loi, fournit son texte au maître et nourrit les élèves ; ses doctrines sont dans la bouche de presque tous les médecins de Rome, dont la pratique est également en rapport avec ses indications. Il est d'ailleurs conforme à d'autres ouvrages consultés concurremment (1). Il est dû à un médecin laborieux, consciencieux, très érudit, digne de toute estime, mais savant, bien savant, comme on l'était il y a cinquante ou cent ans, et dont le vaste appétit n'a jamais mordu aux productions ni aux découvertes dont se glorifie notre siècle.

Voici la classification acceptée par ce livre :

ORDO. I. Febres intermittentes.
GENUS I. Febres intermittentes puræ.
Species I. Quotidiana intermittens.
II. Tertiana intermittens.
III. Quartana intermittens.

(1) INSTITUTIONES MEDICINÆ PRATICÆ QUAS AD USUM JUVENTUTIS DIGESSIT PETRUS ALOYSIUS VALENTINI, etc. — 10 vol. in-8°. — 1827 à 1847. — Le dernier volume, postérieur de vingt ans au premier qui traite de la pyrétologie, s'arrête, tout comme celui-là, à un demi-siècle ou à un siècle en arrière de nous. Pas un mot d'auscultation ni de percussion ; les maladies du cœur vont jusqu'à Corvisart, c'est-à-dire que leur étude s'arrête à Rome là où elles commencent dans le reste du monde médical. L'encéphalite n'est pas isolée de la méningite. Il n'est pas question de la maladie spéciale appelée ramollissement cérébral. Le cancer ne semble pas un produit à part ; le cancer de l'estomac est décrit avec la gastrite, dont il est un accident. La phthisie est tuberculeuse, pituiteuse, ulcéreuse, consécutive à diverses maladies, aux scrofules, à l'asthme, à la syphilis. Le croup est confondu avec l'angine striduleuse ; il est fort difficile de le dégager du fouillis dans lequel il se trouve perdu. Les symptômes sont décrits comme des maladies ; on voit figurer les *maladies coma, crampes, aphonie*, à côté de l'apoplexie. Pas un mot des hydropisies produites par la gêne de la circulation veineuse, ni sur les recherches micrographiques indispensables pour saisir les premiers phénomènes de l'inflammation. La cirrhose et l'albuminurie sont inconnues. On admet encore l'érysipèle du poumon, mais c'est à peine si on distingue la pneumonie de la pleurésie, etc., etc. Il n'y a guère à Rome qu'un seul médecin, le docteur Pantaleoni, qui pratique plus ou moins la percussion et l'auscultation.

(1) Entre autres à Borsieri, qui est dans les mains de beaucoup d'élèves. La pyrétologie de M. Valentini est à peu près la répétition de celle de Borsieri. Depuis que M. Valentini a quitté la chaire de pathologie interne, le professeur a un peu délaissé son livre pour celui de Pierre Franck. C'est un progrès manifeste ; mais il est à regretter qu'on n'accepte guère les idées de ce dernier, quand elles heurtent trop franchement les doctrines en vigueur à Rome.

aux organes génitaux, qu'ils naissent et s'accroissent. On conçoit cependant qu'ils siégent dans les ligaments larges (obs. de M. Roux), et alors la tumeur qu'ils déterminent dans le vagin sera située à droite ou à gauche de l'axe de ce conduit.

Mais chez la femme encore, nous voyons l'ovaire transformé en kyste hydatique tomber dans le cul-de-sac recto-vaginal, se développer plutôt du côté du périnée que du côté de l'abdomen, adhérer aux parties voisines et venir constituer, en définitive, une tumeur du petit bassin. Ce n'est d'ailleurs qu'à la condition d'adhérences solides amenant l'irréductibilité de la tumeur, et de son développement vers le périnée plutôt que du côté de l'abdomen, que nous l'admettons dans le champ d'étude que nous nous sommes proposé; la proéminence de tumeurs ovariques dans le vagin et dans le rectum est en effet chose commune; et les kystes hydatiques de l'ovaire peuvent, à cet égard, se comporter comme les autres tumeurs de la même glande; mais tant qu'ils sont mobiles, réductibles, qu'ils changent de place par les diverses attitudes du corps, bien que, par une de leurs extrémités, ils proéminent vers le bassin, ils diffèrent assez des véritables tumeurs de cette région pour qu'on les étudie à part.

3° Dans les kystes extra-péritonéaux, on trouve la membrane enveloppante constituée par du tissu fibreux dense, muni de vaisseaux. Le kyste a contracté des adhérences toujours assez intimes avec les organes voisins. Le rectum a été comprimé, ses fibres musculaires se sont développées pour lutter contre l'obstacle au cours des matières fécales. L'utérus a été déplacé en totalité, porté en haut et en avant contre le pubis; son col, ne participant pas toujours à ce mouvement d'ascension, s'est aplati et allongé. Chez l'homme, la vessie urinaire, directement comprimée au niveau de son col, s'est hyperlrophiée, comme il est de règle en pareil cas.

Quand, chez la femme, les kystes hydatiques ovariques ont pris place parmi les tumeurs du petit bassin, des adhérences se sont établies entre la tumeur et les parties voisines; le cul-de-sac recto-vaginal a par suite cessé de faire partie de la grande cavité péritonéale. Par suite, en même temps que ces tumeurs ont confondu leur histoire symptomatique avec celle des kystes du tissu cellulaire, elles ont été soumises aux mêmes indications chirurgicales.

Dans plusieurs cas, les kystes du petit bassin étaient multiples, et en particulier dans celui qui nous est propre, un des deux kystes s'était ouvert par le rectum, tandis que l'autre était resté complétement clos.

4° Tant que ces kystes ne sont pas assez volumineux pour gêner dans leurs fonctions les organes voisins, aucun phénomène particulier ne révèle leur présence. Toutefois on conçoit qu'ils causent certains accidents plus ou moins graves, alors même que leur volume n'est pas très-considérable; les kystes hydatiques, en effet, sont soumis à une loi d'évolution dont le but est l'élimination des hydatides; alors, quand l'époque de l'évacuation du contenu est arrivée, époque que rien ne peut faire prévoir, soudain le liquide où nagent les acéphalocystes devient lactescent, purulent, les parois du kyste enveloppant s'ulcèrent, et les hydatides plus ou moins altérées sont expulsées dans une cavité voisine.

Mais tout cela s'est accompagné de phénomènes locaux et de phénomènes généraux plus ou moins intenses, qui ont souvent appelé pour la première fois l'attention du malade sur une lésion déjà ancienne et dont il n'avait pas soupçonné l'existence. Ce travail spontané, imprévu, est pour ainsi dire l'apanage exclusif des tumeurs hydatiques. Rien de semblable, en effet, ne se rencontre dans les divers kystes hydatiques de la région qui nous occupe.

Quant à la voie par où s'éliminent spontanément les hydatides, c'est, chez l'homme, souvent le rectum, quelquefois la vessie. Chose à noter, chez la femme, le rectum leur a donné issue, mais non le vagin. Il est assez probable, cependant, que beaucoup d'hydatides rendues par le vagin ou même par l'utérus provenaient de kystes du bassin.

Nous n'avons pas trouvé d'exemples de kystes hydatiques du petit bassin ouvert dans le péritoine.

5° Les kystes hydatiques du petit bassin constituent chez la femme une tumeur lisse, bien arrondie, non mamelonnée, indolente, fluctuante. Cette tumeur occupe la cloison recto-vaginale et fait à peu près également saillie du côté du rectum et du côté du vagin; son développement n'est pas encore très-avancé que déjà les saillies rectale et vaginale sont très-prononcées, tandis que la tumeur abdominale est encore très-peu de chose. Par le toucher vaginal et par le toucher rectal donc, et surtout par ces deux modes d'exploration combinés, on se rendra compte du volume, de la consistance, de l'immobilité ou de la mobilité obscure, ainsi que des autres qualités physiques de la tumeur; si déjà elle s'est élevée du côté de l'abdomen audessus du détroit supérieur, la palpation abdominale viendra compléter le diagnostic. La percussion surtout devra être pratiquée avec soin, je dirai plus, avec art.

Puisque les kystes hydatiques du bassin s'accompagnent souvent de kystes analogues dans d'autres organes, il est clair que ces derniers doivent y être recherchés. Or ici encore, à ce qu'il nous semble, la délimitation graphique des divers organes, du foie, de la rate, etc., pourra être fort utile et même indispensable; car elle seule peut faire connaître d'une manière précise, leur forme et leur volume, service que la palpation ne pourrait souvent pas rendre. Il est bien entendu que nous ne parlons pas des cas où les tumeurs hydatiques viscérales sont tellement volumineuses que l'inspection seule ou une palpation grossière peuvent les découvrir.

En fait de phénomènes sympathiques ou de voisinage; rien qui ne puisse être produit à l'avance. Les kystes hydatiques du bassin deviennent-ils suffisamment volumineux, on les voit déterminer la constipation, l'ischurie, la rétention d'urine. La menstruation ne peut pas manquer d'être gênée au moins mécaniquement; enfin, nous savons comment, à l'époque de l'accouchement, une tumeur hydatique a pu gêner très-sérieusement l'expulsion naturelle du fœtus. Pesanteur au périnée, douleurs des aines et des lombes, leucophlegmasie, ascite, voilà des phénomènes dont on comprend trop bien l'existence en pareil cas pour que nous y insistions.

6° Jusqu'ici, il faut l'avouer, parmi tous ces symptômes, rien ou à peu près rien qui ne fût commun aux kystes hydatiques du petit bassin et aux autres tumeurs enkystées de la même région. Nos tumeurs ont cependant quelques signes pathognomoniques; tels sont, par exemple: 1° le frémissement hydatique; 2° la multiplicité des kystes sur le même individu; 3° l'issue des hydatides en nature. Mais, ajoutons-le, chacun de ces phénomènes peut manquer, on ne s'être pas présenté encore à l'époque où on observe le malade. Le frémissement hydatique n'a été perçu qu'une fois, et l'on sait combien il est rare de le rencontrer sur les tumeurs hydatiques en général. La coïncidence d'autres tumeurs a manqué plusieurs fois; enfin, l'évacuation d'hydatides ou de fragments d'hydatides ne se montre en général qu'à une époque avancée de la maladie.

Si cependant une tumeur affecte le siége et présente les caractères phy-

---

Genus II. Febres perniciosæ nervosæ seu perniciosæ.

Species I. Quotidiana perniciosa.

II. Tertiana id.

III. Quartana id.

IV. Subcontinua id.

Ordo. II. Febres continuæ.

Genus I. Febres continuæ continentes.

Species I. Synocha.

II. Nervosa.

III. Synochus.

IV. Febres hecticæ.

Genus II. Febres continuæ remittentes.

Species I. Quotidiana continua remittens seu amphimerina.

II. Tertiana continua remittens seu tritæophya.

III. Continua remittens modo quotidiana, modo tertiana.

IV. Continua remittens intermittenti juncta, seu semitertiana, seu hemitritea.

La critique d'une telle nosologie se fait à première lecture; aussi n'allons-nous entrer dans quelques détails qu'à propos des sujets qui peuvent nous fournir des considérations intéressantes.

On s'étonnera sans doute de ne voir figurer ni la fièvre jaune, ni la peste, ni le choléra, ni la fièvre typhoïde, etc. C'est que ces affections ne sont pas des individualités. Qu'on garde, du reste, son étonnement pour plus tard; j'avertis qu'il en faudra une forte dépense.

Laissons de côté les intermittentes. Quant aux pernicieuses, demandons-nous s'il ne serait pas préférable de créer des espèces d'après la physionomie de ces fièvres; c'est ainsi qu'ont agi les classiques. Une fièvre intermittente pouvant varier de type dans son cours, le type ne peut constituer une espèce; c'est une simple variété.

Fièvres continues continentes: synocha. — La synocha comprend nos fièvres inflammatoire et éphémère, aussi bien que tous les états fébriles dans lesquels la réaction est franche, comme cela arrive dans les premiers jours de beaucoup de maladies, lorsque celles-ci ne se sont encore ni localisées ni spécialisées; aussi, d'après la doctrine que nous critiquons, voit-on la synocha, surtout *quand elle est mal traitée ou qu'il y a putridité des humeurs, dégénérer en autre maladie*, en synochus entre autres; or le synochus, comme nous le verrons bientôt, est une entité complexe qui comprend plusieurs affections. On fait donc une maladie à part, la synocha, des prodromes ou de la première période de plusieurs affections, et cela parce qu'on observe des phénomènes trahissant une vive réaction! Voilà une première grosse erreur commise par cette nosologie qui s'appuie sur les symptômes seuls; mais cela n'est encore rien comparativement à ce qui va suivre.

Nervosa. — Au mot fièvre nerveuse, nous comprenons que nous entrons à l'étranger. A Rome, on appelle de ce nom la fièvre qui affecte surtout le cer-

siques indiqués plus haut, que d'autres tumeurs analogues existent dans d'autres parties du corps, on a tout lieu de penser qu'il s'agit d'un kyste hydatique, plutôt que de toute autre tumeur; si soudain et d'une manière imprévue cette tumeur devient douloureuse d'indolente qu'elle était, qu'en même temps un appareil fébrile se manifeste, la conviction s'établira encore plus solidement; et enfin tout doute sera levé quand des fragments hydatiques seront rejetés au dehors. Hors cela, il faut bien le dire, le diagnostic différentiel sera bien difficile à établir.

« On peut, dit M. Bourdon (Rev. méd., 1841, p. 20), distinguer les abcès des kystes par les symptômes inflammatoires qui précèdent leur formation, par leur sensibilité qui existe dès le début, et parce que la fluctuation y est ordinairement partielle, limitée, tandis que les kystes acquièrent un volume quelquefois considérable sans réaction, et présentent une fluctuation plus évidente, plus uniforme, et une sensibilité plus tardive, qui souvent même ne se montre jamais. Mais quant à distinguer parmi les kystes ceux qui sont hydatiques, séreux, sanguins, etc., je crois que, dans l'état actuel de la science, on ne peut y parvenir à moins d'employer la ponction exploratrice. »

Nous n'avons rien à ajouter après ce que nous avons dit plus haut; cependant nous ne savons pas trop si la ponction exploratrice serait apte à faire distinguer les kystes séreux des kystes hydatiques; ce n'est en effet qu'accidentellement que le liquide obtenu par la ponction de ces derniers sera chargé des éléments qui les caractérisent; je veux parler des echinocoques ou de leurs crochets.

Quant aux tumeurs sanguines du petit bassin, leur étude est aujourd'hui un peu plus avancée qu'à l'époque ou écrivait M. Bourdon. Dans une thèse récente, M. le docteur Vigués les a étudiées avec soin. Le siége de ces tumeurs est le même que celui de nos kystes hydatiques, et les caractères physiques diffèrent peu dans les deux cas; mais les phénomènes qui accompagnent la formation des dépôts sanguins différencient assez nettement ces derniers.

Thèse inaugurale, p. 12: « Dans la plupart des observations que nous rapportons, dit M. Vigués, on a observé chez les malades des symptômes précurseurs: du malaise, des troubles menstruels, métrorrhagie ou suppression des règles, douleur dans le bas-ventre; les moindres mouvements sont douloureux.

» Chez quelques-uns on observe un amaigrissement rapide; la face est pâle, mate, anxieuse, les traits sont altérés; les chairs deviennent molles et flasques, la peau présente la teinte que l'on remarque après une hémorrhagie abondante. Ces phénomènes, en rapprochant sous quelques points de vue les tumeurs sanguines des tumeurs phlegmoneuses, les différencient suffisamment des kystes hydatiques. »

Lors de l'accouchement le diagnostic devient plus ardu encore, et en même temps les indications plus pressantes. A cette époque les tumeurs qui proéminent de la face postérieure du vagin deviennent irréductibles, alors qu'elles pouvaient autrefois se réduire, acquièrent une apparence de fluctuation, etc., etc.; en un mot la plupart de leurs caractères se modifient. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque nous voyons, dans cette circonstance, les accoucheurs mettre en présence, dans leur diagnostic différentiel, les tumeurs les plus dissemblables: la hernie périnéale, l'ascite, diverses tumeurs solides, les diverses espèces de kyste de l'ovaire, etc., etc. (Park Merriman). Cependant tous recommandent l'opération, car dans la majorité des cas, si la maladie a été abandonnée à elle-même, elle a eu une issue funeste.

7° On a essayé de détruire les kystes hydatiques par des médicaments internes. Hunter a dans ce sens préconisé l'usage du mercure, et la térebenthine aurait eu un certain succès contre les hydatides des reins (Bayle, Bul. thérap.).

Mais à une époque plus ou moins avancée de la maladie, le traitement chirurgical deviendra nécessaire. Il sera même sage, dans bien des cas, d'aller au-devant des accidents, comme cela a été fait avec succès par M. Roux.

Pendant l'accouchement, nous avons vu avec quelle circonspection Park avait agi, quoiqu'il connût la malade depuis longtemps et qu'il eût pu se faire une idée sur la nature de sa tumeur. Il crut ne devoir intéresser, dans les premières incisions faites avec le pharyngotome, que la muqueuse vaginale elle-même, et ce fut par ces incisions qu'il fit pénétrer un doigt avec lequel il paraît avoir déchiré les parois du kyste; c'était explorer et opérer à la fois.

En dehors de l'accouchement, M. Roux ouvrit largement le kyste, et après l'évacuation des hydatides, le bourra de charpie; l'opération eut un plein succès.

C'est encore par la ponction ou l'incision faite par le vagin qu'on devrait opérer les kystes ovariques devenus kystes du petit bassin, par suite d'adhérences intimes. Si l'ovaire tuméfié par un kyste et libre dans la cavité de l'abdomen a pu être ponctionné avec succès par le vagin dans un bon nombre de cas, à plus forte raison doit-on pouvoir tenter l'opération quand on a acquis la conviction de son adhérence avec les parties voisines.

Merriman a ponctionné par le rectum deux kystes *séreux* qui mettaient obstacle à l'accouchement; mais il reconnaît lui-même qu'il y eut en avantage à les ouvrir par le vagin. Les avantages de la ponction des abcès de la cloison recto-vaginale par le vagin sont en effet reconnus par tout le monde. Chez l'homme le rectum, en pareil cas, est la seule voie ouverte au chirurgien. Disons toutefois que, dans l'observation de M. Lesauvage, la ponction, pratiquée d'abord avec une apparence de succès, n'empêcha pas la tumeur de s'ouvrir ultérieurement dans la vessie.

Les kystes hydatiques portent en eux des êtres vivants, qui doivent mourir pour que l'adhérence des parois de la poche d'enveloppe puisse se faire; une large émission, en permettant l'évacuation complète du contenu de la tumeur, sera donc toujours, quand on croira pouvoir la pratiquer, supérieure à une ponction étroite. Cependant, en cas contraire, les injections irritantes sont probablement appelées à rendre un grand service en tuant les hydatides et en enflammant du même coup les parois du kyste; et en particulier, dans les tumeurs qui nous occupent, l'anatomie pathologique, en faisant connaître l'épaisseur de la paroi fibreuse qui constitue le kyste d'enveloppe et l'éloignement du péritoine, devra rassurer le praticien, surtout si l'on considère que des kystes de l'ovaire libre dans la cavité abdominale ont été soumis à la même opération, laquelle a pu être couronnée de succès.

Nous avons parlé des accidents assez graves déterminés par l'inflammation spontanée des kystes hydatiques du petit bassin; ne conviendrait-il pas, en pareille circonstance, de prévenir ces accidents et de déterminer, par exemple, chez l'homme, l'ouverture de la poche dans le rectum, alors qu'on a a craindre qu'elle ne se fasse plus tard à la fois par le rectum et par la vessie?

---

veau et le système nerveux en général. J'ai recueilli un autre caractère en conversant avec les professeurs et les internes de Santo-Spirito; il réside dans la dissonnance des symptômes, par exemple, langue humide et soif vive, langue sèche et noirâtre sans soif, etc., etc. C'est une fièvre continue continente, mais qui peut devenir subséquemment rémittente sans changer de nature. Elle est d'une extrême irrégularité: tantôt très-aiguë, elle dure peu d'heures et se termine par la mort; d'autres fois, sa gravité est bien moindre; enfin, sa marche est lente dans d'autres circonstances. Elle peut présenter tous les symptômes possibles, diversement combinés; du moment que l'axe cérébro-spinal trahira vivement l'offense qu'il a ressentie, ce sera une fièvre nerveuse. Pendant son cours, on peut observer: céphalalgie, insomnie, aliénation mentale, sopor, syncopes, soif, vomissements, anxiété précordiale, sueurs profuses, ictère, vomissements noirs, fuligo, bubons, charbons, pétéchies, taches lenticulaires, anthrax, gangrenes, parotidites, frenésie, angine, pleurésie, hépatite diarrhée, etc. Un de ses caractères principaux réside dans la chute et l'anéantissement profond des forces: le pouls est petit, inégal; les urines sont le plus souvent naturelles; les yeux hagards ou défaits; les symptômes nerveux dominent.

Soyons prudent; ne nions pas qu'il n'existe à Rome une affection spéciale qu'on appelle fièvre nerveuse, affection inconnue chez nous; faisons nos reserves à ce sujet; mais entrons pleinement et franchement dans le domaine de la critique; voyons si, au cas où cette affection existerait, on a su la reconnaître, l'individualiser, la démêler et la différencier des maladies voisines. Or il n'en est rien, car dans ce chaos indicible qu'on appelle fièvre nerveuse, le livre classique fait rentrer toutes les espèces suivantes:

1° L'éphémère maligne sporadique, et l'éphémère maligne qui est quelquefois contagieuse. L'éphémère gangreneuse d'Hippocrate est une fièvre nerveuse.

2° La suette miliaire, par exemple celle qui a régné en 1483 en Angleterre.

3° La peste, par exemple celle qui a ravagé Marseille en 1720.

4° Le typhus bénin et le typhus grave. (La lente nerveuse d'Huxam rentre dans les typhus.)

5° La fièvre jaune.

6° La fièvre catarrhale maligne (t. I, p. 273).

7° La fièvre typhoïde. L'individualité de cette affection n'est pas plus soupçonnée que celle du typhus fever. La dothinentérie n'est en effet nommée nulle part; mais on peut la reconnaître en rassemblant quelques lambeaux de description épars. Enfin, on nous a fait voir, au grand hôpital Santo-Spirito, des intestins d'individus ayant succombé à la fièvre nerveuse, intestins marqués de belles et bonnes plaques dothinentériques.

Est-il possible d'imaginer une pareille confusion? Quoi! la peste, la fièvre jaune, la suette, et nous dirons bientôt (1) qu'il faut y ajouter la fièvre pernicieuse, tout cela n'est *qu'une espèce, qu'une seule maladie!* Et l'on fait des espèces différentes des fièvres intermittentes, selon qu'elles sont quotidiennes, tierces, quartes! Bien plus, on fait deux genres des fièvres palustres, intermittentes et rémittentes, comme nous le verrons quelques lignes plus bas!!

(1) Dans notre lettre sur la fièvre nerveuse.

Telles sont les considérations que nous voulions présenter sur les kystes hydatiques du petit bassin. Nous craignons bien que leur valeur ne justifie pas la longueur de ce travail; cependant nous rapporterons, en manière de justification, la phrase par laquelle Hunter termine la longue observation que nous avons transcrite : « J'ai rapporté, dit-il, avec beaucoup de détails toutes les circonstances qui se rattachent à ce cas, parce qu'il est rare d'en rencontrer de semblables, même dans le cours d'une longue pratique. Or il arrive souvent, en pareille circonstance, que les vues suggérées par un cas isolé restent sans valeur, parce qu'on manque des moyens d'en vérifier la portée.

Nous avons essayé, comme historien du moins, de remplir la lacune signalée par Hunter.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PALUDÉENNES; recueillies à la Clinique médicale de Montpellier, dans le service de M. le professeur Fuster, par M. le docteur A. Girbal, ancien chef de clinique médicale.

(Suite. — Voir les numéros 36 et 37.)

DEUXIÈME CATÉGORIE.

FIÈVRES NON GUÉRIES PAR LA MÉDICATION ARSENICALE OU REBELLES A CETTE MÉDICATION.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; POUDRE FÉBRIFUGE; POTION DE PEYSSON.

Obs. XXVIII. — Godefroi, 13 ans, domestique, d'une constitution frêle et détériorée, atteint depuis un mois de fièvre quotidienne contractée sur les bords du Lez, entre à l'hôpital le 9 septembre 1850.

Du 9 au 19, accès quotidiens dans l'après-midi, rebelles à la potion de Peysson. Rate dépassant le rebord costal de 3 centim.

19. (1 milligr. ac. ars. (*bis*), soupe, vin.) Accès de midi à quatre heures du soir.

Du 20 au 24 (mêmes prescriptions).

Accès le 21 et le 23, à midi.

Apyrexie jusqu'au 1er octobre. (Soupe, côtelette, vin.)

Du 12 au 18, reproduction des accès quotidiens. (Potion de Peysson.) Persistance de l'engorgement splénique et de la détérioration de l'état général.

Cet enfant, très-chétif, âgé de 13 ans, a pris en cinq jours, sans accident, 4 centigr. acide arsénieux (Dose moyenne par jour, 2 milligr.) La fièvre, qui d'abord avait été quotidienne et avait résisté à la potion de Peysson, s'est montrée trois fois sous le type tierce, et a été suspendue pendant cinq jours pour reparaître encore sous le type primitif.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 2.

Obs. XXIX. — X..., douanier, bien constitué, lymphatico-sanguin, 22 ans, entré le 20 novembre 1849, atteint depuis quatre jours de fièvre quotidienne, qui a résisté à une bouteille d'eau de Sedlitz et à 6 pilules de sulfate de quinine en deux jours.

Cinquième jour (bouill., pot. avec 4 gr. rés. kina et 50 centigr. sulfate de quinine).

Accès de quatre à huit heures du soir, se répétant tous les soirs jusqu'au onzième jour. (Soupe, vin.)

Onzième jour (0,10 t. stib.). L'accès manque pour la première fois; il reparaît le lendemain et continue à se montrer jusqu'au dix-septième jour, avançant chaque fois de deux heures. (Treizième, quatorzième, quinzième et seizième jour, pot. n° 2 en deux fois.)

Appréhension excessive causée par le mot *arsenic;* épistaxis, céphalalgie, anxiété. Sortie volontaire.

Cette fièvre a résisté à trois jours de traitement par les préparations quiniques, dans le service du professeur Caizergues. Le onzième jour seulement, l'accès a manqué, sous l'influence du tartre stibié; mais il s'est reproduit le lendemain et les jours suivants, malgré 10 centigr. d'acide arsénieux en quatre jours. (Dose moyenne par jour, 2 centigr. 5 milligr.) Cette substance inspirait beaucoup de répugnance au malade, et il a exigé sa sortie. Est-ce à l'acide arsénieux qu'il faut attribuer les phénomènes nerveux observés dans ce cas, ou bien à l'impression morale ressentie par ce sujet, et qui l'a déterminé à sortir de l'hôpital? Nous n'oserions le décider.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 1; SUSPENSION DES ACCÈS; ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS; RÉCIDIVE EN TIERCE; SIROP FÉBRIFUGE; ACCIDENTS.

Obs. XXX. — Briguibont, 29 ans, lymphatique, assez bien constitué, atteint pour la troisième fois à Mauguio, depuis le 9 janvier 1850, de fièvre quotidienne, entre le 20 janvier.

Face jaunâtre, affaiblissement général; rate sensible au niveau du rebord costal, légère douleur dans ce point.

21. Douzième accès quotidien de huit heures du matin à deux heures du soir. (Potion de Rivière, au début de l'accès.)

22 (0,10 t. stib.). Accès un peu moindre, se reproduisant jusqu'au 25. (24 et 25, quart, vin, pot. n° 1 (*bis*).)

Du 25 janvier au 3 février, apyrexie, face pâle, anémique; ventre légèrement empâté, œdème des membres inférieurs. (Quart, chiendent nitré, frict. avec teint. de digitale.)

3 février. Accès à sept heures du matin, se reproduisant le 13, le 15 et le 17. (16,10 gr. sirop fébrif. (*ter*).) Coliques, une selle liquide abondante, nausées après son ingestion.

Sortie volontaire le 18.

Persistance de l'engorgement splénique; faiblesse assez grande, œdème des jambes.

12 centigr. d'acide arsénieux pris en deux jours ont suspendu cette fièvre, qu'avait déjà atténuée l'éméto-cathartique; mais cette suspension a été suivie de la formation rapide d'un œdème des membres inférieurs et d'une récidive en tierce, qui a persisté malgré une nouvelle administration d'acide arsénieux (3 centigr. en un jour). Il a déterminé cette fois des accidents gastro-intestinaux, qui se sont dissipés d'eux-mêmes dès le lendemain. (En tout, 15 centigr. en trois jours; dose moyenne par jour, 5 centigr.)

FIÈVRE TIERCE; RÉCIDIVE RÉCENTE; SIROP FÉBRIFUGE; ACCÈS IRRÉGULIERS.

Obs. XXXI. — Bornot, 64 ans, marbrier, atteint en 1849, dans le Limousin,

---

Mais ce n'est pas tout. Puisque l'entité fièvre nerveuse ne repose que sur l'examen de quelques symptômes, on doit s'attendre à trouver sous ce nom des affections organiques accompagnées de symptômes nerveux assez intenses pour entourer de quelque difficulté la recherche de leur siége. C'est ce qui arrive en effet : nous avons vu des affections de poitrine cotées fièvre nerveuse. Folchi, l'un des médecins de Rome qui avaient essayé de suivre la science, Folchi, auteur d'un livre d'anatomie pathologique (1) qui lui a valu les sarcasmes de ses confrères étonnés qu'on perdît son temps à écrire sur un *inutile résidu*, sur un *caput mortuum*, Folchi fait également rentrer le typhus des camps dans la fièvre nerveuse contagieuse pétéchiale et miliaire. Les principaux désordres anatomiques de la fièvre nerveuse résident, d'après ce laborieux auteur, dans le cerveau et dans la moelle. En lisant ses observations de fièvre nerveuse spontanée, on reconnaît quelque chose qui ressemble fort à la méningite cérébro-spinale, et la nécroscopie vient pleinement justifier cette idée : méninges gorgées de sang, sérosité gélatineuse et lactescente dans les cavités, sur et entre les méninges cérébrales et spinales; moelle vertébrale le plus souvent indurée comme un tendon et marquée de taches d'un rouge noirâtre. Dans une de ses observations, Folchi parle d'une membrane dense gélatineuse recouvrant toute la surface du cerveau.

Nous consacrerons plus tard une lettre spéciale à la critique de la fièvre nerveuse, en mettant la question sur le terrain de la pratique.

Synochus. — Le synochus est une fièvre qui dure deux ou trois septénaires; il est formé de la synocha et du typhus; à son origine, il ne diffère pas de la synocha, mais il s'en éloigne plus tard lorsque le typhus s'y adjoint. Les causes sont celles de la synocha, mais plus énergiques, et celles du typhus. Le synochus est quelquefois contagieux. Il atteint surtout les jeunes gens sanguins, débute par un frisson suivi de chaleur mordante, et présente, entre autres, les symptômes suivants : pouls fréquent, grand, dur, inégal, tandis qu'il est égal dans la synocha; respiration fréquente, difficile, suspireuse; urines crasseuses, troubles, mais sans sédiments, si ce n'est au déclin de la maladie, où elles laissent un dépôt blanc. La marche du synochus est continue et ascensionnelle; bientôt on voit se déclarer : céphalalgie, vigil, somnolence, léger délire, débilité profonde, jactitation, décubitus dorsal, hémorrhagies diverses, tension hypogastrique, langue sèche et noire, etc. Je ne trouve dans le tableau de la maladie l'indication d'aucune tache, d'aucune éruption sur la peau. Ces symptômes se groupent différemment et s'accompagnent de divers autres phénomènes, selon que le synochus est sanguin ou bilieux, putride ou imputride. La putridité du synochus se reconnaît surtout à l'odeur des urines, des fèces, de la sueur, etc. Le synochus est une maladie inflammatoire. Les principales indications thérapeutiques peuvent ainsi se résumer : réfrigérantia, diluentia, clysmata. Pour le dire en passant, ce dernier moyen intervient dans la thérapeutique de presque toutes les fièvres. — Pas un mot d'anatomie pathologique. A propos d'autres affections, on trouve quelques lignes; mais ici, rien.

(1) Folchi. Exercitatio pathologica, seu multorum morborum historia per anatomen illustrata. — 2 vol. in-8°. Rome, 1840, t. I, p. 20.

de fièvre intermittente qui a duré près de six mois, et a enfin cédé au sulfate de quinine, entre le 7 février 1850, atteint depuis huit jours de douleurs rhumatismales, sans fièvre.

Accès incomplet à l'hôpital, les 10, 12 et 14 février, de six à sept heures du soir. (15, quart, vin, 10 gr. sirop (*ter*); 16 et 17, 10 gr. sirop (*ter*) par la bouche et 10 gr. en lav.)

L'accès continue à paraître avec peu d'intensité, les 16, 18, 19, 21, 22 et 25, et ne se reproduit plus jusqu'au 20 mars, jour de sortie. (Du 18 février au 20 mars, 3 bains sulfureux par semaine.)

Chez ce malade, il n'y a eu qu'une récidive consistant en accès légers et mal dessinés. Ils ont résisté toutefois à 11 centigr. d'acide arsénieux pris en trois jours. (Dose moyenne, 3 centigr. 6 milligr. par jour.) Il a été suspendu, vu le peu d'intensité de la fièvre, qui s'est usée d'elle-même, après avoir encore irrégulièrement paru pendant quelques jours.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTION N° 2; PILULES DE VALLET; SUSPENSION DES ACCÈS; RÉCIDIVE.

OBS. XXXII. — Guelparosetto, natif du Piémont, 30 ans, lymphatique, d'une constitution détériorée, atteint depuis le 27 septembre 1849, de fièvre intermittente contractée à Aigues-Mortes, coupée à deux reprises par le sulfate de quinine.

5 décembre, entrée à l'hôpital.

Face jaune, verdâtre; affaiblissement considérable; rate dépassant de 4 centim. le rebord costal.

6 décembre (0,10 t. stib.). Accès de quatre à onze heures du soir, se reproduisant tous les soirs jusqu'au 19. Les derniers sont plus légers. (7 déc., pot. n° 2 en deux fois; 8 et 9, pot. en une fois; 10, 11 et 12, pot. (*bis*); 13, 14 et 15, pot. (*ter*); 16 et 17, pot. (*ter*) et quatrième par cuiller.; 18, 0,10 t. stib.). A quatre ou cinq reprises, sensation d'âcreté à l'épigastre et d'ardeur dans l'arrière-bouche.

Du 19 décembre au 2 janvier, apyrexie; persistance de la teinte blafarde. La rate ne dépasse que de 2 centim. (Quart, vin, 2 pil. Vallet (*bis*).)

2 janvier. Accès de dix heures du matin à trois heures du soir.

3. Sortie.

Après treize jours de traitement par les éméto-cathartiques et l'acide arsénieux (65 centigr.; dose moyenne, 5 centigr. 9 milligr. par jour), la fièvre a été suspendue pendant une quinzaine de jours. Un accès a reparu le 2 janvier, et la sortie prématurée du malade a rendu l'observation incomplète.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 2; DEUXIÈME ÉMÉTO-CATHARTIQUE; TROIS ACCÈS EN TIERCE; GUÉRISON.

OBS. XXXIII. — Bourdon, 22 ans, assez bien constitué, lymphatico-bilieux, atteint depuis dix mois de fièvre d'Afrique, à types divers, coupée chaque fois par le sulfate de quinine, et ayant reparu chaque fois après trois ou quatre semaines, entre le 7 décembre 1849.

Face vert-jaunâtre, un peu bouffie, empâtement abdominal; rate dépassant de 1 centimètre le rebord costal.

Accès le 7, de neuf heures du matin à trois heures du soir.

8 décembre, huitième jour de la dernière rechute (0,10 t. stib.). L'accès manque.

Neuvième et dixième jour, accès de neuf heures du matin a quatre heures du soir. (Quart, vin, pot. n° 2 en une fois.)

Du onzième au vingt-septième jour, persistance de la fièvre quotidienne. (Du onzième au quinzième, pot. (*bis*). Du quinzième au vingt et unième, pot. (*ter*), et quatrième par cuillerée. Du vingt-deuxième au vingt-septième, soupe, côtelette, petit-lait.)

Trois accès en tierce, les vingt-huitième, trentième et trente-deuxième jours.

Depuis lors, apyrexie complète; retour progressif des forces.

Sortie le 31 janvier 1850, après un sejour de deux mois à l'hôpital.

Diminution de l'engorgement de la rate et de la teinte jaunâtre de la face.

Cette fièvre d'Afrique, ancienne et tenace, suspendue mais non guérie par le sulfate de quinine, a résisté à un éméto-cathartique et à 80 centigr. d'acide arsénieux en treize jours. (Dose moyenne, 6 centigr. par jour.) Tolérance parfaite.

A la suite d'un nouvel éméto-cathartique, prescrit sept jours après la suspension de l'acide arsénieux, un accès a manqué et deux autres ont paru en tierce. Depuis lors, la guérison a été assurée.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; SIROP FÉBRIFUGE; ACCIDENTS.

OBS. XXXIV. — Pons, 50 ans, assez bien constitué, lymphatique, ayant subi en 1848 l'amputation de la cuisse gauche, à la suite d'un violent traumatisme, cordonnier à Castelnau depuis le commencement de 1849, entre le 21 février 1850, atteint depuis près d'un an de fièvre intermittente à types divers, suspendue à sept ou huit reprises par les préparations de quinquina, et reparaissant chaque fois après deux ou trois semaines au plus.

Face pâle, jaunâtre, bouffie; muqueuses décolorées; léger œdème du membre inférieur droit; rate descendant jusqu'au niveau du rebord costal.

Accès irreguliers et peu intenses jusqu'au 1er mars. (Soupe, côtelette, vin, chiendent nitré, frictions avec teint. de digitale.)

Du 1er au 8 mars, accès quotidiens de six heures de durée, venant le soir ou la nuit. (Mêmes prescript.)

Du 8 au 17 mars, jour de sortie, persistance des accès et de l'engorgement de la rate. (8 et 9, soupe, chiendent nitré, 20 gr. (*bis*) sirop; 10, 11 et 12, 30 gr. (*bis*); 13 et 14, 30 gr. (*ter*); 15, 30 gr. (*bis*); 16, sirop suspendu.)

Depuis le 9 mars, deux ou trois selles diarrhéiques par jour.

Le 13 et le 14, sensation de cuisson dans l'arrière-bouche et à l'épigastre; un peu de malaise général.

50 centigr, d'acide arsénieux ont été pris en huit jours (dose moyenne par jour, 6 centigr. 2 milligr.) Les accès n'en ont été nullement influencés, et il y a eu quelques accidents gastro-intestinaux, qui se sont amendés et ont disparu à la suite de la diminution et de la cessation du médicament.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; TUBERCULISATION PULMONAIRE AU PREMIER DEGRÉ; POUDRE FÉBRIFUGE.

OBS. XXXV. — Chabert, chapelier, 25 ans, lymphatico-nerveux, assez bien constitué, ayant eu en 1849 une fièvre tierce bénigne guérie par deux vomitifs, entre à l'hôpital le 1er novembre 1850, atteint tous les soirs, depuis une semaine, d'accès légers et incomplets survenus à la suite d'un voyage aux environs de Lunel. Toux sèche, appétit diminué; faiblesse générale.

Du 1er au 9 novembre, exacerbation tous les soirs, sans frissons; chaleur de la peau, fréquence du pouls, céphalalgie pendant cinq ou six heures; augmentation de la toux. (9 et 10 nov., 5 centigr. ac. ars. en trois fois, soupe, lait.)

Apyrexie pendant ces deux jours; point d'exacerbation.

11 (4 centigr). Céphalalgie, chaleur et toux intenses, de sept heures du soir à minuit.

Du 12 au 16, apyrexie, toux (5 centigr.). Respiration rude et sèche au sommet des deux poumons.

16 et 17 (4 centigr.). Exacerbation le soir, se reproduisant les jours suivants.

Certes, voilà encore une maladie qui, en tant qu'individualité, ne vaut guère mieux que cette fantastique fièvre nerveuse. On y trouverait probablement quelques formes ou quelques éléments de la fièvre typhoïde, et de certaines fièvres paludéennes. La synocha qui la précède n'est certainement que les prodromes et la première période de la maladie réelle.

C'est toujours la même classification d'après les symptômes. On comprend qu'en partant d'une pareille base, les espèces se soient indéfiniment multipliées; aussi entend-on journellement parler à Rome de fièvre gastrique, gastro-reumatiques, gastro-nerveuse, gastro-vermineuse, gastro-stercoreuse, gastro-inflammatoire, gastro-bilieuse, semitertiane, hémitritée, synoque putride, etc., etc. Autre conséquence : les symptômes n'affectant pas la même physionomie dans toutes les périodes de la même affection, et les symptômes constituant la maladie pour les Romains, il a fallu bon gré mal gré professer, quand ces mutations dans les phénomènes ont lieu, qu'une maladie se convertit en une autre, dégénère en une autre, comme on dit à Rome. En effet, il n'est question que de gastrique dégénérée en nerveuse, d'intermittente dégénérée en synochus ou en nerveuse, de gastro-reumatique dégénerée de trois ou quatre façons, etc., etc. On parle même d'affections locales, de pneumonies par exemple, qui subissent des metamorphoses étonnantes. Bref, c'est un incroyable chaos de mots et d'idées.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

ERRATUM. — Dans la XVe LETTRE D'ITALIE, n° 38, intitulée : *De Rome à Naples par les marais Pontins*, p. 591, au lieu de : l'humidité est fructueusement COURONNÉE en fournissant un des éléments nécessaires à la végétation, lisez CONSOMMÉE.

— M. le docteur Sauveur, inspecteur général du service médical en Belgique, vient de recevoir de S. M. Guillaume III, le brevet et les insignes de commandeur de l'ordre de la Couronne de Chêne.

— M. Huet Després, médecin des Madelonnettes, est nommé médecin aux Jeunes-Détenus.

— M. Pietra-Santa, médecin à Mazas, passe en qualité de médecin aux Madelonnettes.

— M. Brémont, adjoint à Villers-Coterets, vient comme adjoint à la Roquette.

— A York vient de mourir, dans un âge assez avancé, M. John Stockx, qui remplissait les fonctions de chirurgien à la bataille de Trafalgar, où tomba l'amiral Nelson. M. Stockx fut ensuite nommé par le gouvernement anglais médecin particulier de Napoléon Bonaparte à l'île de Sainte-Hélène.

Léger vomissement de matières bilieuses le 17. (Suspension de la poudre arsenicale.)

Bien que le malade ait été exposé à l'influence paludéenne, nous n'oserions affirmer que c'est à elle qu'on doit imputer les accès dont il a été atteint. Ces accès ont été incomplets et mal dessinés. Il était difficile, surtout au début, de savoir si la tuberculisation pulmonaire commençante jouait ou non un rôle dans leur manifestation. Ils ont été combattus, quoi qu'il en soit, par la poudre arsenicale, qui a paru les suspendre à deux reprises et n'a pu cependant les arrêter définitivement. En neuf jours, 42 centigr. ont été ingérés et tolérés. Le 17 seulement, il y a eu un léger vomissement. (Dose moyenne par jour, 4 centigr. 6 milligr.)

FIÈVRE TIERCE; POTION N° 2; PERSISTANCE ET DIMINUTION DES ACCÈS.

OBS. XXXVI. — Froidefond, 24 ans, soldat au 13e de ligne, bien constitué, lymphatico-bilieux, ayant eu à Rome, en août 1849, une fièvre tierce, coupée après dix jours de traitement par le sulfate de quinine, entre le 5 décembre 1849, pour affection catarrhale bronchique légère.

Premier accès le 7 décembre, se reproduisant les 9, 11 et 13, de dix heures du matin à trois heures du soir. Légère teinte jaunâtre de la face, pas de traces d'engorgement viscéral; faiblesse générale. (Du 12 au 13, quart, vin, pot. n° 2 en deux fois.)

Du 15 au 22 décembre, persistance de légers accès tierces, de deux heures de durée le matin. (16 et 17, pot. (*bis*). Du 18 au 22, pot. (*ter*).)

22. Sortie. Faciès normal; faiblesse moindre.

45 centigr. d'acide arsénieux ont été pris en dix jours, sans le moindre accident (dose moyenne par jour, 4 centigr. 5 milligr.). La fièvre, combattue après le quatrième accès, a continué à paraître, mais avec beaucoup moins d'intensité. Il y a en en tout 8 accès à l'hôpital.

FIÈVRE TIERCE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 1; SUSPENSION DES ACCÈS; RÉCIDIVE; SIROP FÉBRIFUGE; NOUVELLE SUSPENSION, NOUVELLE RÉCIDIVE APRÈS TROIS SEMAINES.

OBS. XXXVII. — Francès, 43 ans, matelot, bilioso-sanguin, d'une constitution détériorée, entré le 13 janvier 1850, atteint, depuis le commencement de novembre 1849, de fièvre tierce suspendue à trois reprises par le sulfate de quinine.

Face un peu jaunâtre, ventre empâté, rate sensible au niveau du rebord costal.

13 janvier (0,10 t. stib.). Accès de dix heures du matin à cinq heures du soir, avançant de quatre heures.

15 janvier, nouvel accès à la même heure. (16 et 17, pot. n° 1.)

17. Accès léger. (Du 18 au 23, pot. (*bis*).) Apyrexie.

24. Léger accès de trois à six heures du soir.

26. Accès plus fort de midi à six heures, se reproduisant les 28, 30 et 1er février. (29 et 30 janv., 10 gr. sirop (*bis*); 31, 10 gr. Du 1 au 7 fév., 10 gr. (*bis*).

7 février. Sortie. L'accès a manqué deux fois.

Depuis le 3 mars, nouveaux accès tierces. Rentrée le 7.

9 (0,10 t. stib.). Quatrième accès moindre.

Apyrexie jusqu'au 17.

17 et 19. Accès léger.

Sortie le 27 mars.

A la suite de l'éméto-cathartique, l'accès a avancé de quatre heures et a été aussi intense que les précédents. Un autre accès a eu lieu, et 36 centigr. d'acide arsénieux ont été prescrits en huit jours. La fièvre a été atténuée d'abord et suspendue ensuite pendant une semaine. Sa réapparition a nécessité un nouvel emploi d'acide arsénieux (15 centigr. en huit jours). En tout, 51 centigrammes en seize jours; dose moyenne par jour, 3 centigr. 1 milligr.

Tolérance parfaite.

Les accès ont été enrayés, mais ils ont récidivé après trois semaines, et ont disparu cette fois sans nécessiter un traitement actif.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DEVENUE TIERCE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SOLUTION FÉBRIFUGE; SUSPENSION DES ACCÈS; RÉCIDIVE.

OBS. XXXVIII. — Solignac, 23 ans, cultivateur, lymphatico-sanguin, assez bien constitué, atteint à la Camargue, depuis le 15 septembre 1848, de fièvre à types divers, coupée à six reprises par le sulfate de quinine.

Entrée le 3 avril 1849.

Accès quotidiens depuis onze jours; face jaunâtre, rate dépassant de 1 centim. le rebord costal.

5 avril (0,10 t. stib.). Accès comme les précédents, de quatre à neuf heures du soir.

Du 6 au 27, accès en tierce, avançant d'une ou de deux heures chaque fois. (Du 6 au 11, quart, inf. de petite centaurée. Du 11 au 18, 2 milligr. (*bis*) acide ars. Du 18 au 26, 3 milligr. en deux fois; 23 et 25, pot. de Rivière au début de l'accès.)

Du 27 avril au 7 mai, apyrexie. (Du 26 avril au 7 mai, 4 milligr. (*bis*).)

Du 7 au 11 mai, récidive, accès tierces. (1 centigr. en deux fois tous les jours.)

11 mai, sortie.

Persistance des accès, de l'engorgement de la rate et de l'altération de la face.

Après l'administration du tartre stibié, les accès, qui d'abord avaient été quotidiens, ont paru en tierce. Après quinze jours de traitement par l'acide arsénieux (76 milligr.), la fièvre a été suspendue pendant dix jours; mais elle a reparu le onzième, malgré la continuation de l'acide arsénieux (40 milligr. en dix jours). Elle a résisté encore à 40 milligr. pris dans les quatre derniers jours. (Dose moyenne pendant vingt-neuf jours, 5 milligr. par jour.)

FIÈVRE QUARTE; POTIONS Nos 2 ET 1; SIROP FÉBRIFUGE; ACCIDENTS; PERSISTANCE ET DIMINUTION DES ACCÈS.

OBS. XXXIX. — Pigmat, cultivateur, 31 ans, bien constitué, bilioso-sanguin. Depuis le 6 juin 1848, fièvre quarte avec cinq ou six récidives, malgré le sulfate de quinine.

Entrée le 25 novembre 1849. Absence d'altération de la face et d'engorgement viscéral. La fièvre persiste jusqu'au 8 janvier 1850. Les accès viennent en quarte, de trois à sept heures du soir.

(Du 25 novembre au 5 décembre, demie, vin, pot. n° 2 en deux fois; du 3 au 10, pot. en une fois; du 10 au 13, pot. (*bis*); du 13 au 16, pot. (*ter*); du 16 au 19, pot. (*ter*) et 4e par cuillerée; du 19 au 26, pot. (*bis*); du 26 au 29, pot. (*ter*).)

Tolérance; suspension de l'acide arsénieux le 29 décembre (4 et 5 janvier, pot. n° 1 en une fois; 6, demi-pot.). Lassitude et faiblesse, vomissement le 6. L'accès manque deux fois, 8 et 11 janvier.

Retour des accès les 11, 14, 17 et 20. Ils sont plus légers que les précédents (21 janvier, pot. n° 1; 22 et 23, pot. (*bis*); 24 et 25, pot. (*ter*).) Persistance des accès sous le même type.

29 janvier (10 gr. sirop). Accès et vomissement (30 janvier, 10 gr. (*bis*); 31, 10 gr.; 1er février, 10 gr. (*bis*), 2e dose donnée pendant le frisson et vomie; 2, 10 gr. (*ter*); 4, 10 gr. (*bis*); 5 et 6, 10 gr., quatre fois).

Léger accès le 4 février.

Quelques nausées, pesanteur épigastrique et vomissement le 5 et le 6.

7 février, sortie.

Ce malade, après un séjour de deux mois et demi à l'hôpital, n'a pu être complétement débarrassé de sa fièvre. Les accès ont été atténués sans doute, mais non enrayés; et pourtant l'acide arsénieux a été administré à de très-hautes doses et sous des formes diverses (en tout, 2 gr. 99 centigr. 5 milligr en quatre reprises, en soixante-trois jours; dose moyenne par jour, 4 centigr. 7 milligr.). Les accidents qui se sont déclarés à plusieurs reprises ont disparu, comme de coutume, après la cessation du remède. Notons enfin qu'aucun éméto-cathartique n'a été prescrit dans le cours du traitement aussi long.

FIÈVRE QUARTE; SAIGNÉE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTIONS Nos 2 ET 1; ACCIDENTS; DIMINUTION ET CHANGEMENT DE TYPE DES ACCÈS.

OBS. XL. — Berthelin, 32 ans, terrassier, lymphatico bilieux, bien constitué, entre le 12 décembre 1849, atteint depuis 1845, de fièvre tierce aux environs de la Rochelle, suspendue sept ou huit fois par le sulfate de quinine. Face amaigrie, teint jaunâtre, rate descendant au niveau du rebord costal.

Depuis le commencement de décembre, nouvelle atteinte, accès quarte, de cinq heures de durée.

14 décembre. Céphalalgie, fièvre, état gastrique (saignée de 300 gr., 0,10 t. stib.). Persistance de la fièvre quarte (17, 0,10 t. stib.; du 20 au 25, pot. n° 1 (*bis*); du 25 au 29, pot. (*bis*), 3e en lavement; du 29 décembre au 4 janvier, pot. suspendue; 4 et 5 janvier, pot. n° 1).

Le 5 janvier, à la suite de l'ingestion de la potion, ardeur épigastrique, nausées, vertiges.

Le 6, l'accès manque pour la première fois, et reparaît plus léger et en tierce les 9, 11 et 13 janvier.

20, 23 et 26, nouveaux accès.

27. Sortie. Persistance de l'engorgement splénique.

66 centigr. d'acide arsénieux, dont 10 en lavement, administrés en neuf jours, à la suite d'une saignée et de deux éméto-carthartiques, n'ont pas suffi pour couper cette fièvre. Elle a été de nouveau attaquée après un intervalle de cinq jours par 6 centigr. pris en deux jours. Des accidents sans suites fâcheuses se sont cette fois déclarés, et l'accès a manqué; mais bientôt après il a reparu en tierce, et puis même en quarte, après une semaine d'apyrexie. (En tout, 62 centigr. par la bouche en onze jours; dose moyenne par jour, 5 centigr. 6 milligr.)

RÉFLEXIONS SUR LA SECONDE CATÉGORIE.

Cette catégorie se compose de 13 fièvres. Les 4 premières (obs. 28—32) n'ont pas été traitées pendant un temps suffisant pour que, malgré leur persistance, nous devions les réputer rebelles à la médication arsenicale; 3 sont quotidiennes; la 4e est tierce. La moyenne de la durée du traitement chez ces quatre malades n'a été que de trois jours et demi environ. La dose

moyenne par jour d'acide arsénieux employé est de 2 centigr. 8 milligr.

Une de ces fièvres (obs. 29) avait résisté à trois jours de traitement par les préparations de quinquina. Une autre (obs. 31) s'est dissipée d'elle-même quelque temps après la cessation de l'acide arsénieux. Enfin, dans l'obs. 30, il y a eu suspension des accès et récidive, et dans l'obs. 28 changement de type.

Les 9 autres fièvres se composent de : quotidiennes, 4; tierces, 4; quartes, 2.

Dans ces 9 fièvres, la durée du traitement est comprise entre huit jours et soixante-trois jours, en une ou en plusieurs reprises. La moyenne de cette durée est de dix-neuf jours. La dose moyenne par jour d'acide arsénieux employé est de 4 centigr. 5 milligr.

Presque toutes ces fièvres, bien que n'ayant pas cédé à la médication arsenicale, ne lui ont pourtant pas été rebelles d'une manière absolue. C'est ainsi qu'il y a eu tantôt diminution de l'intensité de la fièvre, tantôt interruption plus ou moins prolongée des accès, tantôt changement de type.

Parmi ces 13 fiévreux, la tolérance de l'acide arsénieux a été complète chez 7; divers accidents se sont déclarés chez 6; dans 2 cas ils ont été fort légers.

L'engorgement splénique, notable chez 7 malades, a persisté chez 5 et a diminué chez 2.

L'état général s'est amélioré chez 3 malades.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ÉCLAMPSIE SURVENANT SEPT HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT; DURÉE, VINGT HEURES; MORT; observation lue à la Société médicale du 3e arrondissement, par le docteur COSTILHES, médecin adjoint de Saint-Lazare, membre de la Société de médecine de Paris, etc., etc.

Parmi les maladies qui compliquent la parturition, l'éclampsie est sans contredit l'une des plus graves, et de toutes les éclampsies, la plus rare est celle qui survient après l'accouchement. C'est ainsi que, d'après un relevé fait par M. le docteur Jacquemier, il a constaté que sur 197 cas d'éclampsie, elle s'est déclarée cinquante-trois fois pendant la grossesse, quatre-vingt-dix-neuf fois pendant le travail et quarante-cinq fois après. Aussi ai-je pensé que la Société accueillerait avec intérêt l'observation, remarquable sous plus d'un rapport, que je vais avoir l'honneur de lire, ainsi que les réflexions qu'elle m'a suggérées.

OBS. — Madame F... J..., 364, rue Saint-Denis, âgée de 21 ans, mariée depuis treize mois et treize jours, d'un tempérament nerveux, enclin à la tristesse, principalement depuis sa grossesse, d'un caractère irritable, accouche, le 3 décembre 1847, à huit heures du matin, après un travail régulier, normal, de cinq heures, d'un enfant du sexe masculin, aussi bien portant que bien constitué (présentation du sommet). Cet enfant a actuellement 2 ans et 10 mois et jouit d'une bonne santé... — Il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique. Le placenta sort en entier un quart d'heure après l'accouchement. Je l'examine avec soin; il n'offre rien de particulier.

Pour compléter les antécédents de cette dame, je dirai qu'étant demoiselle, elle était somnambule naturelle; aussi n'était-il pas rare de la trouver souvent levée pendant la nuit. Du reste, elle rêvait habituellement et parlait haut pendant ses rêves. J'ajouterai qu'au septième mois de sa grossesse, elle eut, pendant une semaine environ, des douleurs névralgiques dans la tête, qui cédèrent sous l'influence du sulfate de quinine.

Notons en outre qu'elle n'a jamais présenté d'œdème aux extrémités inférieures pendant sa grossesse.

Immédiatement après sa délivrance, cette dame se plaint de céphalalgie et de ne pas voir clair, bien qu'elle soit placée en face du jour. Ses paupières sont abaissées, les pupilles dilatées. Pouls normal, sans fréquence. Elle est portée dans son lit et refuse d'embrasser son enfant, par la raison qu'elle ne l'aime pas et qu'elle voulait avoir une fille; elle est en même temps très-inquiète de n'avoir pas auprès d'elle sa mère, qui habite la ville de Sens (Yonne). (Tisane de feuilles d'oranger; diète; application d'une serviette autour de l'abdomen.)

Bientôt les douleurs de tête augmentent d'intensité; des vomissements de matière bilieuse surviennent. La vision est toujours abolie. (Mélange de sirop de fleurs d'oranger et d'eau de laurier-cerise.)

Elle est très-impatiente, et se tourmente beaucoup de ne pas me voir; elle m'envoie demander à plusieurs reprises.

A trois heures de relevée, voici dans quel état la malade se présente à mon observation.

Décubitus dorsal; elle est prise pour la deuxième fois d'une attaque d'éclampsie, caractérisée par des contractions dans tous les membres, mais principalement dans les supérieurs; convulsions des muscles de la mâchoire inférieure et des lèvres, dont l'une des commissures est tirée à droite. La tête est penchée du même côté. Convulsions des yeux; rougeur légère de la face, qui a une teinte bleuâtre; expiration saccadée, irrégulière; écume blanchâtre sortant de la bouche. La déglutition est difficile; les poings sont fermés; le pouce est fléchi dans la paume de la main. A partir de ce second accès, les convulsions se renouvellent régulièrement tous les quarts d'heure et durent *une minute*. La connaissance ne revient pas entre les accès.

L'insensibilité est générale et complète. Coma dans l'intervalle des accès, et résolution complète de tous les membres de la vie de relation; pupilles dilatées et insensibles à la lumière; pouls normal, 80 pulsations. L'hypogastre est souple, non douloureux. Il s'échappe de la vulve du sang liquide en quantité normale. (Compresses imbibées d'eau de puits continuellement appliquées sur la tête, qui est élevée; sinapismes aux extrémités inférieures, que l'on renouvelle tous les quarts d'heure; potion antispasmodique éthérée, additionnée de castoréum.)

A quatre heures et demie, bain entier d'une demi-heure de durée. Pendant l'immersion, des compresses d'eau de puits sont constamment maintenues sur le front, et les accès d'éclampsie s'éloignent de cinq à dix minutes. Au moment de la faire mettre dans le bain, je m'aperçois que cette dame a perdu une si grande quantité de sang, moyennement foncé en couleur, qu'un drap plié en quatre, le premier matelas et le lit de plume sont traversés. Ce drap contenait en outre un caillot assez volumineux.

Je porte la main dans l'intérieur de l'utérus; il est revenu sur lui-même et ne contient pas de caillots sanguins.

La vessie ne renfermant pas d'urine, je ne peux l'examiner. Le ventre est souple et sans volume. Ne pouvant administrer par la bouche un purgatif drastique, je conseille un lavement avec follicules de séné et sulfate de soude. (Saignée de 3 à 400 grammes.)

Aucune amélioration n'est obtenue.

En désespoir de cause, j'essaye d'éthériser ma malade, en lui laissant sous le nez pendant vingt minutes un flacon d'éther sulfurique à large ouverture. Aucun résultat. Les accès convulsifs se renouvellent tout aussi souvent et avec la même intensité. Après être resté plusieurs heures près d'elle, je la quitte à onze heures du soir. Les accès continuent jusqu'à deux heures du matin, revenant tantôt toutes les vingt minutes, tantôt tous les quarts d'heure.

Garde-robes abondantes. Les lochies, qui jusqu'à ce moment ont coulé, se suppriment. Cessation des accès convulsifs, auxquels succède une résolution complète des membres. Dès lors l'agonie commence, et la malade succombe à dix heures un quart du matin.

L'autopsie n'a pas été faite.

En résumé, de ce qui précède nous trouvons plusieurs points importants à noter, points sur lesquels nous allons nous arrêter un instant.

1° La céphalalgie qui n'est pas rare, mais sa coïncidence avec la perte absolue de la vue survenant aussitôt après l'accouchement, mérite de fixer l'attention du praticien, du moins quant au pronostic qu'il doit en tirer.

2° Des prodromes nerveux persistant pendant sept heures annoncent une affection grave qui doit tenir le médecin en éveil; il se déclare, en effet, une éclampsie des plus graves pendant que les suites de couches sont normales. Ici nous insisterons sur ce fait, savoir : que l'agitation, l'impatience, en un mot cet état nerveux qui a persisté pendant un temps si long, sept heures, se trouve en contradiction avec certains auteurs qui ont prétendu que l'éclampsie éclatait d'emblée sans signes précurseurs.

3° L'intermittence bien tranchée des accès convulsifs, leur durée d'une minute et leur intervalle d'un quart d'heure a été constaté la montre en main. Le nombre des accès a été de 45 à 50.

4° Bien que l'utérus soit débarrassé du produit de la conception et de son délivre, bien qu'il soit revenu sur lui-même et qu'il se fasse à sa surface, une heure après le début de cette maladie, une hémorrhagie considérable qui équivaut à une très-forte saignée, l'éclampsie n'en persiste pas moins et ne se trouve modifiée en aucune façon. Ce fait prouve que l'éclampsie n'est pas toujours produite par le fœtus que renferme la cavité utérine et dont il faut, selon quelques auteurs, pour la faire cesser, débarrasser l'utérus le plus tôt possible par les moyens appropriés à la circonstance.

5° Ce cas est bien certainement une éclampsie à l'état aigu; car la femme, à partir du premier accès convulsif, n'a pas un instant recouvré connaissance. Aussi le pronostic fut-il dès le début considéré comme très-alarmant.

6° Tous les moyens de traitement employés dans ce cas n'ont produit aucun effet avantageux et devaient malheureusement rester impuissants tant la maladie était grave dès son apparition.

7° Enfin nous ferons remarquer que, comme cause prédisposante, elle était *primipare* et avait une constitution éminemment nerveuse. Trouverons-nous un motif suffisant pour expliquer, chez notre malade, cette éclampsie dans l'émotion, la contrariété vive qu'elle a ressentie, alors qu'elle a appris qu'elle venait d'accoucher d'un garçon, tandis qu'elle désirait avoir une fille? Nous sommes porté à le croire; les auteurs, en effet, citent des cas semblables qui viennent corroborer notre manière d'envisager ce fait.

Reste maintenant à examiner la question de savoir si, malgré l'absence

d'œdème des extrémités inférieures, cette maladie était albuminurique. Oui cela devait être si nous nous en rapportons aux auteurs qui ont écrit récemment sur cette matière (MM. Cahen, Blot, Cazeaux, etc.); mais les urines de notre malade n'ont pu être examinées. Il est vrai de dire qu'aucun phénomène extérieur, apparent, n'avait éveillé mon attention à ce sujet et que les travaux sous ce point de vue n'étaient alors (1847) que très-peu connus des praticiens.

Cependant, puisque nous sommes sur le chapitre de l'albuminurie chez les femmes enceintes, qu'il me soit permis d'insister sur la cause probable de l'albumine dans les urines, sur sa marche, sur les rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie et son influence sur les hémorrhagie après l'accouchement. Ces diverses questions ont été étudiées et élucidées par MM. Cahen et Blot, principalement dans leur thèse inaugurale, et leurs idées méritent, selon nous, d'être répandues dans la pratique médicale.

Suivant M. Blot, l'albuminurie chez les femmes enceintes reconnaît pour cause la plus fréquente : 1° la congestion active rénale, c'est-à-dire l'afflux sanguin vers les organes génito-urinaires; 2° la congestion passive produite d'abord par la gêne apportée à la circulation en retour, ensuite les efforts auxquels se livre la femme pendant le travail de l'accouchement; 3° l'irritation nerveuse et sympathique; 4° la néphrite albumineuse; cette dernière est rare suivant M. Blot, tandis qu'elle serait fréquente d'après M. Cahen. Les observations que j'ai compulsées m'ont démontré la véracité de l'assertion du premier.

La marche de l'albuminurie des femmes enceintes est tantôt éphémère, et c'est le cas le plus fréquent, c'est-à-dire qu'elle paraît au moment de l'accouchement pour cesser quelques instants après; tantôt chronique, alors elle est liée à une néphrite albumineuse aiguë ou chronique. Du reste, la cause de la disparition si rapide de l'albumine tient à la suppression brusque, instantanée des causes que je viens d'énumérer plus haut, telles que gêne mécanique en retour, congestion active des reins, l'émission sanguine, l'écoulement des lochies.

M. Blot pense que M. Cahen, qui attribue la guérison de la néphrite albumineuse à l'expulsion du fœtus, confond cette maladie avec l'albuminurie qui exprime le passage de l'albumine dans l'urine, quelle qu'en soit la cause fonctionnelle ou matérielle. Au reste, l'albuminurie n'a pas une influence fâcheuse sur la grossesse, même dans les cas rares où elle reconnaît pour cause une néphrite albumineuse.

Disons maintenant quelques mots sur les rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie.

MM. Lever et Stuart Cooper n'admettent aucune relation entre l'albuminurie et l'éclampsie. MM. Simpson et Cahen considèrent, au contraire, la néphrite albumineuse comme une cause fréquente d'éclampsie. M. Blot croit que l'albuminurie peut être considérée comme un signe qui doit faire craindre l'éclampsie, non qu'elle en soit la cause, mais parce que la présence de l'albumine dans l'urine indique une congestion rénale qui elle-même peut se trouver liée à une congestion cérébro-spinale, c'est-à-dire à un état qui prédispose à l'éclampsie.

Il est important de noter que l'albuminurie qui existe depuis longtemps, et qui n'est pas compliquée d'éclampsie, peut donner naissance à du coma, à l'hémiplégie. Ces accidents cérébraux peuvent bien agir comme cause prédisposante à l'éclampsie.

On n'a pas oublié que, dans l'observation que nous venons de rapporter, nous avons noté une métrorrhagie assez intense à la suite de la délivrance. Examinons maintenant quelle est l'influence de l'albuminurie sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

Lorsque l'albumine existe depuis longtemps, le sang, devenu plus fluide, est moins facilement coagulable; la fibrine et les globules sont alors diminués. On comprend très-bien pourquoi les hémorrhagies utérines peuvent avoir lieu dans cette circonstance : le sang ayant perdu sa plasticité, les caillots obturateurs ne se forment que très-difficilement. On comprend dès lors pourquoi les vaisseaux utéro-placentaires restent béants, pourquoi les parois de l'utérus ne reviennent pas sur elles-mêmes; c'est qu'en effet elles ont perdu leur énergie, leur défaut de contractilité, par suite de l'appauvrissement de leur excitant naturel, le sang.

L'hémorrhagie, chez la femme enceinte albuminurique, peut avoir lieu dans d'autres organes. M. Cahen rapporte une hémorrhagie pulmonaire; M. Becquerel en a observé un autre exemple. M. Blot a constaté une hémorrhagie dans le foie.

Contrairement à l'opinion généralement répandue, l'albuminurie de la femme enceinte est en général peu grave : ainsi, treize-sept fois sur 41 cas, elle n'a été accompagnée d'aucun accident. (Thèse de M. Blot.)

Enfin, s'il nous était permis d'exprimer notre opinion et d'apprécier la nature de l'éclampsie, nous dirions, avec M. le docteur Jacquemier, que, par sa nature, l'éclampsie paraît ne pas différer de l'épilepsie. En effet, les symptômes sont les mêmes : la première est à l'état aigu ce que la seconde est à l'état subaigu dans la même maladie. Dans l'éclampsie, les accès sont très-rapprochés; l'intermittence est plus ou moins remplie par un coma profond, et la maladie se termine par la guérison ou la mort. L'épilepsie se termine aussi par la mort lorsque les accès se rapprochent de plus en plus. La mort, dans les deux cas, semble avoir lieu de la même manière, le plus ordinairement par une asphyxie consécutive.

Quant au traitement, nous nous bornerons à tracer rapidement la médication qui convient dans l'espèce; n'ayant pas à nous occuper ici de l'éclampsie en général, c'est ainsi qu'il faut chercher à remonter aux causes qui ont pu la faire naître et peuvent nous fournir de bonnes indications thérapeutiques, entre autres la cause de l'albuminurie.

Dans l'hypérémie active compliquée de congestion cérébrale, nous pensons qu'il faut prescrire avec discernement les émissions sanguines; d'abord la saignée du bras de préférence, puis les sangsues aux mastoïdes; les purgatifs et les dérivatifs, sinapismes, vésicatoires, ventouses; les réfrigérants sur la tête.

Il faut examiner, en outre, avec soin l'intérieur de l'utérus, enlever et extraire le délivre ou des portions du placenta et des membranes, ou bien encore des caillots, et faire ensuite des injections détersives.

Chez les femmes chloroanémiques, on peut avec avantage remplacer la saignée par les ventouses de Junod appliquées à des intervalles plus ou moins rapprochés. Par ce moyen, on combat avec succès les accidents qui surviennent chez les malades sans apauvrir leur sang. M. le docteur Cazeaux, dans la troisième édition de son ouvrage, cite une application heureuse de ce puissant dérivatif, dans un cas d'éclampsie venue cinq heures après la délivrance; les accidents duraient depuis treize heures.

Depuis que les inhalations d'éther ou de chloroforme ont été connues, quelques accoucheurs ont voulu employer ces agents thérapeutiques contre l'éclampsie; les observations publiées jusqu'à présent nous portent à les rejeter comme dangereuses dans cette occurrence.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE MEDICAL EXAMINER.

CAS DE PLAIE DE L'ESTOMAC; par M. B. SMITH.

Ce cas singulier semble prouver, dit l'auteur, que l'estomac peut subir une plaie pénétrante d'une étendue considérable, sans offrir de symptôme d'une maladie organique, et sans que son contenu s'épanche dans l'abdomen.

OBS. — Un nègre fut frappé, le 12 mars 1851, d'un coup de couteau de boucher; M. Smith le vit une demi-heure après l'accident, et constata une plaie du côté gauche, entre la septième et la huitième côte, de 2 pouces d'étendue, et entre les bords de laquelle 4 pouces de colon et une portion considérable d'épiploon faisaient saillie au dehors. L'épiploon était entièrement dilacéré, et l'intestin fortement distendu par des gaz. Il fallut par conséquent débrider largement la plaie pour obtenir la réduction des viscères.

Il fut nécessaire en les repoussant avec le doigt de les refouler d'abord dans la cavité thoracique; puis de là, à travers une solution de continuité du diaphragme, dans l'abdomen. La plaie fut ensuite réunie à l'aide de la suture entrecoupée, et un bandage fut placé autour du corps.

Le pouls était à 78 et faible. Grande débilité, soif vive, douleur violente dans l'estomac; dyspnée, lipothymies. On reconnut à ces signes qu'il s'opérait une hémorrhagie interne. Mais jusqu'au moment de sa mort, le malade ne présenta ni nausées ni vomissements.

Pendant les vingt-six heures qu'il survécut, on ne remarqua que l'augmentation croissante de l'affaiblissement, résultant de l'hémorrhagie qui continuait à se faire et qui baignait de sang les lèvres de la plaie. Dyspnée de plus en plus forte; le pouls alla en baissant continuellement.

AUTOPSIE. — On reconnut qu'une portion de l'épiploon était passée de nouveau à travers le diaphragme, oblitérant la plaie située entre les côtes.

On enleva une partie des 5e, 6e et 7e côtes, et on trouva une large ouverture existant au diaphragme et remplie par l'épiploon. Il existait dans le thorax deux ou trois livres de liquide; le poumon était complètement affaissé.

On ouvrit alors l'abdomen; on reconnut que le couteau avait passé à travers le diaphragme, et avait pénétré dans l'estomac en perforant sa paroi antérieure et supérieure, vers l'orifice cardiaque. La plaie de ce viscère avait plus d'un pouce de longueur. Il était rempli, mais aucune portion de son contenu n'avait passé dans l'abdomen. Le pourtour de la plaie était légèrement enflammé.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt que ce cas doit exciter sous le rapport indiqué ci-dessus, c'est que la blessure fut faite peu de temps après que cet homme eut enfin fini de déjeuner, et que, en outre, jusqu'à sa mort, il but abondamment de l'eau et d'autres liquides.

On peut expliquer l'absence d'épanchement en supposant que la solution

de continnité de l'estomac fût momentanément bouchée par l'apposition de l'épiploon sur elle.

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES; par M. MEIGS.

Nous ne rapporterons point les détails de l'observation que cite M. Meigs, laquelle est un exemple de succès dû à l'avivement des bords de la fistule, suivi de la suture enchevillée. Nous indiquerons seulement, d'après lui, deux précautions qui contribuent puissamment à la facilité du manuel opératoire dans ces cas, quel que soit le procédé que l'on adopte.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, le périnée irrité, par le passage continuel des urines était devenu si dur et si tuméfié qu'il opposait les plus grands obstacles à l'exploration de la fistule et au passage des instruments. M. Pancoast dut, en conséquence, commencer par songer à détruire cette complication. Il y réussit en faisant porter à la malade une canule en argent doré, de 2 pouces et demi de longueur, en forme de fuseau, terminée à l'une de ses extrémités par un disque perpendiculaire à sa longueur et perforé, à l'autre extrémité, par un orifice évasé. En l'introduisant jusque vers la vessie, le disque l'empêche de tomber dans ce viscère; d'autre part, l'urètre se contracte sur la portion rétrécie de l'instrument; enfin l'extrémité évasée, en distendant la région musculaire de l'urètre sert encore à retenir cette canule en place. Après cent cinquante jours de l'emploi de cet instrument qui empêchait les urines de couler sur la peau, les parties génitales, ainsi que le périnée, s'étaient considérablement assouplies et avaient perdu en grande partie l'aspect inflammatoire.

Une autre manœuvre qui facilite considérablement soit l'exploration de la fistule, soit l'introduction des instruments, est indiquée par M. Sims; elle consiste à placer la malade à genoux, les cuisses verticalement situées, et à la laisser dans cette position quelques minutes, la poitrine fortement penchée en avant. Les viscères abdominaux tombant alors vers le diaphragme, les parois du vagin pour satisfaire la tendance au vide qui résulte de ce déplacement s'écartent et laissent entre elles un espace vide, sphérique ou orbiculaire.

Cette pratique est, on le conçoit, éminemment favorable au diagnostic et à l'application des instruments nécessaires pour l'opération.

OBSERVATIONS DE PNEUMONIE OBSERVÉE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur J. FORSYTH MEIGS.

Le diagnostic de la pneumonie chez les enfants peut être, suivent l'auteur, obscurci par deux ordres de causes.

En premier lieu, la mobilité et l'extrême impressionnabilité du système nerveux, à cet âge de la vie, donnent aux symptômes généraux une prédominance propre à induire en erreur et à détourner l'attention des phénomènes thoraciques. Ce sont des mouvements convulsifs, de la jactitation, du coma, une fièvre violente, etc., coïncidant avec une lésion locale d'une étendue et d'une intensité qui, chez l'adulte, n'exciteraient aucune alarme.

En second lieu, l'exploration physique est difficile et trompeuse. L'auteur en donne les raisons suivantes: 1° Le thorax est naturellement très-sonore; de là la possibilité d'une certaine induration pulmonaire sans matité proprement dite; 2° de même l'intensité normale du murmure respiratoire peut simuler ou masquer la respiration bronchique qui est un des signes les plus précieux de la pneumonie; 3° la pneumonie est très-souvent double; qu'il existe des deux côtés une matité égale, et l'observateur pourra croire que la sonorité est normale des deux côtés; 4° le râle crépitant manque souvent dans la pneumonie infantile; 5° enfin les enfants ne se prêtent pas aisément à l'exploration.

Les difficultés énumérées par l'auteur sont réelles, et il n'est pas rare, dans la pratique, de les voir conduire à des erreurs fâcheuses de diagnostic. Il convient pourtant de dire que l'*ensemble* des symptômes et des signes physiques fournit ordinairement des lumières suffisantes, et qu'on ne doit pas mettre sur la même ligne, au point de vue des chances d'erreur, la percussion et l'auscultation. Chez l'enfant comme chez le vieillard, les signes stéthoscopiques donnés par Laennec sont très-souvent en défaut, le râle crépitant manque ou n'apparaît que par intervalles, le souffle bronchique se montre fréquemment à une période peu avancée de la maladie, etc., tandis qu'il n'y a aucune raison pour que l'engorgement du parenchyme ne se traduise pas au début par une certaine obscurité de son. Le degré d'obscurité, il est vrai, est relatif; pour un engorgement égal, il est moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Mais le praticien, averti de cette circonstance et habitué à en apprécier les résultats, n'en est guère embarrassé, parce que, en réalité, il n'est pas plus difficile de constater l'affaiblissement d'une sonorité forte que celui d'une sonorité faible. L'incertitude ne pourrait exister que pour celui qui, n'ayant jamais étudié l'auscultation que chez l'adulte, se trouverait inopinément en présence d'une poitrine d'enfant. Malgré cela et même à cause de cela, la différence est bonne à signaler, et nous sommes loin de blâmer l'auteur de l'avoir rappelée. Notre remarque porte uniquement sur la valeur comparative de la percussion et de l'auscultation.

SUR LA STRUCTURE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'APPENDICE VERMIFORME ET DU COLON; par le docteur JOHN NEILL.

L'intention de l'auteur est de montrer que l'arrangement des vaisseaux capillaires n'est pas le même dans le colon et dans l'appendice vermiforme du cœcum.

Quand la membrane muqueuse du colon est injectée avec soin et privée de son épithélium, on voit qu'elle est régulièrement parsemée de cryptes ou follicules qui ont presque tous la même forme et le même volume; chaque orifice est entouré d'un polygone vasculaire, formé par un ou deux capillaires, et l'ensemble de tous ces cercles représente comme une dentelle grossière. Cette disposition n'est apparente qu'autant que l'épithélium a disparu ou a été rendu transparent. La régularité et le nombre des cryptes, la couronne vasculaire qui les entoure, suffisent pour permettre de distinguer la membrane du colon de celle de l'estomac, contre l'assertion d'anatomistes distingués.

Quant à l'appendice vermiforme, ses cryptes sont variables de forme et de volume; ils sont moins régulièrement espacés. Les intervalles qui les séparent sont remplis par un lacis vasculaire qui n'a rien de commun avec la disposition signalée plus haut.

OBSERVATION DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE; par le docteur WEST.

Il s'agit d'un enfant à l'autopsie duquel on trouva les lésions habituelles d'une méningite tuberculeuse étendue et très-avancée, avec dépôt de matière purulente au niveau des tubercules quadrijumeaux, et chez lequel la maladie avait présenté dans toute sa durée un caractère insidieux.

L'enfant s'était plaint d'abord de mal de tête. Après l'administration d'un laxatif, la maladie prit l'apparence d'une fièvre continue légère. La tête parut dégagée; on pensa qu'il ne s'était agi que d'un trouble passager de l'intestin. Cependant le petit malade resta taciturne. Quelques jours après, M. West fut rappelé; l'enfant était presque insensible. Peau chaude; pouls à 100 pulsations; langue sèche; ventre douloureux à la pression. On a recours aux vésicatoires sur les jointures, aux fomentations et aux ventouses sur l'abdomen, à l'administration du calomel. Une amélioration sensible a lieu; mais une sorte de somnolence, de paresse intellectuelle, se fait toujours remarquer. Ce symptôme augmente; les yeux deviennent fixes. Bref, l'enfant succombe, dix-huit jours après le début, sans avoir déliré un instant ni présenté d'autre trouble cérébral qu'une sorte d'inertie de l'intelligence.

De telles observations n'ajoutent rien sans doute à ce qu'on sait aujourd'hui de la méningite tuberculeuse, de son début insidieux, de sa marche irrégulière, de sa faible expression symptomatologique, notamment du côté du cerveau; néanmoins il est toujours bon d'en mettre de temps en temps des exemples sous les yeux des praticiens, tant on est disposé à se laisser abuser, malgré de tristes avertissements, par la bénignité apparente de la maladie. Ajoutons que l'observation de M. West est une des plus remarquables qu'on puisse citer, par l'extrême disproportion constatée entre le faible degré des troubles cérébraux et les ravages de la tuberculisation.

DE L'ACÉTATE DE PLOMB DANS L'ÉPISTAXIS; par le docteur D. H. AGNEW.

Plusieurs fois déjà l'acétate de plomb a été administré à l'intérieur pour des hémorrhagies. L'observation de M. Agnew est une de celles où le succès a été le plus décisif: c'est ce qui nous engage à la reproduire brièvement.

OBS. — En novembre 1850, M. Agnew fut appelé auprès d'un individu qui saignait du nez, presque sans interruption, depuis quatre heures. On n'assignait aucune cause spéciale à cette hémorrhagie. Déjà le sang, coulant avec une extrême rapidité, ne montrait presque plus de disposition à se coaguler. Le sujet se plaignait d'une forte tension frontale. Le pouls, quoique petit, offrait cependant une certaine résistance, ce qui donna lieu à penser que l'épistaxis avait été occasionné par une congestion des vaisseaux encéphaliques. D'après cette vue, on plongea le bras dans l'eau chaude, et l'on tira par la veine une quantité de sang assez considérable pour impressionner notablement le système général. La tête et les épaules furent élevées, le front couvert de compresses imbibées d'eau froide, les pieds placés dans l'eau chaude, et l'on injecta dans la narine une solution de sulfate de zinc et d'alun. Ces moyens diminuèrent d'abord l'hémorrhagie, mais ne purent l'arrêter. Une heure ne s'était pas écoulée que le sang partait de nouveau avec plus de violence que jamais. Le patient était hors d'état de supporter une nouvelle saignée; le pouls était faible, la face pâle, le système nerveux très-agité. Il fut alors proposé de tamponner les narines; mais le malade s'y refusa obstinément. On vantait beaucoup, à cette époque, l'acétate de plomb contre les hémorrhagies en général; M. Agnew songea à l'employer. 10 grains furent immédiatement administrés dans un peu d'acide acétique

(pour prévenir la formation de carbonate plombique), et l'on recommanda d'en donner encore 5 grains deux heures et demie plus tard. Avant que ce moment ne fût arrivé, l'écoulement avait beaucoup diminué; néanmoins la seconde dose fut prise. Une heure après, l'hémorrhagie était entièrement arrêtée.

L'auteur ajoute que, au moment où il rédige son observation, il vient encore d'arrêter court une hémorrhagie utérine par l'emploi intérieur de l'acétate de plomb.

— Nous ne ferons, au sujet du fait ci-dessus relaté, qu'une remarque concernant l'emploi de la saignée. A supposer (ce qui est en effet vraisemblable) que l'épistaxis ait eu pour point de départ une congestion cérébrale, la résistance qu'offrait encore le pouls ne suffisait pas, selon nous, pour indiquer l'emploi d'une évacuation sanguine en présence de cette circonstance grave que le sang avait déjà perdu presque toute sa plasticité. La soustraction d'une nouvelle quantité de sang ne pouvait qu'augmenter sa fluidité, et la fluidité entraînait presque nécessairement l'accroissement de l'hémorrhagie. Si celle-ci a été un moment suspendue, il faut l'attribuer, non à la saignée, mais à l'action astrictive de l'injection sur les vaisseaux de la membrane nasale et à la coagulation artificielle du sang. On a vu que le caillot une fois détaché, l'hémorrhagie a reparu avec une nouvelle violence.

PLAIE GRAVE PRODUITE PAR UNE SCIE CIRCULAIRE; par le docteur HENDERSON.

OBS. — Un individu fut pris dans les rouages d'une machine dont la scie circulaire lui laboura le dos. Quand M. Henderson fut appelé vers lui, il trouva une large plaie à bords contus et déchirés, parallèle à l'épine et séparée d'elle par un intervalle d'un pouce et demi. Cette plaie avait 8 pouces de longueur sur 6 de largeur et 1 et demi de profondeur. Les contractions des muscles abdominaux en écartaient les lèvres de manière à permettre l'introduction des deux mains. Les muscles de l'épine, déchirés, pendaient au dehors par lambeaux. Les neuvième et dixième côtes avaient été complétement divisées à un pouce environ de leur articulation vertébrale, ainsi que leurs artères concomitantes qui, néanmoins, donnaient peu de sang. Des portions de la chemise et de l'habit étaient engagées dans la plaie, enveloppées de sang coagulé.

Cette énorme déchirure, après l'avoir lavée, débarrassée des corps étrangers, et régularisée par l'ablation des lambeaux déchiquetés, fut entièrement fermée à l'aide de points de suture et de bandes agglutinatives. Elle fut ensuite traitée par l'eau froide, et l'on administra la poudre de Dower.

Le lendemain, le sujet se trouvait tout à fait bien; il avait dormi toute la nuit, et la plaie n'était aucunement douloureuse.

Le sixième jour, il descendit les escaliers et fit quatre milles en wagon; et au bout de quinze jours, il parcourut la même distance à pied pour venir montrer au médecin la plaie parfaitement guérie. Il n'y avait pas eu trace de suppuration, et la fracture des côtes était consolidée.

Il est bien remarquable de voir guérir avec cette rapidité, et sans suppuration, une plaie mâchée de cette grandeur et de cette profondeur, même avec la précaution d'en régulariser la surface et les bords. Il semble que les dents de la scie avaient dû désorganiser toute la surface de la plaie. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il faut attribuer une bonne part de l'heureuse issue à l'emploi de l'eau froide, dont MM. Amussat père et fils ont si bien montré les avantages. M. Henderson ne dit pas la manière dont elle a été employée, si c'est en irrigations ou en applications topiques.

On s'étonne aussi de voir un individu qui a eu deux côtes sciées près de leur articulation vertébrale, marcher, voyager en wagon dès le sixième jour, et entièrement guéri le quinzième jour. L'observation est pourtant précise sous ce rapport.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— Le ministre de l'intérieur et du commerce adresse un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le 1er août 1851 jusqu'au 25 mars 1852, dans la commune de Chevigny (Jura).

Le même ministre transmet trois lettres relatives à des remèdes secrets.

— MM. S. FELDMANN, docteur en médecine, et FRÉDÉRIC WEIL, chimiste, adressent un mémoire sur le traitement de l'intoxication urétrique puerpérale (éclampsie puerpérale). (Comm. : MM. P. Dubois et Danyau.)

TRANSMISSION DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. FOURCAULT, correspondant de l'Académie, communique deux observations de transmission des accidents secondaires de la syphilis.

Le premier fait a trait à une femme de 65 ans, mariée à un homme de 70 ans, dont la conduite était à l'abri de tout soupçon. Cette femme était allée consulter M. Fourcault pour une douleur dans la gorge, ce médecin reconnut avec étonnement, sur la paroi postérieure du pharynx, un ulcère syphilitique de la largeur d'une pièce de 2 fr.

Cependant, pour dissiper ses doutes, M. Fourcault fit quelques questions vagues à la pauvre femme. Il lui demanda si, dans son jeune âge, elle n'avait pas allaité quelque enfant malsain. A l'instant même, elle avoua en pleurant, qu'elle venait de renvoyer à Paris l'enfant de sa fille, atteinte de rougeurs et de gros boutons aux fesses, à l'anus. Elle lui donnait de la bouillie, et la cuiller passait alternativement des lèvres de la grand'mère à celles de son enfant. La guérison par un traitement mercuriel justifia pleinement ce diagnostic.

Le deuxième fait est relatif à un enfant allaité par une nourrice dont le mari, jeune, bien portant, n'avait jamais été atteint d'affection syphilitique. Le nourrisson avait de grosses pustules sur la peau et notamment à la marge de l'anus, avec rougeur à cette dernière partie; la nourrice avait une ulcération *sui generis* au fond du pharynx, avec gêne dans l'acte de la déglutition. Le diagnostic était facile, et M. Fourcault prescrivit le traitement antivénérien. Néanmoins, avant d'en faire l'application, il crut devoir instruire la mère de l'enfant de sa résolution. Mais cette jeune femme vint dans le village pour s'opposer au traitement, disant que c'était une erreur, que tout cela provenait uniquement de l'âcreté de son lait, etc.

M. Fourcault l'ayant engagée à se laisser visiter séance tenante, elle avoua qu'elle conservait depuis quelque temps une irritation à la gorge provenant de l'âcreté dont elle venait de parler. L'examen y fit reconnaître un ulcère de même nature que celui dont la nourrice était atteinte. Alors la généalogie de ces accidents consécutifs ne fut plus l'objet d'aucun doute; le traitement mercuriel eut le même succès que dans le cas précédent. (Ces deux observations sont renvoyées à la commission du mémoire Collerier.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres les plus distingués, M. Reveillé-Parise, mort le 28 septembre, à l'âge de 70 ans. M. Gibert, qui a prononcé un discours au nom de l'Académie sur la tombe de M. Reveillé-Parise, est prié d'en donner lecture.

M. GIBERT lit le discours suivant :

« Messieurs,

» Je viens, au nom de l'Académie nationale de médecine, dont il était membre depuis vingt et un ans, donner un témoignage public de haute estime et de profond regret à la mémoire de notre excellent collègue et ami Reveillé-Parise, mort à l'âge de 70 ans, après une carrière bien dignement et bien laborieusement remplie. Doué de toutes les qualités affectueuses du cœur et des dons à la fois les plus brillants et les plus solides de l'esprit, Reveillé-Parise était de ces hommes d'élite que Dieu semble avoir créés pour s'interposer au milieu des passions humaines, cette douceur, cette tolérance, cette bienveillance, dont les précieux éléments, fécondés par la foi et soutenus par l'espérance, concourent à former la base de cette sublime vertu révélée au monde par la religion catholique : la charité!

» Les vertus de Reveillé-Parise le retenaient nécessairement dans une honorable médiocrité; mais les qualités éminentes de son esprit suffisaient à le faire distinguer de la foule.

» Ses écrits, si nombreux et si recherchés, attestaient une tolérance éclairée, une science profonde et variée, un esprit judicieux et ferme, allié à des sentiments de délicatesse et de générosité qui le portaient plutôt à s'affliger qu'à s'irriter des erreurs et des torts de l'humanité.

» Si quelquefois une douce ironie, et même un peu de mélancolie et de découragement se faisaient sentir dans ses articles critiques, toujours sa bonté native savait tempérer l'expression de ces sentiments si naturels à tout écrivain philosophe, et particulièrement au médecin.

» Hélas! messieurs, c'est surtout au temps où nous vivons, au sein d'une société si agitée par les passions, si avilie par les révolutions, si abrutie par le culte des intérêts matériels, qu'il faut regretter ces hommes simples, doux, modestes, conciliants, affectueux, qui savent faire aimer la religion et respecter la vertu!

» Que nos regrets pourtant soient adoucis par l'espoir de cette couronne immortelle qui attend au dernier jour les hommes morts dans les sentiments religieux, et qui ont su traverser le monde sans être sali de boue! »

M. le président annonce aussi à l'Académie la mort de M. A. Richard. (Voir aux VARIÉTÉS.)

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination de trois membres qui devront faire partie de la commission mixte du choléra instituée par M. le ministre de l'intérieur et du commerce.

Le dépouillement du scrutin donne la majorité à MM. Chomel, Andral et J. Guérin. En conséquence, ces trois membres seront désignés au ministre comme devant faire partie de la commission.

EAUX MINÉRALES DE VITERBE (ÉTATS ROMAINS).

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les eaux minérales de Viterbe (États romains).

En 1850, des documents relatifs à diverses sources d'eaux minérales de Viterbe avaient été adressés au ministre de la guerre par des officiers de santé de l'armée d'occupation d'Italie; l'Académie, à laquelle ils furent transmis, les renvoya à la commission des eaux minérales. Dans le rapport de M. O. Henri à leur sujet, il résulte que ces documents, insuffisants ou incomplets, ne pouvaient éclairer sur la véritable nature des eaux auxquelles ils se rapportaient

et qu'il y avait lieu d'en demander de plus positifs. D'un autre côté, M. le professeur Poggiale, de l'École d'application de la médecine militaire, avait présenté au conseil de santé un rapport analogue, et, sur la proposition de ce conseil, M. le ministre de la guerre décida qu'une série de questions serait adressée aux officiers de santé de l'armée d'occupation qui seraient chargés de procéder à de nouvelles recherches.

Ce sont ces divers documents qui font l'objet du rapport de M. Gaultier de Claubry, qui résume en ces termes les résultats constatés par la commission :

L'eau sulfureuse de Viterbe renferme par 1,000 grammes 2,8897 de substances solubles composées de gaz carbonique et sulfhydrique, carbonates et sulfates de chaux et de magnésie, chlorures de calcium et de magnesium, iodures et bromures de sodium, alumine, carbonates de fer, fluorure de calcium et matières organiques. La proportion d'iodures est considérable, 0,013 ; celle de bromures très-faible.

Les boues renferment du soufre, des sulfates et carbonates de chaux, des chlorures de calcium, des carbonates de fer, de l'acide silicique et des matières organiques.

L'eau ferrugineuse iodurée et bromurée renferme les mêmes éléments et une quantité sensible d'arsenic. La proportion de produits solubles est de 2,757 par 1,000 grammes.

Les boues sont composées de sulfate de chaux, chlorures de calcium et magnésium, carbonates de fer en grande proportion et de chaux, alumine, acide silicique, matières organiques et de l'arsenic en proportion considerable, 0,14 pour 100.

La connaissance exacte de la nature des eaux de Viterbe offre un intérêt tout particulier pour notre armée d'occupation en fournissant aux officiers de santé chargés du service des moyens de traitement qui peuvent être utiles dans beaucoup de circonstances. Les détails fournis par MM. Gillet, Dusseuil et Monsel sur l'état de l'établissement et ce qu'il présente de défectueux pourront conduire à des ameliorations qui tourneront au profit des nationaux comme à celui de nos braves soldats. Si les sources non exploitées offrent les caractères thérapeutiques que prévoient les officiers de santé, ils auraient rendu un service important en appelant sur elles l'attention. La publication des rapports qu'ils ont adressés au conseil de santé et du mémoire de M. le professeur Poggiale serait de nature à procurer de très-utiles résultats. La commission a pensé qu'il était de son devoir de l'indiquer et que c'était la meilleure réponse que pût faire l'Académie à la demande que lui a adressée M. le ministre de la guerre en lui transmettant le rapport qui a donné lieu au travail complémentaire de M. le professeur Poggiale.

Ces conclusions sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Gerdy.

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. Gerdy ne trouve dans l'histoire de la syphilis que mystères et ignorance, mystères dans la manière dont elle se propage, ignorance des lois qui doivent servir de base à une bonne doctrine. La crainte des malades toujours plus ou moins intéressés à dissimuler la vérité, et du côté des praticiens l'amour de la renommée, la cupidité ou l'esprit de systeme, telles sont les circonstances nombreuses qui viennent s'ajouter à l'obscurité naturelle de la syphilis.

M. Gerdy ne trouve de remède à cet état de choses que dans une critique sérieuse, sévère, et non pas cette critique complimenteuse et congratulatoire, que l'on a entendue dans ces dernières séances. C'est cette critique sévère que M. Gerdy veut appliquer à l'examen des doctrines qui se sont produites à cette tribune.

M. Gerdy voit deux doctrines en présence, l'une qui croit à la contagion de tous ou presque tous les accidents syphilitiques et qu'il appellera à cause de cela la doctrine des *multicontagionistes* ou des *blennorrhagiens* pour faire allusion au rôle qui est attribué par les partisans de cette doctrine à la contagion de la blennorrhagie. L'autre doctrine sera celle des *chancriers* pour rappeler que pour ses partisans tout est dans le chancre, toute lumière provient de l'inoculation du chancre.

M. Gerdy, après avoir annoncé qu'il examinerait avec la même sévérité les deux doctrines, laisse de côte la première pour ne s'occuper exclusivement que de la doctrine qu'il appelle doctrine du chancre, et à l'aide d'une fiction il rapporte, sous forme de dialogue, un entretien qu'il aurait eu avec un des partisans de cette doctrine, de manière à présenter les objections ou les réponses. Il examine ainsi successivement l'utilité de la pratique des inoculations, leur but, leur valeur scientifique, qu'il conteste, et leurs dangers qu'il signale comme devant en faire proscrire l'usage.

Considérant la même question à un autre point de vue, M. Gerdy se demande si l'inoculabilité prouve bien réellement la contagionabilité, ou en d'autres termes, si tout ce qui est inoculable est contagieux et réciproquement ce qui est contagieux, inoculable ; et il oppose à la solution affirmative que les partisans des nouvelles doctrines donnent à cette question, l'exemple de la blennorrhagie, qui est éminemment contagieuse et point inoculable.

Poursuivant ensuite l'examen des divers autres points de doctrine, M. Gerdy conteste également l'exactitude des diverses propositions relatives au chancre spécifique en progrès ou en *statu quo*, considéré comme la seule source du virus syphilitique ou chancre de l'urètre, comme expliquant le développement des symptômes constitutionnels à la suite de la blennorrhagie, à la généralisation de l'emploi du speculum comme moyen de diagnostic des chancres profonds. Puis, passant en revue quelques-unes des observations invoquées par les partisans de la doctrine nouvelle et celles de nos adversaires, il signale la légèreté des premières et s'efforce de faire ressortir ce que les observations de MM. Baumès, Wallace, Waller, Vidal, Bouley, Cazenave, Gibert, etc., ont, au contraire, de rigoureux et de concluant contre elle.

En définitive, dit M. Gerdy en terminant, ténèbres et mystères, obscurité et incertitude, voilà ce que l'on trouve dans la syphilis. La doctrine syphilitique n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'avant la propagation du nouveau système. Il est possible que plus tard il sorte quelque lumière de ces discussions ; mais cela n'empêchera pas que l'on ne doive juger, dès à present, l'inoculation comme une licence, une sorte de débauche d'expérimentation condamnable quand on la pratique sans utilité. Il restera enfin cette vérité démontrée : c'est que contagion et inoculation ne peuvent être mises sur la même ligne.

M. Ricord monte à la tribune pour protester contre l'argumentation toute personnelle de M. Gerdy. Si M. Gerdy, ajoute-t-il, ainsi qu'il l'a déclaré, ne connaît pas la syphilis ; s'il a besoin de tiers pour lui fournir des arguments mille fois réfutés, qu'il aille l'étudier d'abord, je lui répondrai après. (Nombreux bravos.)

La séance est levée à cinq heures.

URÉTROTOME DE M. REYBARD.

En transcrivant dans notre numéro du 26 septembre les conclusions du rapport de la commission d'Argenteuil, nous avons dit que la méthode de M. Reybard, couronnée par l'Académie de médecine, consiste à faire sur les rétrécissements, par l'intérieur de l'urètre, de profondes et longues incisions. Voici la figure et la description de l'instrument avec lequel se pratique l'opération.

Les figures 1 et 2 représentent l'urétrotome avec ses deux bandelettes dilatatrices en acier CC, qui écartent les lèvres de la plaie. Lorsque le chirurgien a fait saillir la lame D de 2 centimètres environ, il la tire d'arrière en avant et lui fait parcourir, en glissant dans une rainure, un espace de 4 centimètres ; puis il écarte les bandelettes en tournant l'écrou ailé BB ; les rondelles AA règlent la sortie de la lame et servent de point d'appui pour la faire rentrer dans sa gaîne.

Les figures 3 et 4 représentent un urétrotome simple dépourvu de bandelettes élastiques et d'un moindre calibre, tel qu'il a été exécuté par M. Mathieu, sur la demande d'autres chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE.

HYGIÈNE POPULAIRE. — SIMPLES MOYENS DE MÉNAGER ET DE FORTIFIER LA SANTÉ ; par un médecin de campagne (Dr B. Dulary). — Paris, chez J. B. Baillière.

Dans l'état présent des choses, un médecin qui s'applique à propager la connaissance des principes de l'hygiène travaille contre son propre intérêt, contre l'intérêt de sa profession. C'est fâcheux, mais cela est ainsi. Le médecin n'est rétribué, en effet, qu'autant qu'il a des malades à traiter. Il n'arrive guère aux gens qui se portent bien de le consulter sur les moyens de conserver la bonne santé dont ils jouissent ; ou si parfois on lui demande avis à cet égard, on ne se figure nullement qu'il y ait lieu à honoraires pour cela. C'est donc sur l'état de maladie exclusivement qu'est hypothéqué le budget des recettes du médecin ; d'où l'on doit inférer qu'il y a de sa part un certain mérite, un véritable désintéressement à faire ses efforts pour rendre cet état de plus en plus exceptionnel et rare parmi les hommes.

A l'honneur de notre corporation, on voit, ce nonobstant, qu'à toutes les époques ç'a été l'une des préoccupations dominantes de plusieurs de ses membres et des plus éminents d'entre eux, que d'approfondir les règles de l'hygiène, de les exposer et d'en faire sentir l'importance aux populations,

Dans plusieurs passages de ses écrits, le père de la médecine, Hippocrate, enseigne plutôt encore les moyens de prévenir la maladie que ceux de la guérir. Galien à son tour a tracé les divisions de cette branche de la science qui sont encore suivies de nos jours. Il est vrai qu'il faut ensuite arriver jusqu'aux temps modernes pour rencontrer des ouvrages qui traitent *ex-professo* de l'hygiène. Et ces ouvrages eux-mêmes sont trop volumineux, trop savants ou trop techniques pour que le peuple en puisse faire son profit. Il importait donc de mettre à la portée de son intelligence et de sa bourse le résumé des notions acquises sur l'art de conserver la santé. C'est ce qui décidait naguère l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen à proposer un prix pour un MANUEL D'HYGIÈNE POPULAIRE. La GAZETTE MÉDICALE (n° du 21 août dernier) a rendu compte du résultat de ce concours auquel n'a pu être admis, faute d'avoir été envoyé en temps opportun, l'écrit dont le titre figure en tête de cet article et dont nous allons dire quelques mots. La presse n'a pas, comme les juges d'un concours, de fin de non-recevoir à opposer *tardè venientibus*. On est toujours bien venu auprès d'elle, quand on apporte une œuvre utile et sans prétention, comme le petit traité d'hygiène populaire que vient de publier un honorable confrère, M. Dulary.

En homme qui connaît l'habitant des campagnes auquel il s'adresse spécialement, l'auteur entre ainsi en matière : « Ménager sa santé, ce n'est pas se soumettre à un régime de malade, perdre tout son temps à s'observer, à s'imposer mille soins gênants; c'est, au contraire, gagner du bien-être, de la force, du temps, et par suite de l'*argent*, au moyen de quelques règles simples, de quelques bonnes habitudes qui ne sont ni ennuyeuses ni fatigantes. »

Il présente ensuite une idée générale de cette organisation humaine en faveur de laquelle il réclame du paysan, de l'ouvrier, la même sollicitude au moins qu'ils ont communément l'un et l'autre pour l'entretien de leur cheval, de leurs outils. Ce petit aperçu d'anatomie et de physiologie tracé de la façon la plus claire et dans les termes les plus simples du langage usuel, M. Dulary passe aux éléments proprement dits de l'hygiène : il signale les conditions de l'air qui affectent la salubrité, les qualités des aliments, la nature, la forme des vêtements à préférer suivant les saisons, les habitudes salutaires ou nuisibles, les genres d'exercice propres à corriger les inconvénients de telle et telle profession; il donne quelques avis concernant le sexe, les âges, les tempéraments divers, et termine par l'exposé de ce qui est à faire dans les cas d'indisposition, et en attendant l'arrivée du médecin lorsqu'il s'agit d'une maladie ou d'une blessure grave qui exigent toujours son assistance.

C'est, on le voit, toute la matière de l'hygiène que M. Dulary a trouvé le secret de renfermer dans un opuscule de soixante et quelques pages, intelligible aux esprits les moins cultivés. L'homme du peuple qui sera pénétré du contenu de ce tout petit manuel possédera, sur le choix d'une habitation, sur la convenance du régime à suivre pour lui et les siens, sur les qualités physiques et morales à rechercher dans la compagne destinée à devenir la mère de ses enfants, sur l'éducation bien entendue de ces derniers, etc., des notions précises qui font souvent défaut aux gens du monde et aux lettrés.

Connu par de généreux sacrifices en faveur des améliorations agricoles et sociales, ancien député de Seine-et-Oise, aujourd'hui praticien modeste au fond d'un village de la Beauce, le docteur Dulary, en éclairant le peuple sur ses intérêts sanitaires, continue la mission de philanthropie et de bienfaisance à laquelle il s'est dévoué depuis trente ans.

CH. PELLARIN, D. M. P.

VARIÉTÉS.

MORT ET OBSÈQUES DE M. LE PROFESSEUR RICHARD.

La science vient de faire une grande perte. M. Achille Richard, professeur de botanique à la Faculté de médecine, membre des Académies des sciences et de médecine, connu dans toute l'Europe par des ouvrages devenus classiques, a succombé à une maladie dont il souffrait depuis plusieurs années. M. Richard n'était pas moins remarquable par les qualités du cœur que par les dons de l'esprit. On peut dire de lui sans la moindre exagération que tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé. Nous laissons à ceux de ses collègues qui ont eu le privilège d'exprimer sur sa tombe les regrets de la science et de l'amitié, le soin de payer un premier tribut à sa mémoire.

Voici le discours qu'a prononcé M. Duméril au nom de la Faculté de médecine. Nous publierons dans le numéro prochain les autres discours prononcés, par M. Brongniard au nom de l'Académie des sciences, et par M. Gaultier de Claubry au nom de l'Académie de médecine.

ALLOCUTION DE M. CHARLES DUMÉRIL.

« Messieurs, interprète de l'impression profonde et douloureuse qu'éprouvent aujourd'hui les professeurs et les étudiants de la Faculté de médecine, je ne suis que l'écho de leurs regrets sincères en vous exprimant notre affliction commune dans cette triste cérémonie des funérailles de notre savant ami et collègue Achille Richard.

» En déposant ces restes périssables de l'homme dont le savoir et l'art d'enseigner étaient devenus l'honneur et la gloire de notre école, développons nos pensées, comme ta vérité le commande hautement, sur les causes trop réelles de notre tristesse. Cette mort désolante nous affecte bien vivement; elle nous enlève, à l'âge de 59 ans, un aimable et excellent confrère, et elle nous accable en nous privant du concours de l'un de nos plus savants coopérateurs dans les fonctions de l'enseignement dont nous sommes chargés.

» Dire ce qu'a fait Richard, ce qu'il a été lui-même, par son propre mérite, fera son éloge tacite, et suffira pour vous prouver combien sa vie a été laborieuse, et comment ses nombreux travaux furent si utiles à la science.

» Né en 1794, il reçut en 1820 le diplôme de docteur. Il remplissait déjà les fonctions d'aide de botanique, et fut bientôt capable de suppléer son père, comme professeur de cette branche des études médicales.

» Dans les cours particuliers qu'il fit à l'école pratique, ses leçons, savantes, précises et méthodiques, furent suivies avec succès, et lui avaient constamment attiré un très-grand nombre d'auditeurs depuis l'année 1817 jusqu'en 1831.

» C'est alors qu'il fut nommé professeur en titre à la Faculté en succédant à M. de Jussieu, et depuis trois ans déjà il avait pris rang parmi les agrégés de notre école.

» Dès l'année 1819 parurent tses ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE, premier ouvrage français embrassant tous les principes de la science, et qui eut successivement huit éditions. En 1831, il composa les deux volumes des ÉLÉMENTS D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, qu'il tint constamment au courant des progrès de la science, et qui furent quatre fois réimprimés.

» On a de lui des mémoires importants sur les ipécacuanhas et les familles des rubiacées, des orchidées, des conifères, etc. Nous ne devons pas oublier son utile collaboration à un grand nombre d'ouvrages, tels que le COURS D'AGRICULTURE avec M. Payen, le DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE avec M. Chevallier, la partie botanique ou les flores qui font partie des publications relatives aux voyages dans la Nouvelle-Zélande, en Sénégambie, à Cuba et dans l'Abyssinie.

» Notre professeur Richard était membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, des Sociétés centrales d'agriculture, philomatique, d'histoire naturelle. Un grand nombre de communications, de mémoires et de rapports dont il avait été chargé font partie des travaux publiés par ces diverses compagnies.

» A. Richard avait épousé l'une des filles de notre honorable et ancien collègue Antoine Dubois. Il laisse deux fils, docteurs en médecine : l'un est ancien prosecteur de notre école et chirurgien des hôpitaux civils ; l'autre, suivent les traces de son père, l'assistait comme préparateur dans ses cours. Leurs succès, dont la Faculté conservera le souvenir, rendait le père heureux, et il a pu mourir tranquille sur le sort des héritiers du nom de Richard, depuis longtemps rendu célèbre par de nombreux travaux dans les sciences d'observation. »

— On écrit de Vienne, le 26, que le choléra a éclaté à Cracovie et dans quelques districts occidentaux de la Gallicie; seulement il n'est pas épidémique jusqu'ici.

Le choléra a fait peu de victimes à Berlin. Le 29 septembre, on ne comptait encore que 40 décès.

La température moins chaude que nous avons eue ces jours derniers paraît arrêter la marche du choléra, et les craintes qu'on éprouvait à l'égard de Berlin commencent à se dissiper. Cette opinion est confirmée par un rapport officiel sur les progrès du choléra, car, d'après ce rapport, il ne s'est point propagé dans la Marche de Brandebourg, où il n'y a eu que quelques cas de maladie isolés.

— Le 12 septembre, la fièvre jaune sévissait encore à la Martinique, mais avec un commencement d'atténuation à Fort-le-France.

Pendant une période de onze mois, du 24 septembre 1851 au 25 août 1852, l'épidémie a fait 240 victimes.

A la Guadeloupe, la fièvre jaune s'est manifestée par quelques cas isolés, sans avoir pris encore, à la date du 12 septembre, le caractère épidémique.

— La fièvre jaune s'est déclarée à Washington, où elle sévit sérieusement; on y comptait 19 morts dans l'espace de trois jours.

Le choléra faisait encore quelques victimes à Rochester, Chambersburg et Cincinnati, mais elles sont moindres relativement aux premières attaques.

— Les nouvelles de la Perse apprennent que le choléra vient de reparaître dans la province de Tauris.

Il sévissait tellement au mois d'août à Ourmiah, petite ville de 5 à 6,000 âmes, qu'il emportait chaque jour une centaine de personnes.

— Il règne dans le Tessin et dans le Valais une maladie épidémique du bétail si grave, que les Grisons ont établi une espèce de cordon sanitaire contre toutes les importations venant de ces deux cantons.

Dans les Grisons, la maladie de la vigne attaque à présent les châtaigniers et les pommiers, ainsi que le sureau.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

La discussion sur la syphilis est terminée.

Ce qui résultera de cette longue passe d'armes, comme pratique, nous tâcherons de l'énoncer tout à l'heure. Mais un grand enseignement en est déjà ressorti — et nous espérons qu'il n'aura pas été perdu pour la jeunesse attentive aux phases du combat — c'est qu'on ne sait que ce que l'on a étudié, et qu'il n'est pas toujours fort prudent de parler de ce qu'on n'a jamais vu. Sous ce rapport, la leçon a été complète, et d'autant plus rude qu'on l'a vue donnée avec une aménité de formes qui ne laissait pas aux maleocontreux écoliers d'autre alternative que de la recevoir de bonne grâce.

Nous nous sommes souvent demandé, durant le cours de ce prolixe débat, comment des hommes haut placés et haut parlant, des professeurs soucieux du respect dû à la toge, des soi-disant encyclopédistes, pouvaient, de gaieté de cœur, venir hebdomadairement étaler en public la plus candide ignorance de choses dont personne ne les avait priés de se mêler? Comment l'un a nié les chancres urétraux? Comment l'autre a signé de son nom vénéré la bouffonne et désormais impérissable histoire du *condylôme transmis de membre à membre?*... Mais c'est assez rappeler ces tristes échecs. Nous les aurions laissés dans l'oubli si nous n'y trouvions une leçon, bonne à méditer pour nous comme pour tous, en faveur de la spécialité des études, et du danger qu'il y a, même pour les maîtres, à vouloir procéder par paradoxes pour se faire instruire de ce qu'ils ignorent, quand il serait si simple de le demander.

Au point de vue de la science, la conséquence de cette controverse si animée, de ces prétentions contraires et si intraitables en apparence, paraît devoir être plus heureuse qu'on n'est habitué à la prévoir en fait de discussion publique. Ce sera, des deux côtés, une concession réciproque : concession non de paroles, mais de faits; non par surprise, mais par la force des raisons. Mises en présence, les deux opinions opposées se sont, on peut le dire, trouvées également étonnées et de la faiblesse de leurs droits à soutenir une thèse absolument exclusive, et du peu qu'il leur en coûtait pour satisfaire leur adversaire. Le camp des contagionistes — dignement représenté par la voix prudente et grave de M. Lagneau — a dû tout d'abord reconnaître la rareté extrême des cas de transmission d'accidents secondaires; mais il s'est réservé, comme compensation, la ressource d'expliquer cette rareté par le peu d'acuité des lésions de ce genre, et par la fugacité des rapports où leur communication pourrait s'opérer. De son côté, M. Ricord, seul champion d'une cause qui ne périra point tant que son drapeau restera sur les murs de l'hôpital du Midi, M. Ricord a prononcé cette phrase : « Je ne veux pas, par pur esprit de système, que les accidents secondaires ne soient ni contagieux, ni inoculables; mais je veux pour changer mon opinion, qu'on me donne des faits plus probants que ceux apportés jusqu'ici.» Dans ces termes, la fusion est-elle impossible? Est-il téméraire, du moment où les deux partis déposent ou désavouent systématiquement toute pensée hostile, de prévoir une solution à l'amiable de ce débat si irritant et si irrité? Pour l'intérêt de la science, pour l'honneur des contendants, nous ne voulons point le croire.

Si, de l'aveu de M. Lagneau, il n'y a de contagieux que certaines formes secondaires, et encore dans certaines conditions assez difficiles à rassembler, faut-il être surpris que de tous les exemples de transmissions semblables, amassés indistinctement et sans choix contre son opinion, M. Ricord n'en ait pu encore trouver d'assez bien circonstanciés pour lui faire changer d'avis? Non ; et le contraire seul serait étonnant pour qui connaît la sévère précision que l'habile professeur a apportée dans le contrôle de ces observations, avant lui abandonnées à la seule légalisation d'une crédulité aveuglément optimiste. En niant la *possibilité* de pareilles transmissions, il eût été dans son tort; en niant la *réalité* des preuves fournies jusqu'ici pour la démontrer, il reste dans la limite de son droit. Avertis maintenant des motifs de sa légitime défiance, instruits des bornes dans lesquelles il la renferme, c'est à tous ceux qui veulent le progrès de travailler à lever ses derniers et justes scrupules. Nous nous efforcerons prochainement nous-même de faire les premiers pas dans cette voie si libéralement ouverte par le maître, et nous nous y engagerons d'autant plus librement que, sur sa parole, nous sommes sûr de ne pas démériter auprès de lui, alors que nous chercherons à bien mériter de la science.

Montrer que la question devait rester insoluble à moins de faits nouveaux, circonstanciés, précis, c'est avoir dit que le présent débat ne l'a pour ainsi dire point fait avancer d'un pas; car, sous le rapport des preuves cliniques, il a été complétement stérile. Les uns se sont bornés à évoquer leurs souvenirs, extemporanément transformés en statistiques pour les besoins de la cause; d'autres, comme l'honorable professeur Roux, ont mieux saisi les exigences de la discussion et se sont mis en devoir d'y satisfaire. Mais, faute de détails suffisants, ces observations n'ont pu résister à l'interprétation de l'habile commentateur, qui, aux applaudissements de l'auditoire, a su les ramener sans peine dans l'imposant ensemble des faits counsonnants à sa doctrine.

Nous venons de parler d'*interprétation*. C'est le côté brillant de M. Ricord; c'est là son triomphe, assure-t-on; mais nous lui dirons en toute franchise que de pareilles victoires, quelque légitimes, quelque complètes qu'elles soient, affaiblissent toujours celui qui les remporte trop souvent; non que nous voulions contester son droit de discuter les faits qu'on lui oppose comme contradictoires; non que nous admirions moins qu'un autre le consciencieux talent qu'il apporte toujours dans ces appréciations si délicates. Peut-être la démonstration clinique rigoureuse que M. Ricord attend pour se rendre est-elle interdite à jamais par la nature même du sujet. Mais faut-il pour cela l'accuser d'être trop exigeant en fait de garanties? Non; certes; ces garanties sont de rigueur pour un parti comme pour l'autre; et, entre hommes sérieux, il n'est pas plus permis à l'un d'eux d'en dispenser son antagoniste que de les lui refuser le cas échéant.

Mais, ceci bien entendu, nous sommes à notre aise pour faire observer à M. Ricord que, parmi ses *fins de non-recevoir*, il en est de deux espèces entièrement différentes. Pour invalider les faits de ses adversaires, il s'appuie invariablement sur l'une ou l'autre des considérations suivantes : ou l'individu qui offre des symptômes secondaires avait eu des accidents primitifs dont ceux-là sont la suite naturelle; ou bien ces symptômes secondaires ne sont que la transformation sur place d'une lésion primitive, dont le mécanisme de métamorphose a été méconnu. Ce sont, comme on

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVI.

A M. le professeur Bégin, inspecteur médical, président du conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur et de Saint-Grégoire le Grand.

CRITIQUE DE L'ÉCOLE DE ROME.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

FIÈVRES CONTINUES RÉMITTENTES. — Pour nous, la rémittence est le degré intermédiaire entre l'intermittence et la continuité; entre cette dernière et la rémittence se placent la subcontinuité et la pseudo-continuité qui est moins un type qu'un masque sous lequel se cachent des fièvres d'une nature palustre. La rémittence est le type qu'affectent les fièvres de marais des pays chauds, pendant la saison endémo-épidémique; aussi, dans de telles conditions, le mot *rémittence* implique-t-il presque toujours le recours au quinquina. A Rome, on professe que les subcontinues, réputées des intermittentes masquées, sont attaquables par l'écorce du Pérou, mais que ce médicament est contre-indiqué, à moins qu'à titre de tonique, dans les fièvres rémittentes. Une différence aussi tranchée, une opposition aussi entière sur un sujet pratique et d'application journalière, nous a tellement surpris, que nous avons d'abord pensé qu'il pourrait bien y avoir concordance au fond et malentendu dans les mots, à cause de l'acception différente donnée à la même expression à Rome et en France. Mais il n'en est rien, la définition de la rémittence par le professeur Valentini montre bien que le même mot représente la même chose : la fièvre rémittente est celle qui, ne présentant pas d'intervalles apyrétiques, mais ayant un cours continu, est coupée d'exacerbations le plus souvent vespériennes, dont le type est quotidien, tierce, quarte, simple ou double (1). En lisant la description des espèces, on voit que ces exacerbations peuvent présenter les trois stades des intermittentes (2).

Il n'y a donc pas à tergiverser : le remède que nous regardons comme le plus souvent indispensable dans une grande classe d'affections est considéré comme inutile et nuisible par les Romains.

Ils objectent qu'ils suivent Torti et que nous nous écartons des principes de ce grand maître. Torti excluait en effet le quinquina du traitement des fièvres rémittentes. Mais l'erreur des Romains est grossière, car Torti, comme le montre la

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 266, 267, 268.
(2) *Id.*, p. 268, 271, etc.

le voit, deux magistratures, dirons-nous deux polices distinctes, dont l'une met en suspicion la moralité du malade, l'autre le savoir du médecin. Les faits qui éludent la première ne peuvent guère, on le comprend, échapper à la seconde. Heureux l'auteur aux dépens de qui les deux juridictions ne fonctionnent pas simultanément !

Or, pour l'appréciation morale, nous l'abandonnons volontiers à M. Ricord; car nulle main n'est mieux faite pour tenir cette balance que celle qui sait si bien manier le spéculum.

Nous passerons moins aisément condamnation sur le second point. Sans doute il est tel nom, tel système médical qui, d'emblée et sans plus d'examen, suffisent d'avance à frapper de nullité tout fait produit par eux. Quand un homme, un chirurgien d'hôpital, un professeur, un membre de l'Institut invoque *comme exemple d'accident secondaire transmis* l'extension à la cuisse d'un eczéma du scrotum, — lésion essentiellement non syphilitique, — de quelle autorité prétendrait-il à l'avenir faire admettre, sur le plus mince objet, sa compétence en pareille matière? De tels exemples ne sont pas rares; la discussion que nous analysons en a produit de non moins saillants. Aussi M. Ricord a-t-il eu raison de les stigmatiser de toute la vigueur de sa verve caustique. Mais lorsqu'on se trouve en face de praticiens exercés au diagnostic, comme Wallace, comme Waller, alors l'ironie ou le dédain deviennent des armes dangereuses pour qui les emploierait sans réserve. Quand des savants de cet ordre affirment, la présomption publique — que M. Ricord y réfléchisse — sera toujours en faveur de la justesse de leur dire. Et pour ébranler les faits qu'ils citent, avancer qu'ils sont faillibles ne suffit point, il faut encore, il faut absolument prouver qu'ils se sont trompés.

Nous ne tairons point une autre observation du même genre. Les faits de syphilis transmise par les nouveau-nés sont aujourd'hui tellement multipliés qu'il semble bien difficile de les expliquer tous par l'hypothèse que le symptôme infectant de l'enfant était en réalité une lésion primitive méconnue. Il ne nous appartient ni de donner un conseil à M. Ricord ni de lui suggérer une version. Cependant nous ne voyons guère quelle raison, quel intérêt il y aurait pour son école à se tenir, sous ce rapport, en dehors du sentiment presque unanime des praticiens, en dehors de la jurisprudence universellement adoptée par les tribunaux sur ces cas qui leur sont si fréquemment déférés. Du reste, admettre que la syphilis constitutionnelle du nouveau-né est transmissible, ce serait ni une concession, ni une dérogation à ses principes; car ce symptôme que le fœtus a contracté par génération n'a véritablement de constitutionnel que l'apparence. Si, rigoureusement parlant, on ne peut l'appeler primitif, du moins il est chez lui *le premier en date*. Serait-il irrationnel de soutenir que cette *première imprégnation syphilitique* de l'individu, quelle que soit sa forme de manifestation, doit toujours avoir certains caractères semblables, soit qu'elle ait lieu sur l'adulte par contagion, soit qu'elle s'opère sur le fœtus par le fait de la conception ou de la nutrition intra-utérine? Et serait-il entièrement illogique de penser que l'aptitude à se propager d'un individu à l'autre puisse figurer parmi ces caractères?

Que l'opinion toutefois ne s'alarme pas outre mesure de ces dissidences. Elles sont loin d'avoir sur la santé publique l'influence que, faute de réflexion, on leur pourrait supposer. Sous le rapport de la sûreté des ménages, des garanties dues aux familles, la solution du débat, quoi qu'on en ait dit, est à peu près indifférente dans quelque sens qu'elle doive se faire. En effet, en matière de rapports sexuels, une seule question mérite d'occuper la sollicitude du médecin, et elle ne peut être posée qu'en ces termes: « Un homme guéri d'accidents primitifs, mais actuellement porteur de symptômes constitutionnels, peut-il se marier ?... » Eh bien! je le dis avec plaisir, l'un et l'autre parti s'accordent, quoique en vertu de raisons différentes, à répondre dans ce cas par une impérieuse négative. L'école ancienne, on le conçoit, défendra formellement une union qui, suivant elle, pourrait infecter la femme. Et quant à M. Ricord, sachant parfaitement qu'un enfant né dans ces conditions serait exposé à l'intoxication, sachant aussi que la lune de miel donne moins que toute autre des garanties contre la fécondité des rapprochements même les plus habilement combinés pour demeurer stériles, il proscrirait tout aussi sévèrement une union qui, innocente à ses yeux pour l'épouse, pourrait frapper l'enfant, et atteindre ensuite la mère elle-même par un choc en retour dont la réalité n'est plus aujourd'hui contestée. Qu'on se rassure donc sur les conséquences de ce désaccord; il est plus regrettable pour la science qu'alarmant pour la pratique; car la classe qui seule pourrait en souffrir n'est pas celle dont les maux méritent le plus d'inspirer la compassion.

L'un des plus ardents adversaires de M. Ricord, après avoir à deux reprises fait feu de toutes ses pièces sur la place ennemie, a cru pouvoir profiter de la brèche pour ouvrir un assaut général. Il s'est donc finalement attaché à réfuter l'ensemble de la doctrine, en contestant ses propositions capitales. Ainsi, selon M. Velpeau, « ni la loi en vertu de laquelle la blennorrhagie ne pourrait donner naissance à la vérole constitutionnelle; — ni l'existence d'un chancre larvé dans l'urètre pour expliquer cette infection, quand elle a lieu; — ni la loi qui veut que le chancre induré soit seul la source de la syphilis constitutionnelle; — ni la loi d'incubation d'après laquelle l'invasion des symptômes constitutionnels n'aurait jamais lieu plus de six mois après que se sont déclarés les symptômes primitifs, ne sont fondées sur des faits et sur des preuves péremptoires, et des faits irrécusables déposent au contraire contre elles. »

A ces assertions, M. Ricord a très-sagement fait de n'opposer que des assertions contraires. Ni le lieu ni l'argumentateur n'exigeaient davantage. Mais nous, journaliste, dont la mission, entre autres, est de désobstruer les voies du progrès des obstacles que l'ignorance ou la malveillance y déposent, nous devons, sinon prendre plus au sérieux, du moins, pour l'édification du public, réfuter plus au long de semblables hérésies. Nous demanderons donc à l'honorable chirurgien de la Charité :

1° Lui qui donne du mercure contre le chancre primitif pour prévenir ses suites, en donne-t-il aussi contre la blennorrhagie, non moins effrayante, d'après lui, pour l'avenir du malade?

Possesseur sans doute de nombreuses observations qui lui permettent d'élever la blennorrhagie au rang de lésion infectante, pourquoi les a-t-il si généreusement gardées dans ses cartons, lorsque je proposai une prime de 300 fr. à celui qui m'ouvrirait dix faits de ce genre? Sans doute, dans sa position, cette abnégation n'a rien d'étonnant; mais comment pas un de ses élèves n'a-t-il cherché à ébranler, à son profit personnel, ce désintéressement dont je l'avertis que je ne lui sais aucun gré?

2° Sur le second point en litige, M. Velpeau aurait à expliquer s'il nie les chancres urétraux, ou seulement s'il n'en a jamais vu. Dans le premier cas, est-ce au méat, à la fosse naviculaire, à la *valvule de Guérin*, qu'il fixe la limite infranchissable pour les chancres? Dans le second, si, dans sa nombreuse clientèle, il n'a jamais reconnu de chancre de l'urètre, nous ne désirons pas de meilleure preuve que celle-là pour démontrer que ces ul-

---

définition ci-dessous (1), appelait subcontinues les fièvres que nous nommons rémittentes, et entendait par rémittentes nos fièvres continues non palustres, caractérisées par une marche accidentée de recrudescences irrégulières, comme fortuites, sans types, sans stades. Nous sommes d'accord avec Torti pour le fond, et les Romains n'ont de commun avec ce maître que la consonnance d'un mot auquel Torti donnait une signification opposée.

Certes Torti a eu grand tort en faussant ainsi l'acception du mot. Cela le jette dans maint embarras; par exemple, il ne peut s'entendre avec Morton, qui dit avoir guéri des rémittentes avec le quinquina; dans ce débat, Torti finit par s'apercevoir qu'il a bien pu, par la falsification d'un mot, donner lieu à un malentendu : *Ad tollendam prius æquivocationem, quæ meâ culpâ fortasse posset abrepere, ob aliam novitatem à me inventam sub nomenclaturâ remittentis febris, advertendum est..*. Suit la définition que nous avons donnée.

Borsieri, auteur fort en vogue à Rome pour la pyrétologie, entend un peu la rémittence comme Torti; il dit à la vérité que la rémittence se place entre la continuité et l'intermittence, mais il ajoute qu'elle tient de plus près à la continuité que les subcontinues.

Le principal auteur de cette fatale erreur qui pousse les Romains à établir une différence essentielle entre les rémittentes vraies et les intermittentes, c'est leur Thomasini, dont le brownisme renversé règne encore dans leur immobile école. Pour ce novateur, les fièvres rémittentes sont symptomatiques et doivent faire repousser le quinquina. On ne suit que trop ses maximes : journellement, à Rome, des sujets affectés de fièvre rémittente sont tués par un accès pernicieux inopiné, ou languissent dans une longue maladie dont l'aboutissant est une profonde cachexie palustre.

Il y a pourtant bien longtemps qu'on a reconnu les rémittentes pour des fièvres appartenant à la même classe que les intermittentes. Pour Galien, la fièvre ardente est une tierce modifiée dans son type, et Celse écrivait que les intermittentes peuvent revêtir le type rémittent et même continu. Sydenham, Morton et une foule d'hommes éminents ont professé que la rémittente peut n'être au fond qu'une intermittente. Autour de Rome, à ses portes, dans ses murs mêmes, on proteste contre cette funeste erreur. Minzi (1) déplore la dé-

(1) Que les rémittentes sont celles qui sont caractérisées par une marche continue avec exacerbations obscures revenant sans ordre fixe, et par des rémissions qui n'ont pas plus de régularité (p. 249, 250). Plus loin, p. 261, que ces recrudescences irrégulières ont lieu le matin, le soir, la nuit, le jour...; que dans ces fièvres, nées du ferment des continues, la rémittence est un accident, qui, ajoute-t-il dans un autre passage (p. 584), ne procède pas de leur essence, mais de circonstances fortuites intérieures ou extérieures. Quand les exacerbations arrivent à intervalles réguliers et que les stades commencent à se dessiner, Torti appelle les fièvres proportionnées, mot que nous expliquerons plus tard, et il introduit alors le quinquina dans sa thérapeutique (Torti, THERAPEUTICE SPECIALIS AD FEBRES QUASDAM PERNICIOSAS, MUTINÆ, 1712).

(1) Minzi, STUDI TEORICO-PRATICI SOVRA LA ENDEMIA PALUSTRE. Bologna, 1848. 1 vol. in-8. — SOPRA LA GENESI DELLE FEBBRI INTERMITTENTI. Roma, 1844. 1 vol. in-8.

cères peuvent parfaitement passer inaperçus et être pris pour une blennorrhagie.

3° Quant à l'induration, nous avons nous-même, et à maintes reprises contesté l'exactitude de la loi d'après laquelle un chancre non induré ne serait jamais infectant. Mais autant il est juste de réserver à l'ulcère non induré une *petite* place parmi les sources de vérole, autant il serait contraire à l'observation de lui donner, sans ce rapport, une valeur égale à celle du chancre induré, comme le vague où s'est renfermé l'orateur nous permet de supposer qu'il le pense.

4° Sous le rapport de l'*échéance* des symptômes constitutionnels, nous demanderons à l'honorable professeur s'il a connaissance de la statistique d'Henri Lee (voy. Gaz. Méd., 1850, p. 156), où, sur 126 cas, on voit 117 fois la jetée diathésique éclore dans la limite fixe que M. Ricord lui a assignée. En cas de réponse affirmative, nous enregistrerons avec plaisir les objections que M. Velpeau voudra bien nous adresser sur la valeur de ce document, à nos yeux sans réplique, et nous terminons en le suppliant de ne pas garder plus longtemps inédite la collection de tout point si originale des matériaux qu'il possède sur la pratique des maladies vénériennes.

P. Diday.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU CŒUR, POUR ARRIVER AU DIAGNOSTIC DES BRUITS ANORMAUX QUI SE PASSENT AUX ORIFICES DE CET ORGANE; par M. Surmay, interne des hôpitaux.

MOUVEMENTS DU CŒUR.

Selon Harvey, Haller, MM. Bouillaud, Hope, Barth, les expérimentateurs des comités anglais, etc., la révolution du cœur se fait de la manière suivante :

Le cœur supposé en repos, le premier mouvement qui apparaît appartient à l'oreillette. Elle s'affaisse, pâlit, se vide brusquement dans le ventricule. Cette contraction de l'oreillette coïncide avec la dilatation ou la réplétion du ventricule qui se gonfle, s'allonge et rougit. Ces derniers phénomènes ont à peine paru qu'on voit le ventricule pâlir, se rapetisser, se contracter enfin aussi brusquement que l'oreillette, et chasser le sang qu'il a reçu dans les grosses artères. A ce dernier mouvement succède un repos total du cœur. Pendant ce temps-là, aucun mouvement, c'est-à-dire aucune contraction ne se fait ni dans l'oreillette ni dans le ventricule. Le premier mouvement qui interrompt le repos ou la pause du cœur, c'est la contraction de l'oreillette.

Ce dernier phénomène est immédiatement suivi de la contraction du ventricule, de si près que tous les auteurs ont comparé cette succession si rapide à un mouvement ondulatoire, à une contraction péristaltique, Harvey la compare à la déglutition.

En même temps que l'oreillette a son plus petit volume, le ventricule a son plus grand.

Le mouvement contractile de l'oreillette est faible; il semble que l'oreillette ne se vide pas complétement.

Juste au moment où le ventricule pâlit et se contracte, l'oreillette commence à recevoir du sang venant des veines.

Pendant le repos du cœur, l'oreillette est progressivement remplie par le sang veineux qui y coule toujours.

Pendant ce temps-là, le ventricule est relâché et reçoit un peu de sang qui tombe de l'oreillette en abaissant les valvules auriculo-ventriculaires, que rien ne maintient plus relevées. La réplétion du ventricule est achevée par la contraction de l'oreillette, qui recommence la révolution du cœur. Je dois dire que Harvey et Haller ne parlent pas de la petite quantité de sang qui passe de l'oreillette dans le ventricule avant la contraction de l'oreillette. Cette remarque appartient aux auteurs modernes.

La contraction s'appelle systole. *L'état opposé* ou de relâchement s'appelle diastole, et pendant la diastole, le cœur reçoit le sang. (*Dùm laxatur, recipit sanguinem.* Harveii, opera, De motu sanguinis, cap. 2.)

La diastole auriculaire se fait pendant la systole ventriculaire; elle se poursuit pendant la *pause*, qui est ainsi remplie par les deux diastoles auriculaire et ventriculaire. Le *mouvement* commence par la systole auriculaire, qui est immédiatement suivie de la systole ventriculaire.

Les diastoles se succèdent dans le même ordre; d'où la formule suivante admise par les auteurs dont je viens d'exposer la doctrine :

Systole auriculaire;
Systole ventriculaire;
Diastole auriculaire;
Diastole ventriculaire;
Repos.

Pendant la systole, la pointe du cœur est projetée en avant, en même temps qu'elle se rapproche de sa base. Le doigt qui touche le cœur pendant qu'il se contracte perçoit une très-vigoureuse impulsion. Aucune sensation n'est perçue, au contraire, pendant le relâchement, même lors de l'achèvement brusque de la dilatation au moment de la contraction de l'oreillette.

D'après M. Bean, la succession des mouvements du cœur se fait de la manière suivante : « Contraction de l'oreillette, dilatation du ventricule, » contraction du ventricule; de ces trois mouvements, les deux premiers » sont isochrones, et le troisième arrive rapidement après eux; leur en- » semble constitue le *premier temps*. Au *second temps*, il y a abaisse- » ment des valvules semi-lunaires et irruption brusque du sang des veines » dans l'oreillette; ces deux mouvements ont lieu d'une manière exacte- » ment isochrone. De plus, il y a un *troisième temps* consacré à la réplé- » tion entière de l'oreillette. » (Arch. méd., 1841, II, 267, Bean.)

« Le ventricule reste vide et inactif au deuxième et au troisième temps, » c'est-à-dire qu'il n'entre du sang dans le ventricule que lors de la systole auriculaire.

Il n'entre point de sang dans l'oreillette lors de la systole ventriculaire, et la dilatation auriculaire ne commence qu'au moment de l'abaissement des valvules semi-lunaires.

Ce n'est point pendant la systole que la pointe est portée en avant, c'est pendant la diastole ou dilatation ventriculaire. Pendant la systole du ventricule, la pointe du cœur se retire au contraire en arrière.

Telles sont les deux doctrines actuellement régnantes; toutes deux s'appuient sur des observations expérimentales. Qui a bien vu? Voilà la question.

---

cadence de la thérapeutique des fièvres et l'oubli des principes de Torti; pour ce savant laborieux, comme pour Salvagnoli Marchetti (1), pour Dornea (2), pour Bufalini (3), les types ne sont que des formes sujettes à subir des mutations dans le cours d'une même maladie, sans que celle-ci change de nature. Cette vérité a été érigée en axiome par les travaux de Faure, de Pallas, de Roux sur les fièvres de Morée, de MM. Maillot (4), Worms (5), etc., sur les fièvres d'Afrique. Aux bords du Gange (Twining), comme en Amérique (Stewardson, etc.), on professe les mêmes doctrines; dans Rome se circonscrit et se perpétue l'hérésie.

Passons en revue chacune des quatre espèces de fièvres continues rémittentes de l'école de Rome.

Quotidiana continua remittens seu amphimerana. — Dans cette espèce, le livre classique range d'abord la fièvre quotidienne des anciens, puis la fièvre catarrhale bénigne, la fièvre reumatique, la catarrhale reumatique (6), dernier groupe ne contenant, à notre sens, que des fièvres continues présentant l'exacerbation vespérienne qu'on observe dans la fièvre typhoïde, dans une foule d'affections aiguës, voire même dans les phlegmasies localisées.

Dans l'amalgame appelé à Rome amphimerine, on peut trouver la grippe, peut-être quelques formes de la fièvre typhoïde, et la rémittente palustre quotidienne. L'auteur nous donne beau jeu quant à cette dernière, en reconnaissant les miasmes des marais comme cause de certaines amphimérines.

Tertiana continua remittens seu tritæophuya. — C'est le causus des anciens, la fièvre ardente de la canicule. Cette fièvre est légitime ou non (spuria), dernière catégorie dans laquelle elle rentre quand elle dépasse quatorze jours.

Elle se change souvent en intermittente, et exige alors le traitement de cette dernière. Notez bien l'aveu. Elle est commune chez les chasseurs et les campagnards; déclaration qui prouve encore la nature palustre de cette affection. Elle peut s'accompagner de symptômes très-violents, et entraîner la mort les troisième ou quatrième jours; d'autre part, on a vu ces fièvres ne se juger qu'après plus de cent jours. Ses principaux symptômes sont : peau très-sèche, pouls fébrile, respiration accélérée, chaleur de l'air expiré, langue aride, noire, âpre, soif ardente, urines enflammées, rouges, bilieuses, selles liquides ou dures, céphalalgie, vigil, anxiété, délire, coma, convulsions, voix cassée, etc.

La tritæophyée n'est autre chose qu'une rémittente palustre présentant des phénomènes qui l'ont fait appeler *ardente*; mais n'en déplaise à l'école de Rome, sa rémittence peut être quotidienne aussi bien que tierce. La croyance meurtrière que les rémittentes ne sont pas des fièvres à quinquina, fait omettre le remède qui sauverait le malade ou, tout au moins, abrégerait son affection.

(1) Saggio illustrativo le tavole della statistica medica delle maremme Toscano, etc. In-4°. 1844, 1845.

(2) Traducteur et commentateur de Torti.

(3) Bufalini, Fundamenti di patologia analitica.

(4) Maillot, Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes.

(5) De l'hygiène en Algérie, etc.

(6) Borsieri ajoute la fièvre gastrique aiguë, qui peut être épidémique et contagieuse, la fièvre de lait, la catarrhale maligne des Allemands, etc.

J'ai donc dû répéter les principales des expériences sur lesquelles s'appuient les théories.

Les auteurs ont expérimenté sur de grands et sur de petits animaux, jusqu'à la grenouille. Quelquefois même la nature a eu le caprice de laisser observer à nu le cœur de l'homme. Il est résulté, de toutes ces observations, que, sur le cœur double comme sur le cœur simple, les phénomènes sont essentiellement les mêmes; qu'observer la révolution du cœur de la grenouille, c'est voir en petit, mais plus clairement, la révolution du cœur des mammifères et de l'homme. Aussi est-ce principalement sur la grenouille que j'ai expérimenté, parce que l'observation est bien plus facile et plus nette. J'ai cependant sacrifié aussi de petits mammifères et un coq, et je rapporterai ce que m'ont appris ces vivisections.

Voici ce que j'affirme avoir vu dans des expériences bien des fois répétées devant différents témoins, et ce que j'ai écrit les pièces sous les yeux.

Grenouille. — A. 60 battements par minute.

L'oreillette et le ventricule *paraissent* se vider alternativement l'un dans l'autre. Dans le moment que le ventricule pâlit et s'affaisse, l'oreillette commence à rougir. Pendant que le ventricule reste pâle, l'oreillette devient de plus en plus rouge et dodue. Enfin, la partie postérieure de la portion auriculaire visible s'affaisse, et en même temps le ventricule rougit et se gonfle. Ensuite (et cela se succède sans repos), la portion auriculaire antérieure et accolée à l'aorte s'affaisse et pâlit brusquement, et ce mouvement semble donner au ventricule le signal de la contraction. Ce dernier mouvement de l'oreillette est à peine effectué que le ventricule pâlit et se rapetisse brusquement, et tout à fait en même temps on voit une colonne sanguine s'élever violemment dans l'aorte, qu'elle soulève et distend. Ce choc de l'aorte est si voisin de l'affaissement de la partie la plus antérieure de l'oreillette, que ces deux phénomènes semblent presque isochrones. Mais en touchant le ventricule, je perçois de la manière la plus manifeste que le ventricule, en pâlissant et se rapetissant, donne au doigt une impulsion énergique, et que cette impulsion est postérieure à la contraction auriculaire et tout à fait isochrone avec l'impulsion aortique. Je distingue aussi très-bien qu'au moment même où le ventricule donne son impulsion en pâlissant, l'oreillette commence à rougir, et je vois un petit courant rose y arriver jusqu'à sa partie antérieure. Absolument au même instant, je vois la veine cave se resserrer. Cette contraction partie de la veine cave se continue comme vermiculaire sur l'oreillette qui s'enfle pas à pas et s'affaisse de même jusqu'à ce que la partie la plus antérieure de ce sinus s'affaisse brusquement en même temps que le ventricule présente la rougeur et le gonflement que j'ai indiqués tout à l'heure.

Il est sensible que le ventricule reste plus longtemps pâle qu'il n'a été rouge. La contraction de l'oreillette est si voisine de la contraction du ventricule, que ces deux phénomènes se continuent plutôt qu'ils n'alternent. Entre les deux, le sang ne fait que passer dans le ventricule.

A peine la colonne sanguine a-t-elle paru dans l'aorte, que je la vois immédiatement retomber, et les parois aortiques s'affaisser, pâlir et devenir transparentes. Le ventricule cependant reste pâle. Si alors je touche le ventricule avec une épingle, ou n'importe quoi qui le touche seulement sans le presser, je vois, avant la contraction auriculaire et la complète dilatation du ventricule, je vois, dis-je, autour du point touché, apparaître brusquement comme une ampoule rosée. Cette ampoule est d'autant plus marquée que j'appuie plus sur le ventricule. L'apparition de cette coloration est suivie de la grosse ondée qui emplit le ventricule. De sorte que je perçois de cette manière successivement :

1° Pâleur, rapetissement et choc du ventricule;

2° Ampoule rosée, comme une petite ondée, une goutte de sang qui descendrait de l'oreillette;

3° Grosse ondée qui emplit le ventricule, d'où elle est chassée tout de suite.

Au moment où le ventricule pâlit et se resserre, en quelque point que je le touche, je sens une impulsion très-énergique. Au contraire, lorsque la grosse ondée auriculaire vient brusquement le remplir, mon doigt ne perçoit absolument aucune sensation.

Je répète l'expérience rapportée par le docteur Clendinning. Au lieu d'un compas d'épaisseur, je me sers de deux épingles attachées par la tête aux deux extrémités d'un fil. J'ai ainsi un compas dont les branches sont aussi mobiles que possible. J'applique les épingles comme si je voulais prendre le diamètre du ventricule, et je tiens mon compas par l'anse où le fil se continue avec lui-même, dans une position perpendiculaire au cœur de l'animal, qui est couché sur le dos. Les épingles touchent le ventricule par leur corps. A chaque fois que le ventricule pâlit, que la colonne sanguine s'élève dans l'aorte, les épingles sont écartées et d'une manière si sensible que des témoins jusque-là incrédules reconnaissent ce fait comme aussi évident que possible.

A peine les épingles ont-elles été ainsi repoussées qu'elles se rapprochent aussitôt, quoique le cœur soit encore pâle. Le ventricule rougit, et les épingles ne paraissent pas changer de place. Mais le ventricule pâlit, se ride, et nous le voyons relancer dans le même moment les épingles.

Cette expérience, je l'ai faite un grand nombre de fois sur toutes mes grenouilles, et toujours avec le même résultat.

En même temps que le ventricule pâlit, se ride et se resserre, la pointe du cœur est soulevée au-dessus du plan postérieur sur lequel elle reposait pendant la dilatation du ventricule; le sommet du cœur se recourbe très-légèrement en avant et en haut; le diamètre longitudinal du ventricule diminue certainement, et le diamètre transversal aussi.

Lorsque le ventricule est rouge, tous les diamètres en sont augmentés; la pointe du cœur est abaissée, la base est portée en avant.

Je répète que, tout à fait en même temps que le ventricule pâlit, l'oreillette commence à rougir. Mais il m'a toujours semblé que l'oreillette ne se vide jamais complétement, car elle n'est jamais complétement pâle. Si je dis qu'elle commence à rougir pendant la contraction du ventricule, c'est parce que dans ce moment j'y vois manifestement arriver, des veines, un petit courant sanguin.

La déplétion de l'oreillette dure plus longtemps que celle du ventricule, et je la vois bien se faire progressivement.

Ce n'est qu'à la partie la plus antérieure que l'oreillette présente un affaissement brusque qui puisse se comparer à celui du ventricule, quoiqu'il soit infiniment moins marqué et moins énergique. Je puis voir que cet affaissement subit est l'effet d'une contraction faible, mais prompte. Le reste de l'oreillette paraît s'affaisser derrière le sang qui fuit, plutôt que le chasser par l'effort d'une contraction.

Si j'applique le doigt sur l'oreillette, je ne perçois aucune impulsion.

B. 50 battements par minute.

La contraction de l'oreillette et celle du ventricule se succèdent toujours avec la même rapidité. Aussitôt que le ventricule a donné son impulsion, au

---

Quand l'évidence crève les yeux, et que l'intermittence se prononce, alors seulement on finit par où l'on aurait dû commencer, on donne le spécifique. Tous les jours, dans nos hôpitaux militaires de Rome et d'Algérie, on jugule, c'est le mot, ces fièvres ardentes, dont tous les symptômes si alarmants tombent avec une promptitude qui ne nous étonne pas, parce que nous y sommes habitués; dans les maisons des médecins de Rome, au contraire, la maladie se prolonge, s'accompagne d'état typhoïde, de désordres nerveux, d'adynamie, etc., et l'on prononce alors les mots : causus dégénéré en fièvre nerveuse, en synochus, etc.

Continua remittens modo quotidiana modo tertiana, seu hemitritea. — Dans cette espèce se confondent, pour le professeur Valentini, la fièvre puerpérale et l'affection que les Romains appellent fièvre gastrique, fièvre gastro-reumatique. Cette fièvre domine tellement la pathologie romaine dans la saison endémo-épidémique, que nous lui consacrerons un chapitre spécial. Ce n'est qu'une rémittente palustre avec phénomènes de gastricité et adjonction de cet élément, douleur rhumatique, comme on l'appelle ici, élément qui a une intensité spéciale à Rome. Mais dans quelques cas, surtout au commencement et presque jusqu'aux derniers jours de juillet, il existe à Rome des *espèces* d'embarras gastriques qui s'adjoignent l'élément rheumatique, et constituent une affection ayant une physionomie spéciale et curable sans quinquina. A ce petit groupe doit se restreindre l'appellation de fièvre gastrique ou gastro-reumatique.

Pour combattre l'hémitritée, ont donné ou donnent le quinquina : Torti, Pringle, de Haën, Bado, Restaurando, Begrisolo, Minzi, Puccinotti, etc. Aujourd'hui il n'en est plus question à Rome; aussi trouvons-nous tout naturel le pronostic fâcheux de *la gastrique nerveuse épidémique*, pronostic qui le plus souvent n'a pas d'autre cause que la non-appropriation du traitement à la maladie.

L'école de Rome fait encore rentrer notre fièvre typhoïde dans sa gastrique nerveuse; on trouvera dans l'Exercitatio pathologica de Folchi des descriptions anatomiques qui ne laissent pas l'ombre d'un doute à cet égard. Nous y reviendrons du reste.

Ainsi notre fièvre typhoïde, selon qu'elle revêt telle ou telle symptomatisation dominante, est éparpillée, écartelée parmi les nerveuses, les synochi, les hémitritées. Franchement, avouez que ce n'est pas là une classification; mais le chaos scientifique du moyen âge.

Continua remittens intermittenti juncta seu semitertiana. Voici une entité formée de deux éléments opposés conjoints, d'une fièvre rémittente (1) (de nature continue pour les Romains) et d'une fièvre intermittente. Dans cette singulière affection, on remarque des accès bien dessinés chaque deux jours, et des recrudescences moins caractérisées dans les jours intermédiaires aux accès. Si je ne me trompe, cela s'appelle tout simplement chez nous une double tierce.

Sa semitertiana, espèce artificielle disséquée dans les palustres, est, aux yeux des Romains, une fièvre de nature continue. Cependant ici encore la vérité est trop palpable pour ne pas arracher de temps en temps de caractéristiques aveux. On cite Galien, au témoignage duquel les fièvres hémitritées ont commencé par

(1) Pour Borsieri, c'est le synochus.

lieu de rester pâle, j'y vois entrer une petite ondée qui descend de l'oreillette, s'y étale et lui donne une couleur rose. C'est après cela que se fait l'affaissement de l'oreillette isochrone avec la complète dilatation du ventricule, et immédiatement après la contraction du ventricule.

Ainsi, c'est manifestement en deux fois que se fait la déplétion du ventricule. Cela est de la dernière évidence sur les animaux que j'ai sous les yeux.

La première ondée sanguine pénètre dans le ventricule au même instant que la colonne retombe dans l'aorte, et c'est juste dans le même moment aussi que se fait la contraction de la veine cave.

Au moment de la contraction du ventricule, je vois toujours un petit courant arriver dans l'oreillette; c'est la première ondée; puis vient la contraction de la veine cave, qui en envoie une autre, puis l'affaissement de la partie postérieure de l'oreillette, en même temps que la partie antérieure est toute dodue, et enfin la contraction de cette partie antérieure qui achève de remplir le tubercule.

Il est de la plus grande évidence que pendant un instant les deux diastoles auriculaire et ventriculaire coïncident ensemble, et que pendant cet instant le cœur (sans la veine cave) est complétement inerte. C'est la pause.

C'est vrai, quel que soit le sens que l'on donne au mot diastole; car dans l'instant dont je parle, il y a du sang dans les deux cavités.

La contraction de l'oreillette est toujours pour ainsi dire continuée par la contraction du ventricule, comme dans la relation précédente.

L'expérience de Clendinning réussit tout aussi bien que tout à l'heure; les résultats sont même plus évidents, parce que les mouvements du cœur sont un peu plus lents.

Cette seconde série d'expériences m'a montré que le ventricule reçoit du sang avant la contraction de l'oreillette. En était-il de même dans la première série de mes expériences? En est-il de même toujours?

Dans la première série, j'ai toujours vu: 1° la pâleur du cœur durer plus longtemps que la rougeur, et cela constituait le temps de repos, la pause; 2° comme une ondée rose apparaître, si je touchais le ventricule avant la contraction de l'oreillette; la colonne sanguine retomber dans l'aorte aussitôt qu'elle s'y était élevée; et cependant le ventricule restait pâle.

La chute de la colonne aortique prouve qu'un vide s'est fait au-dessous d'elle par le relâchement du ventricule. Ce vide doit déterminer aussi la chute de l'ondée auriculaire; et cette ondée, c'est sans doute cette tache rosée que fait paraître le rapprochement des parois ventriculaires.

C. Sur un cabiai, tout ce que je puis constater, c'est que le cœur, en pâlissant et se resserrant, projette sa pointe légèrement en avant et en haut, mais très-sensiblement de gauche à droite. Ce dernier mouvement est extrêmement manifeste. Je touche le cœur qui bat sous mon doigt; je ne sens absolument rien pendant qu'il se dilate; mon doigt est énergiquement repoussé par le cœur qui durcit en pâlissant et se resserrant. La faible contraction des oreillettes n'est rien auprès du resserrement violent des ventricules. C'est à peine si je puis remarquer des variations dans le volume des oreillettes qui restent toujours dodues. Je dois dire que les battements sont extrêmement précipités, et que bientôt je n'observe plus que des palpitations irrégulières.

D. Sur un coq vieux et vigoureux, je puis observer des battements énergiques pendant une dizaine de minutes, et voici ce que je remarque:

Les oreillettes restent toujours dodues et d'une couleur bleuâtre foncée. Il faut y regarder de bien près pour apercevoir un petit froncement bien fugitif qui se fait sur la partie antérieure des oreillettes voisine des gros vaisseaux, et qui est immédiatement suivi du resserrement énergique des ventricules. Je n'ai jamais aussi bien vu la projection de la pointe en avant, en haut et à droite, pendant que les ventricules pâlissent un peu et se resserrent. La pointe du cœur se recourbe en crochet comme pour aller gagner la base. Ce mouvement donne au doigt une forte impulsion; cette impulsion, je la sens *en quelque point* que je touche les ventricules. Je ne perçois absolument aucune sensation pendant la dilatation des ventricules; pas davantage en touchant les oreillettes.

Je répète l'expérience de Clendinning, et le résultat est le même que sur les grenouilles. Malgré la grande fréquence des battements qui rend l'observation moins facile, je suis parfaitement sûr de voir les épingles se repousser aussitôt que les ventricules se resserrent et relèvent la pointe du cœur.

E. Dans le but de savoir si le sang n'arrive dans les ventricules que par la contraction des oreillettes, je sacrifie un lapin vigoureux. Je constate d'abord que la contraction de l'oreillette est immédiatement suivie de celle des ventricules; que ceux-ci donnent au doigt qui les touche une impulsion vigoureuse quand ils se resserrent et se durcissent en relevant la pointe du cœur, et qu'au contraire lorsqu'ils se relâchent, s'élargissent, se gonflent, ils ne donnent au doigt absolument aucune sensation, si ce n'est qu'ils sont mollasses. J'écarte la paroi thoracique du côté droit, et je vois alors fort distinctement, à chaque fois que le ventricule se resserre avec énergie, que la pointe du cœur s'élance en avant vers le thorax. Dans cette petite manœuvre, j'ai déchiré la plèvre médiastine droite; aussitôt le poumon correspondant s'affaisse, l'animal s'agite, et les battements déjà fort fréquents deviennent en un instant tellement tumultueux qu'aucune observation n'est possible. Ils se calment bientôt et reprennent leur première fréquence, laquelle, quoique grande, permet encore fort bien une analyse distincte. Je me hâte alors de faire une petite incision au ventricule droit près de la pointe: un jet de sang s'élance hors du cœur; il est continu et présente une impulsion qui me paraît coïncider avec la contraction des ventricules, mais le sang remplit bien vite le médiastin, couvre le cœur, et je ne vois plus rien de net.

Je sacrifie alors un autre lapin, et tout de suite je fais au ventricule droit une petite incision comme tout à l'heure; j'y introduis de bas en haut un petit tube transparent ouvert aux deux bouts, et voici ce que je vois aussi distinctement que possible:

Le sang descend dans le tube et trouve son niveau à un demi-centimètre environ au-dessous de l'incision. La petite colonne sanguine du tube présente trois mouvements: deux par lesquels elle descend, un par lequel elle remonte. Par le premier, elle ne descend que très-peu; par le second, beaucoup plus et surtout plus vite. Ces deux mouvements de descente se suivent fort rapidement. Je dirais plus justement que la colonne sanguine descend en deux poussées coup sur coup. Le deuxième coup la pousse jusqu'à 1 centim. environ au-dessous de l'incision du ventricule. Alors elle remonte aussitôt pour s'arrêter à un demi-centimètre au-dessous de l'incision, point d'où elle était partie et d'où elle repart bien vite. Cela bien constaté, j'observe les mouvements du cœur, et je vois très-clairement que la première poussée est simultanée à la systole auriculaire qui est ici fort distincte, et la deuxième à la systole ventriculaire. Ce n'est qu'après que la colonne est remontée que se fait voir la systole auriculaire.

---

se montrer intermittentes à Rome, et ont fini par devenir continues. Le savant professeur que nous critiquons a regret avoue que l'hémitritée est quelquefois intermittente; que beaucoup de médecins la rangent dans cette classe, et que, dans les cas où elle revêt ce caractère, elle est curable par le quinquina, mais que cette substance irrite, offense, enflamme l'estomac quand l'hémitritée est une continue légitime. Enfin les désordres que la prolongation de cette fièvre produit dans l'économie, et qui sont, suivant M. Valentini, les hydropisies, les obstructions, ne témoignent-ils pas encore en faveur de la nature palustre de l'hémitritée?

On a compris que les critiques auxquelles nous nous sommes livré ne roulent pas sur une simple question de nosologie; il s'agit d'un fait pratique capital: Traiterez-vous telle maladie par le quinquina ou sans son secours, c'est-à-dire guérirez-vous ou laisserez-vous mourir? La question a toute cette haute gravité.

Félix Jacquot.

(La fin au prochain numéro.)

— La commission d'hygiène publique instituée près du ministre de la guerre vient d'être reconstituée. Elle est composée ainsi qu'il suit:

MM. le général Bougenel, président;
Magendie, membre de l'Institut, président honoraire.

Membres:

MM. Legrand, colonel du 7e de lanciers;
Demont de Lavalette, lieutenant-colonel du 12e de dragons;
Rayer, membre de l'Institut;
Bouley, vétérinaire civil, membre de l'Académie de médecine de Paris;
Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort;
Raynal, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, membre de la Société centrale vétérinaire;
Riquet, vétérinaire principal en retraite;
Laborde, vétérinaire principal;
Lacoste, vétérinaire principal.

— On a reçu de Para (Brésil) des nouvelles jusqu'au 29 août. A cette époque la fièvre jaune régnait assez fortement parmi les marins.

— M. Sammels est décédé le 5 octobre à Courtrai, après une douloureuse maladie. La Belgique perd en lui un de ses chirurgiens les plus renommés. Praticien expérimenté, M. Sammels a exécuté les opérations les plus difficiles. Sa main sûre et savante entreprenait tout avec bonheur. Ame délicate, cœur généreux, il sera vivement regretté de ses nombreux amis et des malheureux, dont il a été longtemps la providence.

Les trois mouvement de la colonne sanguine du tube occupent chacun un temps égal.

Le troisième mouvement on le mouvement ascensionnel de la colonne sanguine dans le tube me signale un phénomène que le défaut de transparence des parois ventriculaires et la rapidité des battements ne m'avait pas permis de constater jusqu'ici ; c'est le relâchement du ventricule et l'arrivée du sang dans cette cavité pendant le très-court instant qui sépare la systole ventriculaire de la systole auriculaire qui commence la révolution suivante.

Quelque court que fût cet intervalle de relâchement, il est bien clair qu'il suffisait à la rentrée totale de la colonne du tube dans le ventricule vide, si en même temps cette cavité ne se remplissait d'un sang venant d'autre part ; et cette autre source, c'est l'oreillette dont le contenu tombe aussi dans le ventricule vide.

On ne peut pas dire que ce soit la pression des parois ventriculaires affaissées sur l'orifice interne du tube qui empêche le liquide de rentrer complétement ; car la présence de ce corps dans la cavité droite est précisément un obstacle au rapprochement des parois ; et enfin je crois que la pression atmosphérique qui pousse la colonne du tube doit facilement triompher de la résistance des parois du ventricule relâché.

Ainsi, il y a donc dans le moment qui précède la systole auriculaire, un relâchement du ventricule qui attire le sang de l'oreillette.

Si ce phénomène existe lors même que, grâce à la précipitation des battements du cœur, le repos du cœur n'occupe plus qu'un temps fort court et à peu près égal à chacune des deux systoles auriculaire et ventriculaire, à plus forte raison se produira-t-il dans l'état normal.

En résumé, si je crois ce que j'ai vu et très-nettement vu, je me range du côté des auteurs anglais et français que M. Beau a combattus ; et s'il faut absolument une formule, voici celle que je propose :

			Formule de Hope.
Isochrones.	Contract. des veines. Suite et fin de la dilatation auricul. Commencement de la dilatat. ventriculaire. Chute du sang sur les valvules sigmoïdes.	Repos 2e temps.	Diastole auricul. Diastole ventric.
Isochrones.	Systole auriculaire. Fin de la dilatation ventriculaire.	Mouvem. 1er temps.	Systole auricul.
Isochrones.	Systole ventriculaire. Commencement de la dilatation auriculaire.		Systole ventric.

C'est le système des auteurs expliqué, et je ne vois pas, comme M. Beau, que « dans ce système le passage du sang dans le cœur soit aussi incom» préhensible que la nature des mouvements à l'aide desquels il s'effectue.» (Arch. de méd., 1835, p. 422.)

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PALUDÉENNES ; recueillies à la Clinique médicale de Montpellier, dans le service de M. le professeur Fuster, par M. le docteur A. Girbal, ancien chef de clinique médicale.

(Suite et fin. — Voir les numéros 36, 37 et 41.)

TROISIÈME CATÉGORIE.

FIÈVRES S'AGGRAVANT MALGRÉ LA MÉDICATION ARSENICALE, RAPIDEMENT ENRAYÉES PAR LES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUE ; SIROP FÉBRIFUGE ; ACCIDENTS ; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

Obs. XLI. — Solignac, 24 ans, journalier, lymphatique, d'une constitution détériorée, ayant eu, à la Camargue, des fièvres intermittentes à plusieurs reprises, depuis 1848, déjà traité à l'hôpital en 1849, y rentre le 12 janvier 1850, atteint depuis six jours d'accès quotidiens. (0,10 tartre stibié ; 0,50 sulfate de quinine pendant une semaine.)

Les accidents enrayés après quatre jours de ce traitement.

Sortie le 23 février. Apyrexie depuis un mois.

La fièvre reparait en ville deux jours après, et il rentre le 2 mars, après avoir eu six accès quotidiens, de trois à sept heures du soir ; teint pâle, rate dépassant de 2 centim. le rebord costal.

Persistance des accès quotidiens jusqu'au 26 mars, malgré 0,10 tartre stibié, 13 centigr. d'acide arsénieux en quatre jours, et quatre ou cinq potions de Rivière. (Du 20 au 29 mars, potion avec 0,50 de sulfate de quinine et 4 gr. rés. kina.)

Du 26 mars au 7 avril, jour de sortie, apyrexie. (Quart.) Légère diminution de l'engorgement splénique.

Cette fièvre a été vainement attaquée par un éméto-catharthique et 13 centigr. d'acide arsénieux en quatre jours (dose moyenne par jour, 3 centigr. 2 milligr.). Il a été suspendu, vu la faiblesse du sujet, la légère diarrhée et l'épigastralgie, ainsi que l'aggravation des accès. Après avoir été combattue pendant cinq jours par les préparations de quinquina, la fièvre a définitivement disparu. — Chez le même malade, elle avait résisté un an auparavant à l'acide arsénieux. (V. obs. XXXVIII.)

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUE ; POTION N° 2 ; ACCÈS PERNICIEUX ; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

Obs. XLII. — Locroix, cultivateur, 32 ans, assez bien constitué, lymphatico-bilieux, atteint, il y a sept ans, ainsi que dans l'été dernier, de fièvre intermittente, coupée après quelques accès par un mélange d'eau-de-vie et de poivre.

Le 26 octobre 1849, il entre à l'hôpital, atteint, depuis un mois, d'accès quotidiens venant dans l'après-midi, contractés aux rizières de la Camargue.

Le 20 novembre, suspension des accès, à la suite de cinq portions de 4 gr. rés. de kina et 0,75 sulf. quin., dans le service du professeur Caizergues.

27 novembre. Réapparition de la fièvre dans l'hôpital (service de M. le professeur Fuster), léger accès de deux à cinq heures du soir.

28. *Idem.*

29. Face pâle, légèrement terreuse, lèvres décolorées, langue blanche, sale ; inappétence, faiblesse considérable, absence d'engorgement viscéral, léger catarrhe bronchique (0,10 t. stib.). Vomissement d'un litre environ de liquide biliforme et d'un ver lombricoïde. Accès à peine sensible.

Du 30 novembre au 21 décembre, accès plus intenses durant habituellement de deux à six heures du soir. (30 nov., pot. n° 2 en trois fois ; du 1er au 4 déc., pot. en quatre fois ; du 4 au 10, pot. en une fois ; du 10 au 15, pot. *bis* ; du 15 au 17, pot. *ter* ; du 17 au 20, pot. *ter*, quatrième par cuillerée d'heure en heure.)

20 déc. Accès violent avec délire, de trois à neuf heures du soir (pot. avec 1 gr. sulf. de quin., 4 gr. rés. de kina ; continuer pendant cinq jours ; toniques et amers.)

Les accès n'ont pas reparu le 15 février. Le malade a bon aspect et a repris ses forces.

Cette fièvre, après avoir cédé avec beaucoup de facilité aux préparations de quinquina, a récidivé dans l'hôpital, après une semaine d'apyrexie.

L'acide arsénieux a été pris pendant vingt jours (1 gramme 10 centigr. ; dose moyenne par jour, 5 centigr. 5 milligr.). L'apparition d'un accès pernicieux a réclamé la médication quinique, qui a parfaitement réussi.

FIÈVRE QUOTIDIENNE ; ÉMÉTO-CATHARTIQUES ; POTION N° 1 ; LÉGERS ACCIDENTS ; ACCÈS INTENSE ; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

Obs. XLIII. — Calme, cultivateur, 18 ans, bien constitué, bilioso-sanguin, contracta, vers le 15 novembre 1849, aux rizières de la Camargue, une fièvre quotidienne, coupée à Nîmes, après cinq ou six accès, par le sulfate de quinine.

A son entrée, 29 novembre 1849, état gastrique bilieux, dissipé par un éméto-cathartique et un purgatif.

9 décembre. Premier accès à l'hôpital, de deux heures du soir à quatre heures du matin. Face jaunâtre, région splénique douloureuse, rate dépassant de 2 centim. le rebord costal.

Du 9 au 30 décembre, accès quotidiens, plus légers que les premiers, du 21 au 26, et se montrant régulièrement, depuis le 23, entre neuf et dix heures du matin. (Du 9 au 15, soupe, o. m. ; 15, 0,10 t. stib. ; 16, quart vin, pot. n° 1 ; 17 et 18, pot. *bis* ; 19, 0,10 t. stib. ; du 20 au 26, pot. *bis* par la bouche, et troisième en lavement ; 26, 0,10 t. stib. ; 27, pot. *ter* par la bouche, et quatrième en lavement.)

25 et 27. Ardeur assez vive le long de l'arrière-bouche et de l'œsophage, dissipée par quelques tasses de tisane.

L'accès du 26 est beaucoup plus intense que les précédents. (29, 30 et 31, pot. avec 1 gr. sulf. de quin. et 4 gr. rés. de kina ; continuer pendant les quatre jours suivants à moitié dose.)

L'accès manque le 30 décembre pour la première fois, et se reproduit le 30 février, époque à laquelle nous avons perdu de vue ce malade.

L'engorgement splénique a disparu ; la face a repris sa coloration primitive.

Dans l'espace de treize jours, ce malade a pris trois éméto-cathartiques et 74 centigr d'acide arsénieux, dont 53 par la bouche et 21 en lavement. La dose a été portée jusqu'à 12 centigr. dans les vingt-quatre heures. Les accès n'ont pourtant pu être arrêtés. Ils ont cédé au contraire aux préparations de quinquina avec une promptitude remarquable.

La tolérance de l'acide arsénieux a été à peu près complète. L'ardeur œsophagienne qui s'est produite, le 26 et le 27, a disparu d'elle-même après la cessation du médicament.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUES; POTION N° 1; ACCÈS INTENSE; FIÈVRE RÉMITTENTE; SULFATE DE QUININE; RÉCIDIVE EN QUARTE.

Obs. XLIV. — Martonrel, 27 ans, sanguin, fortement constitué, entre le 13 décembre 1849, atteint de fièvre quotidienne contractée depuis quatre semaines à la Camargue.

Face terreuse, lèvres décolorées. (0,10 t. stib.) le premier jour de l'entrée du malade; pot. n° 1 les deux jours suivants.

Le quatrième jour, accès avec céphalalgie violente. Fièvre devenue rémittente. (0,75 sulf. de quin. les quatre jours suivants.)

Les accès s'arrêtent et se reproduisent les 12 et 15 janvier, de dix heures du matin à cinq heures du soir.

Du 16 au 22 janvier, apyrexie. Sortie.

Malgré l'éméto-cathartique et 6 centigr. d'acide arsénieux, pris en deux jours, le quatrième accès a été plus intense que les précédents, et a été suivi d'une fièvre rémittente dont le sulfate de quinine a bientôt triomphé. Deux accès se sont ensuite montrés sous le type quarte, et ils ont été suivis d'une apyrexie complète pendant les six jours suivants.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SOLUTION FÉBRIFUGE; SUSPENSION DES ACCÈS; RÉCIDIVE; SULFATE DE QUININE.

Obs. XLV. — Lechauve, 20 ans, soldat au 1er du génie, bien constitué, lymphatico-nerveux, entré le 14 septembre 1850, atteint depuis cinq jours de fièvre quotidienne contractée sur les bords du *Lez*.

16 sept. (0,010 tartre stibié). Accès venant tous les soirs, de cinq heures à minuit.

20. (Quart vin, 13 milligr. acide arsénieux en trois fois.) Persistance de la fièvre. (Mêmes prescriptions.)

26 et 27 (25 milligr.), nouvel accès.

28. Dix-huitième accès. (28 et 29, 37 milligr.)

29. L'accès manque.

30. Quelques frissons à huit heures du soir, sans chaleur (25 milligr.).

Du 1er au 5 octobre (37 milligr.), apyrexie.

7. Sortie.

Le 15, réapparition de la fièvre en ville.

Après sept accès plus intenses que les précédents, elle est arrêtée en trois jours par le sulfate de quinine, dans le service de M. Herpin.

Cette fièvre a été suspendue après neuf jours de traitement par l'acide arsénieux. Il a été continué pendant la semaine suivante. (En tout 41 centigr. 9 milligr. en seize jours; dose moyenne par jour, 2 centigr. 6 millig.) Après seize jours d'apyrexie, les accès se sont reproduits, et ils ont cédé cette fois, sans retour, au sulfate de quinine.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 2; ACCÈS PERNICIEUX; SULFATE DE QUININE; RÉCIDIVE EN TIERCE.

Obs. XLVI. — Viala, cultivateur, 62 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament bilieux, entré le 27 novembre 1849, atteint pour la deuxième fois depuis le 19 octobre, de fièvre quarte qui a résisté à un vomitif et aux préparations quiniques administrées pendant six jours.

Teint jaune terreux, ventre empâté; un peu de toux.

Accès quartes, de six heures du matin à midi, jusqu'au 5 décembre. (28 novembre, 0,10 tartre stibié; du 29 novembre au 6 décembre, pot. n° 2 en deux fois, quart vin.)

5 décembre. Accès plus intenses, avec délire et affaissement extrêmes. (1 gr. 50 sulf. de quin. pendant quatre jours.)

Suspension des accès.

27 décembre. Sortie, après treize jours d'apyrexie.

La fièvre reparait les 15, 18 et 21 janvier. Elle est de nouveau combattue et arrêtée par le sulfate de quinine.

En sept jours, 17 centigr. 5 milligr. d'acide arsénieux ont été pris sans le moindre accident, mais aussi sans résultat curateur (dose moyenne par jour, 2 centigr. 5 milligr.). L'apparition d'un accès inquiétant a déterminé l'intervention du sulfate de quinine, qui a promptement suspendu la fièvre. Elle a reparu un mois après, sous le type tierce, et a encore été dissipée par le même médicament.

FIÈVRE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SIROP FÉBRIFUGE; ACCÈS PERNICIEUX; PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

Obs. XLVII. — Martin, 20 ans, menuisier, lymphatico-sanguin, bien constitué, entré le 6 mars 1850, atteint pour la troisième fois depuis vingt-cinq jours de fièvre quarte, contractée aux rizières de la Camargue.

Face jaunâtre, rate dépassant de 2 centimètres le rebord costal.

7 mars. (0,10 t. stib.)

8 et 11. Accès de midi à six heures du soir. (Du 9 au 14, quart, 30 grammes sirop *bis*.)

13. Accès à onze heures du soir, avançant de treize heures, avec délire, nausées, céphalalgie, suivie de fièvre continue, rémittente.

14. (Saignée de 300 gr., pot. avec sulf. de quin. et 4 gr. rés. kina; continuer pendant trois jours, et à demi-dose les deux jours suivants.)

Apyrexie du 17 au 25 mars, jour de sortie.

La gravité de l'accès qui a eu lieu le 13, malgré l'administration de 30 centigr. d'acide arsénieux en cinq jours, a rendu nécessaire l'intervention des préparations de quinquina qui ont agi avec autant de promptitude que de sûreté.

FIÈVRE D'ABORD QUOTIDIENNE, PUIS DOUBLE QUARTE ET QUARTE; SOLUTION FÉBRIFUGE; ACCIDENTS; SULFATE DE QUININE.

Obs. XLVIII. — Zauzenberg, douanier, 27 ans, nervoso-sanguin, assez bien constitué, atteint pour la cinquième fois de fièvre intermittente le 4 mars 1849.

Accès quotidiens jusqu'au 6 avril, rebelles au sulfate de quinine.

Du 6 au 11 avril, l'accès manque deux fois.

Du 11 avril au 1er mai, la fièvre présente le type double quarte.

Face terreuse, pâle, légèrement jaunâtre; rate dépassant de 1 centim. le rebord costal. (Du 11 au 13 avril, soupe, côtelette, 2 milligr. acide arsénieux; du 13 au 20, 6 milligr. en deux fois; du 20 avril au 3 mai, 8 milligr. en deux fois; du 3 au 15 mai, 10 milligr.)

15 mai. Vertiges, douleur épigastrique, nausées, sensation de faiblesse et d'anxiété; sept selles liquides. (Suspension de l'acide arsénieux.)

Du 3 au 22 mai, accès quartes de neuf heures du matin à trois heures du soir.

22. Sortie. La rate dépasse de 3 centim.

De retour à Pérols, Zauzenberg voit la fièvre disparaître, après un mois de traitement, par le sulfate de quinine.

27 centigr. 2 milligr. d'acide arsénieux, pris en trente-trois jours, n'ont pu arrêter la fièvre (dose moyenne par jour, 8 milligr.). Il a déterminé des accidents assez graves pour en nécessiter la suspension. Le sulfate de quinine a produit, à la longue, même dans un milieu marécageux, après le traitement par l'acide arsénieux, une curation qu'on n'avait pu obtenir de son emploi réitéré, avant l'entrée du malade à l'hôpital.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DEVENUE QUARTE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POUDRE FÉBRIFUGE; ACCIDENTS; FERRUGINEUX; SULFATE DE QUININE.

Obs. XLIX. — Bessières, 30 ans, lymphatique, d'une constitution forte mais détériorée, cultivateur, atteint à Mauguio, en août et septembre 1850, de fièvre quarte suspendue par le sulfate de quinine, à deux reprises.

13 octobre 1850, entrée à l'hôpital.

Accès quotidiens depuis une semaine, venant le soir. Face pâle, jaunâtre, lèvres décolorées, rate sensible au niveau du rebord costal.

14. (0,10 t. stib.)

Apyrexie jusqu'au 17. (Quart, vin.)

17, 20, 23, 26, 29. Accès de six heures de durée environ. (Quart, rôti, eau ferrée, vin, 2 pilules de Vallet *bis*.)

2 novembre. Nouvel accès, en retard de douze heures. (5 centigr. acide arsénieux en trois fois; les 30, 31 octobre et 1er novembre, quart.) Douleur épigastrique légère; deux ou trois selles par jour, inappétence, œdème des malléoles.

5, 8, 11, 14 et 17 novembre. Nouveaux accès. (2 et 3 nov., 5 centigr., par la bouche, 2 centigr. en lavement; du 4 au 9, 5 centigr. par la bouche, 4 centigr. en deux lavements; du 9 au 15, 10 centigr. par la bouche en trois fois, quart, vin; 15 et 16, 11 centigr.)

Dans la nuit du 16 au 17, épigastralgie, coliques, une quinzaine de selles, faiblesse considérable.

Du 18 au 24, apyrexie. (Soupe, rôti, vin, eau de riz.)

Disparition de la diarrhée. Face pâle, un peu bouffie, légère augmentation de l'œdème des membres inférieurs.

Retour des accès les 24, 27, 30 novembre et 3 décembre. (Du 23 nov. au 5 déc., pot. avec 15 gr. de tartrate de potasse et de fer, quart, rôti; 5, 6 et 7 déc., pot. avec 1 gr. de sulfate de quinine, dans le service de M. Combal; continuer les trois jours suivants.)

6 décembre. L'accès parait pour la dernière fois jusqu'au 1er janvier, de deux à dix heures du matin. (Continuation des toniques et des ferrugineux.)

Face un peu meilleure. Retour lent et incomplet des forces. Rate moins engorgée.

Sous l'influence du tartre stibié, la fièvre, qui avait été quotidienne pendant une semaine, a été suspendue pendant trois jours, pour se montrer ensuite sous le type quarte. Combattue dès lors, après cinq accès, par l'acide arsénieux, elle a opiniâtrément résisté (1 gr. 56 centigr. en dix-huit jours, dont 24 centigr. en lavement; dose moyenne par jour, 8 centigr. 6 milligr.) Les lavements n'ont été gardés chaque fois que pendant trois quarts d'heure ou une heure. Il y a eu divers accidents gastro-intestinaux plus intenses que chez la plupart des autres malades, qui en ont nécessité la suspension, et à la suite desquels deux accès ont manqué. La fièvre ayant encore reparu à l'hôpital a été cette fois définitivement enrayée par le sulfate de quinine administré après un emploi copieux de tartrate ferrico-potassique.

FIÈVRE TIERCE DEVENUE RÉMITTENTE QUOTIDIENNE; POTION N° 1; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; SULFATE DE QUININE.

Obs. L. — X., 39 ans, tailleur de pierres, lymphatico-bilieux, d'une constitution détériorée, a eu en octobre et novembre 1849 une fièvre tierce coupée par le sulfate de quinine. Il entre le 21 décembre 1849, offrant les symptômes d'un état inflammatoire et gastrique. (Saignée de 250 grammes, 0,10 t. stib.)

Le 23, amélioration. (Bout. d'eau de Sedlitz.)

Du 26 décembre au 2 janvier, apyrexie. (Quart, vin.)

3 janvier. De minuit à dix heures du matin, accès intense, sans sueur.

5 et 7, accès à sept heures du soir.

8, pot. n° 1.

Le lendemain, 0,10 t. stib.

10, fièvre rémittente.

Du 19 au 22 janvier, 1 gr. par jour de sulfate de quinine. Guérison.

Cette fièvre, suspendue d'abord par le sulfate de quinine, a reparu dans l'hôpital. Malgré 3 centigr. d'acide arsénieux en un jour et un éméto-cathartique pris le lendemain, les accès ont revêtu le type rémittent; et comme la vie du sujet eût pu être mise en péril, le sulfate de quinine a dû être administré. Son emploi a été suivi des meilleurs effets.

RÉFLEXIONS SUR LA TROISIÈME CATÉGORIE.

Ces fièvres sont au nombre de 10, savoir :

Quotidiennes	5
Quartes	2
Quotidiennes devenues quartes	2
Tierce devenue rémittente quotidienne.	1
	10

La durée la plus courte du traitement par l'acide arsénieux a été d'un jour et la plus longue de 33. La moyenne est de 12 jours.

La dose moyenne générale d'acide arsénieux pris dans vingt-quatre heures est de 3 centigr. 7 milligr. Chez 2 malades, il a été administré à la fois par la bouche et le rectum. La dose moyenne la moins élevée est de 8 milligr. par jour, et la plus élevée de 8 centigr. 6 milligr.

Des accidents ont eu lieu chez 3 malades.

Malgré l'administration de l'acide arsénieux, la fièvre a offert chez 5 malades un caractère grave ou pernicieux. Les préparations de quinquina ont été alors employées. Dans tous les cas, elles ont agi avec beaucoup de promptitude. Il y a eu 2 récidives.

Notons enfin que l'engorgement splénique a disparu, ou tout au moins diminué chez 3 fiévreux.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; ÉMÉTO-CATHARTIQUE; POTION N° 2; SUSPENSION DES ACCÈS; INFILTRATION SÉREUSE GÉNÉRALE; MORT RAPIDE.

Obs. LI. — Galmiche, soldat au 1er génie, 24 ans, d'une forte constitution, lymphatico-sanguin, entre le 7 novembre 1849, atteint pour la troisième fois de fièvre intermittente, contractée l'été dernier sur les bords du Lez. Arrêtée par le sulfate de quinine, la fièvre a reparu aussitôt après la suspension de ce médicament (22 novembre), sous le type quotidien les quatre jours suivants.

Cinquième jour (0,10 t. stib.), l'accès manque; face bouffie; ventre empâté, rate dépassant de 2 centim. le rebord costal.

Sixième jour, accès de six à neuf heures du soir.

Septième jour (quart, vin, pot. n° 2 en 2 fois), apyrexie.

L'accès reparaît les trois jours suivants. (Pot. contin.)

Du onzième au quatorzième jour, apyrexie, augmentation de l'œdème à la face, aux parois abdominales et aux malléoles (pot. n° 2 en 2 fois). Deux selles par jour; inappétence, toux, râles sibilant et muqueux dans la moitié postérieure et inférieure du thorax.

Quatorzième jour, œdème encore plus prononcé; toux, expectoration muqueuse difficile; pouls petit 87; urines rares, normales. (Pot. n° 2 en 2 fois, demie, vin.)

Quinzième et seizième jour, apyrexie, quatre selles, faiblesse extrême, œdème considérable à la face, au scrotum et aux membres inférieurs (soupe, pot. en une fois); nuit agitée; dyspnée.

Dix-septième jour, infiltration séreuse générale; respiration difficile, diminution de la résonnance thoracique, surtout en arrière; râles muqueux, sous-crépitant, sonore et sibilant, dans toute l'étendue de la poitrine (soupe, chiend. nitré, frict. avec t. de digitale, trois pil. avec 0,05 digitale et 0,10 nitre). Augmentation de la dyspnée, quatre selles.

Mort à dix heures du soir.

Nécropsie. — *Tête.* Léger épanchement séreux dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; parenchyme cérébral légèrement infiltré de liquide.

Poitrine. Quelques adhérences récentes dans la plèvre gauche, qui contient environ 100 gr. de sérosité. Les deux poumons ne crépitent pas; ils sont plus denses que l'eau et infiltrés de sérosité. Le péricarde contient environ 60 gr. de liquide citrin. Cœur sain, rempli de sang coagulé.

Abdomen. Trois quarts de litre environ de sérosité dans le péritoine. Paquet intestinal d'un blanc pâle à l'extérieur, estomac distendu par des gaz; engorgement séreux du mésentère, du grand épiploon, des parois de l'intestin et de la vessie. Muqueuse gastro-intestinale offrant une blancheur extrême dans l'estomac et l'intestin grêle et de nombreuses ulcérations lenticulaires dans le colon iliaque et le rectum. Rate dépassant de 4 centim. le rebord costal. Foie nullement altéré. Reins pâles; substance corticale un peu plus développée que d'ordinaire. Vaisseaux principaux de l'abdomen exempts d'altération.

Ce malade était atteint de fièvre quotidienne avec cachexie très-marquée. La fièvre a disparu à la suite d'un éméto-cathartique et de quatre jours de traitement par l'acide arsénieux. (En dix jours, 25 centigr.; dose moyenne par jour, 2 centigr. 5 milligr.) Aucun accident du côté des voies gastriques, sauf la diarrhée, n'avait trahi l'action de cette substance. Encore même, la diarrhée ne lui est-elle peut-être pas imputable. L'autopsie cadavérique, jointe aux symptômes observés sur le vivant, démontre, ce nous semble, que la terminaison fatale est due à l'infiltration séreuse des principaux organes plutôt qu'à une intoxication par l'acide arsénieux.

On peut encore se demander si l'ingestion de cette substance n'a pas favorisé la formation rapide de l'épanchement séreux. Il n'en a pas été ainsi chez la plupart des autres malades; cependant, chez 3 d'entre eux, un anasarque aigu s'est déclaré immédiatement après la suspension des accès par l'acide arsénieux. Aussi n'est-il peut-être pas étranger au développement de cette lésion.

C'est le seul cas de mort qui ait eu lieu parmi ceux de nos fiévreux qui ont été soumis à la médication arsenicale.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES.

Les 51 observations qui précèdent se composent de 20 fièvres quotidiennes, 18 quartes et 13 tierces.

Les fièvres guéries par la médication arsenicale sont au nombre de 27, dont 12 quartes, 8 tierces, 7 quotidiennes.

Dans ces 27 fièvres, la moyenne générale de la durée du traitement jusqu'à la cessation des accès est de 13 jours, et la moyenne de la durée du traitement complet de 19 jours. La dose moyenne par jour d'acide arsénieux pris dans tout le cours du traitement est de 3 centigr. 6 milligr.

Dans les 8 fièvres tierces, la moyenne de la durée du traitement jusqu'à la guérison est de quatre jours seulement.

Dans les fièvres quartes et quotidiennes, cette durée est beaucoup plus longue.

La proportion la plus élevée des guérisons se trouve dans les fièvres tierces.

La tolérance de l'acide arsénieux a été complète chez 28 malades; il a déterminé divers accidents chez 23.

Ces accidents sont de deux degrés. Dans le premier, légère sensation de sécheresse dans l'arrière-bouche et le long de l'œsophage, un peu de cuisson à l'épigastre, coliques, deux ou trois selles diarrhéiques, inappétence, nausées, parfois même vomissement de la solution arsenicale, mélangée ou non aux matières alimentaires ou à un liquide biliforme. Ces divers symptômes, le plus souvent légers, se trouvaient rarement réunis sur le même sujet. Ils ont disparu après un ou deux jours, à la suite de la suspension de l'acide arsénieux et d'un éméto-cathartique, aidé, dans quelques cas, de l'action de topiques émollients sur l'abdomen.

Dans le deuxième degré, la plupart des accidents ci-dessus se trouvent réunis et sont plus prononcés. On observe, en outre, divers troubles du système nerveux, tels que céphalalgie, vertiges, éblouissements, faiblesse, lipothymie. Dans 5 cas, il y a eu, en outre, formation rapide d'œdème aux membres inférieurs et à la face, ou pour mieux dire augmentation brusque de l'infiltration séreuse préexistant le plus souvent dans ces parties. Chez un malade, cet accident a même été suivi de mort.

Les doses d'acide arsénieux qui ont déterminé des accidents varient, en général, de 4 à 12 centigr. pris par la bouche dans les vingt-quatre heures. La proportion de la fréquence de ces accidents chez les malades guéris et non guéris par la médication arsenicale est à peu près la même.

Dans les 41 observations de fièvres soumises exclusivement à la médication arsenicale, l'engorgement splénique, notable surtout chez 21 malades, a persisté chez 14 et a diminué chez 7.

L'état général s'est amélioré chez 12; il s'est aggravé chez 5 et n'a pas subi de différences bien sensibles chez les autres 24.

Ajoutons enfin que des traces d'arsenic ont été trouvées par M. Brousse, chef des travaux chimiques de la Faculté, dans les urines d'une dizaine de malades et dans le foie du militaire qui a succombé.

CONCLUSIONS.

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit dans les fièvres tierces plus que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action appréciable sur l'engorgement splénique ni sur l'état général.

4° La tolérance de l'acide arsénieux, administré depuis la dose de 4 mill. jusqu'à 9 et même 12 centigr. par jour, a été complète chez la moitié des malades.

5° Les accidents qu'il a déterminés ont été le plus souvent sans gravité.

6° La tolérance peut avoir lieu sans le secours d'un régime copieux et de fortes rations de vin.

7° L'emploi des éméto-cathartiques a le triple avantage de faciliter la tolérance, de faire cesser les accidents arsenicaux et de contribuer à la guérison de la fièvre.

8° Il est prudent de suspendre l'acide arsénieux dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées ou de la diarrhée.

9° L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes.

10° Le mode de préparations le plus simple et le plus sûr consiste en un mélange d'acide arsénieux bien pulvérisé, avec du sucre de lait également pulvérisé, dans la proportion d'un sur vingt, à prendre dans 60 gr. de véhicule.

11° On peut débuter par 2 centigr. d'acide arsénieux en deux fois, dans les vingt-quatre heures, et en élever au besoin progressivement la dose jusqu'à 9 centigr. en trois ou quatre fois dans la journée.

12° Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire, suivant la même progression, les doses de l'acide arsénieux.

13° Les préparations de quinquina administrées après l'acide arsénieux semblent agir avec plus de promptitude et plus de sûreté que si on les employait seules.

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

15° Les récidives ne paraissent ni moins promptes ni moins fréquentes après la médication arsenicale qu'après la médication quinique.

16° La médication arsenicale doit être bannie dans le traitement des accès pernicieux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite.)

II. CANADA JOURNAL.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1852 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Cas d'autoplastie palpebrale*; par M. Howard. 2° *De la présence du sucre dans le pus*; par M. George D. Gibb. 3° *Cas d'abcès de l'utérus*; par M. E. Van Courtland. 4° *Revue épidémique*; par M. Shériff. 5° *Tétanos idiopathique aigu*; par M. Fenwick. 6° *Cas de hernie intestinale, et remarques sur les plaies des intestins*; par M. Wolfred Nelson. 7° *Cas de fracture comminutive de l'astragale*; par Hector Pelletier. 8° *Observations sur l'inutilité du bandage abdominal après la parturition*; par M. Arnoldi. 9° *Remarques sur le plessimètre et la percussion*; par M. Tavernier. 10° *Des doses infinitesimales; note sur l'homœopathie et sur ses doctrines*; par M. Mac Callum. 11° *Cas de blessure de l'abdomen, protusion de l'omentum, guérison rapide sans aucun fâcheux symptôme*; par M. Buxton. 12° *De l'usage externe de l'huile de foie de morue*; par M. David. 13° *Mort par empoisonnement avec l'acide sulfurique, avec remarques*; par M. James Sewell. 14° *Remarques sur un cas d'infanticide*; par M. Boyer. 15° *Remarques sur le Code sanitaire des Hébreux dans ses rapports avec l'hygiène moderne*; par le révér. Abraham de Sola. 16° *Statistique médicale des prisons*; par M. Von Iffland. 17 *Cas d'expulsion simultanée du fœtus et de la totalité des membranes*; par M. Evans. 18° *Cas de fracture du crâne, avec perte d'une partie du cerveau; guérison complète*; par M. Verity. 19° *Opération pratiquée avec succès pour une occlusion vaginale; opération d'une fistule vésico-vaginale chez la même malade, avec succès incomplet*; par M. Robert L. Macdonnell. 20° *Du climat de la Trinité de Cuba*; par MM. Horatio Yates et Kingston. 21° *Expériences sur la présence du sucre dans le foie des oiseaux*; par M. George Gibb. 22° *De l'emploi de l'acide nitrique dans le croup et l'asthme*; par M. Arnoldi.

DE LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE PUS ; par le docteur GEORGES GIBB.

En janvier 1850, le docteur Gibb eut occasion d'ouvrir un large abcès situé au-dessous de l'omoplate droite, chez une femme de 23 ans présentant les signes de la cachexie scrofuleuse. Le liquide était jaunâtre, inodore, crémeux, sans réaction acide ni alcaline; sa pesanteur spécifique était de 1028. En poursuivant l'examen chimique de ce liquide, l'auteur eut l'idée d'y chercher la présence du sucre, et à sa grande surprise il en trouva *une grande quantité*. Le pus, examiné au microscope, offrait les caractères de la matière tuberculeuse ; *cellules* remplies de matière granuleuse (on sait que cette constitution celluleuse du tubercule n'est pas encore bien démontrée) ; granules libres, globules graisseux, etc.

Sur ce premier résultat, d'autres expériences furent entreprises : 1° sur du pus fourni par une fistule chronique, siégeant au sein gauche d'une femme et contenant du cyanure de fer; 2° sur du pus fétide, tiré d'un abcès occupant la joue droite chez un enfant; 3° sur des tubercules crus et ramollis recueillis sur le poumon gauche d'une phthisique âgée de 40 ans; 4° sur la substance même d'un foie cyrrhosé; 5° sur le pus d'un bubon; 6° enfin sur celui d'un large abcès mammaire. Dans toutes les expériences, on constata la présence d'une quantité plus ou moins considérable de sucre. L'auteur se croit donc autorisé à conclure que le sucre est *pour ainsi dire un des éléments constituants du pus*, et que c'est là ce qui le rend douceâtre à la langue.

Il fait remarquer, en outre, que le sucre existant souvent dans les liquides albumineux, tels que le sérum du sang et le blanc d'œuf (C. Bernard), il n'est pas étonnant qu'on en rencontre également dans le pus qui contient, comme chacun sait, une assez grande proportion d'albumine.

— La présence du sucre dans le pus a déjà été soupçonnée, et le docteur Mason Good, dans son ouvrage intitulé : STUDY OF MEDICINE, après avoir rappelé la saveur fade et douceâtre du pus (*a sweetish, mawkish taste*), ajoute que probablement le liquide contient une substance sucrée. Ce que d'autres auteurs avaient soupçonné, M. Gibb l'a-t-il démontré? Les termes dans lesquels il parle des résultats obtenus portent à le croire. Néanmoins, il est fort à regretter qu'il n'entre dans aucun détail sur les expériences et sur les signes auxquels le sucre a été reconnu, car il est évident qu'il n'en a pas recueilli en nature. On apprend seulement qu'il a appliqué pour chaque expérience deux procédés, celui de Moore et celui de Trommer. Une simple indication de cette nature ne saurait suffire.

On a vu que du sucre avait été trouvé également dans le parenchyme d'un foie gras; nous ne savons trop pourquoi l'auteur a mêlé cette expérience à celle qui concerne la composition chimique du pus ; car il n'y a aucune analogie entre les deux matières analysées. On sait que le foie du cadavre, à l'état normal, donne souvent du sucre; le foie cyrrhosé en donne-t-il davantage? C'est ce que ne saurait apprendre l'expérience ci-dessus indiquée. L'auteur revient sur cette question dans un autre article que nous analysons plus bas.

CAS DE HERNIE INTESTINALE, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LES PLAIES DES INTESTINS; par M. WOLFRED NELSON.

OBS. — Il s'agit d'une hernie scrotale étranglée depuis deux jours, chez un homme âgé de 60 ans. Tous les efforts de réduction ayant été inutiles, M. Nelson dut procéder à l'opération. Le sac, qui contenait un peu de sérosité colorée, ayant été ouvert, on vit les intestins tellement noirs et livides qu'on les aurait pu croire mortifiés. Malgré le débridement de l'ouverture, le paquet intestinal, extrêmement volumineux et distendu, ne put rentrer dans l'abdomen. Craignant que de trop grands efforts de réduction ne déterminassent une large déchirure des parois, M. Nelson se décida à y plonger une lancette dans le sens transversal. Il sortit au moins une pinte de fèces liquides et une grande quantité de gaz. L'intestin, ainsi perforé, fut repoussé dans la cavité abdominale, la plaie fermée (on ne dit pas de quelle manière) et recouverte par une large compresse, et le tout maintenu par une bande de flanelle. Un lavement administré le soir amena la sortie de matières fécales et de gaz. Il ne survint aucun symptôme fâcheux, et, en peu de semaines, le malade fut tout à fait guéri.

L'auteur rappelle que, à l'époque où il pratiqua cette opération, il n'avait pas connaissance de l'ouvrage de John Bell *sur les blessures*, et que néanmoins il s'est décidé à perforer l'anse intestinale par des considérations analogues à celles que aux yeux de ce chirurgien rendent compte de l'innocuité de beaucoup de plaies intestinales. Il n'y a pas de vide proprement dit dans la cavité abdominale ; la tonicité des muscles abdominaux, et, plus encore, la pression atmosphérique, maintiennent en contact immédiat toutes les anses intestinales. « Le paquet entier, dit John Bell, est pressé comme entre deux larges mains qui maintiennent toutes les parties à leur place respective, pendant que le tout se meut d'une seule pièce. »

Ces considérations ne manquent pas de justesse; seulement il ne faudrait pas les prendre dans un sens trop absolu. Il n'y a pas de vide dans

la cavité abdominale, sans doute ; il n'y en a nulle part dans l'économie ; mais cela ne veut pas dire que les viscères soient par toutes leurs surfaces en contact mutuel ou en contact avec les parois de la cavité. Bien au contraire, la forme accidentée de ces viscères, notamment la forme arrondie des intestins, les changements de volume qu'ils subissent partiellement, disent assez qu'il reste entre eux des espaces irréguliers. Ces espaces sont remplis par de la sérosité, sous forme liquide ou sous celle de vapeur ; mais ce n'est plus là un obstacle réel au passage des fèces dans le péritoine. Il suffit alors, en effet, d'une simple contraction de la tunique musculaire pour chasser au dehors les matières contenues, ces matières venant immédiatement combler l'espace formé par la réduction du calibre de l'intestin, sans que la pression atmosphérique ou la tonicité de la paroi musculeuse de l'abdomen aient à intervenir. Cette issue des matières peut avoir lieu, nous le répétons, sans que la position respective des viscères ait changé.

L'innocuité des plaies intestinales, en tant que due à l'absence d'épanchement, dépend principalement du siége, de l'étendue, de la direction et de la forme. — Il est clair qu'une plaie très-étendue donnera toujours lieu à l'épanchement. — Une plaie située de telle sorte que le point lésé reste en contact avec un autre viscère ou avec la paroi abdominale permettra moins aisément la sortie des matières, et plus aisément la formation d'une péritonite adhésive. — Une plaie avec l'instrument tranchant, comme une lancette, ne doit pas, ce nous semble, devoir être pratiquée invariablement dans le sens transversal, comme paraît le croire l'auteur. Les deux bords d'une incision ne peuvent être rapprochés que par des fibres musculaires perpendiculaires à sa direction. Or celles-là sont coupées, quel que soit le sens de l'incision. Une incision transversale coupe les fibres longitudinales de la tunique musculeuse ; une incision longitudinale en coupe les fibres transversales. Dès lors il est manifeste que la véritable indication consisterait à approprier le sens de l'incision à la prédominance relative des deux couches anguleuses, à couper en travers là où la couche longitudinale est la plus faible, et *vice versâ*. La difficulté consisterait à reconnaître la portion d'intestin qui a été intéressée. — Enfin, avec Boyer, nous préférerions une plaie ronde à une incision, par conséquent un trois-quarts à une lancette. Le trois-quarts évite précisément, du moins en grande partie, la division d'une des deux couches musculeuses ; il ne fait que s'insinuer entre les fibres et les écarter. L'ouverture qu'il produit est donc dans les meilleures conditions pour se fermer promptement, sans même le secours de la péritonite partielle.

Nous ne ferons plus qu'une remarque. Ce qui précède montre assez qu'il ne faudrait pas trop compter sur l'innocuité des blessures faites à l'intestin. Avant de recourir à l'incision dans un cas analogue à celui de M. Nelson, il serait prudent d'épuiser tous les moyens connus de réduction. Or nous ne voyons pas qu'il ait essayé celui qui consiste à attirer au dehors une certaine longueur d'intestin, pour répandre dans une plus grande cavité les matières et les gaz emprisonnés par la partie étranglée. Cette ressource mérite pourtant de n'être pas dédaignée.

OBSERVATIONS SUR LE PLESSIMÈTRE ET LA PERCUSSION ; par le docteur TAVERNIER.

Cette note, émanée d'un médecin français, a pour but de maintenir l'utilité du plessimètre et du stéthoscope, qu'une phrase des éditeurs, dans le numéro précédent, semblait mettre en doute. Les éditeurs répliquent qu'ils ont été mal compris. La question de pratique n'en subsiste pas moins, et M. Tavernier la résout avec justesse.

On remarquera qu'il ne s'agit pas ici de décider quel est, en médecine clinique, le degré d'importance des lésions locales que la percussion ou l'auscultation permettent seules de découvrir : ce serait là un sujet d'examen autrement intéressant et élevé que celui dont s'occupe M. Tavernier. Il défend seulement cette thèse que, là où la percussion et l'auscultation sont de mise, le plessimètre vaut mieux que les doigts, et le stéthoscope que l'application directe de l'oreille. Or, quelque exagérés qu'on suppose les éloges parfois donnés à la plaque d'ivoire et au tube de Laennec, il n'en est pas moins certain que l'un et l'autre, la plaque d'ivoire surtout, se prêtent à des déterminations plus exactes, plus fines, que l'examen immédiat, et qu'il est même des régions où ils sont seuls applicables.

L'auteur nous permettra-t-il de relever, dans son travail, une singulière inadvertance ? Les éditeurs du CANADA JOURNAL avaient dit qu'ils exerçaient les élèves à diagnostiquer, *without hammers*, *lung stethoscopes*, etc. ; M. Tavernier s'imagine qu'ils se sont moqués du *long stéthoscope*. Il faut bien rappeler que *lung stethoscope* signifie simplement le stéthoscope appliqué à l'étude des bruits pulmonaires, comme *heart stethoscope* s'entend de l'instrument appliqué à l'étude des bruits cardiaques.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE A L'EXTÉRIEUR ; par le docteur A. H. DAVID.

Ce n'est pas la première fois assurément qu'on a recours à l'application topique de l'huile de foie de morue ; mais personne encore ne paraît avoir porté cette pratique aussi loin, et en avoir obtenu d'aussi bons résultats, que M. David. Suivant lui, l'huile de foie de morue ainsi employée est un véritable spécifique contre les affections chroniques de la peau. Au lieu d'entrer dans quelques détails sur les cas particuliers où il l'a mise en usage, sur la forme, le degré, l'ancienneté de la lésion, l'âge du sujet, la durée précise du traitement, il se contente ordinairement d'assertions générales ; mais ces assertions sont exprimées dans des termes tels qu'il n'est pas permis de ne pas les prendre en grande considération.

Voici, quant aux faits, ce que nous trouvons de plus explicite dans ce travail :

1° Plus de vingt *dartres du cuir chevelu*, dont la plupart avaient résisté pendant des semaines à d'autres méthodes de traitement, ont guéri avec une grande rapidité, quelquefois en quatre ou cinq jours.

2° Un résultat analogue a été obtenu dans un grand nombre de cas de *teigne*. Le succès a été si merveilleux qu'il excitait la surprise des élèves de l'hôpital.

3° Un individu portait un *psoriasis invétéré*, c'est-à-dire une de ces maladies qui font souvent le désespoir des praticiens. Depuis trois ans, tous les traitements avaient échoué. L'affection était étendue à la plus grande partie du corps, au cou, aux bras, aux jambes. M. David conseilla de tenir les parties malades continuellement imprégnées d'huile de foie de morue, et en moins de trois semaines il s'était fait une amélioration considérable. Un grand nombre de croûtes avaient séché et étaient tombées ; la peau commençait à reprendre sa couleur naturelle. La guérison fut complète au bout de sept semaines, et constatée, avant le départ du malade, par beaucoup de médecins.

4° Un ami de M. David, le docteur Arnoldi, a essayé l'emploi topique de l'huile de foie de morue contre la brûlure, et le succès a été, dit l'auteur, *miraculeux*. Chez un homme dont le dos avait été rôti (roasted the whole of the hack), la cicatrisation eut lieu *en très-peu de temps*, sans suppuration ni retrait de la cicatrice. Des praticiens qui ont suivi le traitement ont déclaré le résultat tout à fait surprenant.

5° Le docteur Arnoldi a eu également à se louer du même moyen dans des cas de congélation et d'érysipèle léger.

6° Enfin M. David en a encore retiré d'excellents effets dans d'autres affections cutanées, notamment dans l'*acne rosacea*.

Nous ne pouvons qu'enregistrer les résultats, que ce travail ne nous donne pas le moyen de contrôler. Il eût été utile, ce nous semble, du moment où l'on prônait ce remède contre des maladies aussi différentes que le *psoriasis inveterata* et l'érysipèle ou la brûlure, de poser quelques indications. On aimerait aussi à suivre la marche de la cicatrisation dans une brûlure où la peau avait été *rôtie*, par conséquent *mortifiée*, et qui néanmoins, dit-on, a guéri sans la moindre suppuration ; ou tiendrait à savoir quels sont les effets directs, appréciables, de l'huile sur un membre gelé. L'indication la moins douteuse est sans contredit la chronicité de l'affection cutanée ; car l'auteur fait remarquer lui-même que l'application de l'huile produit un sentiment très-prononcé d'ustion. Cela n'est pas fait, ce nous semble, pour encourager à en essayer contre la brûlure. Employée contre des affections aiguës, comme l'érysipèle, l'huile de foie de morue ne pourrait agir que comme abortive ; or c'est là une chance fort douteuse, et qui n'est pas sans péril.

EXPÉRIENCES SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE FOIE DES OISEAUX ; par le docteur GEORGE D. GIBB.

Ces expériences ont pour but, comme on voit, de compléter celles de M. C. Bernard sur l'origine du sucre dans l'économie. Elles ont conduit l'auteur à deux résultats principaux.

Le premier est qu'il existe normalement du sucre dans le foie des oiseaux. (On sait que le foie, chez les oiseaux, a relativement un très-grand volume, et que la veine porte reçoit le sang non-seulement des veines de l'estomac, de la rate et des intestins, comme chez les mammifères, mais encore des veines rénales et sacrées.) (Rymer Jones, ANATOMIE COMPARÉE.) L'auteur, en suivant les procédés de Moore, de Trommer et de Cappezuoli, a trouvé du sucre sur un petit poulet, sur un poulet plus gros, sur un dinde, sur une oie, sur un canard et sur deux autres oiseaux. Tel est le fait expérimental, que l'auteur, comme il l'avait déjà fait dans le mémoire analysé plus haut, se borne à mentionner sans entrer dans les moindres détails.

En second lieu, il croit pouvoir établir que le sucre est d'autant plus abondant dans le foie que celui-ci contient plus de graisse, et que, chez l'homme même, les foies cyrrhosés renferment beaucoup de sucre. En général, il y en a plus chez les palmipèdes, dont le foie est très-graisseux, que chez les gallinacés.

Cette seconde assertion de l'auteur ne nous paraît pas encore bien établie. Il est certain du moins que son travail est loin d'en contenir la démonstration. Ce n'est pas avec sept ou huit expériences qu'on peut établir une règle physiologique de cette importance.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Thiriat, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Dogneville (Vosges).

— Les autres lettres ministérielles sont relatives à des remèdes secrets.

— M. J. MASSÉ informe l'Académie qu'il se met en mesure de concourir pour le prix fondé par M. Nadaud (de Touneins).

— M. VALAT (d'Autun) communique une note sur les corrélations du choléra de 1849 avec les épidémies de dyssenterie qui l'ont suivi, pour être transmise aux membres de la commission mixte du choléra.

— M. PAMARD (d'Avignon) communique des observations propres à éclairer des questions obstétricales.

La première est relative à un cas d'abcès de la fosse iliaque avec menstruation difficile.

La deuxième est intitulée : *Présentation céphalo-iliaque gauche, côté gauche; sortie totale du bras; contractions convulsives de l'utérus; nouveau mode de terminaison de l'accouchement.* (Comm. : MM. Depaul et Danyau.)

— M. DEFER, médecin des hôpitaux civils de Metz, adresse un mémoire sur la cure radicale de l'hydrocèle par une méthode nouvelle, la cautérisation de la tunique vaginale. (Comm. : MM. Gimelle, Malgaigne et Velpeau.)

— M. H. GAULTIER DE CLAUBRY, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Richard, au nom de l'Académie.

LUXATION TRAUMATIQUE DE L'ARTICULATION OCCIPITO-ATLOÏDIENNE, SANS FRACTURE.

M. BOUISSON communique la relation d'un cas de luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne, sans fracture.

En rapprochant ce fait de quelques autres analogues, M. Bouisson présente le résumé descriptif suivant de la luxation occipito-atloïdienne :

Bien que la nature ait entouré l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale de toutes les précautions qui assurent à la fois la solidité et la mobilité, bien que le mode d'articulation de l'occipital avec l'atlas renforcé par le secours que prête à la résistance l'union de l'axis avec l'occipital, rende extrêmement difficiles les déplacements traumatiques entre ce dernier os et la première vertèbre, ces déplacements sont possibles et peuvent présenter plusieurs degrés.

Il peut s'opérer entre les condyles de l'occipital et les facettes articulaires de l'atlas, un écartement ou diastasis qui s'accompagne d'une rupture plus ou moins considérable des ligaments.

Les surfaces de l'occipital et de l'atlas peuvent s'abandonner d'une manière incomplète en constituant des subluxations.

Les exemples de ces subluxations sont fréquents lorsque les surfaces articulaires ont été déformées par des lésions organiques et que les ligaments ont été ramollis. Elles peuvent s'opérer aussi pendant la vie intra-utérine de la même manière que d'autres difformités arthralgiques.

Les os peuvent s'abandonner d'une manière plus complète encore en constituant une véritable luxation, laquelle peut être unilatérale ou bilatérale.

Le sens dans lequel se déplacent les surfaces osseuses est antéro-postérieur.

On n'a point vu de luxation d'un côté à l'autre, et l'on comprend qu'elles doivent s'effectuer encore plus difficilement que les premières.

Dans les luxations antéro-postérieures, le déplacement le plus fréquent est celui qui consiste dans le transport des condyles de l'occipital en arrière des facettes articulaires de l'atlas.

Suivant le mode d'action de la cause, on peut considérer ces déplacements ou comme une luxation des condyles de l'occipital en arrière, ou comme une luxation de l'atlas en avant.

On n'a point vu de luxation traumatique qui plaçât les condyles de l'occipital sur un plan antérieur à l'atlas. Ce mode de déplacement n'a été observé que pour des subluxations congénitales, dans lesquelles la tête est très-fortement inclinée en arrière sur le rachis.

Les causes des luxations traumatiques de l'articulation occipito-atloïdienne consistent en des chutes de corps sur la partie postérieure de la tête. Si celle-ci est fortement fléchie sur la colonne vertébrale, il en résulte une déchirure des ligaments avec hiatus postérieur des articulations et glissement en arrière des condyles de l'occipital sur les facettes de l'atlas. Le même résultat peut avoir lieu à la suite de chutes sur la tête, lorsque cette partie est déjà fléchie, et qu'on tombe d'un lieu assez élevé. Si, par des circonstances particulières, la tête est rendue immobile par un point d'appui, tel que le sol pendant le décubitus abdominal, et qu'un coup violent soit porté sur la nuque, ce coup peut porter l'atlas en avant et produire un résultat analogue au précédent. Si l'articulation occipito-atloïdienne est déjà le siége d'une lésion organique qui ait ramolli ses ligaments et déformé ses surfaces, cette lésion constitue une cause prédisposante locale qui peut favoriser l'action d'une cause accidentelle traumatique.

Dans les luxations traumatiques de l'occipital en arrière, ou de l'atlas en avant, la tête est fortement fléchie dans ce dernier sens. Tous les signes de la compression ou d'une commotion instantanée et profonde du bulbe rachidien s'établissent. Il en résulte une paralysie générale immédiate et une mort prompte. Ce dernier résultat pourrait rigoureusement n'avoir pas lieu s'il n'existait qu'un diastasis ou une subluxation; mais il n'existe pas d'observation qui ait encore éclairé la pratique sur ce point. Il serait très-difficile, au point de vue du diagnostic, de distinguer une luxation occipito-atloïdienne d'une luxation atloïdo-axoïdienne ou d'une fracture de cette région, tant à cause de la prompte létalité attachée à cet accident qu'à cause de l'identité des symptômes.

Les complications connues de cette luxation sont la fracture des vertèbres et la rupture des artères vertébrales; mais ces complications ne sont pas inévitablement annexées à la luxation, qui peut, à elle seule, constituer la lésion physique.

L'histoire de cette luxation se réduit à peu près à ses parties étiologique, pathologique et anatomique. Le traitement n'en est pas plus avancé aujourd'hui que du temps de Celse. La presque instantanéité des effets mortels annule les secours de l'art.

M. Bouisson met sous les yeux de l'Académie la pièce anatomo-pathologique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

La parole est à M. Velpeau.

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

M. VELPEAU se voit dans la nécessité de prendre encore une fois la parole, parce que, soit qu'il n'ait pas été clair, ou qu'il ait été mal compris de ses contradicteurs, on lui a fait dire ce qu'il n'avait point dit. En critiquant les faits avancés par M. Ricord à l'appui de sa doctrine, M. Velpeau n'a pas du tout prétendu les nier ni en contester la valeur, ainsi qu'on a semblé vouloir le lui faire dire; il n'a eu d'autre but que d'en examiner la portée au point de vue des points de doctrine à l'appui desquels ils étaient invoqués. Or ces faits ne lui ont point paru prouver ce que M. Ricord voudrait leur faire prouver; ils ne lui ont pas semblé concluants en faveur des idées de M. Ricord. Voilà tout ce qu'il voulait établir et ce qu'il croit avoir établi.

Ainsi, par exemple, dit M. Velpeau, de ce que j'ai contesté que M. Ricord ait pu diagnostiquer un chancre du rectum, il me fait dire que le chancre n'est point susceptible de se développer dans cette région, que la syphilis n'est point transmissible par cette voie-là. C'est une erreur. De même pour le fait du chancre de la paupière, qui, suivant M. Ricord, eût été contracté au moyen des doigts souillés de pus vénérien. De même pour le fait de la transmission de la vérole par voie médiate, c'est-à-dire par une personne intermédiaire qui ne serait que dépositaire momentané du virus vénérien, sans en être affectée elle-même. Je n'ai pas le moins du monde, dit M. Velpeau, prétendu nier la possibilité ou même la réalité de ces faits; j'ai dit seulement, et je le répète, qu'ils ne prouvent pas ce que M. Ricord veut leur faire prouver. Ce sont des faits dont l'origine est douteuse, obscure, et voilà tout. Et lorsque M. Ricord se montre si sévère envers ses contradicteurs, et en général à l'égard de toutes les personnes qui lui opposent des faits contraires à ses vues, je ne vois pas pourquoi on n'aurait pas le droit de se montrer sévère aussi envers ses faits. Je n'ai fait qu'user de ce droit.

Répondant ensuite au reproche que lui a adressé M. Ricord de lui avoir fait dire à son tour ce qu'il n'avait point dit, M. Velpeau s'en défend en citant textuellement quelques-unes des propositions empruntées au dernier ouvrage de M. Ricord, et il prend occasion de ces citations pour soumettre quelques-unes de ces propositions à une nouvelle critique. Ainsi il n'admet pas cette proposition qu'une écorchure est de rigueur pour que la communication de la syphilis ait lieu.

Sur la question de l'hérédité, M. Velpeau signale cette contradiction de la

part de M. Ricord qui consiste à nier la transmission de la syphilis des enfants aux nourrices, tandis qu'il admet la possibilité de la contamination de la mère par un fœtus syphilitique du fait du père; ce qui par parenthèse, ajoute-t-il, est de la contagion et non de l'hérédité.

A l'occasion de la contamination des nourrices, M. Velpeau revient sur les observations de M. Bardinet dont il maintient la parfaite exactitude et la valeur tout à fait décisive à ses yeux, et il rapporte de nouveaux faits qui lui ont été communiqués depuis par d'autres médecins. Or s'il est prouvé que les accidents secondaires sont transmissibles, et pour M. Velpeau c'est un point parfaitement établi maintenant, toutes les autres lois de M. Ricord croulent d'elles-mêmes. Il n'y aurait d'ailleurs qu'à les examiner une à une pour voir qu'elles ne sont pas mieux fondées; c'est ce qu'il cherche à prouver de nouveau pour le chancre induré, considéré par M. Ricord comme le point de départ obligé et exclusif de la vérole constitutionnelle, pour la blennorrhagie non infectante, pour le chancre de l'urètre, pour le terme assigné par M. Ricord à l'incubation de la syphilis constitutionnelle; enfin par l'inoculation qui aurait déjà joué plus d'un mauvais tour à M. Ricord, entre autres celui de donner naissance à la syphilisation.

En résumé, aux yeux de M. Velpeau, toutes les lois de la doctrine de M. Ricord sont fausses et sujettes à révision; c'est ce qu'il croit avoir démontré; c'est à l'Académie d'apprécier la valeur de cette démonstration.

M. Ricord fait remarquer que les faits sur lesquels M. Velpeau a fait porter sa critique sont des faits exceptionnels avancés par lui dans le seul but de prouver une chose, c'est qu'il est souvent très difficile de découvrir l'origine de la syphilis; qu'on en est très-souvent réduit pour découvrir cette origine à des données purement rationnelles, à des probabilités. Mais ce n'est pas du tout sur ces faits qu'il a fait reposer sa doctrine. Reste à savoir maintenant quelles sont, des explications données de part et d'autre, les plus conformes à la vérité, celles des partisans de la contagion de la vérole par les accidents secondaires ou celles qui n'attribuent la propriété contagieuse qu'aux symptômes primitifs. C'est avec une entière conviction que M. Ricord soutient cette dernière opinion, et lorsqu'on lui parle de syphilis constitutionnelle d'emblée, il n'hésite pas à dire que c'est un mensonge scientifique. C'est toujours à des symptômes primitifs qu'il faut faire remonter l'origine de toute vérole constitutionnelle bien diagnostiquée.

Reprenant une à une toutes les objections de M. Velpeau, M. Ricord s'efforce de démontrer de nouveau qu'elles n'infirment en rien aucune de ses propositions. Les observations que M. Velpeau a introduites dans la discussion comme tendant à prouver la transmission des accidents secondaires des nourrissons aux nourrices ne prouvent nullement cette transmission, car on ne sait d'une manière exacte et précise, dans aucun de ces cas, dans quelles conditions, à quelle période de la maladie et de quelle manière s'est faite cette transmission.

M. Ricord clôt la discussion en disant: Je me fait fort de prouver l'exactitude de toutes les propositions que M. Velpeau a attaquées. De tout ce qui a été dit dans cette discussion, il ressort plus clairement que jamais pour moi que les accidents secondaires ne sont ni inoculables ni transmissibles. Il n'y a pas un fait jusqu'ici qui ait prouvé le contraire.

La discussion est close.

M. Bouillaud propose la nomination d'une commission qui aurait à étudier de nouveau la question qui vient d'être débattue.

Cette proposition étant appuyée, une commission sera nommée dans la prochaine séance.

M. Maisonneuve a la parole pour une communication.

DESTRUCTION COMPLÈTE DU NEZ PAR LA SYPHILIS; RHINOPLASTIE; GUÉRISON.

M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué, le 26 juin 1852, une opération de rhinoplastie au moyen d'un lambeau de peau pris sur la région frontale.

Ce malade, âgé de 45 ans, à la suite d'accidents syphilitiques, contre lesquels on n'avait jamais employé que des traitements incomplets, fut atteint d'un ozène, bientôt suivi à son tour d'une destruction complète des os propres du nez, des parties molles de cet organe, ainsi que de la cloison et de la sous-cloison. Un traitement par l'iodure de potassium enraya la maladie; mais après la cicatrisation ne put réparer la perte de substance énorme résultant d'un travail ulcératif.

L'ouverture antérieure des fosses nasales était complètement à découvert; il restait seulement sur les parties latérales deux petits lambeaux irréguliers, qui suffisaient à peine à en recouvrir la partie supérieure. C'est dans cet état qu'il se présenta à l'hôpital Cochin, le 24 juin 1852, où il fut reçu dans le service de M. Maisonneuve.

M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante: le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien taille sur la région frontale un large lambeau cutané, ayant à peu près la forme d'un as de pique, dont la pointe est laissée adhérente au niveau de la rainure fronto-nasale.

Ce lambeau présente:

1° A sa partie supérieure et moyenne un prolongement quadrilatère, destiné à former la sous-cloison;

2° Sur les parties latérales et supérieures, deux saillies arrondies destinées à reconstituer les ailes du nez;

2° La pointe inférieure est taillée obliquement, de manière qu'une des incisions qui la circonscrit descend beaucoup plus bas que l'autre, afin d'en permettre la torsion facile.

Le lambeau est ensuite disséqué avec précaution, de manière à lui conserver une épaisseur convenable, sans que néanmoins l'os frontal ait été dénudé de son périoste. Les parties destinées à former la sous-cloison et les ailes du nez sont ensuite repliées sur elles-mêmes, de manière à se doubler, et sont maintenues dans cette position au moyen d'un fil passé dans leur épaisseur.

M. Maisonneuve pratique sur les deux côtés de l'ouverture des fosses nasales et sur la portion de la lèvre correspondante à la sous-cloison des incisions profondes, destinées à recevoir l'insertion des parties latérales et supérieures du lambeau.

Les petites portions de peau qui représentaient le reste de l'ancien nez sont ensuite dépouillées de leur épiderme, afin de leur permettre d'adhérer à la face profonde du lambeau qu'elles sont ainsi destinées à soutenir en augmentant son épaisseur par leur fusion avec sa partie moyenne. Tout étant ainsi préparé, le lambeau tordu sur son pédicule est appliqué sur l'ouverture antérieure des fosses nasales, ses parties latérales et son extrémité supérieure sont fixées dans les incisions préparées pour les recevoir et maintenues par de nombreux points de suture entrecoupés, de petits tampons de charpie sont ensuite introduits dans les fosses nasales pour soutenir le lambeau et lui donner la forme et la saillie convenables.

M. Maisonneuve s'occupe ensuite de rétrécir, autant que possible, la plaie du front au moyen de quelques points de suture. Tout étant terminé, deux sangsues sont immédiatement appliquées à l'extrémité inférieure du nez et sur la nouvelle sous-cloison, avec recommandation de les remplacer aussitôt qu'elles viendraient à tomber. Cette précaution a pour but d'entretenir une circulation continue dans le lambeau, afin d'empêcher son sphacèle. Aucun accident grave n'est venu entraver la marche de la cicatrisation.

L'adhérence du lambeau s'est opérée d'une manière rapide dans presque toute l'étendue de la circonférence; quelques points seulement ont exigé de petites opérations secondaires, consistant en un nouvel avivement, et l'application de quelques nouveaux points de suture.

Aujourd'hui, 2 octobre, la cicatrisation est parfaite dans tous les points; la plaie du front est presque entièrement cicatrisée, et le nez présente une forme régulière et une solidité complète.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE; par M. Longet. — Tome II. — 1 fort vol. in-8° avec fig. et planches — Paris, chez Victor Masson, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 17. — 1850.

M. Longet n'est ni en physiologie un nouveau venu, ni pour les lecteurs de la Gazette Médicale une nouvelle connaissance. Les rapports d'ancienne et sincère estime qui nous unissent à ce savant écrivain pourraient donc, au besoin, nous servir d'excuse pour le retard dont nous nous accusons coupable vis-à-vis de lui. Mais l'importance de son ouvrage rendrait, même à nos propres yeux, une pareille justification tout à fait insuffisante. Celle dont nous avons besoin, c'est lui-même, ou, à son défaut, l'éditeur qui va nous la fournir.

Sur la couverture du tome II, qui parut en 1850, était inscrit l'avis suivant: « Le tome 1er sera publié *dans le cours de l'année* 1850, en trois fascicules qui paraîtront dans l'ordre suivant: 1° fasc. 3, contenant mouvement, voix et parole; 2° fasc. 2, contenant digestion, absorption, circulation, respiration, sécrétions, nutrition, chaleur animale; 3° fasc. 5, prolégomènes. » En présence de cette promesse formelle, nous dûmes remettre à plus tard notre compte rendu, ne voulant pas nous exposer à juger par fragments une œuvre de cette portée, et autorisé d'ailleurs, par le texte même, à penser que notre attente ne serait pas de longue durée. Mais aujourd'hui, après deux ans écoulés sans qu'elle ait été remplie, il faut bien nous résigner, sous peine de voir notre temporisation interprétée dans un sens défavorable à l'auteur, et aborder séparément l'analyse de chapitres dont nous aurions été heureux d'avoir à signaler la coordination, ainsi que l'esprit général.

Le tome II n'est rien moins qu'entièrement neuf. L'histoire du système nerveux, qui en forme une bonne partie, avait déjà fourni le sujet d'un traité distinct, premier ouvrage de M. Longet, et contenant l'exposé de ses recherches les plus originales. En 1843, époque de sa publication, nous eûmes soin d'apprécier (voy. Gaz. Méd., onzième année, p. 602) la valeur de ce livre, qui réalisait un progrès sérieux dans l'étude des sciences physiologiques, et devint à la fois le point de départ, et, sous beaucoup de rapports, le modèle des recherches si actives que cette branche de la médecine a vues s'accomplir depuis lors. Nous n'aurions donc aujourd'hui qu'à reproduire le même jugement, et nos lecteurs, nous l'espérons, voudront bien dispenser la plume qui le traça alors d'un travail de répétition qui serait plus fastidieux encore pour eux que pour elle. — Ce n'est pas ce-

pendant que la partie du présent ouvrage qui traite du système nerveux soit une réimpression pure et simple de la précédente publication. D'abord, la description anatomique, devenue inutile, a été supprimée; en second lieu, des développements nouveaux, quelques rectifications, un plus grand nombre d'additions, témoignent du zèle consciencieux que M. Longet a apporté dans la rédaction de cette partie, objet de ses premières méditations et de ses préférences les plus naturelles.

Indépendamment de ces modifications, des chapitres entiers ont dû être ajoutés. En premier lieu, l'étude des fonctions sensorielles, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher, est présentée avec un soin tout spécial, digne—pour tout dire en un mot—du fini, si voisin de la perfection, que nous avons constaté dans le premier ouvrage. Sous ce rapport, les nouvelles matières ajoutées au plan primitif ne déparent en rien celles qui y étaient comprises. Une addition également importante est celle consacrée à l'analyse des facultés intellectuelles et morales. Sans tomber dans d'oiseuses digressions, M. Longet a su, à propos de ce sujet délicat, rester homme positif, sans pour cela refuser la première place à l'esprit, dans ces fonctions élevées où les organes n'ont et ne doivent réclamer d'autre attribution que celle d'instruments ou d'intermédiaire.

Un paragraphe distinct est destiné à montrer l'intelligence à l'état de repos. Analysant les phénomènes divers qui s'observent durant le sommeil, M. Longet fait voir qu'il annihile la solidarité qui existe normalement entre les différentes facultés, qu'il les fait vivre isolément de leur vie propre jusqu'à ce qu'il les domine toutes au profit d'une seule, et, peut-être même au profit exclusif des fonctions de la vie végétative. Ce sommeil simultané des sens et de l'esprit, sommeil complet, dont la réalité a été niée par quelques physiologistes, n'existe ni périodiquement d'une façon constante ni chez tous les hommes. Mais il est des exemples dans lesquels on ne saurait le révoquer en doute. Telle est la conclusion à laquelle l'auteur est arrivé, et qu'il appuie victorieusement sur des preuves de divers ordres.

C'est principalement au sujet de la génération que le consciencieux talent de M. Longet ressort dans tout son jour. Les remarquables développements qu'il a donnés à cette portion de sa tâche en font comme un traité à part, traité complet, subdivisé lui-même en sections distinctes, ayant son ordre, sa pensée dominante et ses conclusions. A ceux qui contesteraient la supériorité des procédés contemporains d'investigation pour le perfectionnement des sciences naturelles, le médecin pourra répondre en montrant avec un juste orgueil le pas de géant que l'étude des fonctions de reproduction a accompli depuis quelques années. Que de données positives substituées à de vagues et creuses théories! Que de solutions satisfaisantes remplaçant les oiseuses disputes de l'*épigénèse* et de l'*emboîtement!* Et là même où l'on en est encore réduit à douter, combien le doute débarrassé des hypothèses qui se disputaient la préférence, et limité à un petit nombre de théories, toutes à un certain degré acceptables par la raison, combien ce doute, disons-nous, ne paraît-il pas plus philosophique, plus digne de servir de temps d'arrêt à des esprits progressifs!

Le livre de M. Longet contient l'histoire fidèle de l'évolution de la science moderne sur les points intéressants dont nous parlons. Suivant la fonction à partir de ses modes les plus simples, il examine d'abord la question de la génération spontanée, — question que, posée en ces termes absolus, il résout justement par la négative, à quelque classe zoologique qu'on veuille l'attribuer. Si ce phénomène, dit-il, se conçoit, rien de positif ne le prouve. L'expérience et l'observation chaque jour plus savantes lui ont arraché un à un tous les faits qui constituaient ses plus forts arguments, et ceux que le défaut de nos connaissances lui permet de revendiquer encore sont pour le moins insignifiants.

Selon le même procédé d'analyse du simple au composé, M. Longet traite ensuite de la génération fissipare et gemmipare, c'est-à-dire de l'aptitude que telles ou telles individualités zoologiques ont à produire un individu semblable par le fractionnement d'un segment de leur corps ou par la séparation de bourgeons déjà en partie organisés à l'époque où ils s'isolent.

Jusqu'ici, en limitant l'observation aux espèces inférieures, elle nous a montré la reproduction accomplie par l'intervention d'un seul animal. Bientôt, un peu plus haut, c'est à l'aide de *germes* que la procréation a lieu, soit qu'ils se développent sans l'adjonction d'aucune matière germinative étrangère (spores), soit, au contraire, qu'il ait fallu l'influence d'une substance fécondante provenue d'un animal différent (ovules).

Dans cette dernière classe, la plus essentielle à étudier pour les médecins, divers procédés méritent de fixer l'attention. Les animaux inférieurs sont hermaphrodites, c'est-à-dire qu'un seul individu produit à la fois les œufs et le sperme. Ici encore plusieurs variétés se présentent; quelques animaux sont hermaphrodites complets, se suffisent à eux-mêmes, soit que la fécondation se fasse dans le milieu qui les environne et après l'expulsion simultanée des œufs et du sperme, soit qu'elle ait lieu dans l'intérieur même de leur corps. Les autres sont hermaphrodites incomplets, c'est-à-dire qu'incapables de se féconder eux-mêmes, ils sont aptes à jouer, soit simultanément, soit à de certains intervalles, soit à leurs divers âges, les rôles de mâle et de femelle par rapport à un ou à plusieurs individus de la même espèce, tandis que ceux-ci remplissent à leur égard des fonctions réciproques.

Chez certains mollusques, qui forment la transition des monoïques aux dioïques, le même individu n'est plus capable d'être mâle et femelle vis-à-vis d'un seul autre, mais il joue celui de mâle avec un individu et de femelle vis-à-vis d'un individu différent.

De là, comme le remarque avec raison M. Longet, à la division du travail génésique il n'y a qu'un pas. Ce dernier cas est celui de l'espèce humaine. Mais pour l'approfondir avec le soin qu'il méritait, l'auteur étudie l'un après l'autre d'abord les organes reproducteurs de la femme et surtout leurs produits, les ovules, puis ensuite la part prise dans cet acte par le mâle, le sperme. Pour la femme, l'ovulation était et devait être la première question à traiter. Rappelant avec méthode les recherches publiées sur cet objet depuis quelques années, M. Longet décrit les diverses circonstances de cet acte si longtemps méconnu. Il prouve successivement qu'il s'exécute indépendamment de l'influence du mâle; que cependant cette influence facilite et accélère son accomplissement; que d'autres conditions d'alimentation, d'habitation, de température, etc., le rendent plus fréquent; que l'époque de sa réalisation coïncide avec l'écoulement menstruel, phénomène qui se lie par des rapports intimes avec la ponte périodique. Sous forme d'appendice, M. Longet fait la physiologie détaillée de cette dernière fonction si importante dans la vie de la femme.

Du côté du mâle, des problèmes non moins dignes d'intérêt s'offrent aux méditations de celui qui veut aborder par toutes ses faces le mystère de la génération, M. Longet n'en a négligé aucun. L'organisation des spermatozoïdes, leurs mouvements, leur susceptibilité aux diverses influences qui agissent sur eux, les conditions vitales propices à leur développement, leur mode de formation dans le parenchyme testiculaire, tout a été passé en revue avec une sérieuse attention. Mais c'est principalement de leur destination qu'il s'est préoccupé. Contrairement à l'opinion de plusieurs physiologistes accrédités, il démontre que ces petits corps sont des molécules vivantes, mais non des animaux distincts; qu'on ne saurait y voir le futur embryon à l'état rudimentaire; que la vapeur du sperme et sa partie la plus fluide étant privées de la faculté de féconder, c'est par conséquent aux spermatozoïdes seuls qu'il faut la rapporter; que dans cet acte leur rôle n'est pas borné à conduire, grâce aux mouvements dont ils sont animés, la liqueur séminale jusqu'à l'ovule; que, d'ailleurs, le contact direct des spermatozoïdes avec les ovules est indispensable pour que ce dernier puisse devenir un être semblable à celui dont il émane.

Ce sont là des données désormais acquises à la science. En les formulant avec la rigueur que comportent les méthodes actuelles d'expérimentation, M. Longet a rendu un grand service aux jeunes travailleurs qui ne possédaient encore, dans aucun livre élémentaire, l'ensemble de ces précieux travaux. Une pensée se révèle surtout dans le cours de ces chapitres, et l'auteur la formule nettement, c'est que la fécondation n'est point un phénomène instantané, animant, créant d'un souffle le nouvel animal. Bien au contraire, à tous les degrés de l'échelle, chez les articulés comme sur l'homme, par les bourgeons comme par les ovules, on voit les diverses parties, — sperme, œufs, gemmes, spores, — qui concourent à sa formation, mûrir par un travail lent et graduel, et ne se détacher enfin de l'individu-souche que lorsqu'ils ont pris un développement suffisant pour vivre indépendants de sa protection. Sous ce rapport la fécondation n'est que le dernier terme d'une évolution qui, dans quelques espèces, met certainement plusieurs années à s'accomplir.

Une fois ces notions préliminaires admises, le mécanisme de la copulation, ou l'ensemble des circonstances qui mettent en présence les molécules fécondantes et celles à féconder, ne méritait pas de développements fort étendus. M. Longet dit cependant tout ce qu'il restait à dire sur cette question, en précisant comment cette union s'opère et surtout le lieu où elle se passe.

La plupart des traités classiques ne voient l'espèce humaine que dans l'homme adulte. A peine consacrent-ils aux organes et aux fonctions du fœtus un appendice imparfaitement ébauché; et nous pourrions citer un ouvrage d'anatomie où cette partie de l'organisme avait été, lors de sa première édition, complétement oubliée. M. Longet, certes, n'encourra pas ce reproche. L'ovologie et l'embryogénie ont été de sa part l'objet d'un soin tout particulier; et s'il y a une différence entre cette partie de son livre et celle qui concerne l'homme fait, elle consisterait seulement en ce que, supposant moins connu ce qui a trait à l'histoire du premier âge, il a ici, exceptionnellement, fait précéder l'étude des fonctions et du développement par une description détaillée de l'œuf et de ses annexes. Il n'était pas possible, en effet, de séparer la physiologie de l'anatomie dans une matière où le développement des organes est, pour ainsi dire, l'unique fonc-

tion de ceux-ci. Suivant pas à pas l'accroissement graduel de l'ovule fécondé, M. Longet montre surtout les formes successives que prend l'appareil principal, le système circulatoire. Ainsi, trois circulations distinctes se substituent normalement l'une à l'autre. Le développement du blastoderme et l'existence de la vésicule ombilicale déterminent le premier type. L'apparition de l'allantoïde, la formation du placenta et l'importance extrême qu'acquiert cet organe dans la vie du fœtus amènent bientôt le second. Enfin, le jeu des poumons, l'entrée en exercice de l'intestin et des organes de relation entraînent l'établissement du troisième. Les changements graduels de l'organisation et les modifications correspondantes de la nutrition sont dépeints dans toutes leurs nuances, si difficiles à apprécier au début, et avec les plus minutieuses indications. On peut voir, dans ce tableau, le germe se nourrissant d'abord comme imbibition, aux dépens des liquides qui entourent l'ovule, se former plus tard, par l'intermédiaire de la vésicule ombilicale, un appareil vasculaire particulier, puis par les villosités du chorion, et définitivement par le placenta, établir entre la mère et lui les mêmes rapports qui existent entre l'organe d'un adulte et l'économie tout entière de celui-ci.

Le mécanisme intime selon lequel se produit le développement moléculaire des tissus ne pouvait être passé sous silence. L'auteur consacre plusieurs pages à l'exposé et à l'appréciation de la théorie cellulaire, théorie qu'il approuve en raison des sources nouvelles d'investigation qu'elle a fournies à la science, mais dont il ne cache ni le côté encore hypothétique, ni le peu de solidité des bases, surtout si elle veut se poser comme explication unique et exclusive de tous les phénomènes de développement organique. A ce point de vue, la nouvelle doctrine a trouvé en M. Longet un juge aussi impartial que compétent.

L'*accouchement*, l'*allaitement*, les *âges*, la *vieillesse*, la *mort*, sont l'objet d'autant de descriptions également attachantes par l'étendue et l'exactitude des détails qu'elles renferment, quoique par sa nature, le sujet dût moins que les précédents inspirer des exposés originaux ou des conclusions nouvelles.

M. Longet s'étant surtout fait connaître jusqu'ici par ses remarquables travaux sur le système nerveux, c'était un devoir pour nous de montrer qu'il a su porter les mêmes qualités sur un terrain où l'opinion publique s'attendait peut-être à le voir figurer avec moins de succès. Cette crainte, on peut en juger par l'étendue de notre analyse, était complétement dépourvue de fondement. Nous avons, quant à nous, retrouvé sans étonnement, dans cette partie de l'ouvrage, l'écrivain éminent dont les productions deviennent si facilement classiques en France ainsi qu'à l'étranger; et nous n'avons à exprimer qu'un désir, c'est d'être bientôt mis à même de lui rendre justice plus entière dans l'examen de ce qu'il lui reste à publier pour achever l'œuvre capitale à laquelle il attache en ce moment son nom.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— On écrit de Stettin, 28 septembre :

« L'apparition à Stettin de quelques cas de choléra avait fait craindre que ce fléau n'exerçât bientôt de grands ravages ; mais un violent orage, qui a éclaté dans la soirée du 21, et qui s'est promené sur toute la province, a dégagé une telle quantité d'électricité, que son influence purifiante n'a pas tardé à se faire sentir.

» Depuis ce jour, le choléra a décliné d'une manière très-sensible ; il ne paraît point constaté qu'il ait frappé ici de nouvelles victimes, et l'on peut même espérer aujourd'hui que la contrée sera délivrée bientôt de sa présence, du moins jusqu'au printemps prochain. »

— On lit dans le MONITEUR du 6 octobre :

« D'après les lettres les plus récemment parvenues de la Martinique et datées du 12 septembre, la fièvre jaune sévissait encore à la Martinique, mais avec un commencement d'atténuation à Fort-de-France.

» Le moment est venu de bien préciser le caractère de gravité qu'a présenté cette épidémie, et de rectifier les exagérations répandues par des feuilles étrangères, dont l'une, le TIMES, représentait récemment les Antilles françaises comme dévastées par la fièvre jaune, à tel point qu'à la Martinique le corps d'artillerie, fort de 280 hommes, en aurait perdu 260.

» Le typhus américain a fait invasion à la Martinique le 24 septembre 1851, et quelques cas isolés, quoique graves, permettaient d'espérer qu'il ne revêtirait pas la forme épidémique. Mais, dans le courant d'octobre et de novembre, toute illusion dut cesser, et l'on se prépara à combattre le fléau qui, en 1849 et 1850, avait passé sur Cayenne.

» Le mois de décembre, remarquable par un abaissement de température, vit le nombre des malades diminuer sensiblement.

» Cette situation favorable se continua jusque vers le mois de mai, où l'influence progressive de la chaleur accrut le nombre des cas et celui des décès.

» C'est pendant le mois de juillet, qui correspond au commencement de l'hivernage, que l'épidémie, à Fort-de-France, parait avoir touché à son summum d'intensité.

» La mortalité, dans l'hôpital de Fort-de-France, où sont reçus tous les militaires et employés de l'État, s'est élevée :

» Du 24 septembre au 31 décembre 1851, à 21
» Du 1er janvier au 1er juillet 1852, à. 87
» Du 1er juillet au 26 août 1852, à 78

» Total des décès 186

» En ajoutant à ce chiffre celui des décès provenant de fièvre jaune, constatés dans les divers hôpitaux et dans les quartiers de la colonie, on trouve que, pendant une période de onze mois, du 24 septembre 1851 au 25 août 1852, l'épidémie a fait 240 victimes.

» A la Guadeloupe, la fièvre jaune s'est manifestée par quelques cas isolés, sans avoir pris encore, à la date du 2 septembre, le caractère épidémique. »

— On écrit de Saumur :

« La fièvre chaude fait d'horribles ravages dans notre ville depuis quelques semaines.

» Il y a huit jours à peine, un pauvre domestique, dans le paroxysme de la maladie, se jeta par la fenêtre, au moment où la garde-malade lui préparait une potion. Il ne s'est pas même blessé dans sa chute ; mais la force du mal l'a emporté peu de jours après.

» Mardi, une jeune mère de famille, atteinte de la même maladie, s'est également précipitée par une fenêtre, avec l'enfant qu'elle allaitait. Elle se l'était attaché autour du corps avec un mouchoir. L'enfant a survécu deux heures à cet affreux accident ; la mort de la mère a été instantanée. »

— On lit dans le COURRIER DE NANTES :

« Depuis plus d'un mois la dyssenterie a reparu dans l'arrondissement de Redon et dans ses environs, et le nombre de ses victimes est déjà grand. C'est avec douleur que nous l'avouons : nous sommes étonné que la mortalité ne soit pas encore plus grande. L'indifférence, la nonchalance, la mauvaise volonté qu'apportent le plus souvent les habitants de la campagne à suivre les conseils que les médecins leur donnent, rendent le traitement de la dyssenterie extrêmement difficile. Cette sérieuse maladie est certainement une de celles qui exigent le plus sévère régime et le plus d'exactitude dans l'emploi de la médication.

» Des autopsies récemment faites d'individus morts de la dyssenterie ont montré une inflammation très-grande et très-étendue des intestins, un épaississement très-prononcé de la membrane muqueuse, et très-souvent des ulcérations profondes et des plaques gangréneuses. »

— La dyssenterie sévit en ce moment à Magnac : seize personnes ont été atteintes ; quatre seulement ont succombé.

— Une épidémie dyssentérique règne en ce moment dans la commune de Marson (Marne). Des mesures ont été prises par l'autorité supérieure pour que tous les soins nécessaires fussent donnés aux malades. Deux seulement ont succombé jusqu'à ce jour.

— A Laon il règne depuis quelque temps sur les animaux une maladie, sous forme épizootique, qui cause des pertes énormes aux cultivateurs en faisant des victimes chez toutes les espèces. On a l'intention de demander à M. le préfet la formation d'une commission qui étudierait la nature de la maladie régnante et chercherait les moyens susceptibles de la prévenir et de la combattre.

— Voici un document authentique qui est de circonstance :

« De 1827 à 1837, 224 chiens amenés à l'hôpital d'Alfort ont été livrés aux morsures des chiens enragés qu'on y entretient toujours, afin de trouver le remède contre la terrible maladie. 74 de ces chiens sont devenus enragés, 150 n'ont rien éprouvé. »

— On écrit de Cholet :

« La semaine dernière une femme est accouchée de deux enfants mâles, dont l'un avait les cheveux et la peau blancs, et les yeux légèrement teints de rouge. Cet enfant n'a vécu que deux heures. Le second était encore plus curieux. Il avait les bras divisés en deux, à partir du coude, et portait quatre mains, dont deux avaient cinq doigts, les deux autres se terminaient en moignon. Sa langue était longue de 10 à 12 centimètres, et il la faisait aller comme une trompe d'éléphant. Cet effrayant phénomène n'a existé que quelques heures. »

— M. le docteur Maisonneuve reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le mardi 19 octobre.

Les leçons auront lieu comme précédemment, les mardi, jeudi et samedi, de huit heures à dix heures du matin.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONGRÈS GÉNÉRAL D'HYGIÈNE A BRUXELLES.

(Suite et fin.—Voir le n° 41.)

Le congrès s'est occupé des règles qui doivent présider à l'organisation de l'hygiène publique. La discussion n'a peut-être pas répondu à l'importance du sujet; on s'est tenu dans la généralité des termes de la question; on s'est borné aux contours du cadre, sans chercher à fixer ni régulariser ses compartiments. C'était pourtant, pour les esprits qui ont médité sur les lacunes de l'organisation de l'hygiène publique, l'occasion de provoquer des progrès bien difficiles à faire admettre quand ils ne sont réclamés que par des individus. N'était-ce pas le cas de signaler l'absence presque absolue de renseignements officiels sur l'état de la santé publique dans les différents pays? L'Angleterre a seule jusqu'ici fait exception à cette règle. Les tables du mouvement des naissances et de la mortalité qui s'y publient chaque semaine sont un commencement de satisfaction donnée à ce besoin. Il eût été bon d'engager les autres pays à imiter l'Angleterre; c'eût été l'occasion en outre de signaler une lacune bien plus importante dans la même voie. Il n'existe dans aucun pays, pas plus en Angleterre qu'en France, d'administration chargée de recueillir et de publier régulièrement des renseignements sur la situation de la santé publique, sur les maladies régnantes, sur les endémies, les épidémies à leur naissance. Aujourd'hui, à l'heure qu'il est, personne ne sait, si ce n'est par les révélations accidentelles et presque toujours inexactes des journaux, quelles affections règnent dans telle ou telle contrée, dans telle ou telle localité de la France. Jamais une semblable lacune n'a pu être mieux appréciée que lors des épidémies de choléra. L'administration a improvisé quelques correspondances administratives; mais sur quelles données reposent-elles et surtout à quels résultats ont-elles conduit? On comprend néanmoins toute l'importance qu'il y eût eu pour le public à connaître la véritable marche et la situation de l'épidémie, et dans quelle direction il eût été possible de l'éviter, etc., etc. Non-seulement l'administration ne s'est jamais prêtée à donner ces renseignements, mais elle ne les possédait pas elle-même; il n'y a pas de bureau de la santé publique. Cette situation regrettable tient à deux choses : au caractère plus politique qu'administratif des autorités et aux habitudes antilibérales des agents secondaires, lesquels ont été de tout temps les ennemis-nés de toute publicité. Puisque le télégraphe joue pour signaler la moindre agitation populaire, puisqu'il y a des employés de tous les étages pour recevoir et porter les moindres rumeurs, depuis le bureau de l'agent de police jusqu'au palais du chef de l'État, pourquoi le peuple, pourquoi la nation ne seraient-ils pas avertis des moindres changements qui s'opèrent dans la santé publique? Tout le monde y aurait intérêt : le malade, le médecin, le savant, l'administrateur et l'administré. Le congrès d'hygiène de l'année prochaine prendra utilement ces considérations sous son patronage : elles se rattachent directement au cadre général qu'il a adopté.

Les inconvénients et les dangers de la prostitution ont été examinés au double point de vue de la législation et de la police sanitaire. Le congrès a confirmé sur tous les points les conclusions préparatoires du conseil supérieur d'hygiène, lesquelles se résolvent en deux propositions principales : de restreindre de plus en plus les maisons de prostitution, et d'en écarter absolument les jeunes filles mineures; de soumettre les maisons de tolérance à des règles et à des inspections telles que l'on puisse y assurer la diminution sinon l'extinction de la maladie vénérienne. Les résultats auxquels ont conduit, à Bruxelles, l'application des mesures instituées sous l'inspiration de M. Vleminckx, doivent encourager dans cette voie. Elles reposent principalement sur un système d'investigation sévère propre à renseigner sur l'origine de chaque cas d'infection constaté. La concordance et la communauté d'efforts qui existent en Belgique entre les deux administrations civile et militaire a eu pour résultat, en faisant remonter à la source de l'infection, de la faire disparaître en grande partie du pays. Le congrès a donné une entière adhésion à ce système, et il l'a complété en provoquant de nouvelles sévérités contre les excitations à la débauche.

La discussion relative à la construction des égouts et des latrines a donné lieu à des communications extrêmement intéressantes. Les solutions préparatoires du conseil supérieur d'hygiène s'étaient tenues, en ce qui concerne les latrines, dans les systèmes connus, pour l'assainissement des fosses fixes ou mobiles, et l'enlèvement des matières sur place. Un autre système, dit système anglais, système de circulation, a été mis en lumière, et il mérite la sympathie avec laquelle il a été accueilli. Faisons-le connaître d'abord avec quelque détail.

Le système anglais consiste à faire circuler sans interruption la matière fécale dans des tuyaux de conduite partant de chaque fosse particulière et se rendant à un centre commun de décharge, pour là être utilisée aux usages de l'agriculture. Le moyen principal d'assurer l'exécution de ce système consiste à amener, par le drainage ou autrement, de grandes quantités d'eau dans les latrines. Ces eaux délayent les matières fécales et les entraînent au réservoir commun, d'où elles sont transportées dans les campagnes. C'est donc le système de la circulation continue au moyen de l'irrigation. Est-il besoin de faire ressortir les deux idées principales qui l'ont inspiré : faire cesser un danger et créer une ressource; détruire l'insalubrité de l'ancien système de la stagnation, et favoriser la conversion des excréments en engrais?

Les orateurs qui ont le plus contribué à faire connaître et apprécier les avantages de la circulation continue sont MM. Spring (de Liége), lord Ebrington, Ward (d'Angleterre), et Gourlier (de France). Ce n'est pas cependant que l'application du système ait toujours répondu à l'idée qu'en donne la théorie. M. Cochrane (de Londres) a même pris soin de faire connaître les inconvénients assez graves qui en seraient résultés jusqu'ici. Les ouvertures pratiquées le long des tubes de circulation laissent échapper dans les rues de Londres des odeurs infectes. On a essayé, suivant M. Cochrane, une multitude de moyens contre cette expansion de gaz méphitiques; tous sont restés sans résultat. Cependant, au dire de lord Ebrington, la ville de Croydon, dans laquelle le système de la circulation continue est appliqué, ne souffre pas de ces exhalations miasmatiques. Les pentes ont été assez bien ménagées pour que l'eau entraîne incessamment les matières. A Londres, la stagnation, inévitable jusqu'ici sur certains points, a donné lieu à la décomposition et à la putréfaction des éléments mis en présence; ce qui n'a pas lieu à Croydon, où la rapidité des courants est telle, que les papiers et les chiffons arrivent au dépôt central sans avoir subi la moindre altération.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVI.

(Suite et fin. — Voir les numéros 41 et 42.)

CRITIQUE DE L'ÉCOLE DE ROME.

DES ÉLÉMENTS MORBIDES. — DES FIÈVRES PROPORTIONNÉES, MIXTES OU COMPOSÉES. — THÉORIES RELATIVES AUX PERNICIEUSES ET AUX RÉMITTENTES. — IDÉE DE L'ÉCOLE DE ROME SUR LES FIÈVRES PALUSTRES; TRAITEMENT. — Ici nous quittons l'ouvrage du savant professeur Valentini pour quelques considérations de pathologie générale, et pour achever de faire connaître la manière dont les fièvres palustres et leur traitement sont compris à Rome.

Nous venons de voir que la fièvre semitertiana est considérée comme un être complexe formé de deux éléments différents, savoir une fièvre rémittente quotidienne non palustre et une intermittente tierce. Cette convergence de plusieurs éléments pour concourir à la formation d'une seule maladie est une doctrine assez répandue dans la pyrétologie romaine : ainsi nous avons le synochus, formé de la synocha et de l'élément typhique, la gastro-nerveuse, etc., etc. Non-seulement les éléments peuvent se combiner pour concourir à une formation unique, mais ils se succèdent les uns aux autres chez le même sujet, qui présente ainsi successivement des maladies dégénérées les unes dans les autres, comme on dit ici, par exemple une gastrique dégénérée en nerveuse, une synocha à laquelle succède un synochus putride, etc., etc. Certes nous sommes loin d'être ennemi de la doctrine des éléments morbides, acceptée dans de justes limites; mais quand nous voyons une école ne faire consister ces éléments que dans des groupes de symptômes, dans des formes, des accidents, des épiphénomènes, nous nous retirons immédiatement, de peur qu'on nous accuse de partager de telles erreurs.

Recherchons ce que la doctrine des éléments a fourni à la pyrétologie des affections palustres. A notre sens, les pyrexies palustres peuvent se diviser en trois grandes catégories, au point de vue qui nous occupe : 1° les unes sont simples et ne s'accompagnent que des symptômes qui caractérisent normalement leurs stades; si quelques épiphénomènes différents interviennent, ils sont sans importance comme sans gravité; 2° les autres marchent avec des phénomènes insolites, souvent des plus graves, tantôt purement fonctionnels, tantôt ayant leur point de départ dans des organes attaqués matériellement : ces phénomènes ont pris naissance sous l'influence de la fièvre palustre; selon les cas, ils disparaissent avec elle ou lui survivent plus ou moins; 3° enfin il est des fièvres qui se développent parallèlement et contemporainement à une autre affection non palustre, et ayant conséquemment une origine spéciale et une individualité indé-

Quoi qu'il en soit de l'état de l'application pratique du système de la circulation, ce système a été pris en grande considération par le congrès, qui l'a indiqué dans ses conclusions comme objet de très-utile étude. Il est certainement destiné à opérer un grand progrès; on ne saurait mieux le caractériser que par ces mots de M. Ward : « Il diminuera d'un tiers la mortalité des villes, et doublera le produit des campagnes. » Pour cela, deux grands perfectionnements sont indispensables; et on peut être surpris qu'ils n'aient pas été indiqués dans la discussion : premièrement, chaque fosse devrait être alimentée d'une quantité d'eau désinfectante (solution de sulfate de fer, par exemple) suffisante aux produits de chaque jour; secondement, un système de pompe aspirante devrait agir au confluent central de tous les tuyaux de décharge. La même pompe pourrait être à la fois foulante et aspirante; elle satisferait ainsi aux deux nécessités : approvisionner les fosses d'eau désinfectante, et entraîner les produits liquides solides et gazeux qui obstruent les tuyaux. Nous livrons ces remarques aux hommes spéciaux.

La question de la limitation du travail, des règles pour la construction des établissements industriels, des mesures à prendre pour prévenir et réprimer les falsifications des denrées, ont donné lieu à d'intéressantes discussions; mais la spécialité de nos études nous porte à nous arrêter de préférence sur les débats qui ont eu lieu à propos de la ventilation des édifices, à l'occasion des cimetières et des salles mortuaires, des hôpitaux et hospices, de l'alimentation des enfants.

La ventilation des édifices a été pour M. Boudin l'occasion de signaler des faits aussi nouveaux qu'intéressants. Les observations et les recherches statistiques de notre savant confrère l'ont conduit à reconnaître que l'agglomération des soldats dans les casernes est une cause générale de phthisie pulmonaire, et quelquefois une cause d'épidémie de fièvre typhoïde et même de typhus. La phthisie tuberculeuse est en effet une des maladies les plus fréquentes de l'armée, et l'origine de cette maladie ne fait doute pour personne : elle résulte de l'entassement des soldats et du défaut d'aération des casernes. Il suffit d'avoir pénétré dans ces lieux infects pour prévoir d'avance les effets délétères qui en résultent. M. Boudin a cité, entre autres exemples frappants de cette mauvaise influence, le fait suivant. De 1843 à 1847, une épidémie de fièvre typhoïde se manifestait dans une caserne de Saint-Cloud au moment de l'arrivée du roi; elle disparaissait aussitôt après son départ. Cependant la caserne était saine, et il n'y avait pas de malade dans la population civile ni parmi les officiers. Voici l'explication du fait : en temps ordinaire, la caserne recevait seulement trois cents hommes; dès que le roi arrivait, on y faisait loger douze cents hommes. Aussitôt que ces douze cents hommes étaient agglomérés, l'épidémie se manifestait. — Quant à la mortalité causée par l'influence du casernement, elle est attestée par la différence du chiffre de la mortalité civile et militaire. La mortalité de la population civile masculine de 20 à 30 ans est de 10 à 11 pour 1,000; la mortalité des soldats prise en générale, non pas en Algérie, mais dans l'intérieur, est de 20 à 21 pour 1,000, non compris les épurations incessantes des réformes. Ces chiffres sont démonstratifs.

Les remarques de M. Boudin auraient pu être reproduites avec fruit à l'occasion des règles pour la bonne distribution des hôpitaux. Les salles de malades ont plus besoin encore que les casernes d'être soigneusement ventilées; et l'agglomération y est peut-être encore plus pernicieuse. Il est à regretter que ces deux points de vue n'aient pas été plus approfondis, ou du moins traités d'une manière plus spéciale. C'est une question que l'avenir résoudra, de savoir si les grands centres hospitaliers ne sont pas plus nuisibles qu'utiles aux malades et à la santé publique. Les observations qui ont été faites à l'égard de la mortalité dans les hôpitaux, comparée à la mortalité à domicile, auraient pu être discutées avec fruit. Pour nous, et par des motifs que nous indiquerons en temps et lieu, le système des grands hôpitaux dans le centre des villes est doublement dangereux pour les malades et la population. L'histoire du choléra-morbus en donnera au moins une preuve particulière.

Ce qui n'est pas encore compris pour les hôpitaux l'est depuis longtemps pour les cimetières; et cependant il n'y a d'autre différence entre les inconvénients résultant de l'agglomération des malades ou des cadavres au sein des villes qu'une influence de degré. Ce qui est démontré et accepté aujourd'hui pour les cimetières aurait pu servir à faire rechercher sinon à démontrer ce qu'il en peut être pour les hôpitaux. A ce point de vue donc l'éloignement des cimetières de tout centre de population ne rencontrera plus d'opposition; et le congrès, qui en a fait l'objet de prescriptions précises et absolues, n'a fait que consacrer une chose parfaitement établie. Aux règles excellentes qu'il a données relativement au forage des puits dans le voisinage des cimetières, à leur orientation, au temps qui doit s'écouler entre deux ouvertures d'une même fosse, il aurait pu en ajouter une autre : à savoir, d'éloigner les cimetières des cours d'eau : la détrempe des terrains d'inhumation et l'influence de l'évaporation et des brouillards sont des auxiliaires d'insalubrité qu'il suffit d'indiquer pour en faire apprécier la portée.

Le congrès a encore reconnu l'utilité des dépôts mortuaires dans chaque paroisse; ce n'est là qu'un vœu : à ceux qui auraient désiré une prescription plus obligatoire, il a été répondu que ce serait heurter le sentiment des familles et le sentiment religieux; et l'assemblée, touchée de cette considération, s'est bornée à proposer l'établissement de dépôts mortuaires comme facultatif. Il faut reconnaître la valeur des préjugés que le congrès a voulu ménager; mais il y avait moyen de les intéresser à l'institution que réclament l'hygiène et l'humanité. Il suffisait d'appeler en aide le rite religieux lui-même. Les grands personnages not joui seuls jusqu'ici du privilége de la chapelle ardente; pourquoi l'Église, mieux inspirée sur l'utilité de l'exception, n'étendrait-elle pas à tous, sous une forme appropriée au rang et à la fortune, le bienfait d'une institution qui aurait pour résultat nécessaire de placer plusieurs jours d'intervalle entre la mort et l'inhumation? Cette généralisation aurait plus d'un avantage.

Parmi les questions auxquelles le congrès a donné une attention toute particulière se trouve celle de l'alimentation des enfants. Ainsi qu'on l'a fait remarquer, cette question touche à presque toutes celles qui ont occupé l'assemblée. Amélioration des classes inférieures, travail des enfants, amélioration de l'espèce, c'est à la fois la source et le confluent de ces différents sujets d'hygiène publique et sociale. Le conseil supérieur d'hygiène l'a très-bien compris; aussi n'a-t-il rien négligé pour donner à son projet de solution l'autorité qui repose sur une appréciation élevée du sujet, et sur une connaissance parfaite des progrès propres à l'éclairer.

L'alimentation de l'enfance peut pécher sous différents points de vue. Insuffisante ou altérée, elle donne lieu à des maladies plus ou moins bien définies dans la science. Non-seulement le conseil supérieur d'hygiène a cherché à porter la lumière dans ces obscurités, entretenues par le vague de la tradition; mais il a fait mieux : profitant des recherches qu'il ne nous appartient pas de personnifier et encore moins de glorifier sur les effets de

---

pendante. Dans les fièvres de la seconde espèce, le traitement des accidents a sans doute son importance; mais elle n'est que secondaire, subordonnée, et le plus souvent les phénomènes s'évanouissent d'eux-mêmes, quand le spécifique a eu raison de la fièvre. Mais il n'en est pas de même dans les pyrexies de la troisième classe : ici il y a deux maladies; il faut deux traitements. La nécessité de cette double thérapeutique a été reconnue déjà par Torti dans ces sortes de fièvres, qu'il nomme *proportionnées*. Borsieri admet aussi des proportionnées, encore appelées mixtes ou composées. Leur existence nous paraît en effet hors de doute, et l'on a pu remarquer, dans l'histoire médicale des années 1849 et 1850, que nous n'étions pas bien loin d'admettre la combinaison des deux éléments palustre et typhique.

M. Minzi, qui est peut-être le seul continuateur de Torti, à Rome, admet également les fièvres mixtes ou composées, et attache une importance majeure à leur diagnostic; cette importance n'est pas exagéré; il est du plus haut intérêt de savoir si le quinquina suffit à à lui seul, ou si un autre traitement devra être employé parallèlement. Ce diagnostic est plein de difficultés, mais le médecin de l'hôpital des Marais-Pontins croit avoir résolu le problème à l'aide des signes suivants : Si la maladie, dont on cherche la nature, s'accompagne d'urines troubles, rouges, briquetées; si la pression de la main éveille de la douleur dans la colonne vertébrale; si les gencives sont bordées d'un liséré rouge, c'est une fièvre palustre simple; si, à de tels signes, se joint la blancheur des gencives, semblable à la teinte qu'on aurait obtenue par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, un élément étranger s'est adjoint à l'élément palustre; enfin, dans les pyrexies non palustres, ces trois signes, qui accompagnent les fièvres de marais n'existent pas, mais on observe la bandelette nacrée dont nous venons de parler. Malheureusement ces signes n'ont ni l'importance ni la valeur que leur attribue M. Minzi.

La doctrine des omopathies du célèbre professeur Puccinotti se rattache, sous certains rapports, à l'étude des proportionnées (1). Les fièvres pernicieuses et rémittentes, comme les comprend le savant professeur de Pise, tiendraient le milieu entre les fièvres simples légitimes et les proportionnées, ces affections palustres n'étant pas compliquées d'une maladie d'origine différente et marchant parallèlement, mais d'une maladie qui, tout en se développant sous l'influence de la fièvre même, acquerrait une individualité à part, et réclamerait un traitement spécial contemporain de la médication quinique. En deux mots, Puccinotti pense que, dans ces fièvres, surtout dans les pernicieuses, ce que nous appelons les accidents se transforme toujours en une véritable affection à part. Cette transformation, nous l'admettons dans un certain nombre de cas, mais certes pas dans tous; c'est d'après ces principes que nous avons assis notre thérapeutique, bien différente, selon que l'*accident reste un parasite dont la vie est liée à celle de la fièvre-mère, ou qu'il acquiert une existence indépendante.*

Puccinotti attribue, dans un passage, les types qui s'éloignent de l'intermittence pure à une omopathie. Pour lui, les pernicieuses, les rémittentes, les subcontinues sont donc toujours complexes. Le résultat de cette manière de voir,

---

(1) Puccinotti, STORIA DELLE FEBBRI INTERMITTENTI DI ROMA. Cet ouvrage, œuvre capitale et très-remarquable, en est à sa sixième ou septième édition.

l'alimentation *prématurée*, il a nettement fait deux parts des influences fâcheuses qu'il avait à signaler, et des règles qu'il avait à tracer pour s'y soustraire; il a dit très-explicitement : l'alimentation prématurée produit le rachitisme, et l'alimentation altérée produit les scrofules. Il n'a pas fait table rase des causes accessoires (défaut d'aération, d'insolation, etc.), mais il a admis résolument la distinction des causes actives et celle de leurs effets corélatifs, tels que nous les avons constatés, et tels qu'après nous tous les pathologistes et hygiénistes contemporains les ont admis.

Cette doctrine, aussi avancée que la science d'hier et aussi sûre que l'expérience des quinze dernières années, a rencontré quelque opposition de la part de la commission appelée à la juger. Un moment il a été question de mettre la lumière sous le boisseau, sous prétexte que le progrès était trop récent, et la doctrine trop absolue. Les explications que, de concert avec M. Vleminckx, le professeur Boinsson, MM. Boudin, Place, nous avons présentées en assemblée générale, ont raffermi les doutes, et la rédaction des règles inspirées par la doctrine moderne a été renvoyée au conseil supérieur d'hygiène, qui tiendra compte des lumières fournies dans la discussion, tout en faisant la part des considérations restrictives de la commission. N'oublions pas de mentionner l'adhésion pleine et entière de deux notabilités de la médecine italienne, MM. les docteurs Sella et Trompeo, à la doctrine qui regarde l'alimentation prématurée comme la cause la plus puissante, sinon comme la seule cause du rachitisme de l'enfance. L'appui que le congrès a donné à cette idée lui fera sans doute porter de nouveaux fruits : non-seulement le peuple apprendra qu'il ne faut pas nourrir trop tôt les enfants à la mamelle, même avec une alimentation saine, parce qu'elle est disproportionnée à l'âge des sujets; mais les médecins qui ne savent que ce qu'ils ont appris dans les livres dits classiques, cesseront de donner de la viande et du vin aux enfants rachitiques, sous le prétexte de les fortifier avec des aliments qu'ils ne savent pas digérer.

Nous ne terminerons pas ce résumé des séances du congrès de Belgique sans payer un tribut de reconnaissance tout particulier aux deux hommes qui ont été les promoteurs de cette grande et utile institution. M. Rogier, alors ministre de l'intérieur, a su mettre à profit l'influence dont il disposait comme ministre, et ajoutons surtout comme homme d'une haute considération, pour faire réussir cette belle et si utile entreprise. Nous sommes d'autant plus à l'aise en rendant cette justice à l'homme d'État, qu'il n'est plus aujourd'hui que le citoyen éminent, ami des lumières et de la science. C'est donc plus un regret qu'un éloge que nous lui adressons. Quant à M. Vleminkx, qui a partagé avec M. Rogier l'honneur du succès du congrès d'hygiène, il a prouvé une fois de plus, par la manière noble et élevée dont il a dirigé les débats, que ce n'est pas sans motif qu'il est depuis dix années le président perpétuel de l'Académie de médecine, en vertu d'un règlement qui le soumet chaque année à la réélection. MM. Rogier et Vleminckx étaient faits pour s'entendre; pourquoi les vicissitudes de la politique viennent-elles si souvent renverser ce qui serait inébranlable au jugement des esprits calmes et éclairés?

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE; par les docteurs BOULEY, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et CAILLAULT, ex-interne des hôpitaux.

(Suite. — Voir les nos 27, 28, 33 et 34.)

Les affections phagédéniques et gangréneuses dont nous venons de donner la description diffèrent complétement par leur génie, d'une part, de toutes les affections diphthéritiques, de l'autre, de toutes les affections aphtheuses auxquelles les auteurs ont donné le nom de *stomatites*.

Leur marche phagédénique et gangréneuse, et d'une autre part la nature des affections qui les accompagnent et forment avec elles une seule et même maladie, ne laissent point de doute à cet égard.

Si donc on divise, comme l'a fait avec raison Borsieri, les affections consécutives à la rougeole en affections : 1° de nature inflammatoire; 2° de nature nerveuse; 3° de nature putride, on voit manifestement que les affections phagédéniques et gangréneuses appartiennent à cette dernière catégorie.

Nous devons dire maintenant qu'une observation plus attentive de ces affections nous a permis de caractériser plus nettement la cachexie qui les accompagne et qui n'est autre que la cachexie scorbutique.

Nous nous fondons, pour établir la nature scorbutique de ces affections, sur ce que nous avons constaté en même temps :

1° La coexistence d'une cachexie spéciale ni tuberculeuse ni rachitique (sous forme de scorbut pâle);

2° La présence de pétéchies et d'ecchymoses aux membres et à la face, accompagnant soit le chancre phagédéique des gencives et de la bouche, soit celui des aines, de l'aisselle et du périnée;

3° La coexistence surtout comme affections ultimes d'une anasarque spéciale et de la dyssenterie;

4° La coexistence au même titre d'apoplexies pulmonaires.

Nous devons dire en passant que, sans donner au mot *scorbut* la généralité que lui donne, au rapport de Van Swieten, Olaus Borrichyus, qui en fait le synonyme du mot *cachexie*, c'est d'une autre part une grande erreur que de n'y voir, comme on le fait communément, que le nom d'une maladie spéciale, celle des marins par exemple. La cachexie scorbutique étant pour nous un élément commun à différentes maladies le plus souvent chroniques, au même titre que l'adynamie ou l'ataxie, par exemple, constitue un élément commun à différentes maladies aiguës.

Pour établir ce qui précède, nous avons cru devoir donner les observations suivantes, dans lesquelles on trouvera, avec différentes variétés, la coexistence du chancre phagédénique et gangréneux des enfants avec les différentes affections dont nous venons de parler.

OBS. VI.—François Bienvenu, âgé de 5 ans, entra le 17 septembre 1849 à l'hôpital; il fut placé à la salle Saint-Augustin pour être traité du rachitisme dont était atteint depuis peu de mois. Le 8 octobre, le malade, qui semblait déjà

---

c'est la dualité du traitement; mais l'importance attachée à la thérapeutique, de la forme ou de la complication, ne lui fait pas négliger d'administrer immédiatement le sulfate de quinine, ce en quoi il diffère de l'école romaine, au grand bénéfice du malade.

A notre avis, la vérité est facile à démêler : une véritable complication ayant son individualité à soi, demande un traitement spécial; un symptôme même, malgré sa dépendance, appelle quelques moyens thérapeutiques, s'il est alarmant; mais, dans les autres circonstances, le traitement quinique emporte la maladie mère et ses épiphénomènes. Telle est, à notre sens, la saine manière de voir, celle qui dicte la thérapeutique la plus utile.

En Algérie, nombre de praticiens sont tombés dans l'excès opposé à celui de Puccinotti; le quinquina résume toute leur thérapeutique dans les fièvres pernicieuses (1).

La doctrine des omopathies appliquée aux fièvres rémittentes est comme un échelon intermédiaire entre deux autres doctrines, ainsi que nous allons le voir.

M. Maillot fait résider la rémittence, ou plutôt l'entretien d'un certain mouvement fébrile pendant le cours des fièvres intermittentes, dans une inflammation, dans une irritation. Son livre, qui tuait Broussais en Algérie, lui faisait donc cependant une dernière concession. Bufalini est également porté à penser que, dans la rémittence, c'est un élément sthénique qui empêche l'apyrexie de se prononcer franchement.

Depuis M. Maillot, les dernières racines des idées de Broussais ont été peu à peu extirpées. Aujourd'hui, en effet, la rémittence est mise à peu près uniquement sur le compte d'un degré d'empoisonnement plus intense que celui qui produit l'intermittence; on nie trop le rôle des complications, après l'avoir démesurément exalté. Dans notre lettre consacrée à la fièvre gastro-rhumatique des Romains, nous exposerons nos opinions à ce sujet, ainsi que les faits sur lesquels nous nous appuyons. En deux mots, nous confessons que l'intensité de l'intoxication éloigne, en effet, le type de l'intermittence pour le rapprocher de la continuité; mais nous soutenons que, dans beaucoup de cas, c'est l'adjonction d'autres éléments de nature diverse qui donne de la rémittence à une simple fièvre intermittente. Le double traitement quinique et évacuant qu'on dirige en Algérie contre les fièvres rémittentes gastriques prouve bien qu'on admet implicitement un autre élément et que l'on compte avec lui.

A Rome, on en est encore au point où nous nous trouvions en Afrique il y a vingt ans, lorsque nous primes possession de cette colonie. Le brownisme, à l'envers de Rasori et de Thomasini, fait voir partout la diathèse sthénique, l'irritation, l'inflammation; les fièvres rémittentes sont le produit de cet élément; aussi est-il question de saignées, de sangsues, de légers purgatifs, d'adoucissants, mais non pas de quinquina. Bien plus, quand l'intermittence est si nette, si franche qu'on ne peut la nier, si l'affection s'accompagne d'épiphénomènes nés de la cause palustre même, on les met sur le compte d'un élément sthénique, on crie à l'inflammation, et, sous prétexte de dégager, de simplifier la

(1) Entre autres, M. Gourand, auteur d'un bon livre intitulé : ÉTUDES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES. Minzi professe les mêmes principes.

s'améliorer sous l'influence de l'huile de poisson, fut pris tout à coup de fièvre intense avec toux et larmoiement. Le 9, il fut descendu à la salle Saint-Thomas au n° 5.

Le 11 au matin, éruption complète d'une rougeole pâle, peu marquée sur quelques points du corps. Les gencives sont rouges, tuméfiées, avec un liséré ulcéreux très-peu prononcé.

Le 13 au soir, il existait sur la lèvre inférieure, près la commissure gauche, une plaque aphtheuse de la grandeur d'un haricot. Le matin, il n'existait rien d'apparent dans ce point. Sa surface est blanche, caséeuse.

Le 14 au matin, la plaque est plus grande; son fond a le même aspect, mais les bords sont taillés à pics. Un peu plus en arrière sur la face interne de la joue gauche, on voit des points blancs aphtheux très-superficiels; il en existe également çà et là sur la face interne de la lèvre inférieure en regard des incisives. Le liséré ulcéreux des gencives est plus prononcé et il se prolonge davantage vers les parties profondes en empiétant vers les molaires; les gencives sont elles-mêmes plus rouges, plus gonflées que les jours précédents. Le moindre contact, les efforts seuls des cris de l'enfant font exsuder une certaine quantité de sang par toutes ces surfaces ulcérées. L'haleine est très-fétide. L'état général a la même gravité.

Le 14 au soir, l'ulcération principale s'est accrue; la base devient dure et forme une légère saillie, le surface contient du sang coagulé mêlé au détritus sanieux, ce qui donne un aspect gangréneux. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.)

Le 15, même état général. L'éruption existe encore au visage et sur le tronc; la poitrine fournit à l'auscultation des râles muqueux dans les deux poumons; la bouche n'offre pas de changement, si ce n'est que le liséré ulcéreux des gencives augmente et que celles-ci paraissent se détacher des parties auxquelles elles doivent adhérer; ainsi une traction très-légère sur l'une des lèvres fait éloigner les gencives des dents qu'elles embrassent sans aucune adhérence. La muqueuse buccale laisse exhaler une certaine quantité de sang; il est difficile de préciser le point d'où il s'échappe. (Deux cautérisations.)

Le 16, même état général; toux grasse et modérée. L'ulcère est blanc, caséeux; les points blancs qui se voyaient çà et et là sur la muqueuse buccale sont maintenant convertis en surfaces semblables en tout à l'ulcération principale, et plusieurs de ces surfaces sont venues par leur accroissement s'ajouter à la grande, tandis que d'autres se sont réunies entre elles, de sorte qu'il existe actuellement une véritable bande ulcéreuse qui intéresse tout l'espace interdentaire de la face interne de la joue gauche et toute la face muqueuse de la lèvre inférieure. Le liséré ulcéreux gingival tend à pénétrer à la face interne des dents, à travers les interstices dentaires; cette ligne ulcéreuse est partout grisâtre, sanieuse, sans aucune apparence pelliculaire. L'haleine est très-fétide, mais sans odeur gangréneuse.

Le 17, l'état général est le même. Les râles muqueux thoraciques et la dyspnée ne diminuent point; les ulcérations semblent plus profondes; leurs surfaces contiennent des débris blanchâtres comme filamenteux qui adhèrent, d'une part, à la joue et quelques-uns tombent directement en bas, tandis que d'autres s'attachent aux dents; celles-ci s'encroûtent d'un tartre jaune sordide au niveau de l'ulcération linéaire gingivale. Les ganglions cervicaux se gonflent légèrement; l'haleine prend une odeur gangréneuse. (Cautérisation avec solution concentrée de nitrate d'argent.)

Le 18, les ulcérations ont toutes un aspect blanchâtre, caséeux, excepté celles qui conservent encore les escarres produites par la cautérisation d'hier. Le liséré ulcéreux gingival à la mâchoire supérieure a passé à la face interne des dents; il forme des courbes régulières, comme festonnées en s'avançant sur la voûte palatine. L'état général est le même; la face devient pâle et bouffie.

Le 17, pas de changement, si ce n'est un léger gonflement de toute la joue gauche.

Le 21, les ulcérations ont un aspect presque pelliculaire, leurs surfaces ne sont pas aussi grenues et aussi nettement caséeuses; cependant, en examinant de près, on reconnait la même nature ulcéreuse; ce n'était qu'une apparence; il est impossible de saisir et de constater une pseudomembrane; il n'existe qu'une couche pultacée blanchâtre mêlée sur certains points au détritus ulcéreux. Ces tentatives font sourdre le sang de tous les points qu'on touche. Les yeux sont, au contraire, le siége d'une exsudation pelliculaire d'une régularité parfaite; les conjonctives palpébrales seules sont revêtues d'une pseudomembrane de l'épaisseur de 2 à 3 millim., tapissant toute leur étendue. On peut facilement la saisir sur le bord palpébral; et par une traction légère la dérouler et la détacher comme une feuille de papier mouillé qui adhère sur une surface plane. Les muqueuses palpébrales sont parfaitement saines au-dessous de ces exsudations, sauf une légère rougeur diffuse. Les conjonctives oculaires ne sont pas recouvertes ainsi entièrement, mais il en existe manifestement dans les parties profondes, comme on peut s'en assurer en écartant et retournant les paupières. (Cautérisation des yeux.)

Le 23, les pseudomembranes oculaires sont comme diffluentes; elles sont limitées à la muqueuse palpébrale. Le globe oculaire est normal; cependant la muqueuse bulbaire de l'œil gauche est un peu rouge. Les cils sont presque toujours agglutinés et maintiennent les yeux complétement clos. Le liquide purulent s'accumule sur la muqueuse et distend les paupières en les faisant saillir en avant. La bouche est dans un état déplorable; toute la muqueuse est ulcérée; plusieurs dents très-saines ont abandonné leurs alvéoles, au niveau des points où les ulcérations ont laissé les rebords alvéolaires complétement à nu. La joue gauche est tendue par un œdème dur et luisant. Si on cherche à bien préciser les lésions buccales, on trouve à la face interne de la joue gauche un ulcère d'un blanc sale, sordide, anfractueux, à bords irréguliers et taillés à pics. Les dents qui sont en contact avec lui impriment leurs saillies sur la surface. Les faces muqueuses des deux lèvres sont le siége d'ulcérations allongées transversalement et qui se trouvent immédiatement en contact avec les liserés ulcéreux des gencives correspondantes. Tous ces ulcères sont finement granulés, caséeux et pultacés. Ceux des gencives seuls sont grisâtres et mollasses. Les irrigations pour nettoyer la bouche du malheureux enfant suffisent pour entraîner les dents hors des alvéoles. Au milieu de ces désordres locaux, l'état général est à peu près le même; la fièvre, la dyspnée n'augmentent guère; les signes stéthoscopiques sont les mêmes; l'appétit est encore assez conservé; pas de diarrhée. Néanmoins de jour en jour la face devient plus blafarde et plus décolorée. L'enfant est presque sans cesse affaissé sur lui-même. Par un mouvement considérable de flexion du tronc, il pose sa tête sur ses jambes, ou bien il se tient caché sous les couvertures. (Le 24, cautérisation avec l'acide chlorhydrique.)

Le 25, même état général. Les pseudomembranes oculaires paraissent peu; cependant on distingue une légère pellicule blanchâtre, simulant une gaze fine sur la muqueuse palpébrale. Les ulcérations buccales sont détergées; elles ont, en général, une coloration blanche. (Deux cautérisations avec l'acide chlorhydrique.)

Le 26, les ulcérations des gencives s'améliorent; elles offrent çà et là quelques points rosés avec tendance à la cicatrisation. L'ulcère de la joue gauche est toujours considérable; il est difficile d'en constater toute l'étendue, l'écartement des mâchoires ne se faisant qu'incomplétement à cause de la tuméfaction de la joue et des douleurs que cela provoque.

Le 27, l'état général est moins satisfaisant, la fièvre est plus vive, l'abattement plus considérable, les yeux sont presque toujours fermés, surtout l'œil gauche, qui présente sur la muqueuse palpébrale une légère couche diphthéritique. L'ulcère de la bouche est aussi calleux; cependant le liséré ulcéreux des gencives paraît diminuer dans tout son parcours.

Le 29, une incisive inférieure qui vacillait dans son alvéole et qu'on supposait gêner la cicatrisation a été enlevée. (Inoculation du liquide purulent de l'œil gauche sur la face interne de la cuisse gauche, et inoculation du liquide sanieux buccal sur la cuisse droite.)

L'état général devient plus grave, la dyspnée augmente avec la diminution

---

fièvre avant de l'attaquer par son spécifique, on laisse la maladie se prolonger indéfiniment, quand elle ne se termine pas trop tôt par la mort du sujet.

Le sulfate de quinine est considéré comme un médicament tout à fait dangereux et incendiaire, tant qu'on n'a pas extirpé les dernières racines de cette diathèse sthénique (1). Aussi s'amuse-t-on pendant des semaines aux adoucissants, aux laxatifs, aux antiphlogistiques. Tous les jours, dans les mains des médecins français, de Minzi, de Puccinotti, tous ces symptômes si redoutés, le délire, l'agitation, les douleurs, la fièvre ardente, s'anéantissent comme par enchantement sous l'influence du sulfate de quinine donné d'emblée, et aidé souvent d'un traitement concomitant énergique, par exemple un vomi-purgatif; ces leçons sont perdues. Aussi les fièvres deviennent-elles ce qu'on pourrait appeler chroniques; la putridité, l'état typhoïde, les désordres nerveux les compliquent alors, et les prolongent indéfiniment.

Nous avons recueilli les aveux du professeur Valentini, avouant que, dans telle fièvre continue, la maladie débute quelquefois ou se termine par une intermittence franche, et déclarant que, dans ces cas, on doit recourir au quinquina. Mais cette manifestation de l'intermittence et le succès du fébrifuge ne lui fournissent aucune induction, ne font naître aucun soupçon dans son esprit. Il était pourtant bien naturel de se dire : entre ces fièvres qui débutent ou qui finissent par une intermittence pure, et ces autres de la même espèce qui restent rémittentes pendant tout leur cours, il y a une foule de degrés dans lesquels l'intermittence domine sur la rémittence et *vice versâ*; la maladie ne serait-elle donc pas la même au fond, malgré ces variétés infinies et ces nuances dans la forme et dans le type?

Il est bien rare qu'au sein même des erreurs les plus enracinées et les plus répandues, quelques voix isolées ne s'élèvent pas contre les croyances générales. Nous avons vu les protestations de Minzi, franches et décidées, mais en même temps mesurées et scientifiques. Malgré les services réels qu'ont rendus les docteurs Uffreduzzi et Pagani, ils ne méritent pas les mêmes éloges. Ce dernier

(1) Luigi Metaxa (ANNALI MEDICO-CHIRURGICI, juin 1841, p. 16), pour transiger avec la nécessité et avec la théorie, a rangé, comme le font beaucoup d'autres en Italie, le sulfate de quinine parmi les hyposthénisants, et trouve son équivalent dans la saignée!! Quoi qu'il en soit de la singularité du raisonnement, toujours est-il que les deux Metaxa ont fait les plus louables efforts pour réhabiliter le quinquina à Rome; mais on n'a pas suivi leurs traces. Les professeurs et les internes du grand hôpital Saint-Esprit nous disaient dernièrement, terrifiés encore par ce souvenir, avoir vu des médecins militaires français faire prendre en une seule fois un gramme de sulfate de quinine, ce qui a *brûlé* les entrailles de nos malades et a produit les diarrhées et les dyssenteries qui ont fait nombre de victimes la première année de l'occupation. Malheureusement pour cette assertion, les mêmes faits se sont reproduits en 1850 et en 1851, et ces années ont été remarquables par la bénignité et presque par l'absence d'affections gastro-intestinales. Quant à la prise d'un gramme en une seule fois, elle était nécessitée par l'incapacité des infirmiers et par le défaut de surveillance. Mieux valait faire prendre une forte dose d'un seul coup que de s'exposer à ce que les trois quarts n'en fussent pas ingérés.

des forces. L'ulcère de la joue gauche est environné d'un tel œdème, avec des callosités périphériques si résistantes qu'il est impossible de tenter d'écarter les mâchoires; cet œdème s'étend au-dessus de l'œil correspondant jusque dans la fosse temporale.

Le 30, la face est encore plus gonflée, les yeux sont encroûtés d'un pus concret qui, se mêlant aux cils, ne permet que difficilement d'écarter les paupières. Les conjonctives palpébrale et oculaire sont tapissées de diphthérite; la dyspnée augmente; cris fréquents. L'inoculation à la cuisse gauche ne donne aucune trace appréciable; celle à la cuisse droite est distincte par un très-large point rosé.

Le 31 au matin, l'enfant est dans un état désespéré, la face est énorme, les lèvres sont œdémateuses, blanchâtres, les joues dures, luisantes. A l'intérieur de la bouche, on trouve les ulcères d'un blanc grisâtre avec necrose considérable des maxillaires. Rien n'indique la complication gangréneuse (gangrène noire). La dyspnée et la fièvre sont tellement intenses qu'on prévoit une mort prochaine. Souffle à la partie postérieure du poumon gauche; râles muqueux fins dans toute l'étendue de la poitrine.

L'inoculation pratiquée à la cuisse droite est reconnaissable à un point rouge, comme s'il existait une toute petite pustule.

Mort survenue le 31, dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — Cadavre d'un enfant déformé par le rachitisme.

Les deux poumons insufflés fournirent, dans leur grande étendue, les altérations propres à la pneumonie catarrhale. La partie inférieure du poumon gauche ne laisse pénétrer l'air que difficilement.

Le larynx était légèrement injecté; il existait immédiatement au-dessus de la glotte, au sommet du cartilage aryténoïde droit, un point jaunâtre ulcéreux peu profond, très-nettement circonscrit et de la dimension d'une grosse tête d'épingle.

La trachée, les grosses, les moyennes et les petites bronches étaient colorées en rouge foncé, par une injection sanguine très-considérable.

L'ulcère de la face interne de la joue gauche était noirâtre, recouvert de détritus; l'os maxillaire inférieur dans la moitié gauche était nécrosé dans toute la hauteur de son bord alvéolaire, en faisant une coupe sur cette partie de l'os; on voyait, au niveau de la séparation de la partie malade et de la partie saine, un commencement de vascularisation et de raréfaction du tissu osseux remarquable en outre par une couleur grisâtre due à une légère quantité de liquide d'aspect huileux.

Sur la voûte palatine, la muqueuse était noirâtre, comme gangréneuse à sa surface; les parties molles se séparaient en totalité de la paroi osseuse; si, avec le bistouri, on incisait ces parties molles ainsi altérées, on trouvait subjacents à la muqueuse, réduite en putrilage, des tissus durs, comme lardacés, criant sous le scalpel. Il en était de même à la joue gauche.

Les callosités périphériques de l'ulcère, si résistantes pendant la vie, étaient encore dures et lardacées à la façon des tissus squirrheux. La maxillaire supérieure gauche avait son bord alvéolaire également nécrosé.

La commissure labiale droite était, à sa partie interne, le siége d'un ulcère de même nature dont la base et le pourtour offraient également des tissus calleux criant sous le scalpel.

Une portion de la voûte palatine a été envoyée au docteur Lebert, qui a pensé que la surface pleine de détritus était le résultat d'une gangrène superficielle.

Les ganglions cervicaux étaient énormes; pas un ne fut trouvé tuberculeux. Il en fut de même des ganglions bronchiques.

Les yeux contiennent encore les diphthérites signalées.

Les muqueuses oculaires étaient saines, quoique légèrement injectées par une coloration jaune pâle.

Les autres organes furent trouvés normaux.

OBS. VII. — Théophile Clerbaux, âgé de 4 ans et demi. Entré le 5 octobre 1849, couché au nº 8, salle Saint-Augustin. Cet enfant est apporté à l'hôpital par des personnes qui ne donnèrent aucun renseignement sur son compte, excepté que le jeune malade habitait une maison très-pauvre de la rue Saint-André-des-Arcs.

Cet enfant est brun et vigoureux pour son âge; il porte à la joue droite une cicatrice toute récente qui pouvait résulter d'une légère incision pratiquée pour évacuer un petit abcès sous-cutané. Ce malade a été amené dans les salles pour une affection de la bouche. A son examen, on constata, sur la face interne de la joue droite, une ulcération partant de la commissure labiale correspondante, et qui s'étendait plus profondément dans une étendue de 0,03. Le liséré onduleux des gencives et tout le bord droit de la langue sont également ulcérés. Ces ulcérations sont d'un gris noirâtre, avec un détritus ensanglanté et sanieux; les dents sont déchaussées et enduites de tartre d'un jaune sale. Pas de fièvre, pas de gonflement de la face; appétit et forces conservés. (Des lotions sont prescrites afin de déterger ces ulcérations sanieuses, pour pouvoir en apprécier la nature.)

Le 6 octobre, les lotions avaient changé l'aspect de ces ulcérations; leurs surfaces étaient recouvertes par une exsudation parfaitement blanche et caséeuse simulant au premier abord une pellicule sinueuse sur ses bords; ceux-ci étaient enchâssés par la muqueuse buccale, qui présentait à leur périphérie un liséré d'un rouge vif.

Autour de l'ulcération de la face interne de la joue, il existait çà et là de petits points arrondis, blanchâtres; quelques-uns d'entre eux, plus considérables, étaient convertis en petites ulcérations très-superficielles.

Le 8, les ulcérations de la joue ont le même aspect. Le liséré ulcéreux des gencives semble s'accroître, et le bord droit de la langue reproduit exactement sur sa ligne ulcéreuse les saillies et les anfractuosités formées par l'arcade dentaire correspondante.

Le 10, même aspect, si ce n'est que le centre de l'ulcère de la joue est légèrement rougeâtre, coloration due au sang qui s'écoule très-facilement de ces ulcérations; fétidité de l'haleine.

Le 12, le liséré ulcéreux des gencives est détergé, et sur une grande étendue il est remplacé par une ligne rouge de séparation. Au niveau de la commissure labiale droite sur l'ulcération principale, il existe des points de cicatrisation. Le centre est toujours soit rougeâtre sanieux, soit blanc caséeux, suivant que les lotions ont été faites depuis plus ou moins de temps. L'enfant a légèrement pâli; il est triste, sans fièvre; assez bon appétit.

Pas de changement jusqu'au 18, époque où les deux yeux sont atteints d'une ophthalmie catarrhale. Cautérisation des conjonctives. Même état de la bouche.

Le 22, deuxième cautérisation oculaire. Pas de changement du côté de la bouche.

Le 23, le malade est pris de fièvre vive avec toux retentissante.

Le soir du même jour, quelques macules de rougeole apparaissent.

Le 24, l'enfant est transporté salle Saint-Jean, nº 14. L'éruption morbilleuse est complète, mais pâle. Catarrhe pulmonaire double. La bouche est à peu près dans le même état; cependant les lotions ont été interrompues vingt-quatre heures, à cause du changement de salle, et l'aspect des ulcérations est plus sordide et l'haleine plus fétide; en même temps les parois de la joue sont légèrement tuméfiées, et la peau a pour la première fois une teinte rouge peu prononcée.

Le 25, le volume de la joue est plus considérable que la veille et la peau plus animée. Cependant l'haleine, quoique bien fétide, n'est pas gangréneuse. L'état général s'aggrave. (Cautérisation énergique avec l'acide chlorhydrique pur.)

Le 26, l'ulcération jugale est un peu détergée; le fond en est blanchâtre, mais les bords sont durs et comme calleux. L'œdème de la joue est aussi considérable. La muqueuse palpébrale de l'œil gauche est le siége d'une légère exsudation pelliculaire, translucide, d'un blanc jaunâtre. L'état général est toujours aussi grave.

Le 29, même état local et général. L'œil ne contient plus de diphthérite et la muqueuse est à peine rouge.

---

classe dans les *fièvres de miasme* les intermittentes, les pernicieuses, les nerveuses, les gastriques bilieuses, les putrides malignes, les ataxiques, les adynamiques, les méningo-gastriques, les gastro-entériques, les dothinentériques et les méningiques (1). Le docteur Uffreduzzi a fait un grand éclat à Rome par son traitement des fièvres dites nerveuses, à l'aide de doses énormes de sulfate de quinine (2). La vieille école, habituée à n'employer dans ces graves affections que les antiphlogistiques, les purgatifs et autres moyens non spécifiques, crie à l'hérésie, à l'énormité, à la monstruosité, voire même à l'homicide; Uffreduzzi continue à publier des faits de quasi-résurrection. Mais le tort de ce dernier consiste à administrer le sulfate de quinine dans toutes les fièvres dites nerveuses, groupe hétérogène comprenant des fièvres palustres et des affections de toute autre nature. C'est ici une affaire de diagnostic, c'est-à-dire une affaire inconnue à Rome. La méthode nouvelle, comme l'appelle son auteur, est loin de mériter cette qualification; depuis longues années, nous l'employons en Algérie, mais en nous basant sur un diagnostic précis : parmi les fièvres qui s'accompagnent de grands désordres nerveux (fièvre nerveuse des Romains), nous n'attaquons avec le sulfate de quinine que celles qui sont palustres.

Notre pratique, en Algérie, a été désastreuse pendant plusieurs années; les médecins militaires le confessent hautement. La prééminence du traitement en vigueur aujourd'hui est prouvée par les résultats les plus évidents. Notre thérapeutique d'alors était pire encore que la méthode romaine, en ce sens que nous redoutions ces purgatifs incendiaires, huile jetée dans le feu du tube gastro-intestinal envahi par une phlogose qu'on voyait partout. Bien heureusement, dans le fouilli d'erreurs de Thomasini s'est trouvé un principe thérapeutique d'une utile application. Les purgatifs légers, au lieu d'être des irritants, sont des contro-stimulants, des lénitifs, des rafraîchissants, des émollients. L'école actuelle a conservé ces principes; il n'est pas rare qu'on fasse prendre dix à vingt laxatifs dans le cours d'une maladie de quelques septénaires. Comme on voit presque partout la diathèse sthénique, on administre des purgatifs dans presque toutes les affections. Sur 10 maladies prises au hasard dans la pratique romaine, je ne sais si on en trouverait une seule traitée sans évacuants. A la moindre indisposition, au premier malaise, vite un purgatif. Beaucoup de personnes en prennent à titre de préservatif. Rafraîchir, purger et saigner, telle est l'indication presque universelle. La thérapeutique romaine marche presque de pair, pour la simplification, avec celle de Broussais.

Autant les médecins de Rome sont prodigues de purgatifs légers (casse, tamarin, sulfate de soude ou de magnésie, petites doses d'huile de ricin), autant ils redoutent les vomitifs en général et les purgatifs un peu énergiques. Dans les fièvres rémittentes avec embarras gastrique et état bilieux, nous faisons communément disparaître ces complications en deux jours, grâce à la potion suivante : ipécacuanha, 1 gramme, et tartre stibié, 5 centigrammes, ou encore : ipéca et ca-

(1) Pagani. STORIA DI UNA GRAVE FEBBRE NERVOSA CURATA DEL Dr PAGANI SECONDO LA NUOVA DOTTRINA DI G. UFFREDUZZI. Macerata. 1851.

(2) Par exemple, 144 grains en un jour, et 432 grains dans un septénaire. Uffreduzzi. CASI RECENTI DI FEBBRI NERVOSE IN CORRISPONDENZA SCIENT. IN ROMA. 1851.

Le 30, l'ulcération de la joue est entourée par une induration plus considérable et plus dure ; l'enfant laisse écouler de sa bouche un liquide sanieux et infect. Il est difficile maintenant d'explorer tout l'intérieur de la cavité buccale. La face externe de la joue est lisse et rouge, surtout au niveau de la petite cicatrice récente dont nous avons parlé plus haut.

Le 31, l'état général s'aggrave. La dyspnée fait des progrès considérables; la tuméfaction et la rougeur de la joue sont accrues. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique le 31 au soir.)

Le 1er novembre, le matin, à la visite, on trouve la joue droite perforée ; l'ouverture est ronde et nette, comme celle qu'on pratique dans le cuir avec un emporte-pièce; elle a fait disparaître la petite cicatrice. En même temps, il semble que la joue est moins tendue et sa rougeur moins unie. L'intérieur de la bouche paraît être dans le même état. Même état général.

Le 2, la perforation s'est légèrement accrue ; elle est toujours aussi nette; il semble que les parois de cet orifice s'agrandissent progressivement; leur couleur est d'un gris rougeâtre. Le lisère ulcéreux gingival est le même. La diphthérite oculaire ne s'est pas montrée de nouveau; les yeux sont chassieux.

Le 3, l'ulcération perforante s'est encore agrandie sans altérer en rien sa forme et sa régularité; l'ulcération s'accroît en circonférence. L'état général devient plus grave. (Cautérisation avec le fer rouge de tout le pertuis ulcéreux.)

Le 4, l'orifice cutané s'est un peu agrandi; sa coloration est blanchâtre, avec le même caractère.

Le 6, légère hémorrhagie buccale, sans qu'on puisse bien préciser le point de départ. Amaigrissement léger, perte d'appétit. L'état général se maintient au même point. La plaie fistuleuse s'agrandit lentement sans perdre sa forme ; la cautérisation n'a absolument rien produit. L'œil droit est constamment fermé. Il ne contient pas de diphthérite; mais il existe entre les lames de la cornée un épanchement purulent interstitiel. Le pouls est petit, sans fréquence bien considérable; les râles muqueux thoraciques sont moindres ; l'embonpoint est encore assez notable, mais l'attitude de l'enfant offre une tristesse particulière ; il passe des journées entières immobile, la figure appuyée sur son oreiller, qui est sans cesse souillé par le liquide salivaire et ensanglanté qui s'échappe par la fistule. (Inoculation pratiquée à la face interne de chaque cuisse, avec le liquide pris sur les gencives ulcérées et sur la surface de l'ulcère jugal.)

Le 7, les inoculations n'ont rien produit; même état général et local, une légère hémorrhagie buccale s'est produite. (Pilules opiacées ; vin de quinquina, vin de jagnels.)

Le 11, rien d'appréciable n'est survenu aux points d'inoculation. L'auréole œdémateuse du pourtour de l'orifice semble diminuer ; l'anneau ulcéreux est un peu affaissé sur ses bords ; en même temps son aspect rougeâtre est remplacé par une coloration plus blanche. Même état général. (Même prescription ; pansement avec camphre et quinquina arrosé d'eau de Rabel.)

Le 13, l'état général paraît s'améliorer. Les bords de l'ulcère se sont affaissés, et le diamètre de la fistule considérablement diminué, avec cette particularité que l'orifice cutané est plus considérable que celui du côté de la muqueuse buccale, de sorte que cette fistule ressemble assez exactement à un entonnoir. Les parties qui l'environnent, et qui étaient autrefois gonflées et œdémateuses, sont au contraire actuellement affaissées, de sorte que l'ulcère se trouve aujourd'hui situé au milieu d'une légère dépression.

Le 15, l'orifice extérieur est encore diminué, tellement qu'il est presque comblé en entier par un liquide purulent de bon aspect, on pourrait même le croire complétement oblitéré, si pendant l'expiration il ne s'échappait un peu d'air. On peut assez facilement explorer la bouche, dans laquelle on trouve encore un large ulcère blanchâtre à bords calleux. L'ulcération des gencives n'a pas notablement changé ; les dents sont noircies par les cautérisations. L'état général est assez satisfaisant pour qu'on recommande de lever le malade.

Le 17, la diminution de l'orifice a continué; il présente une ouverture tellement petite qu'elle recevrait tout au plus une tête d'épingle. Les parois de la joue sont molles et flasques ; l'œil droit s'ouvre complétement et l'opacité de la partie inférieure de la cornée est complète. L'état général continue à s'améliorer. L'appétit est bon.

Le 19, l'état local est absolument le même, mais l'enfant semble triste et refuse les aliments.

Le 20, la fièvre qui depuis longtemps n'existait plus se montre assez vive, en même temps la respiration est fréquente. On constate des râles fins et muqueux aux deux bases des poumons. Rien de changé à l'état local, si ce n'est autour du petit pertuis qui constitue maintenant l'ulcère de la joue. Il existe aujourd'hui une auréole rouge avec un bourrelet calleux.

Le 21, l'état général continue à prendre la même allure comme aux mauvais jours, et en cherchant à examiner la bouche, on trouve l'ulcération de la face interne de la joue avec un aspect grisâtre ulcéreux s'étant avancé jusque sur la lèvre inférieure et au voisinage de la commissure droite. Sur la lèvre il était facile de voir cette ulcération avec les bords sinueux et irréguliers. (M. Bouley prescrit une cautérisation avec l'acide chlorhydrique, puis sur cette surface qui n'était plus stationnaire, mais qui depuis la veille avait fait des progrès notables.) Je pratiquai moi-même la cautérisation, ayant le soin de toucher convenablement tous les points ulcérés, la face interne de la joue droite, la gencive du même côté et tout le même bord de la langue qui offrait également une ulcération dans toute la largeur. En faisant, immédiatement après la cautérisation, une injection dans la bouche pour enlever le reste de l'acide, je vis ressortir par le pertuis une colonne de liquide d'un calibre très-considérable. L'oblitération de l'orifice était plus apparente que réelle, ou mieux le travail ulcéreux avait marché en laissant sur la place le détritus qui masquait, en remplissant le trajet de la fistule.

Le 22, l'ulcère a repris son caractère ulcéreux envahissant comme aux mauvais jours ; son orifice antérieur a plus d'un centimètre de diamètre. L'œdème du pourtour a reparu ; la paupière de l'œil droit est légèrement tendue. En outre, l'état général continue à être moins satisfaisant. Plus d'appétit, plus de sommeil.

A la visite du 23 on trouve l'orifice externe plus large qu'il n'a jamais été; de plus sa forme est ovalaire à grand diamètre transversal. Les bords sont taillés à pic comme avec un emporte-pièce. La surface ulcéreuse de cet orifice est d'un gris rougeâtre; elle est baignée par un liquide ayant un aspect huileux très-marqué. Cet ulcère rappelle cette espèce de chancre connu sous le nom d'*ulcus perforans*, qui creuse comme une sorte de puits profond et régulier dans le tissu dense du gland. La joue entière est d'un rouge vif et présente un œdème dur très-prononcé. Le reste du visage est pâle et altéré. La dyspnée et la fièvre continuent.

Le 25, état à peu près stationnaire; cependant l'ulcère a fait quelques progrès. On voit à travers les dents les alvéoles complétement dénudées.

Le 29, état stationnaire, peut-être même légère amélioration dans l'aspect extérieur du malade, ainsi que dans l'œdème de la joue.

Le 1er décembre, amélioration notable. Les ulcérations buccales sont moins considérables ; celles des gencives sont cicatrisées vers leurs extrémités. L'œdème a diminué considérablement. La surface ulcéreuse de l'ulcère de la joue est d'une coloration rosée qui donne lieu d'espérer encore une tentative de guérison. Les forces sont plus satisfaisantes, l'appétit revient, l'enfant doit se lever.

Le 2, le chancre perforant a diminué; même aspect satisfaisant; l'état général se maintient meilleur.

Le 3, le malade paraît accablé, refuse ses aliments. Même état local.

Le 4, le chancre, sans cependant avoir changé d'aspect, s'est évidemment agrandi transversalement ; néanmoins la muqueuse buccale s'est reproduite même sur des points qui ont été si longtemps ulcérés. Les gencives sont cicatrisées, les dents sont restées déchaussées, mais les parties de gencives qui ont survécu à l'ulcération offrent certainement un liséré cicatriciel dans les points où ont existé les ulcères ; il n'existe plus dans la bouche de surfaces ul-

---

lomel, 1 gramme de chaque. Ces prescriptions paraissent des monstruosités à nos confrères de Rome, qui, devant les mêmes maladies, procèdent timidement par des laxatifs répétés trois, quatre et cinq jours de suite, sans avoir jamais recours au vomi-purgatif énergique qui produit une substitution et une perturbation si utiles, et abrége de moitié la durée de l'affection.

P. S. Nous finirons comme nous avons commencé, par une protestation d'estime pour le professeur que la force des choses nous a porté nécessairement à critiquer; c'est précisément parce qu'il est un des plus illustres représentants de l'école, parce que son livre est classique à Rome, en un mot, c'est à cause du mérite de l'homme et de la réputation de l'œuvre, que la critique a dû le choisir entre tous les autres. En nous plaçant au point de vue romain, nous n'aurions trouvé qu'un tribut d'éloges à lui donner; mais en le considérant, lui et l'école, depuis une autre sphère, notre rôle s'est changé du tout au tout.

FÉLIX JACQUOT.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris vient d'instituer un prix de 1,000 francs, à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« De l'albuminurie, sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. »

Les mémoires, écrits en langue française, devront être adressés *franco*, avant le 31 décembre 1853, à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté, avec le nom de l'auteur.

Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

— La Société médico-pratique de Paris, dans sa séance du 27 septembre 1852, a décerné à l'unanimité, conformément aux conclusions de la commission, le prix unique de 300 fr., à M. Ed. Tanffileb, docteur-médecin à Barr, comme auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine. »

Elle a en outre, vu l'importance vraiment exceptionnelle de ce remarquable concours, et malgré l'état précaire de sa situation financière, accordé, à titre de récompense et d'encouragement, une somme de 100 fr. à M. le docteur Massart, médecin à Napoléon-Vendée, et à M. le docteur Müller, médecin à Mulhouse.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver, sont prévenus que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu lundi prochain 25 octobre, à une heure et demie, à la Faculté de médecine.

— La Faculté de médecine de Strasbourg a fixé au 4 novembre sa séance solennelle de rentrée, dans laquelle les prix seront distribués.

Les cours commenceront le lendemain 5.

cérées, excepté le seul orifice interne de la fistule qui traverse perpendiculairement la paroi jugale.

Le 5, affaissement considérable du malade, pâleur et décoloration de tous les tissus. Je constate au soir un œdème de tout le membre supérieur droit. L'orifice ulcéreux extérieur s'est légèrement agrandi.

Le 6, même état local; mais l'œdème se montre aux jambes et au scrotum. Épanchement dans la plèvre du côté droit; sueur et dyspnée plus prononcées; diarrhée intense, douze fois dans la nuit du 5 au 6. Une d'elles nous est montrée; elle contenait une quantité notable de sang. (Sirop antiscorbutique, nourriture végétale, jus d'herbes, citron, cresson, vin et quinquina.)

Le 7 au matin, l'enfant mourut subitement d'une syncope, au moment où il appelait pour demander le vase de nuit.

AUTOPSIE faite le 9 décembre 1849.

Cadavre amaigri et légèrement infiltré aux extrémités; légère bouffissure du visage. En ouvrant le thorax, on rencontre de l'hydrothorax. A gauche, le liquide était séreux et en petite quantité, tandis que du côté droit l'épanchement était considérable et louche, avec des flocons albumineux. La base du poumon droit était recouverte d'une couche celluleuse aréolaire de fibrine coagulée dépendant d'une pleurésie récente. Il existait une légère adhérence, par l'intermédiaire de cette production, entre le poumon et la plèvre diaphragmatique. Le lobe moyen du poumon droit était le siége d'un énorme épanchement sanguin au milieu même du parenchyme. Le sang formait des masses noires compactes, séparées par des parties de poumons offrant l'aspect œdémateux, ou faisant écouler un liquide spumeux et sanglant en pressant ces parties pulmonaires. L'insufflation démontra que tout le reste était parfaitement normal.

Le péricarde contenait une certaine quantité de sérosité citrine avec de petits grumeaux albumineux.

Le cœur était décoloré, avec des caillots cruoriques et fibrineux considérables, existant dans les deux ventricules et les gros vaisseaux qui partent du cœur.

L'abdomen contenait un épanchement notable de sérosité. Estomac, reins, foie normaux. L'intestin grêle n'offrait rien autre chose que quelques points rares légèrement vascularisés. Le gros intestin, au contraire, était le siége d'une injection très-considérable, avec des follicules tuméfiés et ulcérés. Plus on approchait de la fin du gros intestin, plus on rencontrait la muqueuse injectée et ramollie. Vers la fin du rectum, il existait une légère couche de matière blanche exsudée par plaque sur la muqueuse, qui se trouvait au-dessous granulée, rouge et ramollie. Tous les organes étaient exsangues. Pas traces de tubercules. La bouche offrait à la face interne de la joue droite, dans le point où avait existé une ulcération, un tissu fibreux de cicatrice, remarquable. Les gencives étaient complétement cicatrisées; mais toutes les molaires supérieures et inférieures du côté droit étaient déchaussées, et les maxillaires correspondantes se trouvaient à nu dans une grande étendue et sur toute la hauteur du rebord alvéolaire.

La surface ulcéreuse de la fistuleuse avait toujours son même aspect, avec ses bords durs et calleux. Le gonflement œdémateux de la joue était presque complétement disparu.

Les conjonctives étaient parfaitement saines.

Il était impossible de retrouver sur les cuisses quelques traces des points où nous avions pratiqué les inoculations.

(La suite au prochain numéro.)

p. 702

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite. — Voir les numéros 14, 16, 17 et 27.)

Le deuxième mémoire que nous avons présenté à l'Académie des sciences (C. REND. DE L'ACAD. DES SC., t. XXXII, p. 541) renfermait les moyennes des modifications que subit la température animale par l'introduction, dans l'organisme, de six des agents de la médication évacuante: trois vomitifs (le tartre stibié, l'ipécacuanha et le sulfate de cuivre) et trois purgatifs (l'huile de croton tiglium, la gomme-gutte et la coloquinte).

Dans ce nouveau travail, nous livrons à la publicité nos expériences *in extenso*, et nous les accompagnons de considérations physiologiques et thérapeutiques, non sur leurs propriétés vomitives et purgatives, effets qui peuvent souvent être produits d'une manière toute mécanique, mais sur leur action intime, sur leurs propriétés *élective*, *spécifique* et *dynamique*. Pour nous, la valeur intrinsèque d'une substance n'est réellement connue que lorsque ces trois forces médicatrices ont été déterminées.

I. — VOMITIFS : Tartre stibié, Ipécacuanha, Sulfate de cuivre (1).

1° TARTRE STIBIÉ.

Nos expériences ont été faites sur des chiens adultes, et nous les avons entourées de toutes les précautions dont nous avons rendu compte dans nos précédents mémoires.

Nous essayerons, après le récit de nos expériences, de dogmatiser le mode d'action de l'émétique, en précisant, suivant la méthode de l'un de nous, l'*électivité*, la *spécificité* et l'action *dynamique* de cet agent thérapeutique.

Nos expériences sont au nombre de sept.

EXP. I. — 1er juin 1850. La température initiale est de 39°,7.

A 2 heures, on injecte, dans la crurale droite d'un chien, 5 centigr. d'émétique en solution dans 50 gr. d'eau à 33°.

A 2 heures 38 minutes, le thermomètre marque 40°,6. L'animal ne présente aucun phénomène pathologique.

A 4 heures 35 minutes, 41°. Il n'y a ni nausées ni vomissements.

EXP. II. — 1er juin 1850. La température initiale est de 40°,4.

A 2 heures 20 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien, 30 centigr. d'émétique en solution dans 100 gr. d'eau à 35°.

A 2 heures 25 minutes, efforts violents de vomissement.

A 2 heures 30 minutes, 41°4. Les efforts de vomissement cessent.

A 2 heures 40 minutes, 41°,4.

A 4 heures 40 minutes, 39°,9.

A 5 heures du matin, le 2 juin, on trouve l'animal mort.

L'autopsie est faite à 10 heures.

Les organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale sont le siége d'une stase sanguine manifeste.

Le sang que renferme le cœur est liquide, épais, noir et sans caillots.

L'estomac présente d'épaisses rides charnues dans son petit cul-de-sac, au niveau et dans l'intervalle desquelles il existe une abondante vascularisation de la membrane muqueuse, qui est comme ecchymosée dans certains points.

Dans la première moitié de l'intestin grêle, on trouve une bile jaunâtre, recouvrant la membrane muqueuse qui est finement injectée, et porte, dans quelques points, des taches ecchymotiques.

Le foie et la rate n'offrent rien à noter.

Les reins sont le siége d'une congestion sanguine des plus manifestes.

Les membranes du cerveau sont injectées.

La substance blanche de cet organe est assez abondamment piquetée. La substance grise est rougeâtre.

EXP. III. — 12 juin 1850. La température initiale est de 40°,8.

A 1 heure 45 minutes, on injecte, dans la veine crurale gauche d'un chien, 10 centigr. d'émétique en solution dans 50 gr. d'eau à 37°.

A 1 heure 53 minutes, il y a un vomissement et de l'abattement.

A 2 heures 3 minutes, 41°.

A 4 heures 55 minutes, 41°,8. On note encore des efforts de vomissement et de l'abattement.

Le 13, à 5 heures du matin, on trouve l'animal mort.

AUTOPSIE à 10 heures.

L'animal n'est pas encore roide.

Les poumons sont maculés; le cœur n'offre rien d'anormal.

L'estomac contient un peu de liquide grisâtre; il est peu revenu sur lui-même, se laisse facilement distendre; la membrane muqueuse est d'un gris violacé, et elle est légèrement vascularisée dans certains points.

La portion pylorique est seulement grisâtre. Le duodénum est le siége d'un peu d'injection. La substance du pancréas est grise, et d'un rouge assez intense. Les reins sont gorgés de sang.

Les ganglions du plexus solaire nous semblent un peu rosés.

Les membranes du cerveau ne sont pas manifestement injectées; la substance blanche est à l'état normal; la grise est faiblement rosée, mais d'une manière non uniforme.

EXP. IV. — 18 juin 1850. La température initiale est de 40°,8.

A 1 heure 5 minutes, on injecte, dans la veine crurale droite d'un chien, 9 centigr. d'émétique dans 45 gr. d'eau à 33°.

A 1 heure 50 minutes, l'animal, après avoir bu abondamment, vomit trois fois.

A 2 heures 17 minutes, 41°,4. L'animal se place de préférence dans les endroits chauffés par le soleil. Il a une selle liquide.

EXP. V. — 18 juin 1850. La température initiale est de 40°.

A 2 heures 8 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien, 50 centigr. d'émétique en solution dans 100 gr. d'eau à 31°.

A 5 heures 35 minutes, 39°,5; abattement, diarrhée.

Le 19 au matin, on le trouve mort.

AUTOPSIE à 11 heures.

(1) Voir les C. RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 1851, t. XXXII, p. 541, et t. XXXIII, p. 409; l'ANN. DE THÉRAP. de M. Bouchardat, 1852, p. 1; et ANN. DES SC. NAT., 3e série, t. XVI, 1er cahier 1852, p. 1. Ces divers mémoires complètent l'ensemble de nos recherches sur les *modifications imprimées à la température animale par les évacuants (vomitifs et purgatifs)*.

Le poumon gauche, correspondant au côté sur lequel l'animal était couché, est le siége d'une stase sanguine; l'autre est à l'état normal. Le cœur contient des caillots.

L'estomac présente, au niveau de son petit cul-de-sac et dans toute sa portion déclive, qui est remplie d'une bile verte, une teinte rouge violacé avec vascularisation manifeste. La partie la plus relevée du grand cul-de-sac et la portion pylorique sont saines. On trouve, dans cette dernière partie, de la bile jaune. Tout l'intestin grêle est recouvert d'une couche épaisse et gélatineuse, formée de mucus teint en jaune par la bile qui le pénètre. Au-dessous de ce mucus, dans le premier tiers intestinal, la muqueuse est fortement vascularisée; les deux derniers tiers ne sont hypérémiés que par places.

Le gros intestin qui, avant l'expérience, contenait des matières dures, très abondantes, avait été vidé par les selles, dans lesquelles on remarquait le mucus gélatiniforme dont il a été parlé.

Les autres viscères ne présentent rien à l'observation; il en est de même de l'encéphale et de ses enveloppes.

Exp. VI. — 27 juin 1850. La température initiale est de 39°,9.

A 1 heure, on injecte, dans la veine crurale gauche d'un chien, 10 centigr. d'émétique en solution dans 50 gr. d'eau distillée à 35°.

A 1 heure 15 minutes, l'animal vomit et devient triste.

A 1 heure 55 minutes, 39°,8; l'animal est très-abattu et immobile.

A 2 heures 37 minutes, 39°,9.

A 5 heures 10 minutes. 41°,3.

Le 28, à 11 heures 15 minutes, 39°,8.

Exp. VII. — 10 novembre 1850. La température initiale est de 40°.

A 12 heures 8 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien, 50 centigr. d'émétique en solution dans 50 gr. d'eau à 35°.

A 12 heures 20 minutes, nausées, efforts de vomissement.

A 12 heures 45 minutes, 38°,6.

Pendant que nous prenons la température, l'animal témoigne par ses cris qu'il souffre, le thermomètre baisse de 0°,02 et s'arrête à 39°,6.

Efforts de vomissement.

A 2 heures 35 minutes, 38°,2. L'animal fait de violents efforts de vomissement, pousse des gémissements. Il a des déjections alvines.

A 6 heures, on le trouve mort, au milieu d'abondantes matières fécales liquides.

Autopsie le 12 à 11 heures.

Les poumons, le cœur, le foie et la rate sont à l'état normal. Les reins sont un peu turgescents.

La membrane interne de l'estomac offre dans quelques points une vascularisation peu intense. La membrane interne de l'intestin est d'un rouge lie-de-vin dans son premier cinquième; cette hypérémie va s'atténuant de plus en plus, dans les quatre derniers cinquièmes et se trouve alors recouverte par un mucus gélatiniforme assez abondant.

Le pancréas est maculé d'épanchements sanguins.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont fortement congestionnées. La substance grise est généralement d'un rose intense, et la substance blanche est parsemée d'un piqueté gros et abondant. Les tubercules quadrijumeaux postérieurs sont manifestement plus rouges que les antérieurs.

Les membranes de la moelle épinière sont le siége d'une légère congestion. La substance grise est rosée; la substance blanche est intacte.

Ces observations sont pleines d'intérêt; elles révèlent, au point de vue des modifications que subit la température animale, un fait curieux; elles viennent corroborer l'opinion de l'école italienne, en ce que l'émétique donné à haute dose est franchement hypostbénisant. En effet, administré par l'estomac ou injecté dans les veines aux doses de 5, 9, 10 et meme 30 centigr., l'émétique élève la température animale, tandis qu'à 50 centigr., il l'abaisse notablement.

Ces observations sont également concluantes en ce que l'émétique a provoqué les nausées et le vomissement, qu'il ait été introduit dans l'estomac ou bien injecté dans les veines (1). Il ne peut donc rester nul doute dans notre esprit sur les causes du vomissement. Elles ne résident pas essentiellement dans l'action topique de la substance, mais bien dans une action spéciale sur le système nerveux.

L'autopsie des animaux qui ont succombé à l'intoxication antimoniale nous a fourni des faits qui viennent également à l'appui des conclusions déjà émises sur l'émétique.

Les altérations du poumon, que nous regrettons de n'avoir pas trouvées aussi évidentes que celles signalées par M. Magendie; l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale; l'état pathologique du cerveau et de ses membranes; enfin la teinte rosée et même la rougeur des ganglions du plexus solaire, ces altérations, disons-nous, condnisent non-seulement aux conclusions de M. Orfila, mais encore à rechercher si « l'action particulière sur le tissu pulmonaire et la membrane muqueuse qui revêt le canal digestif » n'est pas précédée d'une action plus immédiate sur les centres nerveux.

L'émétique appliqué sur nos organes peut agir topiquement ou être absorbé. Dans le premier cas, que ce soit sur la peau ou sur les muqueuses, il irrite, provoque de la rougeur et augmente les sécrétions; sur la peau, il soulève l'épiderme et donne lieu à des pustules assez semblables à celles de la variole, ou mieux à celles de la vaccine; sur les membranes muqueuses, il détermine une inflammation aphtheuse qui cause de vives douleurs. Dans le second cas, l'émétique est absorbé, et son effet devra être à peu près identique, du moins qualitativement, qu'il ait été ingéré dans l'estomac ou injecté dans les veines: c'est, en effet, ce que nous avons reconnu dans nos expériences.

Si la dose d'émétique absorbée est peu considérable, il y a élévation de la température, accélération du pouls, augmentation des sécrétions intestinales, convulsions musculaires, vomissements, diarrhée, quelquefois des crampes dans les membres.

Ces symptômes révèlent assez, il nous semble, l'action *élective* de l'émétique sur l'axe cérébro-spinal, action que M. Barbier localise sur la moelle allongée.

L'émétique est-il administré à dose plus élevée, la scène change: la température s'abaisse; le pouls devient petit, irrégulier, quelquefois misérable; les sécrétions intestinales diminuent; les organes qui les fournissent changent d'état et tendent à la forme aphtheuse. Au lieu des convulsions musculaires, on observe la résolution des forces, des sueurs et des urines abondantes; il n'y a plus ni vomissements ni diarrhée, mais hyposthénie générale, et si la mort survient, on constate non-seulement l'état anormal des membranes muqueuses gastro-intestinales et de l'encéphale, mais aussi celui des plexus des nerfs ganglionnaires.

Ainsi l'émétique à petite dose attaque l'état physiologique du centre nerveux de la vie animale, et à haute dose, l'action se propage aux centres nerveux de la vie organique. Dans ce cas, il pervertit tellement les fonctions de conservation que son action thérapeutique réside tout entière dans un commencement d'intoxication, degré qu'il faut savoir maintenir et ne pas dépasser; car alors survient la révolte de l'organisme (période inflammatoire de l'intoxication), suivie bientôt de l'épuisement des mouvements vitaux, comme le dit Strambio, et contre lequel l'art médical est impuissant.

Nous serons donc parfaitement logiques en déduisant de ce qui précède la proposition suivante:

L'émétique a électivité sur le système nerveux: primitivement, sur le centre de la vie animale; secondairement, sur les centres de la vie organique.

La seconde conclusion que nous voudrions tirer de nos expériences et de l'observation clinique est relative à l'action *dynamique* du tartre stibié.

En considération des phénomènes que produit cette substance à petite dose: élévation de la température, accélération du pouls, augmentation des sécrétions, faut-il conclure à l'action hypersthénique, ou mieux, en considération des effets qu'elle produit à haute dose: diminution de la température, petitesse du pouls, résolution des forces, faut-il conclure à l'action hyposthénique?

Si nous restions en présence de ces deux ordres de faits, sans nous étayer de la recherche de la *spécificité* de l'émétique, nous pourrions alternativement conclure à l'hyposthénisation ou à l'hypersthénisation; mais comme l'étude d'un médicament n'est réellement complète que lorsque ces trois modes d'agir sont précisés, il s'ensuit que l'action dynamique réelle est celle qui se produit sous l'influence de la dose qui révèle la spécificité de la substance.

La *spécificité* de l'émétique se manifestant surtout quand cette substance est administrée à haute dose, nous nous croyons en droit de formuler comme seconde proposition:

L'émétique est une substance hyposthénisante.

Nous venons d'admettre la spécificité de l'émétique; mais quelle est cette spécificité?

M. Magendie a constaté, dans les autopsies qu'il a pratiquées, que le poumon était plus ou moins altéré, suivant la quantité d'émétique introduit dans l'économie. A 30 ou 40 centigrammes, le poumon et la membrane muqueuse gastro-intestinale sont tous deux lésés; à 60 ou 90 centigrammes, le poumon seul est altéré; à 20 centigrammes, son action ne porte en quelque sorte que sur la membrane muqueuse gastro-intestinale: d'où nous sommes portés à conclure que l'émétique modifie profondément les fonctions pulmonaires, et que la modification est en raison directe de la quantité de la substance. D'un autre côté, en rapprochant ce fait expérimental de l'observation clinique, nous serons conduits à reconnaître, avec M. Orfila (Traité de toxicol., t. II, p. 484), que l'émétique a une action particulière sur le tissu pulmonaire.

(1) C'est à l'aide de semblables injections que M. Flourens, en provoquant de violents efforts de vomissement, a pu mieux étudier qu'on ne l'avait encore fait le mécanisme de la rumination. Il a publié les intéressants résultats de ses recherches expérimentales dans les Ann. des sciences nat., 1re série, t. XXVII, p. 34 et 291, et 2e série, t. VIII, p. 50.

Ces considérations nous amènent à reconnaître à l'émétique une action *spécifique* sur le tissu pulmonaire.

Nous nous résumons en ces trois propositions :

1° L'émétique a *électivité* sur les centres nerveux;

2° Il agit comme *hyposthénisant;*

3° Il exerce une action *spécifique* sur le tissu pulmonaire.

Ces trois modes d'action peuvent être considérés comme trois forces distinctes qu'il sera possible d'utiliser séparément, mais qui ne donneront la *résultante* de l'action de ce médicament que dans les maladies du tissu pulmonaire.

Avant d'entrer dans l'application clinique de l'émétique, nous voulons brièvement dire quelques mots sur certains termes employés relativement aux phénomènes qu'il provoque.

Donné à petites doses, il détermine des vomissements; si l'on en continue l'usage, les vomissements cessent et la *tolérance* s'établit. La *tolérance*? Est-ce l'habitude? La membrane muqueuse de l'estomac a-t-elle perdu sa sensibilité, le centre nerveux est-il paralysé? Ce que nous avons dit de l'action progressive du tartre stibié sur le centre spinal, puis sur les ganglions du grand sympathique, nous dispense de nombreux détails. Quand elle s'exerce sur les centres ganglionnaires, elle s'y concentre et fait cesser toutes les contractions musculaires; c'est un commencement d'intoxication.

La cessation de la *tolérance* ne dépendrait pas, suivant nous, du retour à l'état sain, comme le prétend Rasori, mais à ce que l'organisme se débat sous l'influence *antimoniale* et revêt de nouveau la forme inflammatoire.

Laennec ne partageait pas non plus l'opinion de Rasori sur la cessation de la *tolérance* par suite de la disparition du stimulus. M. Gintrac, dans ses études sur les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose, ne reconnaît pas que l'état morbide soit la cause de la tolérance.

Nous n'adoptons pas non plus les raisons que donne Rasori pour formuler le principe suivant : « que les doses du médicament doivent suivre la progression de la maladie et décroître avec elle; » mais nous soutiendrons que le tartre stibié doit être donné à telle dose que l'état morbide hypersthénique soit vaincu par l'action hyposthénique du médicament, et que l'intensité de la modification *spécifique* doit être maintenue égale à la *modalité* pathologique de l'organe affecté.

Ce qui précède dévoile notre manière de voir sur l'emploi de l'émétique dans la péripneumonie.

L'action *spécifique* du tartre stibié sur le tissu pulmonaire est une action substitutive. L'action dynamique générale sur l'organisme est une action hyposthénisante. Cette manière de voir est bien loin de celle de Ch. Peschier (de Genève) qui attribue l'action bienfaisante de l'émétique dans la *fluxion de poitrine* à une espèce de dérivation vers les vaisseaux sanguins de l'abdomen, et au trouble que cette substance excite dans l'organisme; mais elle se rapproche de celle de Rasori, sous le point de vue dynamique et de celle de MM. Trousseau et Pidoux sous celui de la spécificité des maladies. M. Gintrac (*mém. cité*) établit également que le tartre stibié n'agit pas à titre de révulsif par son action irritante locale, mais que c'est à une action spéciale sur les organes sécréteurs, sur les appareils de la respiration et de la circulation qu'il faut rapporter les effets de cette substance.

L'émétique n'est pas seulement utile dans les péripneumonies; il a été essayé dans un certain nombre d'affections inflammatoires et dans divers états pathologiques du système nerveux.

Dans toutes les affections du poumon, le tartre stibié rend évidemment des services, et la modification curative s'explique par la spécificité de la substance. Dans les pleurésies, Richter et Laennec se louent de l'émétique durant la période d'acuité, mais ce médicament est sans effet après cette période. L'action *dynamique* de l'émétique rend raison de la modification de l'orgasme inflammatoire; mais, *à priori*, on déduit facilement, par ce que nous avons dit de la spécificité de la substance dont nous nous occupons, que le médicament *nécessaire* est tout autre. Nous verrons plus tard que la digitale remplit bien mieux les indications de cette modalité pathologique.

Le rhumatisme aigu a été attaqué avec plus ou moins de succès à l'aide du tartre stibié par un assez grand nombre de médecins.

Nous comprenons qu'il en soit de cette affection à l'état aigu comme de la pleurésie, en ce que l'orgasme inflammatoire cède à l'action hyposthénisante de l'émétique; mais ces succès ne sont que des succès indirects et incomplets en ce que la substance, pour nous servir de l'expression significative employée dans la philosophie scolastique, n'était pas *adéquate* à la modalité de la maladie. Le nitrate de potasse remplirait bien mieux les indications fournies par cette affection (1).

(1) Nous supprimons dans ce travail, faute d'espace, la plupart des recherches bibliographiques que nous avons faites relativement à l'emploi des médicaments dans les affections diverses contre lesquelles on les a préconisés.

Le tartre stibié a été administré dans les hydropisies actives par Laennec Clemens, Itard, Bucholz, Richter, Brokleosby. C'est encore ici l'action dynamique de la substance qui en explique l'effet salutaire. On pourrait aussi attribuer cet effet à la propriété qu'elle possède de provoquer des sueurs et des urines copieuses.

Les affections du tube digestif, diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde, colique, etc., ont été combattues avec succès, à l'aide de l'émétique, par Fontaneille, Rasori, Graves, Ritter, Bouté, en raison de l'action dynamique de la substance ou bien par suite d'une modification substitutive.

Le traitement par l'émétique de certaines affections des centres nerveux, telles que la chorée, les convulsions, le délire tremblant, l'asthme, le tétanos, se rapporte évidemment à l'*électivité* de la substance sur le système nerveux central et au changement spécifique apporté à la modalité morbide.

Il serait trop long de passer en revue tous les essais tentés avec ce médicament; notre méthode d'analyse à l'aide de ses trois forces agissantes rendrait suffisamment compte des succès obtenus, mais laisserait surtout en lumière que l'affection à laquelle il s'applique exactement est la péripneumonie.

Nous terminerons en rappelant les trois propositions déjà énoncées :

1° L'émétique a *électivité* sur les centres nerveux;

2° A petite dose, il a *électivité* sur le centre cérébro-spinal et il est *hypersthénisant;* à haute dose, son action se propage aux centres ganglionnaires et il devient *hyposthénisant;*

3° L'émétique, mais seulement à haute dose, exerce, par substitution, une action *spécifique* sur le tissu pulmonaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les articles suivants : 1° *Cas où une dose trop forte d'huile de croton fut avalée par méprise;* par M. Crothers. 2° *Sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements;* par M. Beatty. 3° *Cas de paraplégie ayant résisté aux autres traitements, et guéri au moyen de l'ergot de seigle;* par M. White. 4° *Sur la pathologie de l'inflammation et de la fièvre;* par M. Freke. 5° *Cas d'anévrisme poplité; ligature de l'artère; amputation;* par M. Norgate. (L'amputation fut nécessitée par la gangrène qui s'était déclarée à la suite de la ligature. Le malade guérit.) 6° *Paralysie d'un côté de la face et du côté opposé du corps;* par M. Benson. 7° *Cas de rétention d'urine, fausse route, hémorrhagie dans la vessie;* par M. Lyon. (En divisant avec un instrument métallique les caillots de sang qui remplissaient la vessie, on put rendre à l'urine son cours et sauver le malade que cette hémorrhagie avait mis dans un danger pressant.) 8° *Hémorrhagie causée par le renversement de l'utérus, pour laquelle la transfusion fut pratiquée avec succès;* par M. Soden. 9° *Sur les dépôts fibrineux de la membrane interne des veines;* par M. H. Lee. 10° *Contagion latente;* par M. R. Long. (Exemple d'un cas où la variole s'est déclarée quatorze jours après que l'individu eut eu des rapports avec un varioleux.) 11° *Sur les principaux effets résultant de la séparation des dépôts fibrineux de l'intérieur du cœur et leur mélange avec le sang en circulation;* par M. S. Kirkes. 12° *Cas d'empoisonnement présumé par le sublimé corrosif;* par M. Robinson.

SUR L'USAGE DU CHLOROFORME DANS LES ACCOUCHEMENTS; par M. BEATTY.

Auteur déjà d'une communication intéressante sur l'emploi du chloroforme combiné avec l'ergot du seigle, M. Beatty n'a pas cessé d'user de ce précieux anesthésique, depuis deux ans, époque de la publication de son premier travail. Il n'a jamais insisté pour en faire accepter l'emploi par les personnes qui avaient contre lui quelque répugnance; mais il ne l'a non plus jamais refusé à celles qui lui en faisaient la demande. Et tels ont été les succès de sa pratique que, depuis lers, il a eu la satisfaction de voir plusieurs de ses clientes revenir à Dublin, quelquefois de localités et de provinces très-éloignées, afin d'être accouchées avec l'intervention de cet agent, qui transforme des heures de douleurs, comme elles le disent elles-mêmes, en *quelques instants de béatitude!*

Un fait sur lequel on ne saurait trop insister, parce qu'il est de nature à dissiper les préjugés qui s'opposent encore, surtout en France, à l'adoption de cette méthode, c'est que si la dose totale de chloroforme administré

durant un accouchement est plus forte que celle nécessaire pour produire le sommeil pendant une opération chirurgicale, l'inhalation en est beaucoup plus lente, plus ménagée, plus coupée d'interruptions dans le premier cas que dans le second. Ce soul, M. Beatty l'exprime avec raison, deux modes d'agir, et par suite deux modes vitaux entièrement différents. La femme en travail n'a pas besoin d'une anesthésie aussi absolue. Déjà habituée à la douleur, elle ne la redoute pas au même degré que l'homme qui va être amputé; elle ne demande à être préservée que contre son excès. On s'explique ainsi comment l'anesthésie peut être prolongée sans danger chez elle durant plusieurs heures; car loin de désirer une insensibilité profonde et continue, on ne doit provoquer qu'un état tel que la femme reste en pleine possession de sa connaissance, cause avec ses amies, demande le chloroforme à l'approche de chaque nouvelle douleur, puis, une fois ce moment passé, le laisse éloigner de sa bouche.

Une telle pratique est sans doute bien opposée à ce que se figurent certains détracteurs systématiques du chloroforme appliqué à la pratique obstétricale; et il faudrait beaucoup d'aveuglement ou de mauvais vouloir pour y voir une source de danger. Mais pour mieux familiariser encore nos lecteurs avec la manière d'y avoir recours, nous allons mettre sous leurs yeux l'indication plus détaillée du mode selon lequel M. Beatty y procède en général. Soit, par exemple, un premier accouchement, dans lequel les douleurs que les femmes éprouvent jusqu'à la dilatation entière du col durent déjà depuis huit, dix ou douze heures. A ce moment la patiente devient indisciplinable, inquiète, agitée, changeant à chaque minute de position. Le chloroforme commencé dans ces circonstances procure immédiatement du calme. Au lieu de s'agiter dans son lit, elle y demeure tranquille, et ce changement, dont elle exprime ensuite sa vive satisfaction, est si rapidement obtenu que les assistants ne peuvent retenir les marques de leur surprise. Une inhalation de deux ou trois minutes suffit parfois pour opérer cet effet.

Le résultat le plus immédiat du remède est la cessation de ces horribles *maux de reins* qui tourmentent les malades et les empêchent de goûter le repos dont elles auraient besoin durant l'intervalle qui sépare les unes des autres les douleurs expultrices.

A l'approche de la douleur suivante, c'est la femme elle-même qui réclame l'application de l'anesthésique. On le lui fait, cette fois, respirer un peu plus longtemps, et bientôt elle devient capable d'en diriger elle-même l'emploi avec une perfection qui la dispense, pendant les quelques heures que dure le travail, de toute souffrance.

Quelques malades s'endorment entre les douleurs. M. Beatty fait remarquer que le chloroforme administré avec la modération dont il vient d'être question favorise ce sommeil naturel. Dans tous les cas, il importe de le respecter.

A mesure qu'on approche du terme du travail, la quantité de chloroforme consommé chaque fois doit être progressivement augmentée, sans cependant qu'il faille jamais la porter au point d'amener une *insensibilité chirurgicale*, de déterminer, par exemple, un sommeil stertoreux. Les malades sentent alors le moment où la douleur a lieu, mais elles n'en éprouvent aucune sensation pénible. Une femme chloroformisée causait avec M. Beatty et lui rendait compte, fidèlement, croyait-elle, de ses diverses impressions successives. Sur ces entrefaites cependant l'enfant vint au jour sans qu'elle s'en fût aperçue, ni qu'elle fût ensuite à même de désigner le moment où cela avait eu lieu.—Une autre, qui avait pendant tout le temps du travail dirigé elle-même la chloroformisation, ne voulut croire que son enfant était réellement né que lorsqu'on l'eut couché dans son lit, à côté d'elle.

Le temps le plus considérable durant lequel M. Beatty ait employé le chloroforme est de cinq heures, le plus court d'un quart d'heure; mais procurer, dans ces cas, un soulagement, ne fût-ce que d'un quart d'heure, est toujours un grand bienfait pour la malade qui redoutait les cruelles douleurs du dernier moment.

Sur 33 cas de sa pratique, l'auteur a prolongé l'usage du chloroforme:
Deux fois durant cinq heures (c'étaient deux primipares);
Deux fois, quatre heures (une primipare);
Trois fois, trois heures (deux primipares);
Quatre fois, deux heures (trois primipares);
Quatre fois, une heure et demie (deux primipares);
Six fois, une heure (deux primipares);
Douze fois, moins d'une heure.

— Puissent ces préceptes si minutieux, ces renseignements si rassurants, dissiper enfin la répulsion que la chloroformisation a jusqu'ici inspirée à nos confrères en tocologie. Qu'ils essayent seulement, et bientôt, nous osons le prédire, l'initiative empressée des malades, se substituant à la leur, les affranchira de la responsabilité qu'ils redoutent à un tel point.

PARALYSIE D'UN CÔTÉ DE LA FACE ET DE L'AUTRE CÔTÉ DU CORPS; par M. BENSON.

L'intérêt de ce cas consiste surtout dans la précision avec laquelle l'autopsie vient confirmer le diagnostic qui avait été porté pendant la vie. Le malade avait offert, il y a un an, plusieurs accès d'épilepsie. Deux mois plus tard, ces accès se renouvelèrent laissant à leur suite une douleur d'une tempe à l'autre et un certain degré de faiblesse et d'impotence du côté droit du corps. A cette époque, l'œil gauche devint inflammé à cause de l'impossibilité où le malade se trouvait de fermer les paupières de ce côté. La partie droite de la face était insensible; cependant le malade donnait des signes de douleur quand on y exerçait une forte pression, principalement sur le trajet des nerfs de la cinquième paire. Non-seulement les muscles masticateurs, mais encore ceux qu'anime la septième paire, avaient perdu leur motilité.

M. Benson diagnostiqua l'existence d'une tumeur pressant sur le côté gauche du cerveau, et appuyant aussi sur l'origine de la septième et de la cinquième paire.

Après une amélioration momentanée due à l'application d'un cautère syncipital, la santé du patient commença à céder au redoublement des accès épileptiques. Il tomba dans la stupeur, devint insensible, incapable de maîtriser les évacuations alvines, et mourut le 14 mars.

AUTOPSIE. — A la surface inférieure de la dure-mère qui recouvre la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, on découvre une petite tumeur du volume d'une noisette, pressant sur cet hémisphère. C'était à elle qu'était due la paralysie du côté droit du corps. —Un autre tumeur scrofuleuse, plus petite, est attachée à la surface inférieure de la dure-mère, justement au point où elle tapisse le ganglion de Gasser; de là sans doute résultait la paralysie observée dans les parties où se distribuent les portions sensitive et motrice de ce nerf. — Dans l'intérieur de l'aqueduc de Fallope, on trouva une troisième tumeur qui comprimait évidement le nerf facial.

Ces tumeurs étaient toutes de nature scrofuleuse. On constata aussi un épaississement de l'arachnoïde, qui tapisse l'hémisphère gauche, une accumulation de sérosité dans les ventricules, et une tuméfaction considérable des glandes de Pachioni.

OPÉRATION DE TRANSFUSION FAITE HEUREUSEMENT POUR UN RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. SODEN.

Quelque succincte, quelque incomplète même qu'elle soit, le fait mentionné dans cette observation est d'une nature trop intéressante pour que nous ne le portions pas à la connaissance de nos lecteurs.

OBS. — Une dame, en travail de son troisième enfant, accoucha rapidement; les dernières douleurs furent si violentes que l'utérus expulsa presque subitement son contenu et se renversa. Un flot de sang s'échappa, et la malade tomba en faiblesse. On détacha le placenta, puis on remédia au renversement, et aucune hémorrhagie ne se fit de nouveau. Mais au bout d'une demi-heure, l'accouchée restait faible, pâle, sans connaissance, exsangue en apparence, avec une respiration stertoreuse, saccadée et ne revenant plus qu'à de longs intervalles. Elle ne pouvait qu'avec peine avaler quelques stimulants, et tous les autres moyens furent mis en usage pour la tirer de cet état. Une heure s'étant écoulée, tout semblait aller de mal en pis : la déglutition était impossible, et la respiration devenait de plus en plus rare. On jugea alors qu'il fallait recourir à la transfusion.

On ouvrit la veine céphalique, et du sang pris à son mari, au moyen d'une seringue ordinaire en maillechort, préalablement bien chauffée, fut injecté. D'abord le liquide ne passait pas et revenait par l'ouverture de la veine. Mais peu à peu la résistance de ses parois céda, et le sang, quoique poussé avec ménagement et douceur, put pénétrer dans le vaisseau.

L'effet fut instantané. Une convulsion envahit le corps tout entier, et les muscles de la face furent violemment tordus. On n'injecta pas plus d'une once de sang. La convulsion se dissipa promptement. La patiente se rétablit peu à peu; mais il se passa une heure avant qu'on sentît son pouls au poignet; elle ne recouvra la connaissance que le matin du jour suivant. Pendant ce temps, on continua à lui administrer des stimulants. Elle demeura quelque temps encore plus faible. Mais depuis lors elle a eu un autre enfant, et se porte maintenant très-bien.

Ce cas est extrait d'un relevé de trente-six observations de transfusion, dressé par M. Soden. Sur ces 36 femmes, 29 furent sauvées, par l'opération, d'un danger imminent; et il ne paraît point qu'elle ait amené ou hâté la mort, dans les autres cas où la terminaison fatale a eu lieu. En effet, dans deux de ces observations, il est permis de croire que la malade avait déjà succombé avant qu'on ne commençât la transfusion; chez une troisième, on ne put faire pénétrer qu'une extrêmement petite quantité de sang; chez une quatrième, il n'y eut aucun effet produit par l'opération; chez la cinquième, il y eut des effets marqués, mais non permanents; dans le sixième et le septième, les femmes étaient réduites à un état de faiblesse trop prononcé pour que l'opération pût les en tirer.

L'auteur ne considère pas l'influence du sang injecté comme s'exerçant d'une manière purement mécanique sur le cœur; il croit qu'il agit en stimulant directement le système nerveux. La rapidité de l'effet qu'il produit varie selon les cas, d'après la durée antérieure de la maladie à laquelle on cherche par là à remédier, d'après le procédé opératoire, d'après la nature des moyens employés concurremment.

Sous le rapport de la quantité du sang perdu, il semble résulter de cette statistique qu'une perte subite affaiblit l'organisme d'une façon plus profonde qu'une hémorrhagie plus abondante, mais qui a mis davantage de temps à s'effectuer. — Ce résultat, du reste, est tout à fait conforme aux données physiologiques acquises par l'expérimentation.

Enfin, M. Soden avertit les chirurgiens de ne pas craindre d'introduire dans la veine trop de sang. Les dangers qui en peuvent résulter ont, selon lui, été fort exagérés.

— Malgré la teneur en quelque sorte comparative de ce dernier paragraphe, nous demandons à l'auteur de conserver un doute sur la justesse du conseil qu'il renferme, et de croire plutôt à la pratique qu'à ses préceptes. Il est remarquable, en effet, que, chez la malade, 30 grammes seulement de sang ont été introduits, et que la guérison non-seulement a eu lieu, mais a eu lieu remarquablement exemple de tout accident. Le résultat des deux opérations heureuses les plus récentes, celle de M. Maisonneuve et celle de MM. Devay et Desgranges, se réunit d'autre part à celui-ci pour nous autoriser à poser ce principe — contrairement à celui de M. Soden, mais conformément à son exemple — qu'une petite quantité de sang suffit dans les cas même les plus menaçants, pour rétablir les forces; et que, puisqu'elle suffit, la crainte bien légitime et trop souvent vérifiée d'accidents redoutables doit empêcher le médecin d'en faire pénétrer une quantité très-considérable.

P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

ÉPILEPSIE TRAITÉE PAR LA TRACHÉOTOMIE.

M. MARSHALL-HALL communique un nouveau cas de succès du traitement de l'épilepsie par la trachéotomie.

Le malade avait éprouvé des accès affreux et presque journaliers depuis vingt ans; il était devenu blême et maigre, avait perdu l'intelligence, etc. L'opération a été faite il y a sept semaines. Cette épilepsie avait la forme de l'*epilepsia laryngea*, forme à laquelle la trachéotomie est appropriée et limitée.

Voici la description d'un de ces accès donnée par M. Mackarsie, de Clay-Cross (Chesterfield), à qui la médecine est redevable de ce fait :

« L'accès est subit, jette le malade avec violence sur la terre; alors pendant quelques minutes, des efforts infructueux pour respirer; la respiration s'effectue enfin par des inspirations striduleuses d'abord, puis librement, et l'accès finit; restent le coma, l'oubli. Pendant l'accès la figure est fortement congestionnée, le cou tuméfié, les veines gonflées.

» Depuis l'opération, il n'y a eu que des menaces avortées, mais point d'accès. Le teint est devenu moins blafard, l'intelligence est moins affaiblie. »

Le malade qu'a traité M. Cane continue à n'avoir plus d'attaques, portant toujours la canule depuis vingt mois.

Le malade de M. Mackarsie porte la canule depuis sept semaines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique, sur la demande de l'administration de la Bibliothèque nationale, prie l'Académie de vouloir bien s'occuper de la rédaction d'une classification de la médecine destinée au catalogue de la bibliothèque, que l'administration de cet établissement prépare en ce moment. Le bureau désigne pour cet objet une commission composée MM. Bérard, Malgaigne, Delafond, Guibourt, de M. le secrétaire perpétuel et de MM. les bibliothécaires.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un compte rendu d'expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Rennes devant les membres du conseil départemental d'hygiène publique et de salubrité sur le traitement des fièvres intermittentes par la décoction de la racine de plantain. (Commission des succédanés du quinquina.)

2° Une lettre relative à un remède contre le choléra. (Commission du choléra.)

3° Une série de communications relatives à des remèdes contre la rage. (Commission des remèdes secrets.)

4° Un certificat de puisement et des échantillons provenant d'une source minérale sise à Garost (Hautes-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

—M. le docteur Robert DUNDAS (d'Edimbourg) adresse deux brochures, écrites en anglais, relatives au traitement de tout état fébrile continu par le sulfate de quinine.

— M. le docteur BOUCHAILLAT-PERRoux, de Cousance (Jura), soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé depuis près de quatorze ans pour remédier aux fractures du col du fémur. (Commissaires : MM. Larrey et Malgaigne.)

PROGRAMME D'UN COURS POPULAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE.

M. NADAU, de Tonnins (Lot-et-Garonne), transmet à l'Académie le programme suivant d'un cours populaire d'hygiène publique et privée, pour lequel il a fondé un prix de 3,000 francs.

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé; montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes;

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements;

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent;

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement, qui en est la conséquence inévitable, les désordres, les crimes, etc.;

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les sociétés de tempérance en Angleterre et aux États-Unis;

6° Traiter de l'exercice et du travail, en montrer les bons effets sur la santé dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture;

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

NOTA. — Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier *à ses frais* les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

DE LA MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE ET DE L'ÉTUDE DES CLIMATS CONSIDÉRÉS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

M. le docteur H.-C. LOMBARD (de Genève) lit sous ce titre un mémoire qu'il fait suivre de quelques-uns des résultats obtenus par l'emploi de la méthode appliquée au climat de Genève.

L'auteur, définissant d'abord ce qu'on entend par l'examen d'un climat considéré au point de vue médical, pose en principe que ce que le médecin doit avoir principalement en vue dans la météorologie appliquée à la médecine, c'est l'étendue des efforts que doit faire le corps humain pour maintenir l'équilibre au milieu des incessantes variations de l'atmosphère. Il doit s'occuper surtout de comparer entre eux les différents mois et saisons, et de prendre dans les caractères météorologiques de chacun d'eux les termes de comparaison que les météorologistes scientifiques vont chercher dans les autres climats. Enfin, ce qu'il importe avant tout au médecin, c'est moins de connaître les modifications atmosphériques en elles-mêmes que leurs effets sur l'homme et de savoir que ces effets seront différents, suivant l'état où se trouvera le corps humain à un moment donné : d'où il résulte que l'une des notions météorologiques les plus importantes, c'est l'état de l'atmosphère dans les jours, les mois et les saisons qui ont précédé le moment de l'observation. En conséquence de ces principes, les documents météorologiques doivent comprendre non-seulement les moyennes mensuelles de la température, de l'humidité et de la pesanteur de l'air, de la direction des vents et de la clarté de l'atmosphère, mais encore les moyennes mensuelles des variations thermométriques entre deux jours successifs ou dans la même journée, ainsi que les oscillations mensuelles du baromètre.

En prenant pour exemple de l'application de cette méthode l'étude du climat de Genève, M. Lombard signale, dans une seconde partie de son travail, quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé.

I. Pour le climat de Genève, les mois sont rangés dans l'ordre suivant, en commençant par le mois qui est le plus morbide et finissant par le mois qui est le plus sain : 1° février; 2° avril; 3° mars; 4° janvier; 5° mai; 6° juin; 7° décembre; 8° août; 9° juillet; 10° novembre; 11° septembre; 12° octobre.

A une température froide et durable, sèche et variable; à l'abaissement et à de fortes oscillations du baromètre, à la prédominance des vents du nord et à la rareté des brouillards, correspond *une forte morbidité*, et inversement à une température chaude et prolongée, humide et peu variable; à la rareté des vents du nord, à la hauteur comparative et à de faibles oscillations du baromètre, ainsi qu'à la fréquence des brouillards, correspond *une faible morbidité*.

II. En décomposant la population dans ses divers éléments (sexe, âge, conditions sociales, etc.), l'auteur est arrivé aux conséquences suivantes :

Plus il y a de résistance soit en raison du sexe, soit en raison de l'âge, plus la chaleur est fâcheuse, tandis que l'influence morbide du froid s'exerce plus spécialement sur le sexe le plus faible et sur les personnes qui, par leur âge, sont privées d'une certaine force de résistance vitale.

Les classes pauvres et ouvrières possèdent une plus grande force de résistance aux influences morbides des saisons.

Quant aux maladies annuelles, en prenant pour exemple les maladies du tube digestif, voici le résultat de ses recherches :

1° Les mois d'août et de septembre sont l'époque du plus grand nombre de malades et de décès.

2° L'hiver est la saison qui compte le plus petit nombre de malades et de décès.

3° L'été est la saison la plus chargée de malades, et l'automne celle qui compte le plus grand nombre de décès.

4° Entre les deux extrêmes, juillet, époque du maximum, et décembre, époque du minimum, la croissance et la décroissance des malades suivent une marche parfaitement régulière, très-lente de décembre à juillet, et très-rapide de juillet à décembre.

5° L'influence des vicissitudes atmosphériques est plus prononcée sur les décès que sur les malades.

III. Quant à la nature pathologique des maladies, voici quelques résultats généraux :

1° Les maladies inflammatoires sont fréquentes en hiver et au printemps. Le maximum des malades tombe sur janvier et février, tandis que le maximum des décès correspond à février et à mars.

2° Le minimum des malades tombe sur l'automne ; mais à cette époque leur gravité est plus grande ; de telle manière qu'à un petit nombre de malades correspond un assez grand nombre de décès.

3° Les maladies bilieuses augmentent lentement de décembre, époque du maximum, jusqu'à mai, puis font un saut très-rapide en mai et juin, époque du maximum, et dès lors diminuent lentement jusqu'à décembre.

4° Les maladies rhumatismales sont surtout fréquentes au printemps et en hiver, et deviennent fort rares en automne, et surtout en été.

5° Les maladies névralgiques sont très-fréquentes en hiver et au printemps, et très-rares en été et en automne.

6° Les maladies hémorrhagiques sont fréquentes et graves au printemps et en automne, rares et bénignes en hiver et en été.

7° Les maladies catarrhales aiguës sont fréquentes en hiver et au printemps et rares en automne et en été.

8° Les maladies éruptives sporadiques sont fréquentes au printemps et en été et rares en hiver et en automne ; les maladies éruptives épidémiques nous présentent une très-forte prédominance du printemps sur toutes les autres saisons.

9° Les maladies miasmatiques paludéennes sont fréquentes en été et au printemps et rares en automne et en hiver.

10° Les fièvres typhoïdes ont leur maximum en octobre et leur minimum en mars. La mortalité qui en résulte est à son maximum en octobre et à son minimum en juillet. Recherchant ensuite quelle est l'intensité des influences atmosphériques sur le développement de ces divers ordres de maladies, l'auteur établit l'ordre suivant, en commençant par celui qui est le plus facilement influencé par les vicissitudes atmosphériques : 1° Les fièvres typhoïdes ; 2° les fièvres intermittentes ; 3° Les maladies catarrhales ; 4° les maladies éruptives ; 5° les maladies inflammatoires ; 6° les maladies névralgiques ; 7° les maladies hémorrhagiques ; 8° les maladies rhumatismales ; 9° les maladies bilieuses. (Comm. : MM. Rostan, Soubeiran et Villermé.)

RAPPORT SUR UNE OBSERVATION DE RENVERSEMENT COMPLET DE LA MATRICE RÉDUIT AVEC SUCCÈS AU BOUT DE QUINZE MOIS.

M. Danyau lit un rapport sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée avec succès, au bout de quinze mois, par M. le docteur Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le rapporteur, après avoir rappelé les détails de l'observation, se proposant de rechercher comment M. Barrier est parvenu à un si heureux résultat, examine quelle est la part du chloroforme ; quelle est celle du procédé mis en usage ; quelle est celle de l'opérateur lui-même.

Il ne met pas en doute que le chloroforme ait joué un rôle dans cette heureuse tentative ; qu'il ait prévenu ou fait cesser l'antagonisme des muscles abdominaux et de tout l'appareil musculaire soumis à l'empire de la volonté, et par conséquent annulé l'un des obstacles à la réduction. L'exemple de ce qui se passe dans les hernies étranglées, quelquefois si merveilleusement réduites à l'aide du chloroforme, était trop frappant, dit M. Danyau, pour qu'on n'ait pas déjà songé à tirer parti de ce précieux adjuvant dans la réduction du renversement de l'utérus. Mais ni Kilian, qui a donné positivement le conseil d'y recourir, en pareil cas, ni M. Barrier, qui l'a le premier mis en usage, n'ont cherché à se rendre compte si le chloroforme, dans cette circonstance, n'a eu d'autre avantage que de produire l'insensibilité et l'inamovibilité de la malade, et s'il n'a point agi directement sur l'utérus lui-même.

M. Danyau examinant cette question, à laquelle il rattache celle de l'influence des anesthésiques, et en particulier du chloroforme sur l'utérus pendant la parturition, après avoir reconnu que le spasme de l'utérus cède quelquefois aux inhalations du chloroforme, et que, dans l'état d'anesthésie, il peut y avoir pour la main et les instruments une facilité d'introduction et une liberté de mouvement qui permettent de terminer un accouchement jusqu'alors impossible, se demande si le chloroforme est capable de produire, sur un utérus dans l'état de vacuité, un tel relâchement de ses fibres que le resserrement naturel de ses orifices, par exemple, cède au moindre effort fait pour les franchir. Alors même que, sans crainte de se tromper, on pourrait répondre par la négative, il ne s'en suivrait pas que ce qui semble impossible dans un utérus vide et à l'état normal, le fût également dans un utérus vide aussi, mais à l'état de renversement chronique. D'un côté, un organe dont toutes les fibres se font équilibre et sont véritablement en repos, dont les congestions périodiques sont modérées et dont la vie, redevenue silencieuse et presque passive, ne subit aucun trouble ; de l'autre, un organe augmenté de volume, habituellement hypérémié, souvent saignant, dont les fibres, renversées et entretenues par ce déplacement et la compression qui en résulte dans une sorte d'excitation, conservent la faculté de se relâcher et de se contracter brusquement sous l'influence d'une cause extérieure. Ce sont là des conditions bien différentes, et qui peuvent faire admettre pour le second cas ce qui semble tout à fait inadmissible pour le premier, à savoir la possibilité d'une action favorable du chloroforme sur l'utérus lui-même à l'état de renversement chronique.

En ce qui concerne le premier point, M. le rapporteur pense donc que le chloroforme a eu une part importante dans le succès de M. Barrier, non-seulement en paralysant toute espèce de résistance de la part des muscles abdominaux, mais probablement aussi en assouplissant, en relâchant les fibres utérines dont le resserrement faisait obstacle à la réduction.

Passant ensuite à l'examen des deux méthodes conseillées pour la réduction du renversement de l'utérus, M. Danyau considère celle qui consiste à faire rentrer d'abord les parties qui se sont renversées les dernières, et à réduire en dernier lieu les premières déplacées, comme ne pouvant convenir qu'aux cas d'invasion médiocre et très-récente. Encore restait-il convaincu que, dans des circonstances aussi favorables, on réussirait au moins aussi bien par l'autre méthode, qui consiste à agir d'abord sur le fond de l'utérus qu'on déprime, qu'on refoule et qu'on fait rentrer à travers le pédicule graduellement élargi de la tumeur, et enfin à travers l'orifice.

Les observations de réduction tentées avec succès à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement sont toutes ou presque toutes relatives à des cas dans lesquels la seconde méthode a été suivie. Cette méthode a pour elle non-seulement les résultats décisifs de l'expérience clinique, mais encore l'avantage d'une explication rationnelle fondée sur une plus exacte connaissance des faits pathologiques.

Les faits démontrent qu'après avoir obtenu une certaine dépression du fond de l'utérus, tout change de face, et que si la main seule, ou armée d'un instrument convenable, persiste dans des efforts bien dirigés, la réduction s'opère graduellement, se complète même quelquefois avec bruit, comme par une sorte de mouvement élastique. C'est qu'alors, et seulement alors, un commencement de dilatation, une dilatation progressive et bientôt suffisante pour la réduction, s'opère dans la longueur du pédicule, à mesure que les doigts réunis en cône, poussant devant eux la partie déprimée, s'insinuent par pression dans les annexes superposés qui les composent, et les élargissent par un effort excentrique.

Si cela est exact à propos du renversement récent, ce l'est bien plus encore à propos du renversement chronique et depuis longtemps pédiculé. Nulle autre méthode que celle-là ne peut alors offrir de chances de succès ; encore faut-il que des préparations convenables aient assoupli les fibres utérines, au point que, même après une dépression obtenue, les doigts ne viennent pas heurter contre un obstacle infranchissable. C'est ce moyen d'assouplissement qu'on avait vainement cherché jusqu'à ce jour, dont l'absence explique si bien le résultat infructueux de tant de tentatives, et qu'on peut espérer d'avoir enfin trouvé dans les inhalations de chloroforme.

Cette méthode de réduction était évidemment la seule à laquelle pût songer l'habile chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le procédé qu'il a suivi montre à quel point il s'était pénétré des difficultés qu'il avait à vaincre. S'il est vrai qu'une dépression de la partie déclive de la tumeur importe tant au succès de l'opération, si, comme ne manqueront pas de le reconnaître les chirurgiens qui ont tenté de réduire un renversement chronique de l'utérus, rien n'est plus difficile à obtenir, faute de point d'appui, on devra reconnaître que M. Barrier a résolu le problème de la manière la plus simple et la plus heureuse.

M. le rapporteur termine en proposant à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Barrier pour son intéressante communication, et le féliciter du remarquable succès qu'il a obtenu ;

2° Renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

DES EAUX POTABLES.

M. Boullay lit en son nom et celui de MM. Boutron et O. Henry un rapport sur un ouvrage manuscrit ayant pour titre : Des eaux potables en général considérées dans leur constitution physique et chimique et dans leur rapport avec la physique, la géologie, la physiologie générale et l'hygiène publique, ainsi que dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture, en particulier des eaux utilisées dans les deux arrondissements du Havre et d'Yvetot ; par M. Eugène Marchand, pharmacien à Fécamp, etc.

Le travail de M. Marchand a pour but principal l'examen sous leurs divers aspects, sous celui de leurs divers usages, des eaux potables en général et en particulier de celles des arrondissements du Havre et d'Yvetot. A ces analyses des eaux potables, M. Marchand a joint celle des eaux de la mer (Océan), celle de la pluie et de la neige.

Voici quelques-uns des résultats principaux énoncés dans le mémoire de M. Marchand.

C'est surtout en comparant les eaux de différentes sources avec l'eau de mer que l'auteur arrive à considérer cette dernière comme le réservoir d'où émanent par évaporation tant d'éléments transportés dans l'atmosphère, dont les pluies la

dépouillent en partie. C'est en étudiant l'action météorologique qui modifie ces corps de natures variées que M. Marchand trouve l'origine de l'iode et du brome, dont il admet l'existence dans toutes les eaux naturelles et que les végétaux s'assimilent à l'état salin.

M. Marchand signale dans les eaux un très-grand nombre de principes fixes et gazeux, dont la présence s'explique facilement par la manière dont ils s'y rencontrent. Dans l'atmosphère, ce sont des gaz, des matières volatiles en suspension, tels que des acides chlorhydrique, bromhydrique, iodhydrique, azotique, de l'ammoniaque, différents sels et des substances de nature organique que les eaux de pluie ou de neige sont appelées à dissoudre. Dans les couches terrestres, les eaux se saturent d'une foule de principes qu'elles rencontrent sur leur passage, ce qui explique le nombre prodigieux d'éléments que recèlent la plupart des eaux potables, etc.

L'auteur reconnaît encore un fait signalé par MM. Boullay et O. Henri, la concomitance de certains principes, ce qui permet de juger d'après l'existence de quelques-uns de la présence de tels ou tels autres.

Au nombre des applications qui découlent des détails scientifiques de ce travail, il en est une qui a trait à une question immense, celle du goître et du crétinisme, l'opinion que la présence des sels à base de magnésie dans l'eau en était la cause principale a prévalu un instant, comme on le sait. Il semble résulter, au contraire, de l'opinion de M. Marchand, aussi bien que des idées émises par M. Chatin, que c'est surtout à l'absence de l'iode dans les eaux potables, jointe évidemment à la constitution météorologique, qu'on devrait attribuer cette dégénérescence de l'espèce humaine.

En résumé, le travail de M. Eugène Marchand a paru à la commission digne des plus grands éloges. Elle soumet, en conséquence, à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

1° Qu'il soit écrit à M. Eugène Marchand pour le remercier et le féliciter de sa communication ;

2° Que, son ouvrage n'étant pas, par son étendue, susceptible de faire partie des publications de l'Académie, l'extrait qu'en a fait l'auteur soit envoyé au comité de publication ;

3° Que le volume manuscrit contenant l'œuvre entière, dont la publication est très-désirable, qui sera effectuée sans doute par une autre voie, et que nous étions tentés de recommander dans ce but à M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, soit placé dans les archives de l'Académie et mis, au besoin, à la disposition de l'Annuaire des eaux de la France ;

4° Enfin, que le nom de M. E. Marchand soit placé sur la liste des candidats aux places vacantes parmi les membres associés de la Compagnie. (Adopté.)

RECHERCHES SUR LES RÉSULTATS DÉFINITIFS DES TRAITEMENTS EMPLOYÉS POUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE VAGINALE.

M. Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, dépose sur le bureau un mémoire sous ce titre, dont l'objet a été de rechercher si, comme on semble l'admettre généralement aujourd'hui, la cure de l'hydrocèle ne peut se faire sans l'oblitération complète de la cavité vaginale, ou si, au contraire, comme le pensaient Pott et quelques autres chirurgiens, cette oblitération n'est pas nécessaire.

A cet effet, M. Hutin a tenu note depuis 1845 des opérations d'hydrocèle pratiquées à l'hôtel des Invalides. Il a recherché également les hommes traités pour la même affection avant cette époque, et ces deux notes lui ont fourni la statistique suivante :

34 militaires opérés avant son arrivée à l'hôtel existaient encore, savoir : 3 soumis à l'emploi du séton, par Sabatier ; 2 à l'excision, par Percy, pendant leur jeunesse ; 3 à l'incision, par Ivan ; 8 à l'emploi de la potasse caustique, par le même ; 8 à l'usage d'une sonde flexible laissée à demeure, par Larrey ; 2 à des injections vineuses, par Pasquier père ; 3 à des injections de même nature, par Pasquier fils ; 4 à des injections iodées, par le même ; 1 enfin avait subi en 1838 une simple ponction sans injection, faite par M. Desruelles au Val-de-Grâce.

30 hommes ont été opérés dans son service depuis 1845. Parmi eux, 2 ont subi de simples ponctions évacuatrices ; les 28 autres ont été soumis à des injections iodées.

28 des 34 premiers sont morts et 2 ont quitté l'hôtel.

15 des 30 nouveaux opérés sont morts aussi. Les uns et les autres ont succombé à des affections diverses tout à fait étrangères à l'opération, et tous fort longtemps après la guérison de leurs hydrocèles.

Chez les 28 anciens opérés, dont un avait subi l'injection iodée, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale.

Parmi les 15 hommes décédés sur les 30 soumis par M. Hutin à l'injection iodée, 7 offraient des adhérences complètes oblitérant la cavité séreuse, 4 présentaient des adhérences partielles seulement, et 4 n'en fournissaient pas de traces.

De ces faits l'auteur conclut :

1° Que Pott avait dit vrai en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle ;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés jadis et même des injection vineuses ?

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, s'il devient constant par des recherches nouvelles que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DES EAUX MINÉRALES DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉCONOMIE PUBLIQUE, LA MÉDECINE ET LA LÉGISLATION ; par M. ALIBERT (CONSTANT), médecin inspecteur des eaux thermales d'Aix (Ariége). — Broch. in-8°. — Paris, 1852, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Les eaux minérales ne constituent pas seulement un vaste système d'agents hygiéniques et thérapeutiques que la nature semble avoir répartis avec profusion sous la main des hommes, elles concourent en outre à l'accroissement de la fortune publique, par les revenus considérables qu'elles produisent, moins encore au profit de l'État qu'au profit des populations au milieu desquelles gissent ces bienfaisantes sources. Les statisticiens n'évaluent pas à moins de 8 à 9 millions le numéraire mis annuellement en mouvement en France par les pèlerinages qu'elles occasionnent, et à 5 à 6 millions environ les sommes dont bénéficient les stations minérales. Cette dernière considération est d'autant plus digne d'intérêt que c'est, en général, sur les populations pauvres des montagnes que s'épand cette manne hydrominérale. L'abondance et la variété des sources minérales sont donc une double cause de bien-être public.

Peu de pays se trouvent plus heureusement partagés sous ce rapport que la France.

Cependant, considérés sous le double point de vue de l'art médical et de l'économie publique, les établissements hydrologiques de la France sont loin de répondre en tous points, et pour leurs résultats et pour les produits de leur gestion, à ce que l'on serait en droit d'en attendre.

D'après l'évaluation des hydrologistes les plus compétents, on compterait sur notre territoire 623 groupes de sources nominativement désignées sous la rubrique des lieux où elles sourdent. Sur ce nombre, il y a 151 établissements disposés pour recevoir des malades et 104 seulement qui sont reconnus d'utilité publique, et placés, à ce titre, sous la surveillance d'un médecin inspecteur. Du simple rapprochement de ces chiffres, il ressort un contraste frappant entre nos richesses hydrologiques, d'une part, l'insuffisance de nos établissements et la modicité relative de leurs produits, d'autre part.

Quelles sont les causes de cette fâcheuse disproportion ? D'où vient que les eaux minérales n'aient pas donné jusqu'ici le contingent d'avantages qu'elles semblaient promettre ? Quels sont les moyens d'y obvier à l'avenir ? C'est à l'étude de ces diverses questions que M. le docteur Alibert a consacré la brochure que nous avons en ce moment sous les yeux.

M. Alibert trouve la raison de l'état d'infériorité relative des établissements thermaux en France dans deux circonstances principales : dans une législation surannée en ce qui concerne la gestion administrative et la direction de ces établissements, et dans l'absence d'une doctrine satisfaisante sur l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales. Ces deux ordres de considérations fournissent à l'auteur le texte des deux principaux chapitres de son opuscule, où il considère successivement l'hydrologie médicale comme cause de richesse et comme moyen de guérison.

Le service de l'inspection, tel qu'il est institué conformément à la législation actuelle, offre-t-il des garanties convenables ? Cette législation ellemême rend-elle possibles tous les devoirs qu'elle impose ? Telles sont les premières questions que M. Alibert examine.

Leur énoncé seul implique des points d'économie et d'administration dans lesquels il ne nous appartiendrait pas de nous immiscer d'une manière directe ; mais il existe ici entre la question d'art et la question administrative une telle connexité qu'il serait impossible de les disjoindre. En nous faisant, d'ailleurs, l'écho des opinions émises par M. Alibert, nous n'avons nullement à craindre de nous éloigner des règles de convenance dont il a lui-même si bien donné l'exemple.

Si les eaux minérales ne donnent pas, au point de vue économique, les résultats qu'on serait en droit d'en attendre, ce que les faits signalés par l'auteur démontrent surabondamment, ce n'est pas que le gouvernement n'en ait compris toute l'importance et qu'il ne se soit préoccupé de ce grave sujet. Les nombreuses mesures émanées de l'initiative des diverses administrations qui se sont succédé depuis plus de deux siècles témoignent, au contraire, de la sollicitude qu'il a toujours eue pour cette grande branche d'industrie sanitaire. Mais la multiplicité même de ces prescriptions réglementaires, leur incohérence, l'inobservance des unes, la difficulté que les autres rencontrent dans la pratique, paralysent le plus souvent les bons effets qu'on s'en était promis. C'est surtout en ce qui concerne le choix des inspecteurs et la détermination de leurs attributions que l'auteur signale des vices nombreux : défaut de garantie convenable dans ces choix ;

atteinte à l'unité de l'administration et trop souvent à la dignité professionnelle par l'institution des adjoints, concurrents et rivaux presque nécessaires des inspecteurs, dont le rôle et l'action médicale incomplétement définis ne sont déjà que trop souvent effacés par l'effet d'une foule d'autres causes; protection insuffisante ou inefficace de la conservation des sources par suite des conflits d'attributions que la loi n'a su ou pu prévenir entre l'inspecteur et l'édilité; oubli trop fréquent de la part des propriétaires ou gérants d'établissements des conditions premières que réclament l'hygiène et la santé publique; taux beaucoup trop élevés des eaux, etc.

Ce n'est encore là qu'une énumération incomplète des vices principaux que M. Albibert signale comme les causes du discrédit où sont tombés un grand nombre d'établissements thermaux dans l'opinion publique, et partant comme une cause de déficit pour la fortune ainsi que pour la santé publique.

Les moyens que M. Alibert propose pour remédier à cet état de choses, se résument presqu'en entier dans une extension et une définition plus précise des attributions affectées aux inspecteurs, et dans une organisation hiérarchique de ces fonctions, telle que chacun dût commencer par un surnumérariat et passer par l'adjonction avant d'arriver à l'inspection générale, hiérarchisée elle-même suivant l'importance relative des établissements, et qui constituerait dans les établissements de première classe le grade le plus élevé de ce nouvel ordre administratif. L'auteur voudrait, par exemple, que l'inspection générale, qui serait ainsi désormais le prix d'un mérite éprouvé et de services rendus, comprît dans ses attributions tout ce qui, dans un sens général, se rattache à l'exploitation des eaux minérales, à savoir : la direction à imprimer aux études, le programme annuel des recherches à faire, la connaissance et le classement du personnel, la prescription des travaux urgents dans les établissements en exercice, l'examen des plans des établissements en projet, l'approbation des règlements, la surveillance des bains ou des lavoirs publics, etc.

Il résulterait du système proposé, une mobilisation des inspecteurs, dont les conséquences, à divers points de vue, mériteraient un très-sérieux examen. La mobilisation des inspecteurs entraînerait en effet, de la part des médecins qui se voueraient à cette partie de l'exercice de la médecine, un renoncement complet aux soins de la clientèle commune et un culte exclusif de la médecine hydrologique. C'est assez dire que la rémunération de ces nouveaux fonctionnaires devrait être proportionnée au sacrifice que l'on exigerait d'eux; objection sérieuse aux yeux de ceux qui savent quelles difficultés a à surmonter toute innovation qui obère de nouvelles obligations le budget de l'État. Sous un autre point de vue, les déplacements plus ou moins fréquents auxquels ces médecins-fonctionnaires seraient astreints dans l'intérêt présumé du service ou même de leur avancement, ne seront-ils pas nuisibles aux intérêts non moins respectables de l'art, en enlevant à telle station minérale un inspecteur qui y aura puisé une expérience spéciale que le temps et une longue pratique peuvent seuls donner, pour le mettre en présence d'une source nouvelle pour lui, et qui exigera de sa part des études et en quelque sorte une éducation pratique nouvelle? — Ce sont moins des objections que nous opposons, que de simples observations, des doutes, que nous soumettons à M. Alibert lui-même, dont le plan général nous paraît mériter d'ailleurs d'être pris en très-sérieuse considération.

Nous n'aurons qu'un mot à ajouter pour ce qui concerne la partie plus particulièrement scientifique de ce travail. La GAZETTE MÉDICALE a, dans plus d'une circonstance, assez insisté sur ce qu'ont généralement d'insuffisant et de défectueux les doctrines régnantes en hydrologie médicale et sur la nécessité de ramener l'étude des effets thérapeutiques des eaux minérales aux principes d'une observation clinique plus complète et plus rigoureuse, pour que nous n'éprouvions aujourd'hui nulle répugnance à nous associer aux critiques que ce sujet a inspirées à M. Alibert. Rien n'est plus vrai, qu'à défaut de toute doctrine fondée sur l'observation multipliée et scrupuleuse des faits, l'esprit flotte et hésite entre la théorie de l'excitation qui ne répond évidemment qu'à l'un des effets généraux communs à toutes les eaux, et celle de la spécificité trop souvent étayée sur des considérations que ne saurait avouer la science. Mais une bonne systématisation n'est ni l'affaire d'un jour ni l'affaire d'un homme; le temps et le concours bien dirigé d'observateurs instruits et scrupuleux répartis avec choix et intelligence sur les divers théâtres d'exploration, telles sont les conditions préliminaires indispensables pour arriver à en réunir un jour les éléments. Or il n'est que trop vrai encore que, sauf quelques rares et honorables exceptions que nous nous sommes toujours empressé de signaler toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, les rapports, mémoires et observations publiés par les inspecteurs et médecins des établissements d'eaux minérales, trop souvent dictés par des mobiles étrangers aux véritables intérêts de la science et de l'humanité, manquent de ce cachet d'observation rigoureuse qui met à l'abri de toutes chances d'erreur et de cet accent de sincérité qui commande la confiance. C'est là sans contredit, avec le défaut d'unité de plan dans ce genre de recherches, le plus grand obstacle qui se soit opposé jusqu'ici aux progrès de l'hydrologie médicale. C'est à cet état de choses surtout qu'il importe d'apporter le plus promptement un remède efficace. Aussi est-ce sous ce dernier rapport plus particulièrement que nous recommandons à l'attention de nos confrères et au bienveillant intérêt de l'administration, la brochure de M. Alibert, écrite d'ailleurs avec une pleine connaissance de la matière et avec un accent de conviction et de chaleureuse prédilection pour l'objet dont il traite, qui ne peut que disposer favorablement en faveur des réformes qu'il sollicite.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— En reconnaissance des services qu'il a rendus comme président du congrès général d'hygiène de Belgique, M. le docteur Vleminckx a été promu au grade de commandeur de l'ordre de Léopold. Par la même promotion, M. le docteur Jules Guérin a été élevé au grade d'officier dans le même ordre.

— Par arrêté de M. le préfet de l'Hérault du 9 octobre, M. Ribes, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé membre de la commission administrative des hospices de ladite ville, en remplacement de M. Lenthéric, professeur à la Faculté des sciences, décédé.

Par le même arrêté, MM. Félix Chivaud, Alexis d'Adhémar, Bérard, doyen de la Faculté de médecine, et Adolphe Mion-Serres, membres de ladite commission, dont la durée des fonctions avait expiré, ont été renommés en la même qualité.

— M. le docteur F. F. d'Ahreu, Brésilien, docteur médecin de Paris, auteur de recherches sur les poisons métalliques, vient d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro.

— Les dernières nouvelles d'Orient font savoir que le choléra fait de grands ravages en Perse.

Le 7 octobre, il y avait eu, à Berlin, 121 cas de choléra, dont 71 morts. Le 8, on avait enregistré 3 cas nouveaux.

L'épidémie diminue d'intensité à Dantzig.

A Kœnisberg, il y avait, du 1 au 2, 9 nouveaux cas.

L'épidémie a disparu à Varsovie; à Posen, elle marche vers sa fin.

Les ports de la Suède sont en quarantaine pour les provenances du Danemark.

— L'extrait suivant d'un article sur l'épidémie qui règne à la Martinique, publié par la FRANCE D'OUTRE-MER, fait penser que la maladie touchait à son terme :

« L'épidémie qui a paru à la Martinique cette année, après avoir débuté sous la forme de fièvres pernicieuses extrêmement promptes dans leurs effets, qui frappaient créoles et Européens, a perdu beaucoup de sa gravité. Et il y a un fait certain, c'est qu'à Saint-Pierre, du moins, où nous avons vu les choses par nos yeux, à quelques rares exceptions près, toutes les personnes qui ont pu, dès les premiers symptômes de la maladie, se faire donner les soins de la médecine, ont guéri, et rapidement et complétement guéri.

» Le chiffre de la mortalité, même pendant le moment où la maladie a sévi avec le plus d'intensité, ne s'est pas beaucoup élevé à Saint-Pierre. A quelques jours près, marqués par un accroissement manifeste, il est resté dans les limites normales. Si l'on comparait les décès à Saint-Pierre pendant les mois de juillet, août et septembre de cette année, à ceux de ces mêmes mois pendant les précédentes années, on verrait que la différence n'est pas considérable.

Un fait très-important, et que nous nous empressons de signaler, c'est l'extrême amélioration de l'état sanitaire de Fort-de-France, le foyer où s'est développée l'épidémie.

» Du 1er au 7 du courant, il n'y a pas eu un seul cas de mort à l'hôpital de cette ville. On est donc en droit d'espérer que la fièvre, abandonnant enfin les hôpitaux, son dernier refuge, comme on sait, va disparaître incessamment et sans ajouter de nouveaux malheurs aux douloureux souvenirs qu'elle nous laissera de son passage. »

— La fièvre jaune a déjà fait plusieurs victimes à la Guadeloupe. Une des sœurs de l'évêque est morte, une autre est dans un état à peu près désespéré. L'inquiétude est vive parmi les Européens et même parmi les créoles d'origine européenne.

— Des fièvres épidémiques règnent en ce moment à Thiers (Puy-de-Dôme) : 8 ou 900 personnes en sont atteintes. Cette maladie sévit particulièrement sur les femmes et les enfants. Cependant on ne cite pas encore des cas de mort.

— On écrit de Constantinople :

« Des lettres de Perse annoncent que la peste vient d'éclater sur les frontières du côté de la Turquie. Si cette nouvelle venait à se confirmer, on peut être sûr que le gouvernement impérial prendrait toutes les précautions nécessaires pour empêcher le fléau de se propager dans ses propres provinces. Ses excellents établissements sanitaires doivent rassurer suffisamment les esprits sur ce point. »

— On écrit de la terre de Van Diémen que les moutons y sont tous attaqués d'une espèce de gale, et qu'à Port-Albert seulement, il en est mort 100,000.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

PROPAGATION ET PERPÉTUITÉ DE LA RACE EUROPÉENNE EN ALGÉRIE.

La guerre est définitivement terminée, la sécurité règne partout; l'armée a rempli sa tâche. La population flottante des soldats et des petits spéculateurs fait place à une population fixe et laborieuse qui vient s'asseoir sur le sol de la conquête. Les hommes nouveaux ont un double but à atteindre: 1° mettre en rapport les ressources de leur seconde patrie; 2° y propager et y perpétuer la race européenne.

Déterminer la base de l'industrie, découvrir et enseigner les richesses que le sol algérien présente à exploiter, c'est là essentiellement la tâche de l'économiste. Les considérations qui se rattachent à ces questions ne sauraient trouver place dans ces notes.

Propager et perpétuer la race européenne sur le sol africain, c'est là une question d'hygiène d'une haute importance qu'il appartient à la médecine de soulever et de discuter.

Mais la propagation, la perpétuité de notre race en Algérie est-elle donc en question? Serait-il possible que cette terre, conquise au prix de tant d'or et de sang, proclamée française à la face des nations, se refusât au développement du germe européen? Pour qui tient compte des enseignements de l'histoire et de l'expérience la plus vulgaire, un pareil doute peut-il être sérieux? N'est-il pas vrai que les populations innombrables qui couvrent aujourd'hui le globe et qui se perpétuent sous des climats si différents ont en un seul et même berceau? Et ce fait, à lui seul, ne démontre-t-il pas que l'acclimatement des hommes, quel que soit le point géographique où ils veulent vivre, ne saurait rencontrer d'obstacle majeur?

N'est-il pas vrai que de nos jours encore, il est commun de trouver parfaitement acclimatés sous des latitudes tropicales, des individus qui ont vu le jour et qui ont grandi dans les parties les plus froides de l'Europe?

N'est-il pas vrai, enfin, que le peuple romain a vécu sept cents ans sur cette même terre où l'acclimatement de la race européenne nous semble problématique?

Ceux là seuls qui s'arrêtent à la superficie des faits, accepteront la validité de ces arguments. Pour qui veut voir le fond des choses, voici le vrai:

1° Le genre humain est un, a même nature, est sorti d'une même souche, et cependant il s'est étendu et propagé jusque sous les latitudes extrêmes en chaleur et en froid. Cela est incontestable (1). Mais dans sa marche sur le globe, il a procédé de deux manières: ou bien il a envahi successivement, lentement et d'une manière régulière, déposant en quelque sorte couche par couche les générations nouvelles, aux limites des générations qui avaient précédé, ou bien il s'est jeté à l'aventure dans les migrations lointaines.

(1) MM. Edwards, Michelet, Aug. Thierry et quelques autres écrivains admettent le contraire; mais l'unité d'origine du genre humain, à part le nombre et la valeur des historiens et des naturalistes qui la défendent, est appuyée sur des preuves et des considérations tellement décisives qu'il est impossible de la rejeter.

C'est suivant le premier mode, sans aucun doute, qu'a été peuplée l'immense majorité des contrées habitables. Or, ici, telle était la lenteur des envahissements, qu'il n'y avait jamais de différence bien sensible entre le sol et le climat d'une génération et le sol et le climat de la génération suivante. Dans ces gradations insensibles, les organes n'étaient soumis à aucune modification importante, il n'y avait pas lieu à acclimatement.

Dans le mode par migrations lointaines, les hommes subissaient, au contraire, de brusques changements sous le rapport de la température, de la lumière, de l'électricité, de l'âpreté des vents, des eaux, de la nature et de la configuration du sol. L'histoire nous montre t-elle que ces brusques changements aient été supportés sans dommage? Nous montre-t-elle un équilibre soudainement formé entre ces hommes et ces éléments, jadis séparés par de vastes régions, et qui tout à coup s'étaient rencontrés face à face? Non.

L'histoire nous a laissé bien peu de renseignements à ce sujet, et ceux qu'elle fournit appuient cette opinion, que ce n'est pas impunément que les peuples changent de patrie.

Il est bien vrai, toutefois, que certaines nations ou hordes, implantées dans des pays lointains qu'elles avaient conquis, ont paru y asseoir définitivement leur postérité. Mais y a-t-il en dans ces cas perpétuité de la race conquérante proprement dite? N'y a-t-il pas eu plutôt mélange de sang entre les vainqueurs et les vaincus, et création d'une race mixte? Cela semble de toute évidence.

Le premier argument n'est donc nullement favorable à l'établissement de la race européenne en Algérie. Il prouve que dans un certain nombre de siècles, en passant graduellement par la série des climats intermédiaires, celle-ci s'acclimaterait très-bien sur notre conquête africaine; mais une nation ne peut procéder comme l'humanité entière. L'humanité n'a point à compter avec l'avenir; pour elle, dix siècles ne sont rien. Que sera la France, que sera une nation donnée de l'Europe dans dix siècles?.. Le premier argument établit en outre que la race européenne en se mêlant à la race indigène se perpétuerait en Algérie. Semblable alliance est-elle possible? Cette question devra être examinée.

2° Il est bien vrai encore que, en vertu d'une force inexplicable, inhérente au *nisus formativus*, l'organisation humaine a le privilége de se modifier suivant les climats et de s'équilibrer, en général, avec des milieux très-différents de ceux où elle a d'abord vécu. Certes, les exemples d'individus transportés brusquement d'un pays froid dans une région brûlante, et qui, nonobstant, ont atteint une vieillesse avancée ne sont pas rares. Malheureusement à côté de ces exemples on en pourrait placer beaucoup d'autres d'une signification contraire. Ainsi, où ont abouti les efforts de la race blanche pour prendre pied sur le littoral de la mer Rouge? Les Grecs, les Romains, puis les Turcs, les Vénitiens, les Hollandais, les Français, les Anglais ont eu, chacun à leur jour, cette ambition. Tous ont dû reculer devant l'incompatibilité du climat, et une effrayante mortalité. Au commencement de ce siècle, l'Angleterre s'empara de l'île de Socotora, l'insalubrité du lieu l'en chassa presque aussitôt. Méhémet-Ali veut se débarrasser de la soldatesque indomptable des Arnautes, il l'éparpille sur les côtes de la mer Rouge, et en dix ans ces malheureux sont réduits de 18,000 à 400 (1).

(1) Aubert-Roche.

Feuilleton.

REVEILLÉ-PARISE.

En consacrant un pieux souvenir à l'éminent rédacteur que nous venons de perdre, nous n'entendons pas empiéter sur le domaine de la biographie. Le grand corps savant auquel il a appartenu lui fera peut-être un jour les honneurs d'une séance annuelle; peut-être aussi quelque homme de goût, *quelque amant des loisirs studieux*, pour parler comme le poète, songera-t-il à rassembler tant de pages fugitives, tant d'esprit, tant de bon sens, tant de savoir et d'ingéniosité, effeuillés au hasard, depuis trente ans, dans le gouffre du journalisme. Ce seront des occasions naturelles de raconter l'homme avec l'écrivain. Mais à nous qu'importent les détails vulgaires de l'existence, le lieu natal ou celui des premières études? Reveillé-Parise est né pour la GAZETTE MÉDICALE le jour où elle l'a connu, ce jour, déjà si éloigné, où ses colonnes se sont ouvertes à cette plume aimée et sa maison à un commerce si doux et si commode. Nous ne prétendons pas non plus au panégyrique. L'ami qu'a perdu son ami ne demande pas à l'artiste un portrait flatté de celui qui n'est plus; il veut des traits fidèles, et s'il est parmi eux quelque imperfection, il s'y attache spécialement comme à un signe qui fixera mieux dans l'incertaine mémoire la figure à jamais disparue.

Reveillé-Parise était d'une race de savants dont le nombre diminue chaque jour, et que seul peut-être il continuait parmi les médecins. Jeté, par le hasard des circonstances, dans la sphère agitée de la médecine militaire, la nature l'avait créé pour l'existence studieuse et cloîtrée du bibliophile. Mais son érudition était particulière: c'était moins un instrument de recherches qu'une occasion d'étude ou un prétexte de dissertation. Elle n'avait pas cette direction calculée, cette suite qui enrichit le domaine des sciences et fait, par exemple, un Juste Lipse, ou qui élève des monuments étonnants de grandeur et de masse, comme ceux des bénédictins. Elle visait encore moins à la possession empirique des divers objets de la connaissance humaine et à l'imitation de Pic de la Mirandole. Reveillé-Parise lisait, un peu au hasard, tout ce qui lui tombait sous la main, de préférence les auteurs grecs et latins, la médecine antérieure au siècle présent, les philosophes, les économistes. Tout ce qu'il y rencontrait d'aperçus saillants, de pensées heureuses, de sages maximes, de tours et de mots bien frappés, il le notait, et composait ainsi comme une immense réserve pour toutes les chances de ses productions littéraires. Dire quel habile parti il en tirait, le lecteur le sait aussi bien que nous. Ce n'était pas une habileté de simple arrangement, comme on le voit trop souvent, mais le fruit d'une méditation éclairée, qui, en fécondant la pensée d'autrui, la lui rendait pour ainsi dire personnelle. Il avait d'ailleurs l'observation très-fine et la réflexion constamment éveillée. Dans l'exercice de sa profession, à la promenade, au coin du feu, à l'Académie, il était toujours philosophant et *ratiocinant*, suivant

En 1765, 300 Allemands débarquent à Cayenne; deux mois après ils sont réduits à trois individus (1).

700 Français sont envoyés par M. Laisné, de la Ville-l'Évêque à Gouzacoalco (Mexique); en moins de deux ans, on compte parmi eux 530 morts (2).

Tour à tour les Portugais, au commencement du dix-huitième siècle, les Hollandais en 1782, les Anglais il y a trente ans environ, ont essayé de fonder, dans l'île de Ceylan, une population africaine. Des milliers d'esclaves y ont été conduits par chacune de ces puissances. Ils ont succombé rapidement, malgré les précautions et les soins dont on les entourait (3).

Ce *nisus formativus*, en vertu duquel l'organisation reçoit, des circonstances extérieures, une direction particulière, une sorte de déviation qui lui permet de vivre sous l'empire de conditions nouvelles, peut donc, quand ces conditions nouvelles se sont produites brusquement et diffèrent par trop des anciennes, ne pas suffire. C'est là, en effet, la conclusion qui ressort immédiatement des faits précédents.

Toutefois il ne faudrait pas exagérer cette vérité et considérer comme incompatible avec une race tous les climats où des individus nombreux de cette race auraient trouvé une mort prompte. Quand des étrangers en grand nombre succombent sous un ciel lointain, ce n'est pas toujours l'incompatibilité du climat qui les tue, ce peut être aussi l'existence d'agents indépendants du climat et nuisibles par essence. Exemple : le marais. Dans ce cas il suffirait de quelques travaux d'assainissement pour rendre abordables aux étrangers des localités jusque-là mortelles pour eux. Aussi, en dernière analyse étant écartées les causes d'essence délétère que l'hygiène peut faire disparaître, nous admettons qu'il est fort peu de régions habitées où, individuellement, l'homme ne puisse s'acclimater.

Mais, qu'on y prenne garde, l'acclimatement de l'individu n'est autre chose que cet équilibre instable que nous avons déjà apprécié, et que le moindre choc suffit à renverser. Quand il s'agit de perpétuité de race, tout n'est pas dit alors qu'il est obtenu. Il reste encore à obtenir l'acclimatement de la race elle-même. Or c'est là une difficulté quelquefois insurmontable.

Aux Antilles, où individuellement l'Européen s'acclimate en général facilement, jamais la race européenne, lorsqu'elle ne s'est alliée ni avec les indigènes ni avec des Européens nouveaux, n'a pu dépasser la troisième génération (Rochoux : Les Mamelouks circassiens, qui s'acclimatent à l'Égypte et y vivent comme sous leur ciel natal, n'ont jamais pu attacher leur descendance sur cette terre. Ils ont des enfants, mais l'immense majorité de ceux-ci périt en bas âge, et parmi les autres, s'il en est quelques-uns qui deviennent hommes, ils ne procréent que des êtres chétifs et frappés de mort en naissant. Il faut noter, d'ailleurs, que les Circassiens prennent exclusivement des Circassiennes pour femmes (Aubert-Roche). Les Portugais, qui, après les expéditions d'Albuquerque, étaient venus s'établir dans l'Inde, y vivaient généralement; ils n'ont pu y obtenir de postérité. Et de nos jours les Anglais peuvent bien y parvenir à s'y acclimater, mais ils ont dû renoncer à l'espoir d'y installer leur race.

La distinction entre l'acclimatement de l'individu et l'acclimatement de la race n'est donc pas de pure fantaisie. Ce double acclimatement est donc

(1) Bajon, MÉMOIRES, t. I, p. 66.
(2) COURRIER FRANÇAIS, 31 décembre 1831.
(3) Twining.

indispensable pour qu'un peuple, placé tout à coup dans des conditions très-différentes de celles qui lui sont habituelles, arrive à se perpétuer. Il est évident, au reste, que l'acclimatement de la race ne diffère de celui de l'individu que par la stabilité et la profondeur plus grandes des modifications organiques, par une déviation plus formelle du type primitif. On reconnaît qu'il est accompli lorsque les traits caractéristiques et originels de la race se sont effacés, lorsque les maladies qui lui étaient particulières ont disparu et ont fait place aux maladies endémiques de la nouvelle patrie.

3° L'histoire nous apprend, en effet, que le peuple romain a vécu pendant sept cents ans en Afrique; mais nulle part elle ne nous dit comment il y a vécu. Y a-t-il eu transport, dans ce pays, d'un certain nombre de familles romaines, lesquelles ont fait souche et se sont étendues dans les siècles suivants? La population romaine y était-elle, au contraire, flottante et incessamment alimentée par les arrivages d'Italie, par l'envoi de nouvelles colonies? Encore une fois, l'histoire est muette sur ce point. Or, en l'absence de documents positifs, les considérations suivantes semblent faire pencher la balance en faveur de la seconde hypothèse.

A. A l'époque de Tertullien (1), la population de Carthage était presque exclusivement africaine; et quel autre lieu cependant, par le charme du climat, la fertilité inépuisable du sol, l'éclat des souvenirs, était plus propre à attirer les Romains?

B. Le territoire de Rome, le Latium, l'Italie, étaient presque sans habitants à l'époque où furent constituées les colonies romaines en Afrique. C'est peu de temps avant cette époque, à la vue de la Toscane déserte, que Tiberius Gracchus (2) conçut le projet de la loi agraire. Est-ce donc dans de telles conditions qu'une nation songe à émigrer et à peupler le pays ennemi qu'elle vient de conquérir?

C. Les colonies romaines, en Afrique, étaient de deux sortes : 1° les colonies militaires, composées de vétérans : or celles-ci n'ont pas dû aider à perpétuer la race romaine; c'est des vétérans que Tacite (3) (ANN. 14, chap. XXVII) dit : *Neque conjugiis suscipiendis, neque alendis liberis sueti, orbas sine posteris domos relinquebant*; d'ailleurs, l'histoire nous apprendra que jusqu'à Septime-Sévère (4), le mariage fut interdit aux soldats; 2° les colonies politiques : telle fut Utique, la rivale de Carthage, qui, pour s'être mise, sans tenter de résistance, à la merci des légions romaines, obtint le titre de colonie. Mais ici, malgré la dénomination de colonie romaine, la population restait indigène.

D. Enfin, si pendant sept cents ans la race romaine s'était propagée et étendue sur le sol africain, est-il probable que cinquante mille Vandales aient pu, sans lutte et sans combats, couvrir et dévaster les sept provinces comprises entre Tanger et Tripoli? Est-il possible qu'une population compacte et homogène, de plusieurs millions d'individus, se soit laissée balayer par un ennemi si inférieur? Mais d'ailleurs Procope (DE BELLO VANDALICO, lib. 2, cap. 6) en nous apprenant quel puissant auxiliaire les Vandales trouvèrent dans les autochthones, n'indique-t-il pas par cela même que la population romaine de l'Afrique était encore, à l'époque de l'invasion vandale, un emprunt fait à l'Europe?

(1) Tertullien est mort vers l'an 248.
(2) Tib. Gracchus périt 132 ans avant J.-C.
(3) Tacite est mort vers l'an 135 de notre ère.
(4) Septime-Sévère a régné de l'an 193 à l'an 211 de notre ère.

l'expression d'un autre érudit avec lequel il avait un commerce fort assidu et qu'il rappelle pour la richesse de ses lectures et le procédé de mise en œuvre, Michel Montaigne. Avec de telles ressources, aucun sujet de travail pour lequel il ne fût plus ou moins préparé, dont il ne possédât toujours, dans sa mémoire ou dans ses cartons, la partie philosophique, historique et artistique. C'est ainsi que tel livre *ex professo*, comme la PHYSIOLOGIE ET L'HYGIÈNE DES GENS DE LETTRES, a pu recevoir dans son cadre une foule de matériaux qui n'avaient pas été amassés à cette intention.

Mais voici, si nous ne nous trompons, sous quel jour il convient d'envisager la vaste érudition de notre regrettable ami. Si ordinairement elle ne s'appliquait pas à des objets scientifiques précis et ne se faisait pas l'auxiliaire de recherches neuves et originales, elle répondait néanmoins à l'idée qu'il s'était faite de la mission médicale, et l'on voit que c'est cette idée qui le pousse incessamment vers des études où l'homme moral et social est plus en cause que l'homme physique. Il se plaignait souvent de voir ce côté de notre rôle mal compris de la société et des médecins, et il empruntait à une littérature variée les moyens de joindre l'exemple au précepte. C'est dans l'ouvrage que nous rappelions à l'instant, dans la PHYSIOLOGIE DES GENS DE LETTRES, qu'il faut voir avec quelle conviction, avec quelle verve, avec quelle fierté, il élève le drapeau de la médecine contre ses détracteurs; comment il fait de *la science de l'homme* une sorte d'arche de salut pour les sociétés flottantes au gré d'institutions mal appropriées à la nature humaine, un instrument de politique, de législation, de morale et de philosophie tout ensemble. Tel est, en effet, son immuable préoccupation : la médecine dans ses rapports avec le gouvernement des États, les institutions sociales et la connaissance de l'homme intérieur; et cet objet, il le poursuit à travers l'histoire, la littérature, les arts, les sciences de tous les temps et de tous les pays. Un *médecin philosophe*, voilà en deux mots ce qu'était par-dessus tout Reveillé-Parise. C'était aussi, on vient de le voir, un homme de foi, revendiquant pour la médecine et lui promettant dans l'avenir de magnifiques destinées. Si nous avions quelque chose à regretter dans le beau passage où il agite cette question, c'est que, après avoir vu les choses de si haut, il se soit astreint à refaire, quoique sous une forme moins compassée, le pâle plaidoyer de Cabanis. Quand on met en parallèle, sous le rapport du *degré de certitude*, la médecine avec le droit, la politique, la philosophie, la littérature, etc., il y a quelque excès à soutenir l'assimilation complète et à ne pas reconnaître que la racine de la science médicale plonge à un degré particulier dans l'inconnu. Les incertitudes en matière d'art, de jurisprudence ou de gouvernement, tiennent à la faillibilité du jugement humain; en pratique médicale, c'est l'objet même du jugement, c'est le fait morbide qui trop souvent nous échappe. Si nous ne connaissons pas la nature de l'électricité, nous savons dans quelles conditions rigoureuses et suivant quelles lois elle s'exerce, tandis que nous ignorons de la vie, outre son principe, la raison organique et la loi de ses manifestations. La nature physique est indéfectible et calculable; la nature organisée, si elle l'est, n'a pas dit encore son secret. Mais au milieu de cette grande obscurité, qu'il vaut mieux confesser que dissimuler, les données positives de la physiologie et de l'hygiène, des notions fournies par l'étiologie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique, ne permettent-elles pas de fixer avec pleine certitude, dès à présent, certaines conditions essentielles

Cette discussion, peut-être un peu longue, était indispensable pour préciser l'état de la question et son importance; elle établit : 1° que rien dans le passé, rien dans les faits du présent, n'autorise à considérer comme résolue affirmativement la question de la perpétuité de la race européenne en Algérie; 2° que le doute à ce sujet est permis et légitime.

A. VITAL.

(*La suite au prochain numéro.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR L'OBLITÉRATION DES VEINES RÉNALES DANS QUELQUES MALADIES DU REIN ET DANS LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE EN PARTICULIER (lue à la Société de biologie); par M. E. LEUDET.

L'oblitération des veines rénales a été peu étudiée dans presque tous les ouvrages modernes sur les maladies des reins, et même le plus souvent la description de l'état de ces vaisseaux est omise dans l'histoire des affections de ce genre. M. Rayer (TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, vol. III, p. 390) en a le premier donné une histoire complète; depuis la publication de cet ouvrage, quelques observateurs ont publié successivement des faits semblables, mais isolés et en petit nombre.

Deux cas d'oblitération des veines rénales dans la néphrite albumineuse ont attiré notre attention sur ce sujet. Voulant savoir quel était le rapport de cause à effet entre l'oblitération des veines émulgentes et l'altération de texture du rein, nous avons comparé nos propres observations à celles déjà connues dans la science.

Il était important, pour obtenir quelques données sur la valeur de cette lésion, de savoir si elle était propre à l'altération de texture du rein ou si elle était commune à plusieurs affections de cet organe.

Pour arriver à ce résultat, nous allons essayer de classer les faits d'oblitération des veines rénales en plusieurs catégories, suivant l'état du parenchyme de la glande sécrétante de l'urine.

L'anémie du rein, sans autre changement de texture, s'observe rarement dans le cas d'obstacle au cours du sang veineux par suite d'oblitération de la veine rénale. M. Rayer (*loc. cit.*, v. III, p. 594) cite un cas de ce genre.

L'hypertrophie de la glande rénale se rencontre beaucoup plus fréquemment dans cette circonstance. M. Rayer (*loc. cit.*, v. III, p. 591, 592) a fait connaître deux exemples de cette forme de la lésion. Dans le premier, il est dit que le rein gauche était volumineux, la substance corticale d'un rouge très-prononcé à l'extérieur, comme dans la première période de la néphrite aiguë; la substance tuberculeuse était elle-même d'un rouge violacé. Dans la seconde observation, les reins, très-volumineux également, offraient un aspect qui se rapprochait de celui de la néphrite albumineuse.

La néphrite a été rencontrée deux fois en même temps que la coagulation du sang dans la veine rénale. L'un de ces faits appartient à Dance (ARCH. GÉN. DE MÉD., v. XXX, p. 24), l'autre à M. Rayer (*loc. cit.*, v. III, p. 59[illegible]).

La néphrite albumineuse coïncide plus fréquemment avec cet état des veines. J'ai vu plusieurs fois, dit M. Rayer (v. III, p. 591), les veines rénales occupées par des concrétions fibrineuses et leurs parois épaissies. En 1842, Stokes montrait à la Société pathologique de Dublin (DUBLIN JOURNAL, 1842, v. XXI, p. 144) deux reins atteints de néphrite albumineuse avec oblitération par des caillots sanguins des veines émulgentes. Dans une des séances suivantes, le même médecin mettait sous les yeux de la Société une lésion semblable, mais le caillot était dans ce cas moins décoloré et moins ferme; sur une troisième pièce provenant d'un malade qui avait présenté pendant la vie les signes d'une néphrite albumineuse, le coagulum était dense et ferme. Le docteur Th. Bevill Peacock (LOND. MEDICO-CHIR. TRANSACT. ANAL., *in* ARCH. GÉN. DE MÉD., sér. IV, v. X, p. 476), à propos d'une obstruction de la veine cave inférieure, signale une oblitération de veine rénale droite. Dans ce cas, les deux reins, surtout le droit, présentaient l'aspect lobulé et granuleux qui caractérise ce qu'on nomme la maladie de Bright. M. Delaruelle (BULL. DE LA SOC. ANAT. Paris, 1846) a fait connaître un fait que nous rangeons dans cette catégorie, bien que son auteur, à tort suivant nous, le sépare avec soin de la néphrite albumineuse. Enfin, nous ajouterons aux faits déjà connus les deux observations que nous donnons à la suite de ce travail.

L'obstruction des veines rénales reconnaît quelquefois pour cause la propagation d'une phlegmasie développée à la suite de couches dans les veines du bassin. M. Rayer nous a fait connaître un fait de ce genre (*loc. cit.*, vol. III, p. 596), et en emprunte d'autres à Dugès, M. Velpeau et R. Lee. M. Cruveilhier (ATLAS D'ANAT. PATH., liv. XXVI, pl. 5) cite un fait semblable observé par lui chez une femme morte de fièvre puerpérale. La phlébite était exactement limitée à la veine rénale, et ne débordait en aucune façon son embouchure dans la veine cave. Le caillot était adhérent dans tout le tronc de la veine rénale et sans adhérence dans les divisions. Au centre du caillot était du pus cohérent.

L'oblitération des veines rénales n'est donc pas, à beaucoup près, une lésion propre à la maladie de Bright; cependant il ressort de l'ensemble des faits que nous venons d'exposer que cet état des veines semble coïncider plus souvent avec la néphrite albumineuse qu'avec toute autre lésion du rein. Cependant cette coïncidence est un fait rare; car depuis plusieurs années que notre attention est fixée sur ce sujet, nous n'avons pu en recueillir que deux exemples.

La nature du caillot; son mode d'adhérence aux parois vasculaires; l'état même de ces membranes, sont souvent décrits d'une manière incomplète dans la plupart des observations. Dans le fait de M. Rayer (*loc. cit.*, vol. II, p. 272), le caillot, formé de couches concentriques superposées, était canaliculé à son centre. Sur un autre rein où la maladie était moins avancée (*ibid.*, vol. III, 592), les concrétions, blanchâtres et fibrineuses à l'intérieur, étaient un peu rouges à l'extérieur et perforées à leur centre par un petit conduit que le sang pouvait traverser. Les veines n'étaient pas épaissies. Sur une des pièces de Stokes, le caillot n'était que partiellement décoloré, adhérait par places aux parois des veines, tandis qu'ailleurs il était parfaitement libre. Enfin, sur un autre rein décrit par le même pathologiste, le caillot était plus dense, plus solide, et les parois de la veine notablement épaissies. Dans la première de nos observations, le caillot adhérait à la paroi veineuse intacte; dans la seconde, les rapports du caillot avec les parois de la veine ont été omis. Ces détails sur le caillot, son mode d'adhérence avec la paroi vasculaire et l'état de la veine elle-même, prouvent

de la santé, certaines causes positives, fatales, de maladie; et l'art n'offre-t-il pas des moyens d'entretenir ces conditions salutaires, d'éloigner ou de neutraliser ces causes funestes? Oui, assurément, l'art en est là; mais ce qu'on peut affirmer surtout, c'est que, à côté de spéculations sur la vie, il y a une immense place encore pour l'étude des *phénomènes* considérés dans leur filiation, depuis la cause initiale jusqu'aux derniers effets de l'ébranlement organique. Et l'enchaînement constant des phénomènes, qu'est ce autre chose que le but et l'objet même des sciences les plus positives? La certitude de la médecine existerait donc logiquement, si elle était réduite à cette extrémité de ne pouvoir se prouver par le fait; et c'est ce point de vue qui n'a pas été assez fortement saisi par ceux qui ont entrepris de défendre la légitimité de la science médicale.

L'éducation scientifique de Reveillé-Parise, telle que nous l'avons montrée, devait diriger son choix d'auteur vers ces ouvrages mi-partie de médecine et de littérature, où l'homme est surtout considéré dans le jeu de ses fonctions les plus générales et les plus élevées. Il y faut la finesse d'observation, le sens moraliste, une teinture de psychologie et beaucoup de lecture : Reveillé-Parise avait tout cela. Une PHYSIOLOGIE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT était donc son fait. Aussi le livre eut-il un très-grand succès et pénétra-t-il rapidement dans les classes lettrées de la société. Par un retour inévitable — et à qui oserait-on reprocher de ne pas allier les contraires? — il était moins bien préparé pour les sujets qui demandent la connaissance approfondie des organes, sains ou malades. Son TRAITÉ DE LA VIEILLESSE en est un exemple. Qu'on nous permette cette remarque, dont nous nous dispenserions si elle pouvait porter la moindre atteinte à une chère mémoire, les deux ouvrages précités sont loin de répondre également à l'importance et à la nature du sujet, parce que l'aptitude intellectuelle si caractérisée de l'auteur se refusait à une telle transformation. Qu'est-ce que la vie de l'homme de lettres? C'est presque exclusivement la vie du cerveau. Reveillé-Parise a lui-même donné cette formule du tempérament des gens livrés aux travaux de l'esprit : 1° *disposition nerveuse originelle; 2° excès d'action; 3° prédominance extrême, continue, du système nerveux; 4° diminution graduelle et presque absolue de la contractilité.* Qui n'entrevoit le champ ouvert à qui entreprendra de poursuivre méthodiquement cette donnée? Le fond du travail ne pourra être qu'une disquisition plus ou moins savante (et elle l'a été beaucoup) où le moraliste, dans le sens étendu du mot, tiendra autant de place que le médecin, et où l'organicien sera complétement effacé. L'étude de la vieillesse offre un tout autre terrain. Sous le froid des ans, la sensibilité s'émousse, l'activité intellectuelle s'engourdit, le jeu des sympathies s'arrête, toute la fonctionnalité nerveuse est comme enchaînée. C'est l'âge où l'empire des organes se montre dans toute sa puissance, et les maladies des vieillards pourraient être l'excuse des localisateurs. Raréfaction des poumons, atrophie et destruction de leurs parois celluleuses, oblitération de leurs vaisseaux capillaires, ossification des cartilages costaux, sang noir et visqueux, développement anormal des cavités droites du cœur, inertie des tuniques intestinales, épaississement ou atrophie des muqueuses, induration de la peau, etc., autant de causes directes, matérielles, de troubles pathologiques, d'autant plus dignes de considération qu'elles sont inévitables et irrémédiables. Nous sommes loin de dire qu'un traité de la vieillesse doive se confiner dans cet

que, dans plus d'un cas, la lésion n'a pas paru être d'origine inflammatoire, c'est-à-dire due à un travail phlegmasique de la veine.

A ces degrés si variables d'obstruction au cours du sang veineux, correspondent des altérations du parenchyme rénal souvent diverses. Mais un caractère qui domine dans la plupart de ces faits, c'est l'augmentation de volume de l'organe ; on la rencontrait dans les faits cités par M. Rayer comme dans nos deux observations. Dans 3 cas sur 4, les granulations jaunâtres de Bright étaient des plus manifestes.

Faut-il voir dans cette oblitération des veines rénales une simple coïncidence, l'effet ou la cause de la néphrite albumineuse ? Diverses opinions ont été émises à cet égard.

A propos d'une observation dont il a été question ici fréquemment, M. Rayer (vol. III, p. 592) s'exprime ainsi : « Il est probable que l'augmentation du volume des reins et l'humidité de leur tissu étaient la *suite* d'une affection des veines rénales. On a vu, dit le même pathologiste (vol. II, p. 268), en parlant de la néphrite albumineuse, plusieurs fois les vaisseaux du rein offrir des lésions qui paraissent être, au moins dans le plus grand nombre des cas, l'*effet* de l'extension de l'inflammation de la substance corticale. »

Ainsi donc, suivant M. Rayer, l'oblitération veineuse peut être, suivant les cas, ou la cause ou l'effet de la maladie du rein.

Plusieurs années après la publication de l'ouvrage de M. Rayer, M. Delaruelle concluait que la lésion primitive siégeait dans les veines et était due à une phlébite. Nous avons rangé ce fait dans les cas de néphrite albumineuse, quoique M. Delaruelle ne lui donne pas cette interprétation ; pour se convaincre de la vérité de notre opinion, il suffit de se rappeler que, chez un malade mort après avoir présenté de l'albumine dans les urines, on trouva, à l'autopsie, la substance rénale pâle, décolorée, présentant jusqu'à un certain point la coloration du foie gras.

F.-T. Frerichs (DIE BRIGHT'SCHE NIERENKRANKHEIT UND DESSEN BEHANDLUNG. Braunschweig, 1851) considère l'obstacle apporté au cours du sang par l'oblitération des veines rénales comme la cause de la présence de l'albumine dans l'urine et la source d'une désorganisation plus ou moins rapide des reins. En parlant de l'étiologie (*Ibid.*, p. 160), Frerichs place au nombre des causes de la maladie l'oblitération des veines rénales par des caillots sanguins, ou leur compression par des tumeurs. Pour démontrer ce point, il a entrepris des expériences sur les animaux (*Ibid.*, p. 276) ; elles furent répétées dix fois sur des lapins, un chat et deux jeunes chiens. Il liait la veine rénale ou la comprimait avec des pinces ; une fois, il serra incomplétement la ligature ; enfin, dans une autre expérience, la veine cave fut liée au-dessus du foie. L'urine extraite de la vessie ou des uretères, d'un quart d'heure à six heures après l'opération, contenait toujours une quantité plus ou moins grande d'albumine mêlée, dans trois cas, à du sang.

Dans ces diverses expériences, Frerichs n'interrompait le cours du sang que dans une des veines rénales ; toujours alors le rein, dont le sang veineux ne pouvait s'écouler au dehors, avait considérablement augmenté de poids, mais jamais l'expérience n'a été prolongée assez longtemps pour qu'on pût trouver une altération profonde du parenchyme du rein.

Frerichs cite, dans son travail, Robinson (MEDICO-CHIR. TRANSACT., t. XXVI, p. 51) comme ayant pratiqué des expériences semblables, ainsi que H. Meyer (ZESTSCHRIFT FUR PHYSIOL. HEIEK, 1844, s. 114).

Nous regrettons vivement que l'état des reins n'ait pas été examiné à une époque éloignée de l'opération. Nous ne contestons pas que la ligature des veines rénales produise l'albuminurie, mais produit-elle la désorganisation connue sous le nom de maladie de Bright ? C'est ce qui reste encore à démontrer.

CONCLUSIONS.

1° L'oblitération des veines rénales se rencontre dans plusieurs espèces de maladies des reins et même dans l'état physiologique.

2° Elle *semble* plus fréquente dans la néphrite albumineuse.

3° Elle coïncide presque constamment avec une augmentation de volume de l'organe.

4° Il est difficile de dire si la lésion veineuse est la cause ou l'effet de la néphrite albumineuse.

NÉPHRITE ALBUMINEUSE ; HÉMORRHAGIES INTESTINALES ; MORT ; AUTOPSIE ; REINS VOLUMINEUX, JAUNATRES, PARSEMÉS DE PETITS POINTS JAUNES ; CAILLOTS BLANCHATRES REMPLISSANT LE CALIBRE DE LA VEINE RÉNALE DROITE ET SES RAMIFICATIONS DANS LE REIN, SE PROLONGEANT DANS LA VEINE CAVE, LES VEINES ILIAQUE, EXTERNE ET FÉMORALE DU MÊME CÔTÉ ; COAGULATIONS MOINS MARQUÉES A GAUCHE.

OBS. I. — Thevenin (Jean-Marie), passementier, âgé de 24 ans, demeurant rue Saint-Denis, 368, d'une taille moyenne, yeux bruns, cheveux bruns, teint pâle, entre le 11 décembre 1851 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Benjamin, n° 9 (service de M. Gendrin).

Habituellement d'une bonne santé, il exerce depuis plus de dix ans la profession de passementier ; jamais il n'a fait de maladies graves qui l'aient retenu au lit pendant longtemps ; son alimentation est toujours suffisante et saine, son habitation n'est pas humide. Jamais il n'a été atteint de rhumatismes ou de palpitations.

Sans cause connue, depuis sept ans il a remarqué qu'après des journées laborieuses, ses jambes enflaient un peu aux environs des malléoles ; jamais, suivant lui, cet œdème ne s'est étendu à la face ou aux membres supérieurs. Aucun autre phénomène morbide du côté des appareils cérébraux, digestif ou urinaire n'a attiré l'attention de Thevenin jusqu'aux deux derniers mois qui précédèrent son entrée à la Pitié.

Il y a deux mois, sans cause connue, Thevenin remarqua que l'urine qu'il rendait sans douleur était suivie de l'expulsion de quelques gouttes de sang mêlé au liquide urinaire. Ces évacuations sanguinolentes, qui furent toujours très-peu abondantes et ne se répétaient pas à chaque expulsion d'urine durèrent sept à huit jours et ne reparurent plus depuis. Jamais auparavant il n'avait remarqué rien de semblable. A la même époque, il ressentait dans les deux régions lombaires une douleur gravative presque continue qui a toujours persisté depuis.

Environ deux semaines après ces premiers accidents, sans aucun phénomène fébrile, l'œdème apparut aux jambes, aux membres supérieurs et à la face, mais beaucoup plus considérable que les autres fois ; cet œdème alla graduellement en croissant et força le malade à garder presque constamment le lit depuis près d'un mois.

Quinze jours avant l'admission à l'hôpital apparurent des troubles gastro-intestinaux, d'abord de la diarrhée amenant l'expulsion de matières liquides mêlées de quelques stries sanguinolentes neuf à dix fois dans la même journée. L'appétit disparut, et quelques jours ensuite apparurent des vomissements ; le malade rejetait presque toutes les substances solides ou liquides ingérées.

Un peu de toux, légère, sans aucune douleur dans les parois de la poitrine survint simultanément.

Les sens, la vue, l'ouïe demeurèrent toujours intacts.

Le 11 décembre, nous trouvons Thevenin dans l'état suivant : la peau est pâle, blafarde ; un œdème considérable occupe les membres inférieurs, le scro-

---

ordre de faits. Certes, il y a d'utiles remarques à faire sur les facultés intellectuelles, les sentiments, les passions, les illusions, le *moi* du vieillard, et l'auteur y réussit à merveille. Imprégné, on le sent, du TRAITÉ de Cicéron, il est loin pourtant de tomber dans le subtil éloge du vieil âge que l'orateur romain met dans la bouche de Caton. Cette partie du livre est pleine de vérité et de goût. Mais la partie purement médicale ne paraîtra pas suffisante à ceux qui ont suivi les progrès de l'investigation moderne ; si le cadre en est assez complet, il est loin de réunir tous les éléments qui eussent pu et dû y entrer. Sous ce rapport, un autre traité de la vieillesse ne serait pas de trop, et comme il est à présumer, s'il se produit, que son côté le plus brillant ne sera pas celui que nous venons de louer à l'instant, l'œuvre de notre ami gardera toujours une précieuse valeur.

Comment cette légère insouciance à l'endroit de la médecine du jour ne nous rappellerait-elle pas la boutade du DOCTEUR MATHANASIUS, sorte d'œuvre humoristique où l'auteur, se donnant pour interlocuteur un vieux fanatique de l'antiquité, lui laisse, par la faiblesse calculée de la défense, tous les avantages. La GAZETTE MÉDICALE, qui a la prétention bien modeste de ne pas marcher à reculons, accueillit néanmoins la satire ; elle laissa dire à sa barbe qu'il n'y avait pas une idée dans la génération actuelle ; que le prétendu progrès n'était que réminiscence, se réservant seulement de détacher au quinteux docteur une fine plume qui parvint à le chatouiller un peu. Au demeurant, c'était un habile morceau de critique que la conversation de maître Mathanasius ; du sel *largâ manu*, de l'érudition à foison, une connaissance approfondie des anciens, un sentiment élevé de la dignité professionnelle. L'auteur était d'ailleurs de ceux qu'il convient, dans une publication périodique, quelque avant qu'ils soient entrés dans la collaboration, de laisser entièrement au cours de leurs idées. Quand l'autorité de son caractère et de son talent ne l'eût pas commandé, la position qu'il avait dans la presse y autorisait. On l'a dit sur sa tombe avec une extrême justesse : Reveillé-Parise n'était pas un homme de presse, en ce sens qu'il ne se mêlait pas aux luttes du jour. Toutes les portes du journalisme ouvertes devant lui, il n'y entrait qu'à loisir et pour ses affaires personnelles. Bien qu'il eût la veine facile, suivant le langage d'un poëte auquel il aimait à emprunter, *ingeni benigna vena*, il n'avait pas le goût de l'improvisation écrite, cette pierre de Sysiphe du vrai journaliste. Un sujet de feuilleton étant trouvé, il le méditait, en disposait le plan avec soin, en réunissait les matériaux comme il eût fait pour une œuvre de longue haleine, et l'élaborait sans hâte dans quelques-unes de ces studieuses matinées dont il nous a fait ici même le tableau. Disons-le à sa grande louange : le soin qu'il apportait à ses moindres œuvres avait son motif réfléchi dans un profond respect pour le lecteur ; il n'admettait pas plus la négligence de la forme chez celui qui se présente devant le public que la négligence des vêtements dans une réunion de gens bien élevés. On voit aisément, en le lisant, combien il a ajouté par le travail aux qualités naturelles de son style. Il l'avait brillant, abondant, imagé, dextre plutôt que savant. Le néologisme ne lui déplaisait pas, mais seulement quand la pensée en prenait plus de force ; il s'y livrait plus volontiers vers la fin de sa carrière. Personne ne s'entendait mieux à commenter, à développer un thème, si maigre qu'il fût, parce que sa prompte sagacité avait bientôt saisi tous les tenants et aboutissants d'une question. Ses méditations SUR UN PETIT OBJET (un ciron) ont été très-remarquées sous ce rapport et méritaient de l'être.

tum, les parois abdominales, les lombes; il existe aussi, mais moins marqué, aux membres supérieurs, et à la face, qui est bouffie.

Le cœur, dont les battements sont faibles, présente à l'auscultation, au niveau de la base, se prolongeant dans l'aorte, un bruit de souffle doux qui existe aussi dans les deux carotides, où il est continu, avec renforcement marqué.

L'urine pâle, sans aucun sédiment, donne par l'addition de l'acide nitrique un dépôt blanchâtre abondant; par la chaleur, on obtient également un dépôt floconneux qui, laissé dans le tube pendant douze heures, remplit la moitié de la hauteur du liquide.

Toux; matité marquée dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine, avec absence complète de murmure respiratoire et retentissement égophonique de la voix. A gauche, en arrière, dans l'inspiration comme dans l'expiration, râle sous-crépitant à bulles assez grosses.

Pas de céphalée, de diminution de la vue; jamais Thevenin n'a éprouvé d'attaques épileptiformes ou nerveuses d'aucune espèce.

Traitement : infusion de turquette édulcorée avec 60 grammes de sirop de pointes d'asperges; une pilule de 5 centigr. de poudre de digitale; deux bouillons, deux potages.

Pendant les trois premiers jours où Thevenin fut soumis à notre observation, la diarrhée diminua, les selles jaunâtres, liquides, sans coliques, ne se répétant que deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Pas de vomissements. L'œdème et l'urine offrent les mêmes caractères.

Le 14 décembre, le malade vomit deux heures après le déjeuner le potage qu'il avait pris; dans la soirée, il accusait un peu de céphalée gravative, de malaise. Le pouls, d'habitude apyrétique, était à 92-94, peu large et peu fort, la chaleur de la peau augmentée. La douleur spontanée ou provoquée par la pression, au niveau des régions lombaires, n'avait pas augmenté.

Le 15, on remarqua une large plaque érysipélateuse, survenue au niveau des lombes, et s'étendant un peu sur la fesse droite, qu'elle tend à contourner. A ce niveau, la peau est d'un rouge pâle, moins dépressible qu'ailleurs. Persistance de la fièvre, malaise plus marqué, accablement.

16. La rougeur contourne toute la fesse droite, occupe les lombes; sur ses bords existent des jetées à bords irréguliers et saillants.

Dans la soirée du même jour, la diarrhée augmente; une dizaine de selles jaunâtres.

17. Accablement marqué; pouls à 110, faible et étroit. L'érysipèle persiste comme la veille. (Chiendent sucré, vésicatoire à la partie interne d'une cuisse, bouillon.)

Dans la journée, la diarrhée augmente; les matières rendues sont rougeâtres, claires, mêlées de quelques grumeaux sanguinolents. L'examen microscopique y fait découvrir de nombreux globules sanguins. Même état de l'œdème; épanchement ascitique dans l'abdomen. Pas de sang dans les urines, qui contiennent toujours une grande quantité d'albumine.

Le 18, les selles sanguinolentes persistent, mais les matières rendues sont d'un rouge plus foncé et ne contiennent plus de caillots rougeâtres.

L'érysipèle diminue d'une manière marquée.

Le 20, la rougeur érysipélateuse a disparu; les selles sont moins fréquentes; l'œdème persiste, l'affaiblissement augmente les jours suivants, et le malade est incapable de se mettre seul sur son séant.

ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES. — Le 25, à deux heures du matin, le malade fut pris de frisson et de délire avec agitation violente; écume à la bouche. Cet accès, qui nous a été décrit très-imparfaitement par l'infirmier du service, dura une demi-heure environ, et se termina par le coma, et deux heures après, c'est-à-dire à quatre heures du matin, par la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE le 26 décembre 1851, vingt-sept heures après la mort.

Roideur cadavérique marquée aux membres supérieurs comme aux inférieurs; pas de traces de putréfaction.

Cerveau. Aucune congestion des vaisseaux des méninges; peu d'épanchement sous-arachnoïdien; à peine un peu de piqueté de la substance cérébrale, dont la consistance est normale.

Le larynx et les bronches, tapissés par un mucus spumeux, étaient sains.

La cavité pleurale droite contenait un verre environ d'une sérosité contenant quelques flocons fibrineux; plusieurs pseudo-membranes molles tapissaient la surface extérieure du poumon; aucun épanchement dans la cavité pleurale gauche.

Les deux poumons, parfaitement libres, d'un gris rosé en avant, sans aucun produit tuberculeux dans leur intérieur, étaient légèrement engoués à la base; leur tissu, d'un gris brunâtre, lourd, peu crépitant, dépressible, ne gagnant pas le fond de l'eau, donnait écoulement à la coupe à une grande quantité de sérosité aérée. Les veines et artères pulmonaires sont libres et saines.

Le péricarde renfermait une cuillerée environ de sérosité citrine transparente; aucune fausse membrane ne se rencontrait dans son intérieur ou sur la séreuse externe du cœur.

Le cœur, d'un volume ordinaire, sans aucune trace d'altération graisseuse, était sain; sur la valvule mitrale, près de l'insertion des tendons des colonnes charnues, on rencontrait seulement une petite végétation rougeâtre, du volume d'une lentille, susjacente à la membrane interne du cœur. Le ventricule droit contenait un peu de sang noirâtre liquide; le gauche également.

La cavité péritonéale contenait un litre et demi environ de liquide citrin transparent, sans aucun flocon fibrineux dans son intérieur. Aucune trace de phlegmasie ne se remarquait sur le feuillet pariétal ou viscéral de la séreuse abdominale.

L'estomac présentait, surtout au niveau du grand cul-de-sac, un pointillé rougeâtre fin, sans arborisations vasculaires; à ce niveau, la muqueuse était ramollie; près du pylore, au contraire, elle avait sa consistance normale. Dans l'intestin grêle, dont la muqueuse ne présentait aucun ramollissement, on rencontrait par places quelques arborisations vasculaires fines. Dans le gros intestin surtout, dans le cœcum, ces arborisations étaient plus nombreuses, réunies sous forme de plaques, piquetées de petits points noirs ecchymotiques, avec ramollissement léger de la muqueuse à leur niveau, sans aucune ulcération. Les matières contenues dans le tube digestif étaient liquides, jaunâtres.

Le *foie*, fixé à la paroi abdominale antérieure par des adhérences nombreuses et étroites, était assez volumineux : largeur, $0^m,32$; hauteur, $0^m,20$ (lobe droit), $0^m,17$ (lobe gauche); épaisseur, $0^m,55$ (lobe droit), $0^m,03$ lobe gauche. Il est d'une couleur jaunâtre clair; son tissu ne graisse pas le scalpel. La bile, jaunâtre clair, était peu visqueuse; les canaux excréteurs à l'état normal, ainsi que la veine porte et les veines mésentériques et splénique.

La rate était petite; son tissu rouge, ferme, résistant, se laissait facilement couper en tranches.

Les deux reins étaient volumineux.

	Rein droit.	Rein gauche.
Hauteur . . .	$0^m,16$	$0^m,16$.
Largeur . . .	$0^m,065$.	$0^m,085$.
Épaisseur . . .	$0^m,035$.	$0^m,01$.

Rein droit. La membrane fibreuse adhère à l'organe plus intimement que dans l'état normal.

La surface extérieure, lisse en avant et en arrière, offre le long de la convexité, quelques bosselures peu prononcées. La couleur de l'organe est d'un jaune un peu rougeâtre, parsemé par plaques de petites arborisations rougeâtres, sous forme d'étoiles et ne formant pas de figures régulières; quelques petits points jaunes, nettement caractérisés, se voient à la surface extérieure de l'organe, beaucoup plus marqués à l'intérieur. On y voit une augmentation considérable d'épaisseur de la substance corticale. Celle-ci est d'un jaune marqué, avec de petits points jaunâtres répandus dans son épaisseur, et peu d'arborisations vasculaires. Les pyramides sont un peu atrophiées, jaunâtres également.

Que dirons-nous du caractère de Reveillé Parise, qui ne soit dans la mémoire de tous? Vit-on jamais un médecin plus digne, plus jaloux de l'honneur du corps, plus esclave de son devoir, plus doux envers les défaillants, plus courageux envers les endurcis? On remplirait de longues pages de tout ce qu'il a écrit contre la plaie du charlatanisme; on sent qu'il en est assiégé, qu'il en souffre; il y revient sous mille formes et à toute occasion, et toujours avec l'accent de cette *haine vigoureuse* que demandait Alceste. Et quelle sûreté de commerce! et avec quel abandon il découvrait son cœur sans regarder indiscrètement dans celui d'autrui! Qui ne sait la simplicité de ses mœurs? Dans cette vieille maison de la rue du Dragon habitée pendant tant d'années, comme à sa modeste campagne où il a voulu en vain se traîner pour y mourir, c'était toujours le sage appliquant, au sein des joies domestiques, cette théorie de la médiocrité aisée qui n'a été tant de fois qu'un sujet de déclamations. *Exiguo luceat igne focus*, il le disait plus sincèrement que Tibulle. Quand une maladie cruelle, et que rien n'avait annoncée, est venue le saisir dans sa retraite, il a été, comme toujours, l'homme de ses écrits. Pressentant la mort, il s'y est aussitôt résigné, mais de la résignation douce et triste de ceux qu'on arrache au bonheur. Comme il n'avait pas d'ennemis (chose étrange!), il ne pouvait se séparer sans douleur d'aucune des personnes qu'il avait connues. Il songeait surtout à ses collègues de l'Académie, qui tant de fois l'avaient caressé de leurs éloges, et ç'a été une sorte de pèlerinage touchant que ses dernières visites à la rue des Saint Pères; il lui semblait qu'il ne devait pas partir sans avoir rendu visite au corps qui lui avait toujours été si bienveillant.

Les anciens représentaient sur les sarcophages le mort se dirigeant vers un arbre des Hespérides entouré d'un serpent; ils symbolisaient par ces deux emblèmes des pommes d'or et du reptile les deux chances de bonheur ou de malheur qui s'ouvrent à l'homme en entrant dans l'éternité. Qui peut douter du lot échu au bon, à l'honnête, au religieux Reveillé-Parise? Le serpent qui l'a toujours respecté dans cette vie ne l'a pas atteint dans l'autre, et les pommes d'or sont à présent son partage!

A. DECHAMBRE.

— Voici un document statistique curieux. On sait que les membres du corps médical sont soumis à la patente. On compte comme payant cet impôt en France : 168 docteurs en chirurgie; 10,971 docteurs en médecine; 4,522 officiers de santé; 411 chirurgiens-dentistes. Ce qui donne un total de 16,072 patentés exerçant la médecine.

Voici comment la valeur locative de chacune de ces catégories se trouve établie : les docteurs en chirurgie payent en moyenne 339 fr.; les docteurs en médecine 407; les officiers de santé 168, et les chirurgiens-dentistes 666. Il résulte de ces faits que les dentistes sont généralement mieux logés et plus aisés que les médecins, les chirurgiens et les officiers de santé.

Dans l'intervalle des pyramides, comme dans la substance corticale, on peut suivre des veines remplies par des caillots de fibrine blanchâtre décolorée; la membrane interne de ces vaisseaux est normale; le caillot leur adhère à peine et s'en détache facilement.

La veine rénale droite était remplie par un caillot décoloré, également ferme, ne contenant aucune trace de sang noirâtre, non adhérent aux parois veineuses, qui étaient saines. Dans la veine cave inférieure, existait un caillot blanchâtre n'obstruant que le tiers environ du calibre de ce vaisseau, et se continuant jusque dans l'iliaque externe droite, se terminant à la partie moyenne de la veine fémorale; au niveau de la terminaison des deux veines iliaques primitives, dans la veine cave inférieure, existait également un caillot, mais mou et moins adhérent à la membrane interne de la veine. Ces vaisseaux contenaient peu de sang noirâtre, leur membrane interne était saine. Les artères n'étaient nullement oblitérées par des caillots.

Le rein gauche offrait le même aspect que le droit; des caillots, fibrineux également, se rencontraient, comme dans le droit. La veine rénale, de ce côté, était libre.

Les bassinets, la vessie étaient sains.

NÉPHRITE ALBUMINEUSE; MARCHE LENTE; MORT; AUTOPSIE; OBLITÉRATION DES VEINES RÉNALES; REINS TRÈS VOLUMINEUX, PARSEMÉS DE GRANULATIONS JAUNÂTRES.

OBS. II. — Une femme âgée de 34 ans, n'ayant pas eu d'enfants depuis huit ans, (renseignement fourni par un élève du service de chirurgie), entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy, pour une plaie légère du bras, suite de brûlure. Elle assurait avoir constamment joui auparavant d'une bonne santé. Vers la fin de janvier, cette femme parut tomber dans l'adynamie; l'examen du thorax ne fit reconnaître que quelques restes de bronchite, à la base des deux poumons. Jamais les urines ne furent essayées par la chaleur ou par l'acide nitrique.

Cette femme fut envoyée des salles de chirurgie dans celle de médecine, confiée à la direction de M. Rayer. Quand elle fut soumise à notre examen, elle était plongée dans le coma, dont on pouvait à peine la tirer, sans qu'il fût possible d'obtenir aucune réponse. Elle avait à peine un peu d'œdème aux membres inférieurs, avait la respiration courte, embarrassée, et expectorait des crachats muqueux, transparents, aérés; le pouls était très-accéléré et petit. L'auscultation faisait entendre de chaque côté à la base, des râles sous-crépitants, abondants sans trace de souffle, pas de matité en arrière à la base. L'auscultation du cœur ne faisait entendre aucun signe pathologique.

La malade succomba dans le coma, deux jours après son entrée dans le service de M. Rayer.

AUTOPSIE. Temps frais et sec.

Pas de roideur cadavérique, pas de putréfaction.

Peu de congestion des vaisseaux, des méninges ou des téguments du crâne; épanchement sous-arachnoïdien plus abondant que dans l'état normal. Les membranes s'enlèvent facilement, sans entraîner aucune parcelle de parenchyme cérébral. La pulpe du cerveau offre une bonne consistance, sans piqueté au développement anormal des vaisseaux.

A peine un peu d'engouement au sommet en arrière des deux poumons; à la base il est beaucoup plus marqué; le tissu pulmonaire d'un rouge violacé, non friable, mais un peu pesant, donne écoulement, à la coupe, à une grande quantité de liquide séro-sanguinolent médiocrement aéré. Les bronches contiennent une petite quantité de liquide rosé spumeux.

Le cœur flasque, non graisseux, était sain, ses orifices comme à l'état normal.

L'estomac n'offrait aucune lésion, la muqueuse était d'une bonne consistance, l'intestin grêle n'offrait rien d'anormal; dans le cœcum on rencontrait un certain nombre de petites ulcérations folliculaires rondes, n'occupant que la superficie de la muqueuse, et diminuant de nombre à mesure que l'on montait dans le cœcum.

Le foie était assez coloré, nullement gras, d'une bonne consistance.

La rate d'un volume ordinaire, saine.

Les deux reins étaient remarquables par leur volume qui était considérable; pesés après avoir été dépouillés du tissu cellulaire et de la graisse environnante, ils pesaient, l'un 484 grammes et l'autre 440 grammes. La membrane propre du rein semblant plus épaisse qu'à l'état normal, n'adhérait pas plus à la substance corticale que dans l'état sain. Vus à l'extérieur, les reins offraient une teinte d'un rouge jaunâtre, sans vaisseaux étoilés; on remarquait en outre, à leur surface, un grand nombre de petites granulations blanches, granulations de Bright. A la coupe, la substance corticale offrait une teinte jaune rendue plus apparente par la rougeur un peu vive de la substance tubuleuse, pas d'écoulement de liquide à la coupe du rein. Les granulations de Bright se voyaient en très-grand nombre à la surface de la coupe et surtout dans les points les plus rapprochés de la surface du rein. Les cônes de la substance tubuleuse; étaient d'un rouge brun foncé, le tissu qui les formait paraissait condensé. L'examen microscopique a été fait par M. Davaine qui a bien voulu nous communiquer les résultats. En plaçant sous le microscope au grossissement de 350 diamètres une parcelle de la substance corticale devenue jaunâtre, on la trouvait constituée principalement par des cellules épithéliales plus distinctes que celles qu'on observait sur un fragment analogue de rein sain. La plupart des cellules des reins malades contenaient des globules graisseux en quantité variable, et surtout beaucoup de globulins pressés les uns contre les autres.

L'artère rénale n'offrait rien dans son tronc ou ses principales ramifications aucune altération.

Le tronc de la veine rénale et ses branches étaient remplis de caillots fibrineux, jaunâtres, solides, compactes. Le caillot de la veine principale était canaliculé. Des fragments de ces caillots, examinés au microscope par M. Davaine, lui ont offert un stratum amorphe, des granules moléculaires ou des globoles ressemblant plus ou moins aux globules blancs du sang. Une parcelle prise dans l'intérieur de ces concrétions fibrineuses offrait à l'inspection microscopique des groupes de cristaux en aiguilles disposés en étoiles, apparence que présente la margarine, de plus, un grand nombre de globules ayant la forme et le volume des globules blancs du sang.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

TROISIÈME PARTIE (1).

DE LA COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

Jusqu'ici nous avons étudié la taille et la lithotritie isolément, en faisant à chacune, dans sa sphère, sa part des moyens que l'art enseigne contre ses difficultés ou ses complications spéciales. Maintenant nous aborderons la question sous un point de vue tout différent. Nous allons entreprendre un travail nouveau qui les groupera dans la même étude, pour chercher à amoindrir leurs dangers respectifs et à accroître, au contraire, la somme commune de leurs avantages.

Les difficultés et les insuccès de la cystotomie paraissent en définitive se rattacher à deux causes principales, dont il importe d'apprécier l'influence: le volume de la pierre et le procédé opératoire mis en usage.

Quant au premier chef, le galvanisme laisse entrevoir des espérances qui n'ont pu encore se réaliser : jusqu'à cette heure la question n'a pas été résolue; quelques-uns la regardent même comme insoluble. Mais il serait plus vrai de dire qu'on n'avait pas bien posé les bases du double problème scientifique et instrumental à résoudre. Sans entrer ici dans des détails qu'il n'est pas de notre objet d'aborder, on peut les réduire aux conditions qui suivent : « Conduire l'électricité jusque dans la vessie, en l'isolant dans tout son trajet; concentrer son action sur le calcul à désagréger, sans s'éparpiller dans les organes qu'ou traverse; préparer et maintenir un liquide favorable à la dissolution par ses affinités chimiques; préserver les parois de l'urètre et de la poche urinaire des réactions galvano-chimiques, etc. » Il y a là, on le voit, de grandes difficultés, mais non une impossibilité absolue; toutefois les promesses que semblait donner la pile voltaïque sont jusqu'à ce jour restées sans effet.

La chimie n'a pas été plus efficace : on a attaqué les calculs par les dissolvants et les eaux minérales; mais ce moyen agit principalement sur ceux qui sont encore à l'origine des voies urinaires, ou qui se trouvent dans la vessie seulement à l'état de sable ou de graviers, et que leur volume, d'ailleurs, met à même d'être expulsés par l'urètre. Nous avons établi (voy. obs. XXIII) que la médication des eaux minérales doit surtout être envisagée sous le rapport de la récidive qu'elles sont destinées à prévenir, et de la cause morbide qu'elles sont appelées à détruire; elle réussira toujours mieux contre les concrétions urinaires au moment même de leur formation, que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain développement. Dès qu'on a affaire à des pierres qui, par leur densité et leurs dimensions, sont de nature à être opérées, l'art reste impuissant contre elles, et le problème subsiste avec toutes les difficultés que créent leur volume et la dureté de l'agrégat.

Sous certains rapports, depuis l'avénement de la lithotritie, la question a changé de face. D'abord, la méthode nouvelle s'est à bon droit emparée d'une grande partie des cas, et la taille est devenue proportionnellement moins commune, tant dans les hôpitaux que dans la pratique civile : à Lyon, par exemple, où l'on opérait un grand nombre de calculeux, le chiffre (2) a beaucoup diminué. (Voy. mes MÉLANGES DE CHIRURGIE.)

Ce n'est pas le seul résultat que l'on doive à la lithotritie : en accaparant

(1) Voy. pour la *première partie* (*Lithotritie*) la GAZETTE MÉDICALE de 1850, n°s 29, 31 et 35; et pour la *deuxième partie* (*Taille*), la GAZETTE MÉDICALE de 1851, n°s 42 et 43.

(2) Il paraît d'ailleurs probable que, par les progrès de l'hygiène et par l'augmentation du bien-être général, la proportion des calculeux s'est progressivement restreinte, et à coup sûr on n'en trouverait plus aujourd'hui une quantité pareille à celle que frère Côme rencontrait dans ses voyages en France et en Hollande.

les cas les plus favorables, les pierres d'un volume médiocre et les malades dont les voies urinaires ne sont pas trop profondément altérées, elle est réellement venue changer le cadre des opérations de taille; si celles-ci sont devenues plus rares, leur gravité paraît avoir augmenté en raison inverse de leur fréquence. J'ai rapporté ailleurs (MÉLANGES DE CHIRURGIE, in-8°, 1845, p. 177) que M. Viricel avait opéré à l'Hôtel-Dieu de Lyon 109 calculeux pendant un exercice de six années (1806-1812); que, sur ce nombre, il avait eu le rare bonheur d'obtenir 53 guérisons de suite, et qu'en somme il n'avait à déplorer que 9 morts. Aujourd'hui un seul chirurgien aurait de la peine à citer une statistique aussi heureuse et aussi nombreuse; on ne s'étonnera pas que la mortalité soit plus forte pour cette opération, si l'on considère que la méthode rivale enlève les cas les plus favorables; si bien que le lithotomiste a souvent affaire à des malades que la lithotritie a déjà entrepris sans succès, à cause de leurs difficultés, ou qu'elle refuse à cause de leurs complications, et qu'en définitive il n'a réellement (les enfants exceptés) que la plus mauvaise part dans le partage des calculeux.

Ce danger n'est que trop réel, et quoi qu'il en soit de ses causes et de leur explication, ce qui importe avant tout, c'est de diminuer le plus possible les chances malheureuses. Le volume de la pierre est le principal obstacle qu'on ait en vue; il est tel qu'on a parfois été obligé de laisser l'opération inachevée faute de pouvoir en triompher: c'est même l'objet d'un précepte de l'art. « Il faut se garder de ces efforts violents, de ces tentatives prolongées outre mesure que conseille l'amour-propre, que soutient l'entêtement, et qui ont pour résultat de sacrifier la vie des sujets à la vaine gloire d'avoir terminé l'opération et extrait sans désemparer un calcul qu'on aurait pu retirer avec moins de danger par une autre voie. » (DICTIONNAIRE EN 15 VOL., 1831, VI, 131.)

Mais tailler un malheureux pour lui laisser encore sa pierre, c'est une cruelle extrémité; c'est presque une honte pour l'art, et ce n'est qu'ainsi qu'on peut s'expliquer le conseil désespéré que formulent, dans ce cas, les autorités de la science. « Lorsque tous les débridements sont jugés insuffisants, le chirurgien doit immédiatement se décider à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. » (DICT. cit., VI, 120.) On est surpris d'entendre ces paroles de la bouche de Dupuytren; car enfin on joue évidemment la vie du patient en lui faisant subir deux opérations pour une, et en doublant ainsi les dangers et les chances de mort. D'ailleurs, le jugement qu'en porte Dupuytren lui-même est loin d'être favorable: « La *cystotomie sus-pubienne, qui expose à la lésion du péritoine et aux abcès urineux dans le bassin*, est cependant la seule qui convienne, toutes les fois que les dimensions des calculs sont telles qu'il n'est pas vraisemblable qu'on puisse les faire sortir sans exercer trop de violences par le périnée. » (Oper. cit., p. 114). Ainsi voilà des chances particulières de mort (1) qu'on encourt uniquement en vue du volume de la pierre, et seulement pour en faciliter l'extraction.

Les anciens avaient autrement compris et attaqué ces difficultés: quand les manœuvres ordinaires avaient échoué, l'opérateur allait dans son arsenal s'armer de fortes tenettes, garnies à l'intérieur de dents et d'aspérités saillantes pour écraser la pierre et la réduire en fragments. Mais leurs proportions monstrueuses les ont fait rejeter par les modernes: on croirait, en effet, qu'elles ont été inventées, non pour l'homme actuel, mais pour une de ces espèces gigantesques dont on ne retrouve des types que dans les animaux antédiluviens. Voici comment Dupuytren et Bégin les condamnent: « Ces instruments sont plus dangereux qu'utiles, parce que » leur volume considérable fatigue la plaie et la vessie; que les efforts » qu'on doit exercer avec eux exposent à contondre les parties, et surtout » que les fragments peuvent occasionner dans l'organe des lésions pro- » fondes et graves. » (DICT. cit., VI, p. 119.)

Les modernes se sont engagés dans une autre voie: ils ont multiplié les méthodes et les procédés. Leurs efforts se sont surtout concentrés dans des perfectionnements opératoires. Les divisions et subdivisions se sont accrues à l'infini. En somme, comme je l'ai établi ailleurs (CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, in-8°, 1850, p. 55), « on s'est surtout préoc- » cupé de rechercher les procédés les plus commodes pour extraire les » calculs volumineux, tandis qu'il n'eût fallu chercher que le procédé le » plus simple et le plus innocent en lui-même. Dupuytren disait avec rai- » son que « en chirurgie, ce ne sont pas toujours les procédés les plus » brillants ni ceux qui ressemblent le plus à des tours de force, mais ceux » qui inspirent le plus de confiance et de sécurité, qu'on doit préférer. » » (DICT. cit., p. 31.) Et en effet, c'est par leurs conséquences qu'on doit » apprécier leur valeur; on a exploré, mesuré, calculé les dimensions de » tous les organes qui entourent la vessie, relativement à l'étendue des » débridements compatibles avec l'intégrité des viscères; mais malgré ces » mesures, on peut encore rencontrer des calculs trop volumineux pour » être extraits impunément par le périnée. »

En effet, qu'enseigne l'anatomie, quand on examine l'étendue du débridement à opérer? On sait que le col de l'urètre peut admettre un sphéroïde de 5 lignes de diamètre et de 15 lignes de circonférence: un débridement transversal de 8 lignes ajoutant 16 lignes d'étendue, donnera une ouverture totale de 31 lignes de périmètre, propre à recevoir une sphère de 10 lignes de diamètre. Un débridement *oblique* (comme celui de la taille latéralisée) de 10 lignes ouvrira un espace de 35 lignes de circonférence, suffisant pour une pierre de 11 à 12 lignes de diamètre. Enfin un débridement *oblique bilatéral* de 9 lignes ouvre un triangle isocèle de 18 lignes de base, avec un périmètre de 3 pouces 8 lignes. M. Senn a estimé qu'une incision oblique à gauche de 10 à 11 lignes et une transversale à droite de 8 à 9 produiraient une ouverture de 52 lignes de circonférence. » Mais malgré tous ces calculs, que j'ai pris soin de résumer dans mon ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (art. *Périnée*, p. 451), les procédés de taille prostatique pourraient souvent être accusés d'impuissance; car si la dilatabilité de la prostate et l'élasticité du col, jointe à la déchirure qui accompagne le débridement, suppléent largement à ce qui manque pour les cas ordinaires, il n'en est plus de même pour les pierres énormes.

Il est d'ailleurs reconnu que « les incisions trop considérables ont l'inconvénient de dépasser la prostate, d'atteindre l'aponévrose pelvienne profonde, et de permettre à l'urine de s'épancher au-dessous du péritoine. » (DICT. EN 15 VOL., p. 99.) C'est le précepte que Dupuytren et Bégin proclament après Scarpa, Camper, Sharp, Bromfield, Cheselden et tous les grands maîtres. Aussi, renfermés dans ce cercle infranchissable, les modernes, tout en reconnaissant la taille périnéale latéralisée comme la meilleure, ont-ils été forcés de conclure « qu'on ne devait jamais extraire par le périnée un calcul de plus de 20 lignes. » (Scarpa, MÉM. SUR LA TAILLE, p. 8). Or, d'après Deschamps, leur volume habituel chez l'adulte s'élève à 18 ou 20: c'est donc dire qu'on renonçait à cette méthode même dans une foule de cas *ordinaires*. Qu'était-ce pour les autres?

Ainsi on se trouve acculé entre deux nécessités contraires. Scarpa a fort bien exposé ce double embarras du chirurgien: « Quand le calcul est très-volumineux, on ne peut tenter son extraction par le périnée, parce que l'espace triangulaire compris entre l'arcade du pubis, la branche de l'ischion et le col de la vessie a trop peu d'étendue... « D'un autre côté, l'incision de la base de la prostate et du col de la vessie ne peut être prolongée au delà de certaines limites sans donner lieu à une infiltration urineuse, et consécutivement à des abcès et à la gangrène du tissu cellulaire sous-péritonéal. » (MÉM. SUR LA TAILLE, p. 2.)

Pour sortir de cet écueil, je ne vois rien de mieux que l'*alliance de la taille et de la lithotritie*; mais quand je dis qu'il faut combiner ces deux méthodes, je n'entends point qu'il faille recourir à la cystotomie alors seulement que le broiement aura échoué: ce serait s'exposer bénévolement à de grands dangers; car il est d'observation que les tentatives préalables de lithotritie restées infructueuses diminuent les chances de succès pour la taille, comme l'établissent tous les auteurs qui se sont occupés de ce point, nommément Souberbielle (RAPPORT A L'ACADÉMIE, 1835, p. 148), Thierry (THÈSE DE CONCOURS, 1852, p. 150), Loughi (PARALLÈLE DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE), et les traités didactiques, etc. Voici un exemple que je puis fournir à l'appui.

CALCUL MONSTRUEUX, DE 36 LIGNES SUR 22; DEUX TENTATIVES DE LITHOTRITIE; TAILLE LATÉRALISÉE; MORT.

OBS. XXVII. — Un homme de 50 ans, batelier sur le Rhône, souffrait de la vessie depuis dix à douze ans. D'un tempérament vigoureux et sanguin, il avait longtemps résisté à sa maladie. Les écarts de régime, assez communs chez les hommes de rivière, ne firent qu'aggraver son état, et à la fin de 1844, il se vit forcé de quitter son métier de marinier. Il consulta; on reconnut la pierre, et en février 1845, deux séances de lithotritie eurent lieu; mais bien qu'elles eussent donné issue à beaucoup de fragments, on renonça à les continuer à cause du volume énorme de la pierre et de sa dureté excessive.

Le malade fut admis dans mon service à l'hôpital: il était très-fatigué et très-souffrant. La vessie paraissait profondément malade; elle était littéralement remplie par un calcul monstrueux. Il y avait dysurie, besoins incessants de micturition, urines catarrhales, fièvre, insomnie, anorexie, etc. L'état était très-grave, et il ne pouvait y avoir d'espoir que dans l'opération. Je le taillai, le 15 mars 1845, par la cystotomie latéralisée. Je débridai obliquement la prostate avec l'armure n° 10. Je sentis avec le doigt les dimensions énormes de la concrétion urinaire; je me décidai aussitôt à la briser avec un fort lithotriteur à dents que j'introduisis avec précaution. L'agrégat était si dur qu'il ne céda qu'à un grand nombre de coups de marteau portés sur l'instrument, qu'on soutenait solidement avec l'étau à main. Je parvins à extraire les morceaux du calcul, qui, réunis ensuite, représentaient une concrétion monstrueuse de 36 lignes de long sur 22 de large et 15 d'épaisseur, le tout du poids de près de 200 grammes. Des

(1) L'alternative suivante n'est guère préférable: « Fendre la paroi antérieure, » comme le fit Dupuytren, c'est sans doute mettre à sa disposition le plus large » espace périnéal; mais le chirurgien peut-il être satisfait quand il a établi un » semblable cloaque? » (Bouisson.)

injections multipliées d'eau de mauve détergèrent la vessie ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Tout se passa bien. L'opéré était très-satisfait de voir la pierre dont il était heureusement débarrassé ; mais il avait été tellement abattu par ses longues souffrances, et si fort éprouvé par les deux tentatives de lithotritie et leurs suites, que les douleurs de la taille (l'éthérisation n'était pas encore inventée) le trouvèrent sans résistance, et il succomba le 18 mars.

Il est probable que nous aurions eu un meilleur résultat si deux tentatives inopportunes de broiement n'étaient venues aggraver l'état du malade. Aussi, quand je parle de l'alliance de la taille et de la lithotritie, j'entends combiner ces deux méthodes pendant l'opération elle-même, comme je vais le faire voir dans la suite de ce travail.

L'expérience démontre qu'il existe une relation entre les dangers de la cystotomie et le volume du calcul ; de telle sorte que plus celui-ci est considérable, plus les procédés cystotomiques qui lui conviennent sont redoutables par leurs suites. En tenant compte de ce résultat pratique, ne serait-ce pas un progrès chirurgical immense que de borner la taille à la méthode qui inspire le plus de sécurité, c'est-à-dire à celle qui exige la plus petite ouverture dans la région périnéale (1), et à faire intervenir la lithotritie pour réduire les dimensions du calcul aux proportions de la voie déjà tracée par l'opérateur (Bonisson) ? J'espère que les observations suivantes vont en fournir une démonstration péremptoire.

CONCRÉTION CALCULEUSE DE 21 LIGNES SUR 13, AUTOUR D'UN PASSE-LACET EN ACIER LONG DE 34 LIGNES ; FISTULE VÉSICO-VAGINALE ; INCONTINENCE D'URINE ; ONANISME ; COMBINAISON DE LA TAILLE URÉTRO-VESTIBULAIRE ET DU BROIEMENT ; GUÉRISON.

Obs. XXVIII. — Une jeune fille de 17 ans, adonnée à l'onanisme, s'introduisit dans l'urètre, en octobre 1842, un passe-lacet de près de 8 centim. Ce ne fut qu'en août 1843, c'est-à-dire dix mois après l'accident, qu'elle réclama les soins d'un médecin, alors que les souffrances qu'elle endurait l'obligèrent à garder le lit. Il lui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle entra le 24 décembre 1843 dans l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face, faiblesse très-grande ; alitement depuis quatre mois ; douleurs dans les lombes, l'hypogastre et les cuisses empirant par les mouvements et l'excrétion des urines. On sent le vagin barré par une tige métallique implantée perpendiculairement dans la paroi supérieure. Depuis huit jours les urines se perdent par le vagin. La sonde sent à l'entrée de la vessie un calcul volumineux fixé dans ce point par son extrémité inférieure.

Le 27, M. Bonnet saisit ce calcul avec un lithotriteur sous 11 ligne de diamètre. La pointe métallique avait peu à peu ulcéré et perforé la cloison vésico-vaginale d'où résultait une fistule. Le chirurgien pensa d'abord à broyer le calcul ; il espérait que les mors du lithoclaste seraient assez forts pour briser le corps étranger ; mais après mûre réflexion il renonça à commencer ainsi le traitement.

M. Pétrequin, à qui la malade fut confiée le 1er janvier 1844, ne sentit plus la pointe métallique dans le vagin ; la malade ne perdait plus ses urines ; la sonde trouvait bien la pierre dans la vessie, mais mobile ; par les manœuvres de la première exploration, elle s'était sans doute dégagée ; dès lors l'ulcération et la perforation vésicale n'étant plus entretenues par la présence d'un corps étranger, s'étaient cicatrisées d'elles-mêmes ; ainsi avait cessé l'incontinence d'urine. M. Pétrequin pratiqua diverses explorations avec le lithotriteur de Heurteloup, soit pour mesurer la pierre qu'il saisit sous 11 lignes et demie, soit pour essayer ce que pourrait la lithotritie. La tige résista complétement aux efforts faits pour la ployer. On reconnut aux débris que le calcul était en grande partie composé de phosphate de chaux. L'indocilité de la malade, ses mouvements incoercibles, la sensibilité extrême des organes génito-urinaires et l'impossibilité où l'on était de faire garder une injection dans la vessie détournèrent de la lithotritie dans ce cas. On craignait aussi que le corps étranger ne se laissant ni plier ni casser la malade ne fût exposée à subir les accidents de la lithotritie pour le calcul, et ensuite la lithotomie pour être débarrassée du noyau métallique.

Mais quelle méthode suivre ? Dans la taille *urétrale bilatéralisée* avec le double lithotome caché de Flurant de Lyon, renouvelé par Dupuytren, on n'est pas sûr d'éviter les parois du vagin, et par conséquent il peut survenir une fistule ; on risque en outre de laisser une incontinence d'urine, d'autant mieux qu'on divise l'urètre en deux.

La taille *urétrale latéralisée* est passible des mêmes reproches et donne chez la femme une trop petite ouverture.

La taille *vestibulaire* n'ouvre également qu'un étroit espace ; on ne peut se servir que de petites tenettes, et dans les manœuvres d'extraction l'urètre et le col de la vessie sont froissés par le calcul, tiraillés et contus par les instruments, si bien que l'incontinence d'urine est peut-être plus à craindre que s'ils eussent été divisés.

Nous avons vu (voy. obs. 17) que la taille *vésico-vaginale* expose à une fistule souvent incurable et presque aussi désagréable que la pierre elle-même ; on crut devoir employer une variété de *taille urétro-vestibulaire* comme on va voir.

La malade fut placée et attachée comme pour l'opération de la taille chez l'homme. On introduisit dans l'urètre un cathéter cannelé, qui servit de conducteur au lithotome caché dont le tranchant fut dirigé en haut et à peu près à gauche ; on le retira en élevant légèrement sa lame pour faire une plaie au moins aussi étendue intérieurement qu'extérieurement. Il avait été armé de manière à faire aux téguments une incision de 10 lignes, ce qui ne donna au col, vu sa dilatabilité, qu'une incision d'environ 2 lignes. L'index s'assura de la position du corps étranger. Il était situé transversalement dans le bas-fond de la vessie. Un gorgeret mousse à crête servit de conducteur aux tenettes qui saisirent le calcul en basculant. M. Pétrequin s'occupa d'abord de lui donner une direction presque parallèle à l'axe de la plaie ; puis il chercha à le briser en plusieurs noyaux ; il y réussit après quelques efforts. Alors les tenettes retirèrent d'abord deux fragments de volume moyen, et enfin un dernier de 17 lignes de long sur 12 de largeur et 5 d'épaisseur. Trois débris plus petits furent extraits avec la curette, et beaucoup d'autres sortirent à l'aide d'injections multipliées.

L'aiguille restant encore dans la vessie où elle avait repris sa première situation ; M. Pétrequin parvint une seconde fois à lui donner une position meilleure et à l'extraire sans blesser les parois du vagin ni les tissus environnants. Elle a 34 lignes de long et 3 quarts de ligne d'épaisseur ; elle est en acier solide et complétement inflexible. Les fragments du calcul réunis donnèrent un ovoïde de 21 lignes de long sur 13 de large, que M. Pétrequin conserve dans sa collection. Son grand axe est représenté par la tige métallique qui déborde de chaque côté, et autour de laquelle la substance calculeuse s'est uniformément déposée. (Injections tièdes avec une seringue à courant continu ; tis. violettes et tilleul ; potion calmante diacodée ; diète, repos horizontal.)

Deux heures après l'opération, une hémorrhagie est provoquée par de coupables tentatives d'onanisme ; on l'arrête avec un tampon tourné en spirale autour d'une sonde qu'on laisse à demeure et qui exerce ainsi une compression excentrique.

24 janvier. Elle a bien dormi cette nuit. Douleurs presque nulles, excepté dans la plaie ; urines faciles, pas d'appétit, un peu de fièvre. (Bouillon.)

25 janvier. La plaie va bien ; sommeil. (Bouillon de riz.)

26 janvier. L'hémorrhagie produite par la masturbation n'est pas revenue ; à en juger par le symptôme tiré de la déformation particulière de l'iris, ainsi que M. Pétrequin l'indique dans son ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (œil, p. 112), la masturbation n'aurait pas eu lieu depuis lors. On surveille la malade. Douleurs nulles, pas de selles, état général bon, urines faciles. (Lavement, soupe de riz, œuf, le quart.)

28 janvier. Évacuation alvine. On ôte le tampon et la sonde. Les petites lèvres, surtout la gauche, sont fortement œdématiées.

1er février. Nouvelle selle, poulsbon, pas de céphalalgie, amélioration progressive. (Bain de siége.)

7 février. La plaie a bonne apparence, les petites lèvres sont moins œdématiées, mais la cicatrisation ne marche pas vite, parce que, malgré tous les soins de surveillance, l'opérée se livre toujours à son funeste penchant. On lui attache les mains.

9 février. Les progrès de la cicatrisation sont sensibles ; il y a toujours incontinence d'urine. (Bain de siége.)

11 février. La plaie n'a plus environ que 4 lignes ; l'urine s'échappe encore dans les efforts de toux et de défécation. La malade se lève, on est obligé de la surveiller constamment.

17 février. La plaie est presque cicatrisée. L'incontinence persiste encore.

29 février. L'état général s'est amélioré. La malade sort de l'hôpital. (Recueillie par le Dr Oliver.)

Le broiement de ce calcul volumineux simplifia beaucoup l'opération de taille, et nous permit heureusement d'éluder les conséquences, toujours graves, des extractions difficiles qu'on n'accomplit jamais qu'avec beaucoup d'efforts et de danger.

Quant à l'incontinence, je remarquerai qu'elle n'avait pas constamment lieu, que les draps du lit n'étaient pas toujours mouillés, et qu'en la sondant on trouvait ordinairement de l'urine dans la vessie ; elle ne perdit son urine qu'après être restée un certain temps sans la rendre volontairement. Outre les causes physiques et opératoires, il ne faut pas oublier de tenir compte de l'atonie et de la laxité qu'avait dû produire l'habitude ancienne de la masturbation. Pour la soustraire à ce vice, on fit lever la malade tout le jour, dès que l'état local et général le permit ; on pouvait mieux la surveiller que dans son lit. C'est depuis lors surtout que la plaie a marché vite vers la cicatrisation ; auparavant il avait fallu lui attacher les pieds et les mains. Elle a dû recevoir dans les souffrances de la taille la plus douloureuse et la plus terrible leçon pour se corriger de ses habitudes vicieuses ; on peut espérer que, avec la cicatrisation entière de la plaie (voy. obs. 24 et 25), les organes urinaires recouvreront leurs fonctions. On constate, en consultant les recueils d'observations, que le même résultat a eu lieu chez une fille de 22 ans opérée en 1832 par M. Gorgone (de Palerme), et qui cessa de perdre ses urines dès que les forces revinrent (2e rapport, p. 19) ; que la miction s'accomplit régulièrement chez deux autres femmes taillées par M. Pamard (obs. 49 et XI oper. cit.), etc. Manoury, dans le JOURNAL DE CHIRURGIE de Desault (1791, t. I, p. 42), nous apprend, d'après la statistique décennale des femmes taillées à l'Hôtel-Dieu de Paris, que l'incontinence d'urine, si fréquente après la dilatation *forcée* du col vésical et de l'urètre, n'a généralement pas lieu après l'incision.

(1) C'est avec raison qu'on regarde le *grand appareil latéralisé*, ou pour « mieux dire, la *taille latéralisée*, comme le plus haut degré de perfection au» quel on puisse porter l'opération de la taille périnéale. » (Scarpa, MÉM. SUR LA TAILLE, p. 4.)

L'alliance de la taille et de la lithotritie a produit le plus heureux effet dans le cas suivant où le succès est entièrement dû à cette méthode mixte.

CALCUL ÉNORME REMPLISSANT LA VESSIE ; COMPLICATION DE CYSTITE, DE STRANGURIE, D'HÉMATURIE, AVEC FIÈVRE, ETC. ; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE ; GUÉRISON.

OBS. XXIX. — En 1847, un jeune homme de l'Ain, ouvrier confiseur à Lyon, âgé de 22 ans, est adressé à M. le docteur Pétrequin pour une maladie chronique de la vessie. Le mal a empiré depuis deux ans. Il y a douleurs vives à l'hypogastre, besoins fréquents d'uriner, se renouvelant dix à douze fois par nuit ; miction difficile et douloureuse, urines catarrhales souvent mêlées de sang, perte de sommeil, fièvre, trouble des fonctions digestives, etc. Le malade a été obligé de quitter son métier ; il se trouve dans un état fâcheux, avec éréthisme, amaigrissement, débilité, etc. M. Pétrequin le sonde, et nous fait reconnaître la présence d'un calcul ; les difficultés du cathétérisme lui font soupçonner une concrétion énorme, et en effet l'exploration par le rectum et la mensuration avec un lithotriteur gradué montrent que la pierre est si volumineuse qu'elle remplit complétement la vessie.

On se prépare à l'opération qui est pratiquée le 12 août 1847 par la méthode latéralisée. Il y a difficulté à charger la pierre et impossibilité de l'extraire à cause de ses dimensions. M. Pétrequin la saisit alors avec un lithotriteur à dents, qu'il fixe sur un étau à main et le brise à coups de marteau. La vessie est toute pleine de fragments qu'on extrait successivement tantôt avec les tenettes, tantôt avec la curette, en s'aidant à plusieurs reprises d'injections émollientes. Le malade étant éthérisé ne souffre point ; on le reporte à son lit, dès que la poche urinaire a été vidée par les instruments et balayée par les jets d'eau de mauve. Il s'est écoulé peu de sang. (Pansement avec une mèche de charpie).

Les suites de l'opération furent très-heureuses : la plaie qui menaçait de s'enflammer fut lotionnée et injectée ; des bains de siége, des lavements, des grands bains amenèrent rapidement la guérison, et le malade put sortir de l'hôpital le 5 septembre.

On l'a revu le 7 janvier 1848, la guérison ne s'était pas démentie. (Recueillie par M. Bourland.)

Voilà à coup sûr un cas entouré de tant de difficultés qu'on n'eût pu l'entreprendre avec succès ni par la taille ni par la lithotritie *isolément ;* au contraire, en combinant ces deux méthodes, on a réussi à obtenir une belle guérison. La pierre était si volumineuse que les débris remplissaient un grand verre : quelle large ouverture n'eût-il pas fallu pour l'extraction pure et simple ! le débridement nécessaire n'eût pas été compatible avec les limites de la prostate. J'ai déjà rapporté plus haut (voy. obs. 20) une observation analogue qui rentre dans cette catégorie, et où le broiement permit, comme ici, d'échapper aux dangers de la taille seule, qu'auraient beaucoup augmentés les complications coexistantes. On voit que cette combinaison paraît devoir être aussi heureuse que commode, dans les cas de pierres volumineuses, et assurément on n'avance rien au delà du vrai en affirmant qu'il faut lui rapporter les guérisons qui précèdent, ainsi que la suivante :

CALCUL ÉNORME ; COMPLICATION DE CYSTITE, D'INCONTINENCE D'URINE, DE DÉBILITATION GÉNÉRALE, AVEC FIÈVRE, ETC. ; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE ; GUÉRISON.

OBS. XXX. — Le 17 juin 1849, on admit à l'Hôtel-Dieu de Lyon un jeune berger d'Aoste (Isère), âgé de 14 ans, atteint d'une maladie chronique des voies urinaires. Il raconte que, depuis un an surtout, il souffre beaucoup des urines, les difficultés de la micturition ont sensiblement augmenté depuis neuf à dix mois ; son état étant devenu insupportable, il se décide à consulter M. Comte, médecin du pays, qui, ayant reconnu par le cathétérisme la présence d'un calcul, adresse le malade à M. Pétrequin, qui nous fait constater ce qui suit :

Il y a dysurie, besoins fréquents d'uriner ; micturition très-douloureuse, etc. Les urines coulent souvent goutte à goutte, sans pouvoir être retenues ; elles donnent un dépôt catarrhal. L'état général est mauvais ; le malade est chétif, peu développé pour son âge ; il a une teinte semi-chlorotique. On entend un léger bruit de souffle dans les carotides. Souvent le soir il y a une exacerbation fébrile. Le ventre est sensible et douloureux. Le malade a eu à plusieurs reprises des indigestions et parfois la diarrhée ; il attribue son mal de vessie à des refroidissements successifs.

Le 22, M. Pétrequin, après l'avoir laissé reposer quelques jours, pratique le cathétérisme presque sans douleur, et nous fait reconnaître l'existence d'une pierre qu'il soupçonne d'un grand volume. On prépare le malade à l'opération par des lavements, des bains, un régime analeptique et une purgation légère.

Le 30 juin, M. Pétrequin pratique la taille périnéale latéralisée, en présence des docteurs Barrier, Desgranges, Valette, Rambaud, Lemy fils (de Grenoble), Carmouche, Cailliet, etc. Éthérisation préalable. Incision périnéale de 10 lignes en avant de l'anus. Il survient une petite hémorrhagie qui paraît provenir d'une branche de la superficielle du périnée. Néanmoins on continue l'opération (on la lie plus tard) ; débridement de la prostate avec l'armure n° 9. On sent la pierre avec le doigt, mais on ne peut ni l'extraire ni la charger à cause de son volume énorme. M. Pétrequin prend le parti de la broyer avec un lithotriteur à cuillers et à dents, qu'il fixe sur un étau à main, et il brise le calcul à coup de marteau. Les fragments sont ensuite extraits successivement ; ils demandent certaines précautions parce qu'ils s'écrasent sous la pression des tenettes. Le noyau le plus volumineux des débris est retiré le dernier. On pratique des injections multipliées dans la vessie, et, après s'être assuré qu'elle est vide et déblayée, on applique une sonde garnie de charpie et de linge. (Repos, diète, tisane et potion calmante.)

Le 1er juillet, l'opéré souffre de la sonde. On l'enlève.

2 juillet. Fièvre modérée, nuit meilleure.

3 juillet. Fièvre moindre. (Bain de siége pour prévenir l'inflammation de la plaie ; bouillon de riz.)

5 juillet. État général bon, ventre libre, appétit inconstant. (On continue les bains de siége.)

8 juillet. L'urine sort par la plaie presque sans cuisson ; la cicatrisation marche.

12 juillet. Les progrès de la cicatrisation sont ralentis. On s'aperçoit que le malade se livre à la funeste habitude de la masturbation. Le retour des forces est lent ; il y a parfois une petite fièvre irrégulière. On le fait surveiller. (Bain, régime analeptique.)

15 juillet. Il sort depuis quelques jours un peu d'urine par l'urètre ; il paraît qu'il en a suinté aussi quelques gouttes de pus. La plaie a beaucoup diminué d'étendue, mais elle laisse encore passer la majeure partie des urines. Le malade demande à retourner dans son pays. Il fera des lotions de propreté et des pansements avec du vin sucré.

Nous avons appris que la plaie se ferma peu à peu ; quinze jours après son départ, elle ne laissait plus sortir l'urine qui prenait toute la voie du canal ; il ne souffrait plus et urinait aussi bien qu'avant la maladie ; en même temps la santé se rétablit. (Recueillie par M. L. Gubian, élève des hôpitaux de Lyon.)

La guérison a été ici d'autant plus heureuse que les complications étaient plus graves et plus nombreuses. L'état général avait été profondément altéré par l'affection calculeuse. Dans ce cas comme dans le cas suivant, le débridement nécessaire pour l'extraction de la pierre eût dépassé les limites de la prostate, et exposé ainsi aux infiltrations d'urine, aux abcès gangréneux et consécutivement à la mort. La méthode mixe dont il s'agit nous a mis à même d'échapper à ces graves dangers, en simplifiant le mode opératoire et ses suites.

CALCUL VOLUMINEUX, TRÈS-DUR, AVEC COMPLICATION DE CYSTITE, DE RÉTENTION D'URINE, ET PLUS TARD DE FISTULE URINAIRE, ETC. ; COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE.

OBS. XXXI. — En 1848, un ouvrier tisserand de Saint-Jean-de-Bournay (Isère), âgé de 27 ans, fut amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une maladie très-grave des voies urinaires. Il paraît que depuis l'enfance il a souffert dans l'émission des urines. Son mal s'est aggravé depuis deux ans surtout, époque où il fut atteint d'une rétention d'urine. Le médecin ne put le décider à subir le cathétérisme, et fut obligé de se borner à un traitement palliatif par les diurétiques. Le malade ne fut que soulagé ; tantôt l'urine sortait par un jet saccadé et interrompu ; tantôt elle s'écoulait en bavant. A plusieurs reprises, il y eut rétention d'urine ; le malade se livrait parfois aux boissons alcooliques, et il prétend que la micturition en devenait momentanément plus facile, au point qu'il rendit ainsi plusieurs graviers. Néanmoins le mal empira toujours, le ventre enfla, le scrotum et la verge se tuméfièrent, avec douleurs vives dans l'hypogastre et au périnée ; l'émission des urines fut arrêtée ; il s'ouvrit une fistule à la racine de la verge ; il s'en écoula beaucoup d'urine mêlée de pus et de mucus.

C'est dans cet état qu'on l'apporta à l'hôpital. M. Pétrequin, le 28 octobre 1848, constata ce qui suit : besoins fréquents d'uriner, se renouvelant huit à dix fois dans la nuit ; douleurs pendant la micturition et dans les mouvements brusques ; trajet fistuleux à la racine de la verge à gauche, vers les bourses, donnant issue à l'urine ; tuméfaction du scrotum et de la verge. Les urines sont albumineuses. Le cathétérisme est très-difficile et ne peut se pratiquer qu'avec une sonde d'un petit calibre. M. Pétrequin rencontre un gravier dans la région prostatico-membraneuse, et une grosse pierre dans la vessie. L'état général est mauvais ; il y a peu de sommeil ; appétit médiocre, fièvre, affaiblissement, alitement forcé.

Le 2 novembre 1848, après un traitement préparatoire, M. Pétrequin procède à l'opération par la méthode latéralisée, après éthérisation préalable. La prostate est débridée avec l'armure n° 10. La pierre est chargée avec les tenettes, mais ne peut être extraite à cause de son grand volume. M. Pétrequin se décide aussitôt à l'attaquer avec un lithotriteur à cuillers dentées ; il la saisit sous un diamètre de 21 lignes, et fixant le lithotriteur avec un étau à main, il la brise à coups de marteau. Il fait sauter d'abord la couche corticale, et divise le reste en plusieurs fragments. On les retire ensuite, tantôt avec des tenettes, tantôt avec la curette, on s'aide d'injections multipliées pour balayer la vessie après que le noyau a été extrait lui-même. La pierre est dense, d'une texture serrée et très-dure ; elle dépasse la grosseur d'un œuf. La vessie vidée, on introduit une mèche de charpie dans la plaie.

3 novembre. Le malade a dormi ; peu de fièvre, appétit.

6. Peu de douleurs à la plaie, fièvre bénigne, soif, légère tuméfaction à l'hypogastre. (Cataplasme, lavement.)

10. Amélioration progressive, appétit. (Bain de siége.)

15. Il sort un peu d'urine par le canal. On pratique le cathétérisme pour rétablir la perméabilité de l'urètre.

20. La plaie s'est rétrécie de près de moitié ; l'opéré reprend ses forces de jour en jour.

24. Les fistules à la racine de la verge paraissent cicatrisées ; une seule laisse

encore parfois suinter un peu d'urine. État général de plus en plus satisfaisant.

30. L'urine, quand l'opéré tousse, sort du canal par jet; elle s'écoule aussi par cette voie, quand il urine dans son lit; mais elle sort encore par la plaie, en partie, quand il va à la chaise et fait des efforts de défécation.

8 décembre. L'urine sort facilement par la verge.

15. La plaie est presque entièrement cicatrisée; l'état général est satisfaisant.

28. On pratique de temps en temps le cathétérisme, ainsi que des injections dans la vessie; on continue les bains de siége, les lavements par intervalle.

2 janvier 1849. Le succès de l'opération paraît complet; le malade dort bien, mange avec appétit, se promène dans le jour et reprend ses forces; il parle de sa sortie prochaine, et le 11 janvier, on est très-surpris, à la visite du médecin, d'apprendre qu'il a succombé dans la nuit, de mort subite. Il s'est plaint de coliques, de suffocations, et a expiré rapidement au milieu de malaises imprévus. On ne put faire l'autopsie; les renseignements recueillis avec soin sur ce malade autorisent à penser qu'il est mort d'une indigestion. (Recueillie par MM. Kémy et L. Gubian.)

Malgré cette fin inattendue, je me crois obligé à citer cette observation comme un exemple de succès pour la méthode opératoire mixte que je propose : on ne saurait, en effet, soutenir que le malade est mort de l'opération, car lorsqu'il a succombé, deux mois et neuf jours après la taille, non-seulement la plaie, mais encore les complications de la pierre étaient guéries. J'ai eu plusieurs fois occasion de constater, à l'hôpital, des morts subites par indigestion, chez des malades en convalescence, ou chez des opérés prêts à sortir du service; pour celui-ci, qui était d'un appétit glouton, le fait s'explique par les habitudes de l'individu.

Je me bornerai à ces exemples pour reprendre la suite de la discussion : ils suffisent pour démontrer expérimentalement combien l'alliance de la taille et de la lithotritie peut être féconde en heureux résultats pour la chirurgie.

Lorsque, dans un cabinet d'anatomie pathologique, on vous montre avec complaisance d'énormes pierres vésicales, on a lieu de se demander quelle a été la suite de l'opération, et si la conservation de ce calcul *intact* n'a pas été en raison inverse de la conservation du malade. Songer à conserver les calculs entiers peut être une bonne chose pour un musée où ils figurent admirablement pour la curiosité des visiteurs; mais il n'en est pas de même à l'égard du patient : ce serait une puérilité que de ne pas sacrifier le salut de l'un au salut de l'autre.

Depuis Ammon (d'Alexandrie), on a plus d'une fois cherché à briser la pierre pour mieux l'extraire; nous avons vu plus haut combien les divers instruments mis en usage étaient défectueux. Aussi, condamnés par les grands maîtres, ont-ils été tour à tour abandonnés dans la pratique; ils manquent même dans la plupart des arsenaux, et ne figurent plus que dans l'histoire de l'art.

Les modernes ont cherché dans la nature des incisions un moyen de triompher de cet obstacle; mais il s'est rencontré souvent une disproportion insurmontable entre les deux termes de la question : c'est sous l'empire de cette crainte qu'on a imaginé les méthodes hypogastriques et vésico-vaginales; on se croyait dans la nécessité d'extraire intacts les calculs volumineux, ou dans l'impossibilité d'agir autrement. Mais si les concrétions urinaires peuvent librement acquérir des dimensions considérables, il n'en est pas de même de l'étendue qu'il est permis de donner à l'incision. Les plus grandes peuvent être les plus commodes, mais elles sont loin d'être les plus innocentes; Scarpa a parfaitement résumé ces inconvénients pour les tailles périnéales : « Il existe, dit-il, dans la taille latéralisée, des » limites que l'on ne peut franchir *sans exposer le malade à des acci-* » *dents plus graves que ceux qui résultent de la présence d'une pierre* » *dans la vessie.* » (Oper. cit., p. 9.) Ces limites, nous les avons fait connaître au début de cette discussion.

Les recherches modernes ont eu, entre autres avantages, celui de nous éclairer sur la méthode périnéale la meilleure; aujourd'hui ce sera améliorer encore cette méthode que la rendre toujours suffisante : il s'agit, en tenant compte de toutes ces données, de combiner la taille et la lithotritie dans une seule et même opération; il s'agit de régulariser cette manœuvre en la généralisant pour les pierres volumineuses, et de transformer ainsi en pratique régulière ce qui n'a été qu'un acte opératoire exceptionnel ou une inspiration souvent désespérée. Nous avons la conviction que cette méthode mixte, élevée au rang des *opérations réglées*, fera perdre à la taille un grand nombre de ses dangers.—M. le professeur Bouisson, dans son excellent travail sur *la lithotritie par les voies accidentelles* (Gaz. Méd., 1849, n. 40 et 41) a été lui-même saisi de cette idée : il en a parfaitement compris l'importance. En lithotritiant par des fistules périnéales, il a montré le parti qu'on pourra en tirer pour les cas anormaux; il insiste avec raison sur les avantages qu'on en retirera pour la pratique ordinaire. Je suis heureux de m'étayer de l'opinion d'un chirurgien aussi distingué.

Toutefois, comme il n'est question dans son mémoire que de faits exceptionnels, et que nous nous occupons ici de l'ensemble des faits graves de la pratique habituelle; comme il a proposé cette méthode mixte par induction, mais qu'il ne l'a pas exécutée lui-même; comme enfin, dans la seule observation de taille qu'il cite à l'appui, il a employé les tenettes ordinaires et non les instruments de la lithotritie, le lecteur pourrait peut-être conserver des doutes, peut-être aussi est-ce pour cette cause que cette pensée ne s'est pas généralisée dans le monde médical, et que depuis la publication de ce travail, la presse n'a pas enregistré d'autres observations analogues.

Pour moi, pénétré de l'immense portée de cette méthode, je me suis depuis longtemps préoccupé de son étude, et c'est après l'avoir mise en pratique à l'état d'*opération réglée* successivement en 1844 (obs. XXVIII; voy. Bullet. thérap., juin 1848), en 1845 (voy. obs. XXVII), en 1847 (obs. XXIX), en 1848 (obs. XX et XXXI), en 1849 (obs. XXX), etc., que j'ai cru devoir faire connaître le résultat de mes recherches. Il m'a semblé que le précepte vaudrait mieux, étant déjà sanctionné par l'expérience; la leçon est toujours préférable quand elle est fondée sur des exemples, et quand la pratique est venue l'unir à la théorie.

La lithotritie, avec ses instruments commodes et ses manœuvres puissantes, a ouvert une ère nouvelle. Les contemporains, en condamnant avec raison les instruments vicieux avec lesquels les anciens avaient voulu aborder la difficulté, ont abandonné cette partie du problème pour concentrer leurs efforts ailleurs. Ceux même qui ont envisagé ce point de la question ne semblent pas avoir été toujours bien inspirés.

« Les instruments de lithotritie, *construits sur des dimensions consi-* » *dérables*, et d'ailleurs *plus courts* que ceux qu'on introduit dans l'urè- » tre, *pourront peut-être*, dans les cas de pierres excessivement volumi- » neuses, offrir, après les divers modes de cystotomie, de précieux avan- » tages, afin de réduire les calculs en fragments, sans occasionner de » lésions à la vessie. Il est à désirer que, *modifiés ainsi*, ils prennent » place dans l'appareil instrumental de la taille. » (Dict. en 15 vol., 1831, t. VI, p. 121.) — Remarquons que ces instruments ne sont proposés qu'avec doute et hésitation; il est dit qu'ils *pourront peut-être* servir. On reconnaît les auteurs qui écrivent quelques lignes plus haut : « Et sur- » tout en brisant sous une pression très-considérable des pierres très- » dures, les fragments projetés avec violence peuvent occasionner dans » l'organe des lésions profondes (1) et graves. » D'ailleurs, à quoi bon modifier les lithotriteurs? pourquoi les faudrait-il plus considérables? Est-ce donc qu'alors qu'on touche le calcul du bout du doigt, il faut un brise-pierre plus fort que lorsqu'on le conduit à travers l'urètre tout entier? — Pourquoi aussi les faudrait-ils plus courts? où en est la nécessité? peut-on imaginer que la lithotritie aura besoin d'instruments extraordinaires, précisément quand elle est facilitée par une taille préalable? Si l'on veut des instruments qui puissent être d'une application générale (2), il faut utiliser

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE; CYSTITE CALCULEUSE; VESSIE DOUBLE.

Obs. XXXII. — Le 13 janvier 1846, un sellier, âgé de 45 ans, succomba à une affection urinaire chronique. L'urètre est le siége d'un rétrécissement considérable, de 2 centimètres d'étendue, au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée; depuis le bulbe jusqu'à la portion membraneuse, dont la partie profonde est au contraire fort dilatée. La prostate n'est pas malade. La vessie est à demi pleine; incisée d'avant en arrière, elle apparaît double : on trouve la vessie normale en avant, et l'on rencontre en arrière et à gauche une seconde poche urinaire, du volume d'une orange, et communiquant avec la première par un orifice lisse et arrondi, d'un diamètre de près de 2 centimètres. La muqueuse, dans les deux cavités, est rougeâtre, inégale, épaissie généralement; les parois sont tapissées par une multitude innombrable de graviers comme des grains de sable; il en résulte un aspect qu'on peut comparer à celui d'une incrustation à la chaux.

Il semble que la vessie accessoire s'est formée par l'éraillement de la muqueuse avec distension des deux autres tuniques.

à cet effet ceux que l'art possède déjà, surtout quand ils remplissent toutes les conditions désirables; autrement on ne fera que surcharger l'armenta-

(1) Si ces craintes n'étaient pas exagérées, ce serait là condamnation de la lithotritie. Comment, en effet, serait-elle alors admissible et praticable? L'expérience parle autrement; et d'ailleurs, il ne faut pas oublier que la présence d'un liquide injecté dans la vessie amortit singulièrement la force de projection des fragments, et protège ainsi les parois vésicales contre la violence prétendue de leur choc.

(2) Peut-être un chirurgien exercé pourra-t-il parvenir, avec les instruments lithotriteurs mieux qu'avec les tenettes, à dégager et extraire certains calculs enchatonnés, qui sans cela deviennent littéralement une pierre d'achoppement, et qui ont forcé plus d'une fois de laisser l'opération inachevée. Ce sont, en effet, de meilleurs agents de préhension; peut-être encore pourrait-on espérer mieux réussir de la sorte dans certaines anomalies, comme dans l'observation suivante, qui nous offre un exemple curieux de vessie supplémentaire.

rium, et compliquer la manœuvre si l'on exige des instruments particuliers pour chaque cas; on l'a dit avec raison : « Il est certain que les procédés » opératoires les plus simples sont ordinairement les plus sûrs. » (Scarpa, op. cit., p. 45.) Ajoutons que ce sont aussi les plus commodes et les plus convenables.

Il reste maintenant à bien s'entendre sur le procédé opératoire. Il faut bien comprendre que la pression et la percussion n'ont ni le même rôle ni la même valeur. (M. Heurteloup insiste avec raison sur cette différence) : ainsi les instruments à pression simple sont de beaucoup inférieurs à ceux à percussion ; voilà pourquoi les tenettes ne sauraient se comparer aux lithotriteurs ; en voulant substituer ceux-ci à celles-là, on saisirait mal l'intention de ce mémoire, et l'on altérerait le sens pratique de la question. Quand les lithotriteurs à percussion sont bien manœuvrés, ils agissent plus efficacement que les autres ; il faut moins de force ; le broiement s'opère plus vite et plus sûrement ; quelques coups secs de marteau désagrégent plus aisément les concrétions urinaires, que de violents efforts avec le pignon. Enfin la pression progressive expose plus à fausser les instruments que la percussion bien conduite; et si l'on établissait une statistique de ceux qui ont été cassés ou courbés dans la vessie, on trouverait certainement que le plus mauvais lot incombe à la première. Ajoutons que le brisement du calcul est mieux fragmenté avec le marteau : le tout est de bien fixer le lithotriteur avec l'étau à main, pour que les secousses qu'imprimerait chaque coup n'aillent point ébranler la vessie et les organes du petit bassin.

L'éthérisation, que je n'emploie généralement pas dans la lithotritie (parce que je veux avoir un guide dans la sensibilité du malade), l'éthérisation est ici d'un grand secours : non-seulement elle met le patient à l'abri des souffrances de la taille, mais encore elle donne au chirurgien le temps de combiner avec calme les divers temps de l'opération. La cystotomie est accomplie, mais la pierre offre des dimensions disproportionnées; c'est alors qu'il s'agit de mettre à profit les pratiques de la lithotritie : il s'agit de substituer des instruments éprouvés à la curette insuffisante et aux tenettes impuissantes ou dangereuses. Au lieu de manœuvrer à travers la longueur de l'urètre et à la profondeur du périnée, on opérera directement par la plaie; en un mot, on combinera la taille et la lithotritie.

Les injections multipliées, que j'ai déjà beaucoup recommandées (voy. 2e partie), sont encore plus nécessaires ici que dans la taille seule; il faut expulser jusqu'aux moindres débris; il faut balayer et déterger les parois de la poche urinaire, et il importe de lotionner avec cette douche adoucissante tous les points qui ont pu être froissés.

Je terminerai en répétant ce que j'ai dit ailleurs (CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, in-8°, 1850, p. 48), avec une conviction profonde : « Le calcul le plus volumineux sera brisé aisément à l'aide de l'étau » à mains et du marteau : on réalise ainsi le broiement de la pierre en une » seule séance. Celles que leurs dimensions rendraient inextractibles ou » même inopérables impunément par les méthodes usuelles, se réduisent » et cèdent à cette puissante combinaison. Ceux-là seuls qui connaissent » les embarras indicibles d'un opérateur en présence de ces énormes con- » crétions urinaires, qu'aucun instrument n'est capable d'extraire de la » vessie, peuvent apprécier tout le prix d'une méthode qui doit les sauver » de pareilles épreuves. Pour moi, qui l'ai pratiquée plusieurs fois avec » succès, je m'empresse de dire que je lui dois non-seulement la possibi- » lité d'une terminaison heureuse pour diverses tailles qu'il eût peut-être » fallu laisser inachevées sans elle, mais encore la vie et la guérison de » plusieurs de mes malades. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, OPÉRÉ AVEC SUCCÈS; par M. le docteur STANSKI.

OBS. — D. (Eulalie), âgée de 8 ans, maigre, pâle et délicate, du reste très-éveillée et précoce quant à son intelligence. Sa mère est morte à la suite des couches ; son père vit et jouit d'une bonne santé.

Cette petite fille se portait ordinairement bien, lorsque, il y a trois ans à peu près, une autre petite fille, en jouant avec elle, la tira par les épaules en arrière, et lui fit éprouver une douleur assez vive dans l'hypocondre droit. Depuis ce moment cette région est devenue plus ou moins douloureuse, et commença à se gonfler d'une manière assez évidente.

Un jour l'enfant ayant fait une longue course avec ses parents, le côté droit du ventre est devenu plus douloureux et plus gonflé qu'à l'ordinaire; il y avait en même temps de la fièvre. Nous fûmes donc appelé, et en examinant la malade, nous avons pu voir qu'à la place à peu près où est le siége de la vésicule biliaire, les parois abdominales étaient légèrement soulevées, et en palpant le ventre, nous avons pu constater dans cet endroit la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde; elle sortait de dessous les fausses côtes, et se terminait en s'arrondissant et en repoussant les muscles de l'abdomen. Cette tumeur était rénitente, élastique et sensible à la pression, sans présenter de fluctuation. Cependant son élasticité faisait plutôt supposer une tumeur remplie d'un liquide qu'une tumeur solide.

Nous avons suivi cette malade pendant plus de deux ans, et nous avons pu observer que de temps en temps, et surtout après la fatigue, l'enfant avait de la fièvre, et que la tumeur devenait plus volumineuse, plus tendue et plus douloureuse au toucher. Au bout de trois ou quatre jours de repos au lit, de diète et d'usage de cataplasmes, l'enfant revenait à son état ordinaire ; mais la tumeur, tout en diminuant un peu, restait chaque fois plus volumineuse.

Les fonctions digestives se faisaient bien ; l'appétit et le sommeil persistaient ; il n'y avait ni rhume ni toux habituels. La tumeur grossissait peu à peu, comme il a été dit plus haut ; elle repoussait fortement les muscles de l'abdomen, remontait jusque vers la quatrième côte, en soulevant les cartilages au niveau de leurs articulations costales. Aujourd'hui cette tumeur descend jusqu'à l'ombilic, et à sa sortie de dessous les fausses côtes, elle s'étend transversalement depuis la région épigastrique jusqu'au flanc droit. Les côtes et les parois abdominales sont fortement repoussées, surtout au bord externe du muscle droit de l'abdomen. La tumeur est très-tendue, élastique comme serait une vessie distendue par un liquide. La pression, toujours douloureuse, ne fait pas percevoir une fluctuation bien manifeste ; mais en mettant une main sur un côté de la tumeur et en frappant légèrement avec l'autre sur l'épigastre, la fluctuation devient très-évidente. Du reste, l'enfant est assez gaie ; elle dort et mange assez bien, mais elle est pâle et très-maigre. Les autres fonctions ne sont aucunement dérangées. Elle se plaint d'éprouver quelquefois des douleurs dans le côté droit.

Tel était l'état de cette jeune fille au mois d'août 1851. Maintenant il était essentiel d'établir, d'après la marche et les symptômes que nous avons observés, quels pouvaient être la nature et le siége de la tumeur, et en même temps de déterminer quels seraient les moyens les plus rationnels pour arriver à la guérison.

Pour atteindre le premier résultat, nous nous sommes demandé quel organe pouvait être le siége du mal. Or, d'après sa position, cette tumeur pouvait prendre son origine soit dans le rein droit, soit dans la vésicule du fiel, soit dans le tissu propre du foie. L'absence de tout trouble dans les fonctions des organes urinaires, ainsi que de douleurs dans les reins; la situation de la tumeur contre les parois antérieures du ventre, qu'elle repoussait avec force en remontant derrière les cartilages costaux, ne permettaient pas d'admettre qu'elle eût pu prendre sa naissance dans les organes sécréteurs de l'urine. Et comme l'enfant n'a jamais éprouvé des douleurs bien vives dans l'hypocondre droit, qu'elle n'a jamais eu de jaunisse et que les fonctions digestives se faisaient régulièrement, tout cela éloignait l'idée d'une lésion quelconque de la vésicule biliaire ou bien du tissu du foie. D'ailleurs, l'enjouement de la petite fille faisait supposer qu'aucun organe n'était le siége de cette affection ; car on connaît toute la tristesse et la morosité qui s'emparent des malades en général, et des enfants en particulier, lorsqu'une affection grave se développe lentement dans un organe important.

En présence de ces circonstances et eu égard au mode de développement de la tumeur, et surtout à la fluctuation ressentie, il devenait évident que la tumeur était en dehors des viscères abdominaux, qu'elle contenait un liquide, et en raison de ce qu'elle s'enfonçait sous les côtes droites, il était à présumer qu'elle tenait au foie.

Restait à déterminer de quelle nature pouvait être cette tumeur : elle pouvait être un kyste simple ; elle pouvait être un kyste hydatique. Enfin, pour épuiser toutes les possibilités, nous avons pensé qu'elle pouvait contenir, surtout chez un enfant de cet âge, un germe apporté par intussusception lors de la naissance. Cette dernière supposition cependant n'était pas probable, par la raison que la tumeur n'a commencé à paraître qu'à l'âge de 5 ans, et du reste il nous a semblé qu'après la durée de sept ou huit ans, et surtout après une distension aussi considérable, une tumeur de cette nature aurait donné lieu à des accidents inflammatoires. Cependant, comme cette circonstance n'était pas impossible, il fallait en tenir compte dans l'emploi des moyens curatifs. Il fallait tenir compte encore de la présence possible des hydatides dans le kyste, quoique jusqu'à présent aucun signe n'indiquât leur existence. (Nous avons essayé de toutes les manières de provoquer ce bruit de frottement, qu'on observe dans les tumeurs hydatiques.)

De tout ce qui vient d'être dit, il résultait seulement la certitude qu'un liquide était contenu dans le kyste. Nul doute que, pour arriver à la guérison, il fallait vider la poche et provoquer l'inflammation adhésive. Pour obtenir le premier résultat, il n'y avait qu'à faire une incision avec un bistouri, ou bien une ponction à l'aide d'un trocart ; mais l'emploi de l'instrument tranchant donnait lieu à une ouverture plus ou moins large, à travers laquelle l'air aurait communiqué facilement avec l'intérieur du kyste. En outre, il n'était pas tout à fait certain si quelque portion du tissu du foie, entraînée par la tumeur, ne se trouvait pas au devant du kyste, et dans ce cas l'incision pouvait donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins inquiétante. Par conséquent il ne restait que la ponction, que la prudence recommandait à l'opérateur, d'autant plus qu'à travers la canule du trocart, on pouvait faire les injections nécessaires à l'oblitération du kyste. Du reste, en admettant qu'en raison du contenu de la tumeur, la canule du trocart n'aurait pas suffi à son évacuation, la ponction n'était pas un obstacle pour recourir en dernier ressort à l'incision.

Avant de faire la ponction, nous avons cru nécessaire d'amener des adhérences entre les parois du kyste et celles de l'abdomen :

1° Pour empêcher le liquide du kyste de suinter dans la cavité abdominale après la ponction ;

2° Pour empêcher que la paroi du kyste ne glissât sur la canule du trocart par sa rétraction au moment de l'évacuation du liquide, et par suite de cet accident que l'injection ne pénétrât dans la cavité du péritoine ;

3° Pour rendre l'incision inoffensive, dans le cas, ou pour un motif quelconque elle deviendrait indispensable.

Nous avons donc appliqué trois fois la potasse caustique sur le point le plus culminant de la tumeur, ce qui nous a paru suffisant, surtout en raison de la maigreur de l'enfant, pour amener cette adhérence. La dernière application du caustique donna lieu à une hémorrhagie qui a été arrêtée facilement par la compression.

Il ne restait qu'à faire l'opération ; mais avant d'y procéder nous avons encore voulu faire une ponction exploratrice pour être bien éclairé sur la nature du liquide contenu dans le kyste.

L'enfant étant très-nerveuse et très-impressionnable, la famille demanda qu'elle fût soumise au chloroforme pendant cette petite opération. Ne voyant aucun inconvénient d'acquiescer à leur demande, le 6 novembre 1851 l'enfant étant couchée sur un lit respira le chloroforme pris chez un pharmacien de Paris et versé sur un mouchoir ; au bout de quatre ou cinq minutes elle s'endormit après avoir dit une fois qu'elle était étourdie. Nous-même nous éprouvâmes un léger étourdissement et nous fûmes contraint de nous asseoir. Le sommeil anesthésique une fois amené, un trocart explorateur fut enfoncé à travers la fontanelle dans le kyste, et la canule laissa sortir sans aucune difficulté une certaine quantité d'un liquide limpide comme de l'eau de roche et d'un aspect gommeux.

Aussitôt après la canule fut retirée, et l'enfant avant de reprendre connaissance eut plusieurs vomissements, et rejeta le peu d'aliments qu'elle avait pris trois ou quatre heures avant ; elle se soulevait même pour vomir.

A son réveil, elle n'avait nul souvenir de l'opération, et parut fort étonnée en trouvant sur son lit des traces de vomissements.

Après ces accidents, elle était assez bien. A quatre heures, elle demanda de la nourriture et mangea avec appétit ; mais vers six heures une fièvre se déclara ; l'enfant vomit tout ce qu'elle avait pris et passa la nuit dans une grande agitation, ayant du délire, une grande fièvre, fréquentes envies de vomir, se plaignant d'étourdissement et de tendance aux lipothymies. Je ne l'ai vue que le lendemain matin. A ce moment elle avait toute sa connaissance, beaucoup de fièvre, elle ressentait des étourdissement et une pesanteur douloureuse à la tête ; le ventre ne présentait rien de particulier ; il n'était pas sensible.

Il s'agissait dans cette circonstance de déterminer à quelle cause tenaient des accidents aussi inquiétants et dont aucune lésion locale ne pouvait rendre compte, pour employer des moyens actifs, s'il était urgent de le faire, ou bien pour ne pas non plus avoir recours à des moyens énergiques, si ces accidents ne présentaient de la gravité qu'en apparence et devaient disparaître spontanément.

Or le jour de la ponction exploratrice, nous-même nous avons eu la fièvre, la nuit nous avions le sommeil très-agité, une pesanteur à la tête et quelques nausées ; le lendemain nous étions légèrement étourdi, et nous dirons tout de suite que cet état a persisté jusqu'au surlendemain. Or en rapprochant les accidents éprouvés par l'enfant de ceux que nous avons ressentis bien qu'à un degré plus faible, il nous est devenu indubitable qu'il existait là une corrélation, qu'ils devaient tenir à la même cause et ne pouvaient être attribués qu'au chloroforme.

Il fallait donc examiner si le chloroforme était pur. A cet effet, nous nous sommes rendu à la pharmacie de M. Mialhe où l'on s'est mis très-complaisamment à notre disposition, et en comparant l'odeur de son chloroforme avec celui que nous avons mis en usage, nous y avons trouvé une grande différence, car le nôtre avait une odeur forte légèrement nauséabonde en comparaison de celui de M. Mialhe. Cette odeur avait une grande analogie avec l'huile empyreumatique qu'on obtient en purifiant le chloroforme et qu'on nous a montrée à la pharmacie. Du reste, une petite quantité de l'un et de l'autre chloroforme a été mise dans des tubes séparés, et en y ajoutant un peu d'acide sulfurique, le mien est devenu au bout de quelques minutes jaunâtre et plus tard tout à fait noir, tandis que celui de M. Mialhe avait à peine un reflet ambré après plusieurs jours.

Il était donc évident que les accidents dont était atteint l'enfant tenaient à l'impureté du chloroforme ; par conséquent nous ne nous en sommes pas inquiété, persuadé que peu à peu cet état en apparence si alarmant devait disparaître et la petite malade revenir à sa santé ordinaire ; c'est ce qui est arrivé au bout de cinq ou six jours. Mais pour que l'enfant eût le temps de s'en remettre complétement, l'opération définitive ne fut faite que le 20 du même mois.

Le jour fixé pour l'opération, l'enfant couchée sur le lit, un trocart d'un petit calibre fut enfoncé dans la tumeur à travers le cautère ; il laissa écouler un litre à peu près d'un liquide tout à fait semblable à celui qui en sortit pendant la ponction exploratrice. Le liquide s'écoulait facilement ; la tumeur disparaissait de bas en haut, et à la fin, lorsque le liquide paraissait entièrement sorti, la canule de verticale qu'elle était fut fortement inclinée, et son extrémité externe fut tournée vers le bas-ventre ; ce qui dépendait de la rétraction des parois du kyste, probablement parce que, malgré un cautère profond des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales ne s'étaient pas formées. Une injection fut faite dans le kyste avec un mélange d'un cinquième de teinture d'iode pour quatre cinquièmes d'eau. Cette injection fut renouvelée trois fois, et nous en avons laissé un peu dans le kyste en retirant la canule.

La petite fille, hormis un peu de fatigue, se trouvait parfaitement bien ; elle n'a pas eu la moindre fièvre ; elle mangeait avec plus d'appétit qu'auparavant et reprit un peu d'embonpoint. La tumeur du ventre, réduite à très-peu de chose, n'était pas plus douloureuse qu'avant l'opération, mais les cartilages costaux restèrent soulevés, comme il a été dit plus haut, et à la percussion le son y était mat.

Maintenant nous devons dire que rien jusqu'à présent n'indiquait sûrement la présence des hydatides dans le kyste ; cependant la nature du liquide écoulé par la canule faisait supposer qu'elles y étaient contenues, et les cartilages repoussés jusqu'à la hauteur de la quatrième côte, rendaient probable l'agglomération de ces entozoaires sous ces cartilages, pendant que le liquide occupait la partie inférieure du kyste. Aussi en laissant dans le kyste une certaine quantité d'injection iodée après l'opération, nous ne nous sommes pas proposé seulement d'y provoquer un travail inflammatoire, mais encore d'exercer, s'il était possible, une action destructive sur les hydatides. On va voir par ce qui suit si nous avons été trompé dans nos intentions.

Au bout d'un mois la tumeur abdominale commença à se gonfler, et au mois de janvier 1852, elle était aussi volumineuse qu'avant l'opération, et la fluctuation est devenue évidente. Nous avons donc pensé qu'une seconde opération était indispensable, et elle fut faite le 25 du même mois. Ce jour, l'enfant étant couché sur le lit, un trocart plus gros que le précédent fut introduit, à travers le cautère, dans la tumeur, et sa seule introduction donna lieu pour la première fois à ce bruit de frottement qu'on observe dans les tumeurs hydatiques.

Le trocart retiré de sa canule, il ne sortit d'abord aucun liquide, et ce n'est qu'après avoir remué la canule dans le kyste et après y avoir passé un stylet qu'il en sortit avec force un liquide très-épais, grumeleux, d'une couleur nacrée, sans odeur, et présentant des stries blanchâtres. Il s'en est écoulé à peu près autant que du liquide de la première ponction. Trois injections furent faites dans le kyste, d'un mélange de deux tiers d'eau et d'un tiers de teinture d'iode, sans que l'enfant eût accusé une très-vive douleur.

Après l'opération, la petite fille a été très-bien ; l'appétit a beaucoup augmenté, et l'état de la malade s'est amélioré peu à peu et sous tous les rapports.

La tumeur, il est vrai, a un peu augmenté de volume au bout de deux mois ; mais elle n'a jamais recouvré son volume primitif ; elle était élastique, mais sans aucune fluctuation ; elle était aussi moins douloureuse qu'auparavant. Vers le milieu du mois d'avril, elle a commencé à diminuer, et pendant les mois de mai et de juin, que l'enfant avait passés à la campagne, la tumeur a entièrement disparu.

On a pu voir, par la direction que la canule a prise après la première évacuation du liquide, qu'il était presque certain que, malgré les trois applications du caustique, les adhérences entre les parois du kyste et les parois abdominales n'étaient pas encore formées. On comprend tout le danger qu'on ferait courir à un malade si l'on faisait une incision dans une pareille occurrence. En effet, si au lieu d'un trocart nous nous étions servi d'un instrument tranchant chez notre malade, il en serait résulté les mêmes accidents qu'on a eu à déplorer dans un cas rapporté à une des Sociétés médicales de Paris, c'est-à-dire que les adhérences ne s'étant pas produites malgré trois applications de la potasse, le liquide du kyste a pénétré dans la cavité péritonéale après l'incision, et cet épanchement a amené une péritonite mortelle.

Nous devons cependant ajouter qu'après les deux premières ponctions, l'adhérence est devenue évidente par un petit cul-de-sac qui se faisait dans le cautère pendant les mouvements de l'enfant. Ce n'est donc pas par le caustique, mais bien par les introductions du trocart, que les adhérences se seraient formées. Or nous nous sommes demandé si cette circonstance ne devait pas être pour nous un guide dans la recherche d'un autre moyen pour produire avec certitude ces adhérences. Nous pensons que ce moyen serait l'introduction dans le kyste des aiguilles à acupuncture ; on pourrait les placer en un plus ou moins grand nombre ; on les laisserait en place plus ou moins longtemps ; enfin on en ferait diverses figures, comme un cercle, une croix, une ligne, etc., suivant la forme et l'étendue qu'on voudrait donner à ces adhérences.

Pour en finir avec ces réflexions, nous ajouterons qu'il y a des chirurgiens qui, après nous avoir entendu raconter tout ce qui s'est passé chez notre malade au sujet du chloroforme, et après avoir vu notre démonstration de l'impureté de cet agent anesthésique, ont dit qu'en effet l'impureté du chloroforme était évidente, et si l'on y avait fait attention, cela ne serait pas arrivé. Cette remarque est très-juste ; elle est venue aussi à notre pensée après que nous avions constaté le fait. Mais comme avant l'opération notre attention ne s'était pas portée sur cet objet, quoique nous savions que des accidents semblables sont déjà arrivés dans d'autres cas, et que la même chose pourrait peut-être arriver à un autre confrère, nous en avons voulu rapporter tous les détails, pour que la mémoire de nos confrères en fût mieux frappée et qu'ils portassent leur attention sur ce sujet avant l'opération, et que de cette manière ils puissent s'éviter de pareils désagréments, et à leurs malades de semblables accidents.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

(Suite.)

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

CAS DE PARAPLÉGIE GUÉRIE PAR L'ERGOT DE SEIGLE; par le docteur WHITE.

Bien que l'efficacité du seigle ergoté, dans certains cas de paraplégie, soit aujourd'hui bien démontrée, cependant le cas rapporté par M. White mérite une attention spéciale, parce que la maladie avait résisté pendant longtemps à d'autres moyens de traitement. Hâtons-nous de dire que les circonstances de la maladie étaient de nature à expliquer l'action favorable d'un stimulant de la moelle épinière. Tout éloignait la pensée d'une lésion matérielle du cordon. La paralysie s'était montrée après une exposition répétée au froid humide. Ce sont celles-là qui offrent le plus de chances de guérison; mais il faut convenir que parfois elle se fait attendre fort longtemps. Chez le malade en question, vésicatoires et strychnine à l'intérieur n'avaient donné que des résultats peu avantageux et passagers, quand l'ergot de seigle fut mis en usage. La paralysie datait déjà de quatre mois environ. La guérison fut complète au bout d'un mois, à part une légère faiblesse.

II. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de mai et d'août 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur les symptômes qui résultent de l'arrêt d'évolution du testicule, devenant assez douloureux pour nécessiter son ablation*; par M. J. Hamilton. 2° *Anévrismes de l'artère innominée, leur histoire et leur diagnostic différentiel d'avec les anévrismes de la crosse de l'aorte*; par M. Holland. 3° *Notes sur les principales maladies observées sur les bâtiments de la compagnie orientale*; par MM. Moore. 4° *Recherches sur les fractures du voisinage du cou-de-pied*; par M. Butcher. 5° *Sur le mécanisme des phénomènes acoustiques de la circulation du sang, avec l'exposé d'un nouvel élément de production du premier bruit du cœur*; par M. Leared. 6° *Observations de chirurgie*; par M. Fleming et M. Wilmot. 7° *De l'application du gutta percha dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Graves. 8° *Sur les effets pernicieux produits par les manufactures d'allumettes au voisinage de Manchester*; par M. Harrison. 9° *Sur une épidémie de rougeole à Accra*; par M. Daniell. 10° *Du traitement de l'albuminurie par les préparations de fer*; par M. Lees. 11° *Du traitement topique de l'inflammation aiguë du larynx et de la trachée*; par M. Watson. 12° *Considérations sur l'hermaphrodisme, suivies d'un cas remarquable de ce genre*; par M. Banon. 13° *Observations de médecine*; par M. Banes. 14° *Du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine*; par M. M'Evers.

SYMPTÔMES DÉPENDANT DE L'ARRÊT D'ÉVOLUTION D'UN TESTICULE, DEVENUS ASSEZ DOULOUREUX POUR FORCER D'EN PRATIQUER L'ABLATION; par M. J. HAMILTON.

Lorsque le testicule est resté au-dessus du canal inguinal, il arrive parfois que, à la suite d'un effort violent, il est poussé dans une nouvelle situation où il devient comprimé et réclame le traitement antiphlogistique le plus actif. Les accidents qu'il développe alors, joints au siége de la maladie, l'ont souvent fait prendre pour une hernie étranglée; erreur à peine imaginable, puisque l'absence du testicule de ce côté dans le scrotum est un signe, ce semble, bien suffisant pour apprendre au chirurgien la nature du cas.

Le fait suivant, que nous empruntons à M. Harrison, est certainement un de ceux où les phénomènes inflammatoires résultant de ces rapports anormaux furent portés au plus haut degré, puisqu'ils rendirent nécessaire, après avoir vu échouer tous les moyens tentés pour en dispenser le malade, une opération toujours grave et qui, dans la circonstance, s'entourait encore de difficultés particulières.

Obs. — M. W., âgé de 45 ans, a toujours eu dans l'aine droite une tumeur qu'on a prise pour une hernie. Il y appliqua d'abord un bandage; mais les douleurs qui en résultaient obligèrent de le quitter.

Il y a sept semaines, en soulevant un fardeau pesant, il sentit un craquement suivi d'une vive douleur dans les reins et la hanche; contraint de se coucher immédiatement, il mit des sangsues, se purgea et fut d'abord soulagé; mais les souffrances recommencèrent, on fit appeler M. Hamilton, dans la pensée qu'il s'agissait d'une hernie étranglée.

Il trouva effectivement du côté droit une tumeur ayant l'apparence et la situation d'une hernie dans le canal inguinal, un peu au-dessous de l'anneau abdominal. Elle avait le volume d'un œuf de poule; peau saine, sensibilité exquise, à tel point qu'on pouvait à peine l'examiner. La toux n'imprimait point de mouvements à cette tumeur, qui semblait être très-dure.

Des douleurs vives s'étendaient de la tumeur à tout l'abdomen; mais il n'y avait pas de constipation. Peau chaude; langue blanchâtre.

On reconnut la tumeur pour être le testicule, violemment engagé dans le canal inguinal. Les accidents diminuèrent sous l'influence des sangsues, de l'émétique et du mercure; mais la tumeur demeura très-sensible, principalement sa portion qui faisait saillie au dehors et qui était constituée par la partie inférieure de l'épididyme. Le malade ne pouvait absolument marcher qu'en tenant le tronc fortement courbé en avant.

Au bout de quinze jours, sans cause appréciable, le testicule devint de nouveau enflammé. Et pendant les sept semaines ultérieures, il eut ainsi successivement quatre attaques d'orchite, qui se déclaraient par de violentes douleurs après quelques jours de marche, et le forçaient de garder le lit. Dans un de ces accès, la partie inférieure de la tumeur, qui était toujours son point le plus sensible, devint fluctuante; mais une fois le paroxysme passé, la fluctuation disparut; elle était causée par une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale.

Pendant ces différents retours de l'inflammation, on employa une fois l'extrait de jusquiame, et la poudre de Dower, puis des cataplasmes émollients et un vésicatoire, ce qui procura un soulagement prompt et marqué.

La dernière attaque se déclara pendant que le malade, convalescent de la précédente, se tenait par précaution au lit, pour mieux en prévenir le retour. Il sentit à ce moment le testicule comme glisser, et l'inflammation habituelle commença immédiatement.

Il devient évident par cette circonstance qu'il n'y avait aucune garantie contre la récidive indéfinie de ces accidents, puisque le repos absolu ne suffisait pas pour les empêcher.

Pour le délivrer de cette perspective deux plans se présentaient : l'un, suggéré par M. Crampton, d'inciser les téguments jusqu'à l'anneau abdominal externe, puis de le couper, ainsi que la partie de l'expansion tendineuse de l'oblique externe, qui constitue la paroi antérieure du canal inguinal. Par ce moyen, la compression et les douleurs auraient été momentanément vaincues; mais lorsque la cicatrice se serait ensuite formée, elle aurait certainement pressé sur les parties comme auparavant. Ne valait-il pas mieux enlever immédiatement le testicule? Le malade donna son approbation à cette seconde proposition, bien qu'on lui eût expliqué que l'opération pouvait offrir quelques dangers, dans le cas où la tunique vaginale communiquerait avec la cavité péritonéale.

En conséquence, le 22 décembre 1851, M. Hamilton, après avoir chloroformisé le malade, pénétra, au moyen d'une incision de 3 à 4 pouces de longueur, dans la cavité qui contenait le testicule. Il en sortit une sérosité transparente. La tunique vaginale était lisse, mais plus rouge, plus vasculaire que dans l'état normal; et plusieurs bandes de lymphe organisée établissaient une communication entre elle et le testicule. La cavité vaginale ne communiquait point avec celle du péritoine. Le testicule était plus petit qu'à l'ordinaire; sa surface lisse, mais rouge. On le sépara avec précaution des parties voisines, et on fit la section du cordon au-dessous d'une ligature qui l'étreignait en masse. Il n'y eut que peu de saignement.

Les suites furent extrêmement simples. En trois semaines le malade guérit, et recouvra entièrement la faculté de marcher sans éprouver la moindre sensation pénible.

Le testicule, examiné au microscope, parut avoir sa structure naturelle. Mais ni dans son intérieur, ni dans le canal déférent, on ne put, à l'aide du microscope, constater la présence de spermatozoïdes; il n'y avait que des granules séminaux. M. Carter essaya d'injecter du mercure par le canal déférent; mais le mercure s'arrêta à un pouce de l'orifice, à cause de la présence d'une matière jaune, très-dense, qui en oblitérait la cavité. Les vaisseaux efférents offraient la même oblitération.

L'épididyme, extraordinairement long et volumineux, contenait une hydatide dans un appendice qui surmontait sa partie supérieure. Le canal déférent avait sa grosseur ordinaire; mais il était entièrement droit et n'offrait pas ses flexuosités habituelles.

Cet état du testicule était certes bien fait pour consoler l'auteur ainsi que le patient du sacrifice auquel ils avaient dû se résigner. Cependant demeure-t-il entièrement démontré par là que le testicule n'eût pu, plus tard, reprendre sa texture et recouvrer sa faculté sécrétoire normale? C'est ce qui nous semble former au moins l'objet d'un doute. Et, dans tous les cas, il était impossible avant l'opération d'avoir la certitude de cette disposition anormale de l'organe. On ne pouvait donc, en saine chirurgie, compter sur elle pour justifier *à priori* l'ablation du testicule.

Aussi nous croyons-nous, même en présence de ce succès, pleinement autorisé à proposer pour les cas semblables un moyen différent. Ce serait l'*incision sous-cutanée du canal inguinal*. Un ténotome introduit sous la peau opérerait plusieurs débridements, dirigés en haut. Ils pourraient s'exécuter sans danger dans ce sens, le cordon des vaisseaux spermatiques

n'y existant pas chez les individus dont le testicule n'est pas encore descendu dans le scrotum.

Il est bien entendu que cette opération devrait être répétée de temps en temps, à plusieurs reprises; car elle ne procurerait qu'une dilatation temporaire du canal (puisque, consécutivement — ainsi que M. J. Guérin l'a démontré avec succès par la cure radicale des hernies inguinales — elle amène au contraire un resserrement radical définitif du canal herniaire). Mais comme on pourrait la réitérer sans péril aussi souvent que les symptômes de compression de la glande séminale reparaîtraient, le testicule, pendant ce temps, accomplirait librement son évolution naturelle; et le palliatif, convenablement répété, se trouverait avoir produit peu à peu une guérison complète.

Nous croyons donc pouvoir enregistrer cette opération parmi les applications, non pas les plus communes sans doute, mais du moins les plus précieuses — vu l'urgence et la difficulté de l'indication en pareil cas — de la méthode sous-cutanée.

SUR LE MÉCANISME DES PHÉNOMÈNES ACOUSTIQUES QUI SE RATTACHENT A LA CIRCULATION DU SANG, AVEC UNE EXPLICATION DU PREMIER BRUIT DU COEUR; par le docteur ARTHUR LEARED.

M. Leared attribue le premier bruit du cœur au choc de deux colonnes sanguines, et voici sur quelle expérience il s'appuie. Au col d'une bouteille de caoutchouc, il adapte un tube de la même matière, long de 2 pieds, au moyen d'un autre tube en cuivre très-court et mince. Le fond de la bouteille reçoit un petit appareil, également en cuivre, muni d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans, et communiquant avec un autre tube en caoutchouc plus court et plus large que le premier. L'orifice de communication de l'appareil à soupape avec la poche de caoutchouc est aussi plus large que celui du premier tube. Les choses ainsi disposées, on plonge l'extrémité libre des deux tubes dans un grand vase plein d'eau. Le bout du tube le plus long est fixé horizontalement, à égale distance de la surface de l'eau et du fond du vase, en ayant soin de ne pas réduire ou déformer son calibre. Alors, en comprimant et relâchant alternativement la poche de caoutchouc, on appelle l'eau dans les tubes, et comme il y a un tube plus large que l'autre et communiquant plus largement avec la poche, la circulation s'établit du premier au second, en ouvrant la soupape chaque fois qu'on relâche la poche et la fermant pendant la compression. L'eau circule d'abord mêlée d'air, et l'on entend un glouglou; mais bientôt elle passe seule à plein canal. Or, à ce moment, un stéthoscope appliqué doucement sur le tube le plus long fait entendre un *bruit de soufflet*, et rien qu'un bruit de soufflet. Que si l'on recommence l'expérience en remplaçant l'eau par un liquide plus consistant, comme une solution de gomme arabique, ce n'est plus un souffle qu'on entend, mais un bruit de choc semblable au premier bruit du cœur. Ce bruit, ajoute l'auteur, a lieu au moment où les deux colonnes liquides se rencontrent dans le réservoir.

L'auteur croyant avoir ainsi établi que le choc de deux colonnes liquides produit un bruit semblable aux bruits cardiaques, *quand le liquide offre une certaine consistance*, essaye de montrer que les choses doivent se passer de la même façon dans les organes de la circulation centrale. La colonne de sang, dit-il, après le mouvement de réaction des parois aortiques, reste momentanément en repos dans la partie supérieure du vaisseau, et séparée entièrement du contenu du cœur. Quand vient la systole, les valvules semi-lunaires s'ouvrent; le sang est projeté hors du ventricule et une rencontre a lieu entre la portion de liquide en marche et celle qui était en repos dans l'aorte : de là formation d'un bruit.

Nous avons eu bien des fois occasion de le dire, la science ne possède pas encore une explication incontestable du *premier* bruit cardiaque. Celle que renouvelle ici l'auteur est-elle la véritable? Nous en doutons très-fort. Dans l'expérience qu'il rapporte, il est au moins singulier d'obtenir un bruit de souffle avec de l'eau et un bruit *frappé* avec une solution gommeuse. Ce bruit, s'il a lieu au moment de la rencontre de deux colonnes *dans la poche élastique*, doit coïncider avec la dilatation brusque de cette poche; n'y a-t-il pas là simplement un choc en retour de la colonne du tube étroit contre la soupape brusquement fermée du tube large? Ce serait alors un mécanisme semblable à celui qui produit le second bruit du cœur, quand la diastole, combinée avec le retrait de l'aorte, projette la colonne sanguine entre les valvules semi-lunaires. En second lieu, pour que deux colonnes se choquent de manière à produire un bruit sec, il faut qu'elles aient été séparées par un certain intervalle. Or, ni dans les dispositions de l'expérience, ni dans celles de la circulation naturelle, il n'en est ainsi. Le sang qui va sortir du ventricule appuie sur la face supérieure des valvules; celui qui est dans l'aorte est retenu, sous une forte pression, contre leur face inférieure. La colonne inférieure doit se mettre en marche *en même temps* que la colonne supérieure, puisque les valvules s'abaissent dès que l'effet de la systole se fait sentir. Dès lors, il est bien difficile de comprendre le choc.

SUR LE TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE PAR LE FER; par le docteur LEES.

Le succès du fer dans la chlorose devait conduire à essayer le même métal dans une affection où les globules du sang sont ordinairement diminués de quantité, comme l'albuminurie. C'est un moyen souvent employé en France, et recommandé aussi par quelques écrivains étrangers. Néanmoins ce n'est pas tant contre la maladie elle-même que contre quelques-uns de ses éléments ou contre certaines complications, que l'emploi du fer a été indiqué. Ainsi le docteur Frerichs (de Kiel) se borne à dire qu'il a retiré de bons effets de l'hydrochlorate ferreux *dans la diarrhée* qui survient souvent à la dernière période de la maladie de Bright. Suivant Copland, le fer, *combiné avec d'autres remèdes* peut être *plus ou moins utile* à une période avancée de la même maladie. M. Rees et M. Osborne n'assignent à l'emploi du fer d'autre but que de réparer la perte des corpuscules rouges entraînés par l'urine, et de reconstituer les globules sanguins. Enfin le premier de ces auteurs, ainsi que M. Neligan, ont soin d'en restreindre l'usage à l'albuminurie chronique.

Or M. Lees se propose d'établir que le fer peut constituer le moyen de traitement principal de la maladie, même à son début, quand on peut et doit soupçonner une congestion rénale. Il ne croit pas que le fer agisse ici uniquement comme reconstituant des globules, attendu que le sang a subi des altérations multiples, rendues manifestes par la modification si rapide de la pesanteur spécifique du sérum et la diminution générale de ses principes constituants. Et ce n'est pas la perte de corpuscules rouges par les urines, cette véritable hémorrhagie rénale, qui est la source de l'anémie; car l'anémie la plus prononcée peut coexister avec des urines pâles et tout à fait dépourvues de sang. Tout cela est parfaitement vrai; mais le fer est-il le remède de tout cet ensemble d'altérations? Voilà la question.

M. Lees rapporte quatre observations où les préparations ferrugineuses ont fait la base du traitement, dans une période peu avancée de l'affection. — Dans le premier cas, il y avait encore traces d'albumine et d'épithélium dans l'urine, quand le malade quitta l'hôpital après trois mois de traitement. Néanmoins, revu deux ans après par un élève, il jouissait d'une bonne santé. — Le second malade fut complétement guéri au bout de deux mois; du moins son urine était redevenue normale et l'anasarque avait complétement disparu. — Chez le troisième, des moyens variés avaient été employés sans succès; les épanchements se multipliaient, quand on eut recours aux préparations ferrugineuses. L'amélioration se prononça immédiatement, et tout symptôme morbide avait disparu au bout de six semaines. — Enfin, dans le quatrième cas, la guérison fut complète au bout de deux mois, et elle se maintient depuis deux ans, bien que la maladie se soit présentée avec des caractères très-inquiétants, car l'urine contenait des globules de pus.

Certes, voilà des résultats extrêmement satisfaisants, d'autant qu'il ne paraît pas, à la lecture des observations, que d'autres moyens aient été employés concurremment, notamment le régime réparateur qui a été vanté par d'autres praticiens. Maintenant, il faut bien le dire, combien de fois le fer n'a-t-il pas échoué en d'autres mains que celles de M. Lees? Et même, est-il bien sûr qu'il n'ait pas échoué fréquemment entre les siennes propres? Son travail ne dit rien, il est vrai, qui puisse le faire conjecturer; mais aussi il n'est pas probable que ce soient là ses seules expériences. Pour notre propre compte, nous n'avons pas jusqu'ici été aussi heureux que lui, il s'en faut de beaucoup.

Nous n'envisageons ici que la question empirique. Le hasard peut fournir un bon remède de l'albuminurie comme il a fourni un remède de la syphilis ou de la fièvre intermittente; mais le plus heureux pour la science serait qu'on vînt porter la lumière dans le mécanisme de la maladie. Alors la thérapeutique pourrait se guider d'après des vues rationnelles, et les notions étiologiques la conduiraient sans doute aisément à la découverte du vrai traitement. Mais nous n'en sommes pas encore là.

SUR LE TRAITEMENT TOPIQUE DE L'INFLAMMATION DU LARYNX; par le docteur WATSON.

Nous avons déjà eu occasion de résumer un travail de l'auteur sur le même sujet (1851, p. 675). Il cherchait à établir que les phlegmasies chroniques du larynx, au lieu d'être le plus souvent granuleuses, comme le veut M. Horace Green (de New-York), sont constituées anatomiquement par le relâchement et le ramollissement de la muqueuse, et que le meilleur traitement consiste dans l'emploi topique de la solution de nitrate d'argent. Le présent travail a pour but, en corroborant le premier, de mieux préciser les conditions d'emploi et de succès de la cautérisation laryngée. Selon lui, la distinction essentielle à établir n'est pas celle de la date du mal. Qu'il soit récent ou ancien, aigu ou chronique, il importe peu. Ce qui importe, c'est de savoir si l'affection offre un caractère sthénique ou un ca-

ractère asthénique, et voici les résultats généraux auxquels son expérience l'a conduit.

Dans la variété asthénique, qu'elle soit primitive ou qu'elle résulte de la longue durée de la maladie, le nitrate d'argent agit comme stimulant local des capillaires et de l'appareil sécréteur, tandis que dans la variété sthénique il augmente la congestion de la membrane, principalement en diminuant la fluidité du sang dans les petits vaisseaux. Si l'affection est aiguë (c'est-à-dire se développe rapidement sans cesser d'être asthénique), le caustique peut offrir des avantages à la condition d'affaiblir la solution en proportion de l'activité du travail pathologique. Il en est de même dans la diphthérite. On peut encore tirer grand parti du même moyen dans le vrai croup, mais seulement quand les phénomènes inflammatoires sont tombés; car employé plus tôt il peut offrir de graves inconvénients. Enfin, c'est un excellent remède contre l'œdème de la glotte.

Ces conclusions, on le voit, ne modifient pas beaucoup l'état actuel de la science sur l'emploi de la solution caustique dans les affections laryngées et dans l'œdème de la glotte. Mais l'auteur les déduit d'un grand nombre de considérations pleines de sagesse qui rendent son travail très-instructif.

SUR LE TRAITEMENT DU TYPHUS FEVER PAR LE SULFATE DE QUININE; par le docteur JOHN F. M'EVERS.

Nous n'aimons pas beaucoup, à parler franchement, qu'on rédonise ainsi à un seul remède le traitement d'une maladie aussi compliquée que le typhus fever. Que le sulfate de quinine puisse rendre des services dans cette redoutable maladie, comme il en rend dans la fièvre typhoïde de nos climats, rien de plus vrai; mais il ne l'est pas qu'il suffise à toutes les indications. Dès lors pourquoi en faire l'étiquette du traitement? Ajoutons que si nous ne savions déjà d'un habile praticien de Liverpool, M. Dundas, qu'il s'est bien trouvé de l'emploi de cet agent dans le typhus, nous pourrions rester dans un doute absolu; car M. Evers, après un titre aussi catégorique que celui qu'on vient de voir, se borne à rapporter *quatre* observations extrêmement écourtées. Il est évident qu'un tel apport ne pèse pas beaucoup dans la question.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LES FIBRES NERVEUSES DIVISÉES.

M. A. WALLER (de Bonn) adresse un huitième mémoire sur le système nerveux. Ce mémoire a pour objet d'exposer quelques nouvelles observations sur l'influence de la température sur les altérations des fibres nerveuses coupées.

Des grenouilles furent exposées, les unes à une température de 17 à 20° c., les autres à la température de 0 à 7° c. Chez les premières, on apercevait déjà, au bout de quatre à cinq jours, une altération très-évidente des fibres nerveuses coupées. Leur substance médullaire portait déjà des traces très-évidentes des fissures et de solution de continuité. A la même époque le nerf moteur avait déjà perdu une grande partie de ses pouvoirs, car le galvanisme ne causait plus que de faibles contractions. Au bout de huit à neuf jours, les fibres nerveuses se trouvaient encore plus évidemment altérées, et leur substance tubulaire était convertie en particules séparées, mélangées de granules. En même temps le nerf moteur avait perdu son excitabilité. Chez les mêmes animaux, après quatre ou cinq jours, on apercevait sur les bords de la plaie faite pour découvrir les nerfs en question un gonflement inflammatoire, et vers le quatorzième jour la plupart des sutures étaient détachées. Lorsque l'animal avait une plaie plus profonde, il y avait formation de matière purulente en grande abondance.

Les grenouilles tenues à basse température présentaient des phénomènes très-différents. Les nerfs, examinés vingt, trente et même quarante jours après la section, n'ont présenté aucune apparence d'altérations. L'excitabilité du nerf moteur était non-seulement conservée, mais était considérablement augmentée, à tel point que dans quelques cas où l'on avait trouvé qu'après la section le nerf, qui n'agissait plus quand les hélices de l'appareil de Dubois Raymond étaient écartés au delà de 15 pouces, se trouvait, au bout de vingt jours, excitable à un écartement de 48 pouces. La langue humaine, dans les mêmes conditions, ne commençait à sentir l'influence électrique qu'à 10 pouces et demi. Ainsi, comme dans certains cas de paralysie, le nerf par son inaction était devenu beaucoup plus irritable qu'à l'état normal. A la même époque, la plaie ne présentait aucun signe d'inflammation, les points de suture étaient presque comme au premier jour de leur application, etc. On peut constater de la même manière que l'abaissement de température arrête l'altération des nerfs qui ont déjà subi un commencement de dégénération.

L'explication de la plupart des observations précédentes est, d'après M. Waller, la suivante: le corps animal, comme tout physiologiste l'admet, se compose de parties qui se détruisent et se renouvellent sans cesse.

INFLUENCE DIRECTE DE LA LUMIÈRE SUR LE MOUVEMENT DE L'IRIS.

M. J. BUDGE (de Bonn) adresse une note démontrant que la lumière a une influence directe sur le mouvement de l'iris.

D'après les expériences ingénieuses de Lambert, Fontana et M. E.-H. Weber, on croyait un fait incontestable, que la lumière n'a pas d'influence directe sur l'iris, mais seulement par l'intermédiaire de la rétine et des centres nerveux; par conséquent on a regardé jusqu'à présent le rétrécissement de la pupille, produit par la lumière, comme un mouvement réflexe.

M. Budge a trouvé que la pupille se rétrécit aussi si l'on éclaire l'œil après avoir coupé les deux nerfs optiques, ou seulement un; mais il faut aussi avoir coupé le nerf qui produit la dilatation de la pupille. Si l'on coupe à une grenouille auparavant le tronc du nerf grand sympathique d'un côté au-dessous du ganglion du nerf pneumo-gastrique, et en même temps les deux nerfs optiques, la pupille se rétrécit dans une heure, ou un peu plus tard, du côté où l'on a coupé le nerf grand sympathique. Si alors on met la grenouille dans une place obscure, la pupille qui venait d'être contractée se dilate, et quand on expose l'œil à la lumière, elle se rétrécit de nouveau. Mais la lumière n'agit point ou peu sur la pupille de l'autre côté où l'on a coupé seulement le nerf optique, mais pas le nerf grand sympathique.

Les résultats restent les mêmes si l'on coupe la tête à une grenouille et si l'on enlève les yeux de l'orbite. En ce cas la pupille se rétrécit aussi par la lumière, et elle se dilate quand on met l'œil dans l'obscurité. On peut voir ce phénomène à peu près pendant une heure.

CAUSES DE LA MORT PAR LE CHLOROFORME.

M. STANSKI, à l'occasion d'un nouveau cas de mort subite causée par le chloroforme, observé en Allemagne, et rapporté par plusieurs journaux, notamment par la GAZETTE MÉDICALE du 2 courant, rappelle que, il y a plusieurs années déjà, il a développé dans l'UNION MÉDICALE son opinion relativement à la cause principale des morts subites survenues sous l'influence de cet agent anesthésique, et il a fait voir que toutes les personnes qui ont succombé subitement pendant l'emploi du chloroforme étaient dans la position assise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend trois lettres ministérielles relatives à des remèdes secrets.

— M. le docteur BOINET adresse un mémoire sur la cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par les injections iodées. (Comm. : MM. Velpeau et Cazeaux.)

— M. le docteur VALENTIN, chirurgien de Vitry-le-Français, communique, à l'occasion du dernier rapport de M. Danyau, un cas de renversement complet de l'utérus qu'il a réduit au bout de seize mois et demi avec le secours des vapeurs d'éther. (Insertion au Bulletin.)

— M. le docteur LALLEMAND, médecin aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce, transmet, par l'intermédiaire de M. Larrey, une observation de morve aiguë communiquée du cheval à l'homme, qu'il a recueillie dans cet hôpital. (Commission précédemment nommée.)

MALADIES DES PAYS CHAUDS.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit, en son nom et en celui de M. Gérardin, un mémoire de M. Mouchet, médecin français établi à Bone (Algérie), relatif aux maladies des pays chauds.

Selon l'auteur du mémoire, toutes les maladies dont le siége lui semble être dans l'abdomen, fièvres intermittentes et rémittentes, continues, typhoïdes, dyssenterie, hépatite, reconnaissent pour cause unique l'action délétère des miasmes paludéens, et toutes ces affections doivent être rapprochées dans un groupe unique aussi, sous le nom commun de fièvres paludéennes.

Sans doute, dit M. le rapporteur, plusieurs des affections que M. Mouchet rassemble dans un même faisceau nosologique reconnaissent dans leur production même ou dans leur expression symptomatique une influence plus ou moins incontestable des miasmes qui émanent des marais. C'est ainsi que les fièvres intermittentes et rémittentes, simples et pernicieuses, les continues marécageuses en sont incontestablement l'effet, puisque, pour en empêcher la production, il suffit de détruire les marais, comme, d'un autre côté, la production accidentelle d'un marais donne naissance à ces mêmes affections. Il y a là une relation incontestable de cause à effet. Sans doute aussi, surtout dans la saison d'automne, après un été chaud, les fièvres typhoïdes qui viennent se développer dans les contrées marécageuses au voisinage d'eaux stagnantes, présentent quelquefois, au dire des médecins des épidémies, ce remarquable phénomène, qu'elles débutent par les symptômes d'une simple fièvre intermittente ou rémittente, ou plutôt encore qu'elles révèlent dans leur période ultime le type intermittent.

Cependant la fièvre typhoïde se développe si souvent dans des conditions de localités où les miasmes paludéens n'existent aucunement, qu'il est impossible d'adopter l'opinion de M. Mouchet, qui leur assigne pour cause ces mêmes miasmes. Quant à la dyssenterie, cette affection ne se déclare (elle n'est pro-

duite en général d'une manière épidémique qu'à la suite des étés chauds) que dans la saison d'automne, quand la température éprouve de fréquentes variations. Les miasmes paludéens n'en sauraient être la cause, puisque les pluies de cette époque de l'année tendent au contraire à en empêcher la production ultérieure, en couvrant d'eau les surfaces marécageuses que les chaleurs de l'été avaient en partie desséchées.

M. Mouchet, pour justifier ses vues étiologiques relativement à la production des fièvres intermittentes et rémittentes, des fièvres continues typhoïdes, de la dyssenterie, sous l'influence unique des miasmes paludéens, cherche à la vérité à s'appuyer sur les résultats de l'ouverture des cadavres des sujets qui ont succombé à ces diverses affections. Il a trouvé dans tous les cas des traces incontestables de congestion sanguine dans l'appareil gastro-intestinal.

Mais si nous ne nous trompons, les conditions d'anatomie pathologique que les nécropsies mettent en évidence ne viennent aucunement en aide à la théorie de notre confrère. En effet si, dans les fièvres intermittentes et rémittentes paludéennes, ce médecin a trouvé le foie fortement congestionné et atteint d'un développement considérable, plus souvent même, dit-il, que la rate elle-même, résultat, il le reconnaît volontiers, opposé à l'observation journalière. Un tel état anatomico-pathologique n'a aucune analogie avec les résultats constants de l'ouverture des cadavres à la suite de la fièvre typhoïde, qui présentent une lésion spéciale ayant pour siége la fin de l'intestin grêle, qu'on ne retrouve point à la suite des fièvres intermittentes et rémittentes. L'altération si profonde de la rate, caractérisée par l'augmentation de volume et le ramollissement putrilagineux de ce viscère, diffère beaucoup de la tuméfaction de la rate à la suite des fièvres intermittentes. De plus, dans ces dernières, il manque toujours cet état de ramollissement, cette tendance à l'ulcération des tissus, ces extravasations sanguines dans l'épaisseur des tissus de la peau qui constituent les pétéchies et jusque dans les interstices intérieurs. Dans la dyssenterie, une congestion sanguine a lieu dans la membrane muqueuse du gros intestin et principalement du rectum, avec ramollissement inévitable de cette même membrane; mais la rate n'est pas affectée comme elle l'est dans les fièvres intermittentes.

En un mot, l'anatomie pathologique, qui sans doute n'est pas tout dans les maladies, et n'est souvent que la conséquence d'un état général de l'organisation malade, ne donne en aucune façon des résultats identiques dans les différentes affections, fièvres intermittentes et rémittentes, fièvre typhoïde ou dyssenterie, que M. Mouchet veut rapprocher et confondre en une seule affection, qui reconnaîtrait pour cause exclusive les miasmes paludéens.

M. le rapporteur pense, en résumé, qu'il serait inutile de combattre plus longtemps ce qu'a d'exclusif le système pathogénique de M. Mouchet, et il propose de faire adresser à cet estimable confrère une lettre très-explicite de remercîments, et de déposer honorablement sa notice dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE TRÈS-COMPLIQUÉ, OPÉRÉ AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE.

M. Bonnafont, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, communique une observation d'un bec-de-lièvre double très-compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire.

Nous reproduisons les principales particularités de ce fait :

M. Bonnafont fut appelé, au mois de juin dernier, par M. Vaillant, inspecteur du conseil de santé des armées, pour aller visiter un enfant qui venait de naître avec un bec-de-lièvre double ou bi-latéral. Les deux fentes étaient séparées entre elles par un tubercule osseux formé par l'os incisif, et se continuant en arrière jusqu'au pharynx, confondant ainsi la cavité buccale avec les fosses nasales, entre lesquelles se trouvait pourtant le vomer. Le tubercule antérieur, repoussé et déjeté en avant par le bord inférieur de la cloison nasale de forme triangulaire, s'implantait par son pédicule au bout du nez, et avait une direction telle, que si les quatre dents incisives avaient poussé dans ces conditions, leur direction eût été d'arrière en avant et de bas en haut. Le nez, fortement aplati, était presque effacé; le tubercule médian était recouvert par un petit lobule charnu, long d'environ 5 millimètres, et large de 3 à 4, de forme légèrement triangulaire, dont la base se confondait avec le haut du nez. La fente palatine entre le bord alvéolaire des deux maxillaires avait 12 millim. de large, et la distance du bord alvéolaire du tubercule, au même point de l'angle maxillaire, était de 10 millimètres. A la région de la luette, la fente avait au moins 15 millimètres.

Sur l'avis de M. Vaillant et celui de M. P. Guersant, appelé en consultation, l'opération immédiate fut résolue.

M. Bonnafont, ne pensant pas qu'on pût songer à enlever le tubercule osseux et médian avant d'avoir tenté par tous les moyens possibles sa réduction dans la bouche, afin de combler ainsi le vide énorme que devait laisser son excision, proposa, comme seul moyen d'obtenir la réduction du tubercule dans la fente palatine :

1° D'exciser un fragment triangulaire du vomer au moyen de deux incisions obliques;

2° De réduire ensuite le tubercule et de le maintenir dans cette position à l'aide d'un appareil compresseur à deux pelotes pressant sur les joues et présentant deux crochets destinés à fixer une petite lanière de caoutchouc vulcanisé, dont le plat, appuyant sur le tubercule, aurait le double avantage de le maintenir réduit, et par ses attaches sur les pelotes, d'aider leur action sur les maxillaires, en les rapprochant, et tendant ainsi à diminuer la fente palatine.

Voici de quelle manière M. Bonnafont procéda à l'opération :

L'enfant, tenu entre les cuisses d'un aide, la tête fortement renversée en arrière, l'opérateur fit, à l'aide d'une pince incisive, à tranchant court et oblique de bas en haut et d'arrière en avant, une section à la cloison naso-buccale, de 15 millimètres de long, en commençant du niveau des angles alvéolaires du maxillaire supérieur, puis avec une autre pince à lame droite, il coupa la même cloison immédiatement derrière le tubercule, et directement de bas en haut, jusqu'à la rencontre de l'angle supérieur de la première section; saisissant aussitôt le fragment compris entre ces deux sections, il enleva en incisant avec de petits ciseaux, une portion de la muqueuse qui le retenait encore à l'angle supérieur. Cette portion osseuse enlevée, après s'être rendu maître de l'hémorrhagie, M. Bonnafont procéda à la réduction du tubercule osseux; mais auparavant, et dans l'espoir de bien faire contracter des adhérences avec les maxillaires, il rafraîchit, avec des pinces incisives, chacun des côtés du tubercule osseux, ainsi que l'angle correspondant des maxillaires. Cette précaution prise, il devint facile, au moyen d'une pression légère, d'abaisser le tubercule, de le ramener dans l'intervalle des maxillaires, et de les placer en contact immédiat les uns des autres. L'appareil compresseur à double pelotes, construit à cet effet, fut appliqué, et pendant que les deux pelotes exerçaient une pression favorable sur chaque joue, le petit ruban de caoutchouc fixé à chacune d'elles, passant sur le tubercule médian dans une direction verticale, servait à le maintenir dans cette position.

Cet appareil est resté ainsi pendant vingt jours; ce temps a été nécessaire pour obtenir la réduction complète du tubercule et pour vaincre surtout ses tendances à reprendre sa position anormale.

Pendant cette compression de vingt jours, le lobule labial s'était allongé, et le nez, dont la proéminence se dessinait à peine, avait acquis plusieurs millimètres de saillie, résultat de cette compression.

Après s'être assuré que le tubercule osseux n'avait plus de tendance à se porter en dehors et à reprendre plus ou moins son ancienne position, M. Bonnafont procéda à l'opération définitive.

Après avoir disséqué les lèvres et les ailes du nez, il aviva les bords des lèvres, et immédiatement il appliqua à la base du nez une grande serre-fine; cet instrument mis en place, et les ailes du nez fortement rapprochées, le tubercule labial fut avivé au moyen de deux incisions obliques, qui le faisaient terminer en pointe destinée à être mise en rapport avec les bords de la lèvre.

L'opérateur procéda ensuite à la réunion des lèvres, à l'aide de deux épingles maintenues au moyen de petites lanières de caoutchouc, afin de neutraliser le tiraillement des joues sur la plaie. L'appareil à double pelote fut réappliqué, ainsi que la bandelette de caoutchouc qui recouvrait toute la plaie. Le pansement ainsi appliqué, il devenait impossible que les cris de l'enfant, si à redouter dans ce cas, ni aucun autre mouvement, pussent se faire ressentir sur la plaie.

La serre-fine fut retirée au bout de trois jours, et les deux épingles le quatrième et le sixième. Les bords de la plaie paraissaient bien réunis; mais, dans la crainte d'un décollement, on laissa le fil en place encore trois jours, et maintenu avec la même sévérité l'appareil pendant quinze jours.

Des considérations dont M. Bonnafont fait suivre la relation de cette opération, il conclut :

1° Que le bec-de-lièvre double et très-compliqué peut et doit même être opéré à une époque rapprochée de la naissance, avec autant de chances de succès que le bec-de-lièvre simple;

2° Que pour atteindre ce résultat, il pense qu'il est indispensable de faire l'opération en deux temps et en suivant le mode opératoire qu'il a mis en usage;

3° Que la conservation du tubercule médian, et réduit d'après son procédé, présente des avantages incontestables dont les principaux sont de rendre le raccourcissement de la mâchoire inférieure moins difforme, puisqu'il placera au moins deux dents canines dans la fente maxillaire; de présenter un point d'appui à la lèvre et de faciliter sa réunion, et de protéger sa consolidation; d'aider puissamment au redressement du nez, et enfin de rétablir ou tout ou moins de faciliter le mouvement de succion de l'enfant.

IMPERFECTION DU SYSTÈME NERVEUX, CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE QUELQUES MALADIES DE L'ENFANCE.

M. Hervieux lit un travail sur ce sujet.

Il existe, dit M. Hervieux, quelques maladies particulières aux premiers jours qui suivent la naissance, parmi lesquelles je mentionnerai le sclérème, l'ictère des nouveau-nés et la faiblesse de naissance. J'ai longtemps recherché les causes qui produisent ces états morbides à une époque de la vie invariablement la même, maladies qu'on ne rencontre jamais plus tard, ou du moins qu'on ne revoit que sous des formes et avec des aspects tout différents. J'ai donc été conduit à me demander s'il n'existait pas, dans l'organisation des enfants nouvellement nés, quelques circonstances anatomiques ou physiologiques qui nous éclaireraient sur la cause prochaine, génératrice, de ces étranges affections. Je crois être arrivé aujourd'hui à la solution du problème.

L'appareil cérébro-spinal est loin d'offrir, à l'époque de la naissance, un développement parfait. Tout le monde sait que le cerveau des nouveau-nés ne ressemble que par sa forme générale au cerveau des adultes ou des enfants plus âgés, qu'il en diffère totalement par sa consistance et son aspect, qu'il n'existe pas de ligne de démarcation bien tranchée entre les deux substances, qu'il en est à peu près de même du cervelet, de la protubérance et de la moelle épinière. Eh bien! il peut arriver que cette imperfection du système nerveux soit plus grande et plus sensible encore chez les enfants qui viennent de naître. Il peut arriver qu'on n'aperçoive plus du tout la distinction entre les deux substances, que leur consistance, qui était celle de la colle à l'état normal, ne soit plus que celle d'une bouillie plus ou moins claire, plus ou moins diffluente; que la trame vasculaire soit à peine perceptible; que les circonvolutions ne soient qu'indi-

quées ; que la coloration grise et blanche ne soit remplacée par une teinte lilas ou rose tendre, uniformément répandue dans l'organe ; que toutes les parties dont se compose l'encéphale, en un mot, se présentent sous l'aspect d'une masse indigeste, au milieu de laquelle le scalpel le plus habile, l'œil le plus exercé, ne saurait distinguer autre chose qu'une ébauche de l'organisation future. Or cet état de l'appareil cérébro-spinal se rencontre précisément, suivant M. Hervieux, dans les maladies dont il cherche à déterminer la cause ; il en déduit la conséquence que c'est cet état physiologique spécial du système nerveux, antérieur aux maladies en question, qui peut en être considéré comme la cause productrice. (Comm. : MM. Gerardin, Danyau, Bouvier.)

SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ.

M. Moreau (de Tours), lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il est peu de maladies qui aient été moins étudiée que cet état spécial de l'organisme auquel on a donné le nom d'idiotie. En fait d'étiologie surtout, la science est d'une pénurie extrême. Les auteurs, ou bien ont gardé le silence, ou bien n'ont porté leur investigation que sur des points d'un intérêt secondaire.

Les conditions d'hérédité recèlent en elles la véritable origine de l'idiotie ; elles sont la cause primordiale des vices ou imperfection d'organisation incompatible avec l'exercice régulier des fonctions intellectuelles. Il est important de rechercher et d'établir d'une manière précise, en s'appuyant sur des faits nombreux et rigoureusement observés, quelles sont ces conditions.

La source de l'influence héréditaire doit être recherchée dans les divers états pathologiques quels qu'ils soient, qui intéressent les centres nerveux. Les faits consignés dans le travail de M. Moreau sont au nombre de 56.

Les parents des cinquante-six idiots auxquels ces faits se rapportent ont présenté le chiffre énorme de 132 cas pathologiques, auxquels on peut faire remonter l'influence héréditaire. C'est, en moyenne, plus de deux causes d'hérédité pour chaque individu.

La folie, celle principalement à forme lypémaniaque, est la source héréditaire la plus féconde de l'idiotie. Viennent ensuite l'ivrognerie, l'épilepsie, l'hystérie, etc. Dans les lignes collatérales, on trouve, par ordre de fréquence, les convulsions, l'idiotie, les scrofules, les apoplexies, etc.

L'influence héréditaire est égale des deux côtés, paternelle et maternelle ; elle est plus forte du côté des grands-pères que de celui des grand'mères.

Le sexe masculin fournit un contingent d'affections héréditaires bien plus élevé que le sexe opposé, dans la proportion de 53 à 37.

Il résulte encore des recherches statistiques faites par M. Moreau ;

1° Que les conditions d'hérédité pour l'idiotie sont absolument les mêmes que pour l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'hystérie et autres névroses ;

2° Que tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à modifier le système nerveux dans sa vitalité, dans son énergie fonctionnelle à placer l'organisme dans des conditions de développement aussi opposées que possible à celles d'où il tire son origine.

Sans méconnaître les avantages de l'éducation, qu'il regarde comme une sorte de gymnastique intellectuelle, M. Moreau pense qu'avant tout on doit s'efforcer de refaire (*reficere*) le moral en modifiant ses conditions organiques, ses changements par une sorte de rénovation, les tendances vicieuses que l'organisation a puisées dans l'hérédité. (Commissaires : MM. Guéneau de Mussy, Jolly et Collineau.)

ÉCLAMPSIE.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dechaux, médecin à Montluçon (Allier), sur l'éclampsie.

Les conclusions du rapport sont : dépôt aux archives et remerciments à l'auteur. (Adopté.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1852; par M. le docteur Charcot, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

1° NOTE SUR LES NERFS DE L'UTÉRUS ; par M. Hirchfeld.

Il n'y a pas de question qui ait été plus discutée et qui ait été résolue plus différemment, même dans cette enceinte, que celle des nerfs de l'utérus. Je ne viens pas ici uniquement pour ajouter une nouvelle opinion à celles qui ont déjà été émises, et pour chercher à entraîner la Société dans des débats stériles ; je désire surtout faire part des observations qui m'ont été suggérées par l'examen des pièces de MM. Robert Lee et Snow-Beck, et tâcher de mettre d'accord mes propres idées et celles de ces deux anatomistes. Ces derniers, bien qu'ils soient arrivés à des résultats en grande partie opposés, ont pourtant mérité tous les deux la médaille royale, à cause de l'importance de leurs travaux.

On s'est demandé tour à tour : Existe-t-il des nerfs de l'utérus ? et s'ils existent, le corps et le col en sont-ils pourvus ? Ces nerfs sont-ils grêles ou volumineux ? Leur volume augmente-t-il sous l'influence de la gestation ? J'ai déjà répondu à toutes ces questions dans la huitième livraison de mon ouvrage, où je m'exprime ainsi :

« Tout le monde connaît les débats que l'existence des nerfs de l'utérus a soulevés, dans ces derniers temps, parmi les anatomistes les plus distingués. Robert Lee a fait représenter un plexus nerveux se rendant au museau de tanche ; M. Jobert (de Lamballe) soutient n'avoir jamais rencontré de nerfs dans la partie vaginale du col utérin. Depuis les travaux de ces derniers anatomistes, les opinions sont partagées : les uns admettent ces nerfs, les autres les rejettent.

» S'il m'est permis, au milieu de ces dissidences scientifiques, de conclure d'après mes propres recherches, je dirai que le col, aussi bien que le corps de l'utérus, sont pourvus d'un système nerveux émané des nerfs de la vie organique et de ceux de la vie de relation, mais principalement des premiers. Quant à l'augmentation de volume des nerfs utérins pendant l'état de gestation, soutenue par Robert Lee et niée par M. Jobert et ses partisans, c'est une question jugée à l'heure qu'il est et qui ne souffre aucune discussion. En effet, tout nerf qui a été soumis à une macération prolongée augmente de volume. Sous l'influence de la grossesse, tous les liquides étant appelés vers l'utérus, qui devient un centre de fluxion, les nerfs utérins subissent une véritable macération et prennent de l'accroissement. Cet accroissement de volume ne se fait pas dans le tube nerveux même, mais dans le névrilème (fibres nerveuses de Remack), qui est proportionnellement très-développé dans les nerfs du grand sympathique, dont il est un des éléments essentiels, une partie intégrante. »

Aux opinions que je citais il y a quatre mois, on pourrait ajouter celle de M. Velpeau, qui affirme que le col est sensible ; celle de M. Depaul, d'après lequel, si le col est insensible dans certains cas, dans d'autres cas au contraire, sous l'influence de certaines modifications pathologiques, il est sensible. Les préparations faites à l'occasion du dernier concours pour le prosectorat nous montrent des nerfs au corps et au col de l'utérus ; mais sur certaines pièces, ces nerfs sont nombreux et volumineux ; sur d'autres, ils sont grêles et en plus petit nombre. Enfin, d'après Snow-Beck, les nerfs du corps et du col de l'utérus sont peu nombreux et très-grêles.

Ces dissidences de la part d'observateurs aussi habiles viennent, il me semble, de ce qu'ils n'ont pas tous employé les mêmes procédés de dissection, ou bien de ce qu'ils étaient dominés par certaines préoccupations physiologiques, ou enfin de ce qu'ils ont donné des interprétations différentes aux résultats qu'ils ont obtenus.

Bien avant d'examiner les pièces de MM. Robert Lee et Snow-Beck, j'avais disséqué ces nerfs sur des sujets non infiltrés, sur des femmes infiltrées ou mortes en couches, et enfin sur des pièces qui avaient macéré pendant trois ans dans l'acide nitrique étendu d'eau.

Sur une femme adulte non infiltrée, les nerfs de l'utérus, débarrassés du tissu cellulaire et des vaisseaux qui les masquent, ont un aspect blanc nacré comme le plexus hypogastrique d'où ils émanent, et ressemblent, pour un œil peu exercé, au tissu fibreux. Si l'on fait macérer la pièce dans l'eau pendant vingt-quatre heures, afin de dégorger les plexus veineux du sang qui les remplit, les nerfs sont plus apparents et augmentent légèrement de volume ; en plongeant ensuite cette même pièce dans l'acide nitrique étendu, le névrilème devient plus brillant et plus volumineux ; le faisceau des tubes nerveux jaunit sans augmenter de volume d'une manière appréciable, et s'aperçoit par transparence au milieu du névrilème.

Si l'on dissèque ces nerfs sur une femme infiltrée ou morte en couches, on voit, en les comparant à ceux de la pièce précédente, que, sans les avoir plongés dans l'acide nitrique, ils sont plus gros.

Sur les pièces que j'avais fait macérer pendant trois ans, j'ai pu constater, de concert avec mon honorable collègue M. le docteur Robin, que l'augmentation de volume portait principalement sur le névrilème, et que le faisceau des tubes nerveux apparaissait au centre du névrilème comme un filet jaunâtre très-grêle.

Ces observations me prouvent évidemment que, sous l'influence de la grossesse ou d'une macération quelconque, les nerfs utérins subissent une augmentation de volume, surtout aux dépens de leur névrilème.

En faisant appel au raisonnement, j'irai même plus loin, et je dirai que le faisceau des tubes nerveux doit, lui aussi, dans ces mêmes conditions, prendre un accroissement plus considérable, presque inappréciable, à la vérité, mais réel.

Lorsque l'on compare, en effet, les dimensions et le poids de l'utérus à l'état normal, aux dimensions et au poids de l'utérus dans l'état de gestation (utérus à l'état normal, hauteur, 6 à 8 centimètres ; largeur, 4 centimètres ; épaisseur, 2 centimètres ; poids, 45 à 60 grammes ; utérus vers le neuvième mois de la grossesse, hauteur, 32 à 37 centimètres ; largeur, 24 ; épaisseur, 22 à 23 centimètres ; poids, 800 grammes à 1 kilogramme et demi), et si l'on songe que le développement énorme subi par cet organe porte sur tous ses éléments anatomiques ; sur ses membranes séreuse et muqueuse, qui se sont allongées et épaissies ; sur son tissu propre dont les fibres ont revêtu le caractère franchement musculaire ; sur ses vaisseaux, qui, loin de se redresser en s'allongeant, présentent des flexuosités plus nombreuses encore et ont augmenté de calibre, pourquoi les tubes nerveux seuls feraient-ils exception et ne deviendraient-ils pas plus volumineux, d'autant plus qu'ils se distribuent dans une étendue plus considérable, et que leur enveloppe, le névrilème, s'est accru d'une manière sensible ? D'ailleurs, est-ce que les nerfs de l'utérus d'un embryon ou d'un fœtus sont aussi gros que ceux d'un adulte ? Ces organes n'augmentent-ils pas de volume sous l'influence de l'accroissement général de l'individu ? Pourquoi donc, sous l'influence de la grossesse, l'utérus et ses nerfs ne se développeraient-ils pas simultanément, surtout si l'on observe que l'hypertrophie des éléments anatomiques a entraîné l'accroissement des propriétés, restées jusqu'alors en quelque

sorte à l'état latent? Ainsi les fibres musculaires sont devenues contractiles; la sensibilité du col de l'utérus, presque nulle auparavant, a augmenté à un tel point que les femmes accusent parfaitement la sensation procurée par le toucher lorsqu'on explore cet organe.

Si les dissections ne montrent pas une augmentation de volume appréciable dans les faisceaux des tubes nerveux, c'est que ces derniers ne s'accroissent en général que lentement; c'est que les tubes nerveux d'un enfant ne grossissent que peu à peu, à mesure qu'il avance en âge, et ne se développent pas d'une manière aussi rapide que les autres parties de son corps. Il n'est donc pas étonnant que, sous l'influence d'un accroissement partiel et d'une durée aussi limitée, leur augmentation de volume ne soit pas sensible.

Cet exposé me permet, je crois, d'en revenir aux conclusions que je posais tout à l'heure, d'autant plus que les faits que j'ai signalés et sur lesquels je m'appuie sont parfaitement en harmonie avec ceux observés par Robert Lee.

On voit en effet sur les pièces qu'il a déposées au musée de Saint-Georges, à Londres, des nerfs nombreux et volumineux; seulement ils ont un aspect blanc nacré uniforme, dû au liquide qui sert pour la conservation, liquide peu convenable pour mettre les tubes nerveux en évidence.

M. Snow-Beck possède deux pièces pour la préparation desquelles il a passé huit mois, enlevant jour par jour avec des aiguilles et des pinces, comme il me l'a dit lui-même, non-seulement le tissu cellulaire, mais encore le névrilème; de sorte qu'il n'a laissé que les faisceaux des tubes nerveux. Aussi les travaux de ce dernier anatomiste ne doivent-ils pas, il me semble, être invoqués quand il s'agit du volume des nerfs de l'utérus; car ils ne présentent que des nerfs, privés d'une de leurs parties constituantes, du névrilème.

2° NOTE SUR LES GANGLIONS NERVEUX DES PAROIS DE L'ESTOMAC DES MAMMIFÈRES; par M. REMAK.

M. Remak fait une communication au sujet des petits ganglions nerveux qu'il a récemment découverts dans les parois de l'estomac des mammifères. Il rappelle qu'en 1838 il a signalé l'existence de ces corps dans les parois du cœur de l'homme et des animaux, et qu'il les a également rencontrés en 1842 dans les parois des bronches, au milieu des fibres de Reissessen. M. Remak pense que le rôle physiologique de ces divers ganglions, dans l'estomac et les bronches, est surtout de présider aux fonctions des glandules mucipares. De semblables ganglions se voient aussi dans la langue, autour de la glande parotide, dans l'épaisseur des parois de la vessie urinaire, et enfin dans la substance de l'utérus, où ils sont petits et peu nombreux, mais susceptibles d'acquérir un certain développement à l'époque de la grossesse. (12 septembre.)

3° CONCLUSIONS D'UN MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES POLYPES D'EAU DOUCE; par M. CH. ROUGET.

La paroi du corps des polypes hydraires se compose de trois couches ou feuillets superposés.

Les parois des tentacules sont constituées exactement de la même façon que celles du corps.

Il n'existe entre ces trois couches aucun espace vide, aucune cavité analogue à ce qu'on a appelé la cavité du corps chez d'autres entozoaires.

On ne trouve non plus, dans l'épaisseur ou dans l'intervalle des couches, n conduits vasculaires ni fibres d'aucune sorte.

Un élément spécial caractérise chaque feuillet, et ne se retrouve dans aucun des deux autres.

De grandes cellules, caractérisées par la présence dans leur intérieur des organes urticaires et préhenseurs, constituent la couche externe, ce que la plupart des auteurs ont regardé comme la peau de l'animal.

Des globules colorés en vert chez l'hydre verte, en brun chez l'hydre vulgaire (brune ou blanche), forment la couche moyenne.

La couche interne tapisse la cavité digestive (de l'estomac, du pied, des tentacules); elle est tantôt homogène, tantôt formée de cellules ou globules. Elle contient toujours de petits amas de granules pigmentaires bruns, libres ou renfermés dans l'intérieur de cellules.

COUCHE EXTERNE. — Les organes venimeux sont de deux espèces : les organes urticaires et les organes préhenseurs. Tous deux existent sur toute la surface du *corps* et des *tentacules*.

On a décrit (Corda, Erdl., etc.,) comme deux organes distincts l'organe urticaire à l'état de repos et à l'état d'expansion.

Un réseau qui existe non-seulement dans les tentacules (où Corda l'a décrit comme un appareil de muscles rétracteurs et protracteurs), mais sur tout le corps des polypes, appartient aussi à cette couche externe.

Ce réseau change de forme dans les différents mouvements qu'exécute l'animal; il est évidemment l'agent de ces mouvements.

Ce réseau n'existe pas comme élément distinct; c'est une apparence, un phénomène optique mal interprété. Il résulte de la juxtaposition de grandes cellules qui constituent à elles seules la couche externe.

Ce sont ces cellules elles-mêmes qui, changeant de forme et se contractant, allongent ou raccourcissent, dilatent ou resserrent le corps et les tentacules du polype.

Les organes urticaires et préhenseurs sont contenus dans l'intérieur de ces cellules. L'acide acétique montre en outre dans la paroi de chacune d'elles un grand noyau ovale muni d'un nucléole.

La couche moyenne de globules colorés est partout intermédiaire à la couche externe et à la couche interne; cependant, chez l'hydre vulgaire, elle est comme raréfiée dans les tentacules, et paraît même quelquefois manquer dans les tentacules des individus pâles (*hydra pallida*).

Chez les individus jeunes ou mal nourris, les globules sont moins nombreux et ne forment pas une couche continue.

Ces globules, considérés jusqu'ici comme pigmentaires, sont de véritables cellules à noyau, surtout chez l'hydre verte, et se rapprochent des globules du sang d'autres invertébrés.

Ces globules paraissent susceptibles d'un certain déplacement dans les contractions de l'animal; mais il n'y a pas de circulation ni de cavité dans laquelle ils se meuvent.

COUCHE INTERNE. — Elle contient en grande quantité de petits amas de véritables granules pigmentaires bruns : tantôt cette couche paraît homogène, anhyste, contenant seulement les amas pigmentaires et des granulations moléculaires; tantôt elle montre de véritables globules ou cellules juxtaposées.

Cette couche est lisse, et ne présente ni cils vibratils ni prolongements analogues à des villosités.

On voit presque toujours, sous l'influence des contractions de l'animal, circuler, tant dans la cavité du pied que dans celle des tentacules, des globules qui paraissent détachés de cette couche interne.

Il y a la plus grande analogie entre ces trois couches et les trois couches primitives de l'embryon des animaux supérieurs.

La couche externe, protectrice, sensible, contractile, représente le *feuillet séreux* (peau, système nerveux, appareil locomoteur de la vie animale).

La couche moyenne représente le *feuillet vasculaire* à l'époque où il n'existe encore que des globules du sang.

Les organes génitaux se développent sur le même plan que cette couche moyenne, analogie de plus avec le feuillet vasculaire, auquel on a attribué la formation des organes génitaux.

La couche interne enfin présente la plus grande analogie avec le feuillet muqueux.

II.—ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° NOTE SUR UN FAIT DE CYSTICERQUES DU CŒUR DE L'HOMME, AVEC ENDOCARDITE; par M. LEUDET.

Les faits de vers vésiculaires développés dans le cœur sont assez rares pour que nous rapportions le fait suivant, dans lequel nous avons trouvé onze cysticerques dans la substance du cœur.

Un homme de 52 ans était entré depuis deux mois à l'hôpital de la Charité, présentant les symptômes d'une endocardite; on ne put nous fournir de renseignements autres sur les antécédents et les symptômes morbides observés sur ce malade. La pièce que nous allons décrire fut seule soumise à notre examen. L'autopsie avait été faite très-incomplètement, à cause du moment rapproché de l'inhumation. Le cœur fut le seul organe qu'il nous ait été possible d'examiner.

Le cœur était d'un volume considérable. La graisse occupant le sillon qui sépare les ventricules des oreillettes, celle qui borde les deux bords du cœur, était plus abondante que dans l'état normal, et laissait uniquement à la face antérieure du ventricule droit un espace de 3 centimètres et demi de large sur 4 de hauteur, où les fibres musculaires pâles étaient recouvertes par une plaque blanchâtre, lisse, d'un millimètre d'épaisseur, s'enlevant par la dissection, et laissant au-dessous d'elle le feuillet viscéral du péricarde lisse et normal.

La consistance du cœur était moindre que dans l'état normal. Cet organe était très-volumineux et offrait la forme utriculaire; la pointe en était presque effacée, et il s'affaissait sur lui-même.

En palpant la surface du ventricule droit, notre attention fut attirée par la sensation de petits corps durs, limités et situés au-dessous de la couche graisseuse de la partie supérieure du ventricule droit. En incisant avec précaution les tissus sus-jacents, et dont le relief accusait l'existence de corps étrangers, nous découvrîmes trois petits kystes du volume d'un très-gros pois, transparents. Le relief qu'ils formaient était appréciable à l'œil, mais plus perceptible au toucher. Situés au-dessous du feuillet viscéral du péricarde et recouverts par une couche mince de graisse non adhérente, sans fibres musculaires superposées, ces kystes reposaient immédiatement sur la couche musculaire du cœur, dont on pouvait les énucléer avec facilité, et qui n'offrait aucune altération à ce niveau. Leur situation exacte était sur une ligne à peu près horizontale, à 1 centimètre et demi du bord supérieur du ventricule droit. L'un d'eux, plus rapproché de la cloison interauriculaire, était placé à peu près au-dessous de la naissance de l'artère pulmonaire. A sa droite était situé le deuxième kyste, à 1 centim. environ; puis, à 3 centim. de ce dernier, se rapprochant plus du bord droit du ventricule droit, existait un troisième kyste. La surface de ces kystes était d'un blanc légèrement opalin; le médian laissait voir par transparence un petit corps jaunâtre contenu dans son épaisseur. En fendant chacun des kystes, on en faisait sortir un peu de liquide clair, non visqueux, incolore, puis un petit corps membraneux, jaunâtre, offrant deux renflements : l'un, plus petit, correspondait à la tête; l'autre, plus volumineux, était la vésicule caudale.

Soumis à l'examen microscopique à un faible grossissement, les cysticerques étaient parfaitement reconnaissables; sur l'un d'eux, la tête sortie spontanément nous a présenté une couronne triangulaire à convexité dirigée extérieurement, et vers le sommet de la tête de l'animal se réunissant en triangle, dont les bords étaient garnis de crochets presque droits au milieu du triangle et courbes sur les parties latérales, arrondis vers le sommet. La convexité des crochets était tournée en dehors. Ces crochets étaient disposés sur deux lignes, comme le prouvait la différence du foyer du microscope nécessaire pour les apercevoir à des profondeurs différentes.

Nous n'avons pas déterminé d'une manière exacte le nombre des crochets; cependant il y en avait trente au moins. Tous les cysticerques examinés

par nous, au nombre de onze, comme nous le dirons plus loin, ne présentaient pas la tête sortie ; chez quelques-uns la tête était rentrée, et l'on ne pouvait pas découvrir les crochets. Au-dessous de la couronne de crochets et plus rapprochés du col, on remarquait les quatre *suçoirs* ovoïdes à grand diamètre transversal à l'axe de la tête, et présentant au centre une ligne noirâtre que nous ne pouvons rapporter d'une manière certaine à une ouverture quelconque.

Tout le corps de l'animal, la tête comme la vésicule caudale, semblait composé d'une foule de cellules incolores et sans aucune substance contenue.

La surface postérieure du ventricule gauche et tout le reste de la superficie du cœur ne présentaient pas de traces de cysticerques.

La cavité des deux ventricules contenait une petite quantité de sang liquide, puis, enchevêtrées dans les tendons de la colonne charnue de la valvule mitrale, des coagulations de fibrine blanchâtre et ferme.

La capacité des deux ventricules était notablement augmentée. La hauteur du ventricule gauche, examinée à l'intérieur, était de 10 centimètres ; celle du ventricule droit, de 9 centimetres et demi.

L'endocarde du ventricule gauche était moins lisse que dans l'état sain, nullement rouge, ne pouvant s'enlever par lambeaux. A sa surface et un peu au-dessous de la naissance de l'aorte, adhérait une petite pseudomembrane de 5 millimètres de large, peu épaisse et s'enlevant par le raclage. Aucun développement de vaisseaux n'existait à la surface du ventricule gauche.

Les valvules aortiques offraient une couleur rouge foncée, plus prononcée au bord adhérent qu'au bord libre, sans ramifications vasculaires sous-séreuses; elles semblaient gonflées ; près de leur base existaient plusieurs petites taches blanchâtres pseudomembraneuses faciles à enlever par le raclage. La circonférence de l'orifice aortique était de 0m.08.

L'aorte, que nous n'avons pu examiner que jusqu'au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, était à sa surface interne d'une couleur rouge vif, intense, chagrinée et rugueuse au toucher; sa membrane interne épaisse, ayant près d'un millimètre d'épaisseur, s'enlevait en larges lames et avait augmenté de consistance. La tunique moyenne de l'aorte ne présentait aucune altération. La tunique externe, au contraire, offrait dans sa trame celluleuse un lacis vasculaire riche et abondant qui donnait à la surface externe de l'aorte et même de l'artère pulmonaire et des auricules, une teinte rosée très-marquée.

La valvule mitrale assez souple, sans aucune plaque calcaire, développée dans son intérieur, était parsemée de plaques rouges ne s'enlevant nullement par le raclage et sans aucun dépôt pseudomembraneux. Elle n'était pas insuffisante.

Le ventricule droit n'offrait pas de traces d'endocardite; les valvules de l'artère pulmonaire et la tricuspide étaient d'une couleur blanchâtre, souples, saines en un mot, comme le canal même de l'artère pulmonaire. L'endocarde du ventricule droit était lisse. La couleur de la substance musculaire était d'un rouge beaucoup moins vif, plus sombre que dans le ventricule gauche.

Les parois des deux ventricules étaient plus épaisses que dans l'état normal.

Épaisseur du ventricule gauche mesuré en avant, près de la cloison : à la base, 0m,025 ; au milieu, 0m,02 ; à la pointe, 0m,015.

En incisant la substance des deux ventricules, on constate l'existence de huit cysticerques ainsi placés :

Cysticerques dans l'épaisseur du ventricule droit. .	5
idem . . . . . . gauche.	3
En ajoutant les trois cysticerques à la surface du ventricule droit.	3
	11

Dans le ventricule gauche, les vers vésiculaires, au nombre de trois, étaient tous placés dans l'épaisseur même de la paroi musculaire, aucun ne faisait saillie sous l'endocarde ou le péricarde, et la palpation ne faisait pas soupçonner leur existence; tous les trois existaient vers la moitié supérieure de l'organe.

La répartition des vers vésiculaires était plus inégale dans le ventricule droit ; outre les trois indiqués d'abord à sa surface externe, nous en avons trouvé quatre dans l'épaisseur même de la paroi, et un autre enfin à la partie supérieure du ventricule et formant sous l'endocarde une petite coloration blanchâtre sans saillie ; en tout huit cysticerques pour le ventricule droit.

Tous ces vers trouvés dans la paroi des deux cavités ventriculaires offraient la même structure; la subtance musculaire qui les entourait était saine, sans changement de consistance ; le kyste enveloppant était d'un blanc opalin et sans aucune structure à l'examen microscopique.

Nous regrettons de n'avoir pu examiner les autres organes de ce sujet, qui auraient peut-être offert dans leur intérieur, comme les muscles du cœur et peut-être ceux des membres, d'autres cysticerques.

Sans rien préjuger sur l'état du cerveau qui n'a pas été examiné, nous pouvons dire que les personnes chargées de donner des soins au malade n'ont remarqué aucun signe de paralysie ou de trouble cérébral.

Ce fait bien incomplet est cependant, nous le croyons, un des plus détaillés que la science possède sur le même sujet.

Peu d'auteurs ont mentionné des faits de cysticerques du cœur. Nous ne remonterons pas aux anciens pathologistes ; en cherchant à interpréter leurs observations, on ne pourrait, sans aucun doute, que se livrer à des conjectures hypothétiques qui nuisent souvent plus qu'elles ne servent aux progrès de la science, en embarrassant ses annales de détails inutiles.

Les vers vésiculaires du cœur n'ont guère été signalés chez l'homme que par les modernes.

Laennec, qui, dans l'étude des vers vésiculaires, a montré comme dans toutes ses recherches anatomo-pathologiques le génie dont ses œuvres sont toujours marquées, ne semble pas en avoir observé lui-même dans le cœur. Un fait rapporté par Morgagni (epist. XXI, § 4) semble, suivant Laennec, relatif au sujet qui nous occupe. Le kyste était implanté dans les parois du ventricule gauche et faisait saillie à sa surface ; il contenait une petite membrane blanchâtre. Cependant Laennec (MÉM. SUR LES VERS VÉSICULAIRES, *in* MÉM. DE LA FACULTÉ DE MÉD. DE PARIS, 1812, p. 56, dit en avoir trouvé dans le tissu cellulaire du médiastin. Dans ce travail, l'auteur note que presque tous les kystes des cysticerques situés dans les muscles leur sont peu adhérents ; c'est ce qui avait lieu chez le sujet de notre observation.

M. Andral (PRÉCIS D'ANAT. PATH., 11e partie, p. 332) dit avoir trouvé, dans un cœur, trois petites vésicules qui avaient chacune la grosseur d'une noisette ; elles étaient transparentes dans toute leur étendue et présentaient à leur intérieur un point blanc, plus dur que le reste de la vésicule. Par la pression, on fait sortir de la vésicule comme une tête.

M. Bouillaud (TRAITÉ CLIN. DES MAL. DU COEUR, v. II, p. 445, 2e éd.) parle également des hydatides et des kystes séreux du cœur. Après avoir lu avec soin ses descriptions, nous avouons ne pas voir dans les faits d'hydatides qu'il rapporte la démonstration que c'étaient bien là des vers vésiculaires. Ces faits sont au nombre de trois. Tous ne peuvent pas même rentrer dans la catégorie des hydatides du cœur. Ainsi, p. 129, obs. 95, il est dit : « Entre le péricarde et le poumon droit, on trouve un kyste du volume d'un petit œuf, fortement adhérent au péricarde et rempli d'un liquide transparent, incolore comme celui contenu dans une poche hydatique. » Le siége même du produit morbide est bien évidemment, d'après M. Bouillaud lui-même, la plèvre, puisque le kyste est placé entre le péricarde et le poumon.

Dans le deuxième fait (obs. 120, p. 256), l'auteur s'exprime ainsi : « A la base du cœur, entre l'oreillette droite et l'aorte, on voit une masse hydatique remplie d'un liquide un peu visqueux, transparent ; on trouve quelques poches semblables dans la région postérieure de l'oreillette gauche. »

Enfin, dans son troisième fait (obs. 132, p. 293), il est dit qu'il y avait un demi-verre environ de sérosité citrine foncée dans le péricarde et dans deux ou trois hydatides mobiles et pédiculées, adhérentes à la base de l'oreillette gauche.

Ainsi dans tous ces faits, excepté celui de M. Andral où le siége anatomique n'est pas précisé, on voit les kystes situés à la surface ; nous éliminons, bien entendu, le premier fait de M. Bouillaud (obs. 75).

Il nous reste donc quatre faits : deux de M. Bouillaud, l'un de M. Andral, le quatrième enfin de Morgagni ; ce sont les seuls que nous ayons trouvés dans la science.

Malheureusement, même dans ces observations, la nature exacte du produit morbide n'est pas démontrée ; la probabilité est plus grande dans les faits de Morgagni et de M. Andral ; aujourd'hui la science ne peut pas se contenter de ces approximations, et il faut dans des observations de ce genre décrire l'animal lui-même.

Dans les quelques faits que nous venons de signaler, le cysticerque paraissait limité au cœur lui-même ; dans aucun l'animal ne se rencontrait dans d'autres organes. Dans le fait que nous venons de rapporter, nous avons été malheureusement dans l'impossibilité d'examiner les organes autres que le cœur.

Le nombre des cysticerques contenus dans l'organe central de la circulation n'est pas le fait le moins remarquable de cette observation ; peut-être quelques-uns de ces animaux ont-ils même échappé à notre attention. Nous regrettons vivement que les médecins qui ont observé des cas semblables n'aient pu examiner dans tous ces points la paroi même de chaque ventricule. Les cysticerques n'affectaient ici aucun siége de prédilection ; les oreillettes étaient intactes ; les vers étaient beaucoup plus nombreux dans le ventricule droit (8) que dans le gauche. Nous ne sommes pas autorisé à tirer une déduction quelconque de cette répartition inégale des vers vésiculaires ; ajoutons enfin que l'un d'eux était situé à la face interne du ventricule droit ; ce dernier n'aurait-il pas pu devenir libre et passer dans le torrent de la circulation ; c'est une hypothèse que nous émettons sans y attacher, du reste, aucune importance.

Nous avons décrit les caractères anatomiques d'une endocardite aiguë manifeste. Cette lésion aurait-elle quelque rapport de causalité avec les vers vésiculaires ? Il y a quelques années, on a voulu voir dans l'inflammation l'origine des vers vésiculaires ; cette opinion n'a pas besoin d'être réfutée aujourd'hui ; mais on pourrait se demander si les vers vésiculaires ne peuvent pas causer, surtout quand ils sont en aussi grand nombre, la phlegmasie du tissu, au sein duquel ils sont déposés. Nous ne pouvons répondre d'une manière affirmative à cette question ; seulement, remarquons que dans les trois faits de M. Bouillaud comme dans celui que nous venons d'exposer, on a signalé une endocardite concomitante. Nous n'avons pas trouvé dans le voisinage des cysticerques de caractères anatomiques capables de démontrer dans ces points l'origine de la phlegmasie ; mais cette détermination présente elle-même plus d'une difficulté, et nous ne pouvons que rester dans le doute sur la liaison de l'inflammation du cœur avec la présence des cysticerques.

2° RECHERCHES SUR LA CAUSE DE LA COLORATION ANORMALE DU PUS DANS LA SUPPURATION BLEUE ; par MM. HIFFELSHEIM et VERDEIL.

Un malade tuberculeux du service de M. Rayer présente en ce moment un vésicatoire qui est le siége d'une suppuration bleue. MM. Hiffelsheim et Verdeil se sont attachés à rechercher chimiquement la cause de cette coloration du pus ; ils sont arrivés aux résultats suivants :

1° Si l'on fait macérer pendant une heure dans l'eau les linges colorés, la coloration disparaît.

2° La coloration bleue disparaît presque subitement sous l'influence de l'alcool absolu.

3° Sous l'influence des acides minéraux, on n'obtient pas le moindre dégagement d'hydrogène sulfuré.

4° Traitée par ces mêmes acides, la matière bleue passe au jaune et au brun.

5° L'alcool et l'éther la dissolvent, et en concentrant la liqueur on obtient un extrait mêlé de graisse et renfermant une matière colorante spéciale.

De ces expériences, MM. Hiffelsheim et Verdeil tirent surtout cette conclusion que le fer qui existe dans le pus bleu ne s'y rencontre pas à l'état de sulfure, et que par conséquent le sulfure de fer ne saurait être la cause de la coloration bleue du pus.

La matière colorante du pus bleu paraît analogue à celle de l'urine, du sang, des végétaux, matières dont M. Verdeil a fait une étude spéciale; c'est donc probablement aussi à un principe immédiat qu'est due la coloration spéciale du pus bleu. (Séance du 12 sept.)

3° OBSERVATION DE PLAIE DE POITRINE ET DU REIN; par M. le docteur LEUDET.

Un jeune homme, âgé de 16 ans, reçut, dans la nuit du 5 au 6 juin 1852, un coup d'un long couteau-poignard, puis dans la lutte contre l'assassin un second coup du même instrument à la cuisse gauche; le blessé put néanmoins se coucher, et ne reçut que trois heures et demi après l'accident les premiers secours de l'art. Un pansement unissant simple fut appliqué. Dans la matinée du même jour, l'oppression manifeste engagea un médecin à pratiquer une saignée du bras. L'état du malade s'aggravant graduellement, il fut transporté le 6 juin au soir à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et placé dans le service chirurgical de mon père M. le docteur Leudet; nous devons l'histoire du malade à l'obligeance de son adjoint, le docteur Melays.

Le 6 juin au soir, le malade était dans l'état suivant : Décubitus dorsal, dyspnée, 46 resp. Une assez grande quantité de sang s'écoule par la plaie du dos et tache le lit. La plaie qui fournit le sang siége au niveau de la courbure de la huitième côte gauche, ayant à peu près 2 centim. en travers, dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Lorsque le malade est penché en arrière, la plaie fournit une assez grande quantité de sang qui cesse de couler quand on redresse le malade. Pas de toux ni d'hémoptisie. A l'auscultation, on entend la respiration dans tout le poumon gauche; seulement elle est manifestement affaiblie au-dessous du niveau de la plaie; dans ce point, la percussion donne un peu de matité. Au pourtour de la plaie existe un peu d'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané, surtout en bas et en dehors. L'ouverture anormale, quand le tronc est incliné en arrière, laisse échapper par moments quelques bulles d'air. Une exploration faite avec précaution au moyen d'un stylet montre que l'instrument est d'abord tombé sur la face externe de la huitième côte gauche, l'a contournée dans une étendue de 3 à 4 centim., et a passé ensuite au-dessus de son bord supérieur.

Ventre souple et indolore. On a appris plus tard, par le médecin qui lui a donné les premiers soins, que le malade avait uriné un verre de sang dans la matinée de l'accident. Langue normale, soif assez vive; pouls petit, faible et fréquent à 136.

Une plaie superficielle de la dimension de la première existe à la partie supérieure de la cuisse gauche.

Bandage roulé et handelette de diachylon sur la plaie de la cuisse; cataplasme émollient sur la plaie du dos. On recommande au malade de garder le décubitus dorsal.

Le 7, l'hémorrhagie avait cessé; la matité et l'absence du bruit respiratoire étaient plus prononcées à gauche du thorax, au-dessous de la plaie. Le soir, la persistance de la fièvre fait pratiquer une saignée du bras.

Du 8 au 13 juin, l'état du malade s'améliore graduellement; le pouls varie dans sa fréquence de 136 à 112 pulsations par minute, la respiration diminue de fréquence. On entend au-dessous du niveau de la plaie, du côté gauche du thorax, d'abord un râle à grosses bulles, puis à partir du 9 juin, dans la partie supérieure du thorax, un tintement métallique manifeste; la matité et l'absence de respiration persistent d'abord, puis sont remplacées à partir du troisième jour par du souffle tubaire à la base, auquel se joint le cinquième jour de l'égophonie. Ce n'est que quatre jours après l'accident que la connaissance de l'hématurie au début de la maladie appela l'attention sur la sécrétion urinaire. On trouva alors la région lombaire gauche indolore à la pression; il n'y avait eu ni délire ni vomissements. Les urines examinées le 11 juin ont présenté des coagulations fibrineuses évidentes; les jours suivants on ne les retrouve plus dans les urines.

Le 13 juin, l'état du malade est notablement amélioré; les bords de la plaie du dos sont seulement un peu tuméfiés; le pouls demeure fréquent. On donne au malade quelques asperges.

Le 14, l'état de la plaie du dos permet de supprimer l'application du cataplasme émollient et de panser avec un plumasseau enduit de cérat.

Le 15, les bords de la plaie de la partie postérieure du thorax sont un peu rouges; il s'écoule une petite quantité de pus.

Dans la soirée du même jour, le malade présente une anxiété marquée. Le pouls est à 152, la respiration à 38 par minute. La matité s'élève en arrière du côté gauche du thorax, au-dessus du niveau de la plaie; au-dessus, respiration amphorique et résonnance exagérée à la percussion. On n'entend plus d'égophonie. Ventre souple et indolore; deux selles liquides, pas de vomissements, ni de délire. (Solution de sirop de groseilles; eau de Seltz.)

16 et 17. Même état. Persistance de l'anxiété, de la fièvre et de la dyspnée. Mêmes résultats à l'auscultation du thorax; ventre indolore.

Dans la soirée du 17 juin, le malade accuse de vives douleurs dans toute la région lombaire, surtout à droite.

Le 18 au matin, les douleurs lombaires ont disparu et n'existent plus, même à la pression. Pouls à 140; respiration à 40, courte, anxieuse. Diminution de la toux, rejet de crachats incolores, légèrement aérés et visqueux. Tintement métallique à la partie supérieure du thorax; plus bas, au voisinage de la plaie, respiration bronchique. Le côté gauche du thorax semble en avant plus saillant et plus bombé que le droit.

Le 19, la dyspnée augmente. L'état du malade empêche de pratiquer l'empyème; on applique un vésicatoire à la partie postérieure du côté gauche du thorax.

Le ventre demeure indolore; il n'y a pas de vomissements.

Mort à onze heures du soir, le 19 juin. Ouverture du cadavre le 21 juin 1852.

La cavité pleurale gauche contenait 1 litre au moins de pus rougeâtre. Le poumon du même côté était affaissé. Quelques adhérences assez fermes existaient entre le poumon et la plèvre, au-dessus de la plaie, et divisaient la cavité de la plèvre en deux cavités secondaires.

Un long stylet introduit par la plaie entre dans la plèvre à 3 centimètres au-dessus du diaphragme, le traverse par une petite ouverture circulaire, passe derrière la rate qui est intacte, et arrive sur le rein, dans lequel il s'engage. Le rein, d'un volume plus considérable que celui du côté opposé, était entouré par une masse abondante de sang, infiltré dans son coussinet graisseux. L'instrument tranchant, pénétrant par son sommet, avait atteint les calices des pyramides supérieures, sans ouvrir le péritoine. Sa substance était d'un rouge intense, un peu décolorée en avant, où le parenchyme même de l'organe était grisâtre, dur, paraissant infiltré de lymphe plastique, dans laquelle l'examen microscopique ne faisait découvrir que des granules. La membrane interne des bassinets et des calices présentait un développement marqué de réseaux vasculaires.

Le péricarde contenait un verre environ de sérosité trouble.

La surface externe des intestins offrait à peine un peu d'injection. Il n'y avait pas d'épanchement dans le péritoine.

« Les plaies des reins sont très-rares » (Rayer, TRAITÉ DES MAL. DES REINS, vol. I, p. 248) : c'est cette rareté même qui m'a engagé à rapporter le fait qu'on vient de lire.

Le trajet de l'instrument vulnérant mérite d'être signalé; l'éloignement de la plaie extérieure, le long trajet de la blessure, sont loin de se rencontrer fréquemment. La maladie principale paraît avoir été ici la plaie pénétrante de poitrine. Nous disons lésion principale, parce que c'est elle qui a produit les lésions auxquelles le malade a succombé; il nous suffira, pour qu'on en reste convaincu, de rappeler l'épanchement dans la cavité de la plèvre gauche et du péricarde.

La lésion des reins a elle-même donné lieu à peu de symptômes généraux et locaux; nous savons quelle part il faut faire à l'altération du rein dans la production de la fièvre, qui pouvait reconnaître pour cause principale et même exclusive la plaie de poitrine. Les autres symptômes habituels des lésions des reins ne furent pas observés, tels que « les accidents spasmodiques, l'inquiétude, les vomissements, les douleurs dans la région de l'estomac, dans la direction de l'uretère, dans le testicule ou dans la cuisse correspondante. » (Rayer, *loc. cit.*, p. 249.) Nous signalons seulement l'hématurie observée le premier jour, et qui n'a été recherchée ensuite qu'au quatrième, époque où elle disparut. On doit remarquer encore que la lésion rénale offrait les conditions anatomiques qui expliquent l'absence des symptômes : absence de lésion du péritoine, des vaisseaux, ouverture d'un calice, enfin persistance de la structure normale de l'organe.

III.—PHYSIOLOGIE.

SUR LES PHÉNOMÈNES RÉFLEXES; par M. CL. BERNARD.

Les phénomènes réflexes sont de deux ordres : les uns ont pour but l'accomplissement des fonctions dites de la vie organique; les autres sont du domaine de la vie animale ou de relation. M. Bernard a pour but de démontrer que, dans les deux cas, le phénomène est au fond le même, et que le grand sympathique joue toujours un grand rôle dans sa production. — Il examine d'abord les phénomènes réflexes de la vie organique.

Deux sortes de nerfs sont nécessaires à l'accomplissement de ces phénomènes : de ces nerfs, les uns transmettent l'impression aux centres nerveux; les autres transmettent l'excitation aux viscères. De plus, un ganglion du grand sympathique est toujours surajouté à l'un de ces deux ordres de filets nerveux; exemple : le nerf lingual transmet au centre nerveux l'impression sapide; un nerf spécial transmet l'excitation correspondante à la glande sous-maxillaire. Sur l'un de ces deux nerfs existe un ganglion du grand sympathique : c'est le ganglion sous-maxillaire. Autre exemple : le nerf optique et le nerf moteur oculaire commun, dont l'un transmet l'impression et l'autre l'excitation réflexe, sont séparés l'un de l'autre par le ganglion ophthalmique. — Considéré sous le même point de vue, le nerf pneumogastrique se rend du foie, du poumon, etc., à la moelle allongée. La moelle épinière est ici le conducteur de l'excitation réflexe, et les ganglions des plexus cardiaque, solaire, etc., jouent ici le même rôle que celui qui a été assigné, dans les exemples précédents, aux ganglions ophthalmique et sous-maxillaire.

Excitez le nerf lingual, la sécrétion salivaire va s'exagérer; coupez le ganglion sous-maxillaire ou le nerf qui le relie au centre nerveux, et l'excitation du nerf lingual ne produira plus ce phénomène. — Tout se passe d'une manière identique au fond, entre le nerf optique et le nerf moteur oculaire commun, pour les mouvements de la pupille, ainsi qu'il résulte des expériences bien connues d'Herbert-Mayo. — Le pneumogastrique est le siége de phénomènes analogues : ce nerf, par exemple, transmet au centre nerveux les impressions exercées sur la

surface pulmonaire par son excitant habituel, l'air atmosphérique. Cette impression, par l'intermédiaire de la moelle épinière et du grand sympathique, détermine immédiatement la production du sucre dans le foie, et cette sécrétion par action réflexe correspond à l'excitation dont la surface pulmonaire est le siége, comme la sécrétion salivaire correspond à l'excitation opérée sur le trajet du nerf lingual. Excitez outre mesure le nerf lingual, et la sécrétion salivaire s'exagère; excitez outre mesure le poumon à l'aide de l'éther, du chloroforme, du chlore, et la sécrétion sucrée va s'exagérer aussi dans le foie. — L'excitation que détermine l'action réflexe peut être faite, d'ailleurs, sur tous les points des nerfs ascendants; mais il ne faut pas, pour la produire, dépasser l'insertion, l'origine de ces nerfs. Pour le pneumogastrique en particulier, son origine, supérieure à la moelle allongée, est la limite où l'excitation des phénomènes réflexes puisse se produire.

D'après ces considérations, M. Bernard rattache la production exagérée du sucre dans le foie, opérée sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique dans son trajet ou à son origine, au groupe des phénomènes réflexes dits de la vie organique.

Après avoir appelé de nouveau l'attention de la Société sur le rôle important que jouent les ganglions du grand sympathique dans la production des phénomènes réflexes *viscéraux*, M. Bernard se demande si les phénomènes réflexes des membres n'auraient pas, même sous ce dernier point de vue, la plus grande analogie avec les précédents. Il semble, au premier abord, qu'il n'en soit rien; car les ganglions ne paraissent avoir aucun rapport avec la production des mouvements réflexes dans les expériences instituées par Marshall-Hall. — L'expérience suivante, imaginée par M. Bernard, va cependant nous démontrer que les ganglions intervertébraux ne sauraient être lésés, sans qu'en même temps les mouvements réflexes des membres ne cessent d'avoir lieu.

Par une disposition singulière, les racines des nerfs des membres antérieurs, chez la grenouille, se voient avec facilité en dehors du canal rachidien, quand on a coupé successivement et avec précaution les muscles de l'épaule. — Les racines antérieures et les postérieures sont alors visibles, les dernières pourvues de leur ganglion. Un examen attentif fait en outre reconnaître que tous les filets nerveux de la racine postérieure ne traversent pas le ganglion, et qu'il en est un certain nombre qu'on peut en isoler à l'aide d'une aiguille à cataracte. De cette disposition anatomique il résulte que le ganglion pourra être détruit, et cependant une partie de la racine postérieure rester intacte. Eh bien! après avoir pratiqué la section du ganglion chez la grenouille vivante, M. Bernard a vu cesser l'action réflexe dans les membres correspondants. L'animal ne retire plus alors sa patte qu'on pince, et cependant la sensibilité reste intacte ou à peu près; car il donne des signes de douleur qui se traduisent par des mouvements de totalité du corps. — Cette expérience démontre donc que les ganglions intervertébraux sont nécessaires à la production des mouvements réflexes des membres. Conduit par l'analogie, M. Bernard conclut en assimilant les ganglions intervertébraux aux ganglions du grand sympathique: ne sont-ils pas en effet, les uns ou les autres, nécessaires à la production des deux ordres de phénomènes réflexes admis par M. Bernard? (5 septembre.)

IV. — Pathologie végétale.

NOTE SUR DES POMMES DE TERRE ENVAHIES PAR LES FILAMENTS DU RHIZOCTONIA; par M. MONTAGNE.

Tous les botanistes et tous les agriculteurs connaissent ce qu'on nomme la *mort du safran*, ou *rhizoctonia crocorum DC.* Cette maladie consiste, comme on sait, en un mycelium violet, abondant, qui finit par en étouffer les bulbes dans les étreintes de ses filaments, réunis sous forme de fibres ou de cordons.

Les racines de la luzerne sont aussi fort souvent atteintes de cette même affection, qui gagne de proche en proche et détruit les plus belles récoltes.

M. Montagne présente à la Société une pomme de terre retirée d'un champ, dont tous les tubercules en sont plus ou moins infestés. C'est des Chartrettes, près de Melun, que ces tubercules malades ont été adressés à M. le docteur Roboam, qui, désirant connaître le nom de la plante parasite, en a envoyé un à notre confrère M. Montagne. Celui-ci a, en effet, constaté la présence du parasite en question, consistant en de nombreux filaments violacés qui forment à la surface de la pomme de terre un réseau très-serré, qu'on pourrait prendre pour de simples gerçures si l'on n'y regardait pas de près, et qui finit par la recouvrir en entier et amener sa décomposition. M. Montagne a vu, dans une suite de tubercules altérés, tous les degrés que présente cette affection.

De nouveaux renseignements, parvenus à l'auteur de cette communication, lui permettent de la compléter.

M. Roboam est allé visiter le champ infesté par le parasite, et ses investigations nous mettent sur la voie de l'étiologie de la maladie. Ce champ, où l'on a planté cette année le précieux tubercule, portait l'année précédente une luzerne que l'on avait été forcé de retourner, parce qu'elle était entièrement envahie par le rhizoctonia.

Il est donc facile d'expliquer la présence du parasite sur le végétal qui lui a succédé. On voit que M. Montagne, en comparant cette maladie observée sur la pomme de terre à la rhizoctone de la luzerne, ne s'était pas éloigné de la vérité. On sait que M. Roboam attribue plusieurs maladies des végétaux à la présence des insectes. Dans le cas qui nous occupe, il affirme avoir trouvé de nombreux individus du genre *coccus* sur les racines d'une luzerne malade qui confinait au champ de pommes de terre. Quoi qu'il en soit de ces idées qu'il se propose de défendre, le tubercule, arrivé au dernier degré du mal, présente les caractères suivants: la couche extérieure, envahie par le réseau du *rhizoctonia*, noircit et se détache facilement de la portion du tissu cellulaire qui renferme la fécule. Mais ici il arrive le contraire de ce qui se passe dans la maladie ordinaire, où ce tissu persiste en s'encroûtant d'une granulation brune, et où la fécule diminue et finit par disparaître. Chez les tubercules atteints de ce parasite, la fécule seule persiste sans altération, et les cellules se déchirent et se résolvent en une sorte de putrilage infect, au milieu duquel se voient de nombreuses anguillules, comme dans la colle de pâte.

Ces observations confirment celles qu'a consignées M. Léveillé dans un fort bon article sur les rhizoctones, inséré dans l'ALMANACH DU BON JARDINIER pour cette année. (5 septembre.)

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE DE BULAM, LE VOMITO-NEGRO OU LA FIÈVRE JAUNE, AVEC UNE REVUE DU « RAPPORT SUR LES MALADIES DE LA CÔTE D'AFRIQUE DE SIR W. BURNETT ET DU DOCTEUR BRYSON; » par sir W. PYM, inspecteur général des hôpitaux de l'armée et surintendant général des quarantaines. — Londres 1848. (En anglais.)

MÉMOIRE SUR L'ORIGINE, LE DÉVELOPPEMENT ET LA DISPARITION DES FIÈVRES ÉPIDÉMIQUES DE SIERRA-LEONE, AVEC DES OBSERVATIONS SUR LA REVUE DE SIR W. PYM: « DU RAPPORT SUR LE CLIMAT ET LES MALADIES DE LA CÔTE D'AFRIQUE; » par ALEXANDRE BRYSON, médecin de la marine royale. — Londres, 1849.

LETTRE DU SURINTENDANT GÉNÉRAL DES QUARANTAINES (SIR W. PYM) AUX LORDS DU CONSEIL, EN RÉPONSE AU RAPPORT DU DOCTEUR KING SUR LA FIÈVRE DE BOA VISTA, IMPORTÉE DANS CETTE ÎLE PAR LE VAPEUR L'ÉCLAIR; imprimé par ordre de la chambre des communes. — Août, 1848.

SECOND RAPPORT SUR LES QUARANTAINES (FIÈVRE JAUNE), RÉDIGÉ POUR LE CONSEIL GÉNÉRAL D'HYGIÈNE (GENERAL BOARD OF HEALTH); par SHAFTESBURY, EDWIN CHADWICK et SOUTHWOOD SMITH. — Londres, 1852.

On pourrait ajouter à cette liste grand nombre d'ouvrages, de mémoires, de rapports, dont a été inondée la presse anglaise depuis trois ou quatre ans, et cette multiplicité de documents, cette variété d'opinions chez des hommes qui ont vu le même fait, ces rapports contradictoires, n'avanceraient nullement la question. La vérité scientifique, on peut le dire d'une manière absolue, ne sort point de débats semblables; elle n'a point, comme les vérités d'ordre judiciaire, besoin de témoignages nombreux. Un fait bien observé par une seule personne lui sert bien mieux que des allégations contradictoires, parmi lesquelles il est à peu près toujours impossible de reconnaître le vrai du faux. On s'étonne donc avec quelque raison de voir le conseil supérieur d'hygiène d'Angleterre, qui renferme des hommes considérables, entrer tout à fait dans cette voie, et sembler ne vouloir plus rien produire qu'à l'aide de documents rassemblés à grand'peine, d'enquêtes lointaines et rétrospectives, exhumant les souvenirs ou les notes d'une foule de personnes, médecins, militaires, marins, administrateurs, pour les faire concourir à la connaissance de la fièvre jaune ou des diverses variétés des fièvres rémittentes des pays chauds, des propriétés contagieuses ou infectieuses de ces affections, de leurs causes, de leur origine, de leur mode de développement. La revue trimestrielle de Dublin a déjà, à plusieurs reprises, sévèrement jugé cette manière de faire; il y aurait même, suivant ce journal, à demander compte aux rapporteurs officiels de l'omission d'un certain nombre de matériaux tout à fait opposés à la doctrine qu'ils professent (DUBLIN QUARTERLY REVIEW, 1852). En effet, dans les différents rapports du GENERAL BOARD OF HEALTH publiés depuis trois ans sur les quarantaines, sur le choléra, sur la fièvre jaune, on ne trouve que des documents favorables à l'opinion des anticontagionistes; c'est avec un soin extrême qu'on a élagué toutes les observations contraires, et cette manière de faire pourrait nous porter à penser qu'on laisse dans l'ombre au moins quelques faits qu'on ne saurait comment interpréter.

Voilà pour la méthode en général et l'esprit qui a présidé à la rédaction du « SECOND REPORT ON QUARANTINE. » Voyons maintenant les résultats

pratiques et les conclusions de ce rapport : En première ligne, l'abolition des cordons sanitaires et des quarantaines ; ensuite l'assainissement des localités infectées, et quand cet assainissement est impraticable, l'éloignement temporaire des populations des foyers d'infection. C'est là évidemment l'idée première des auteurs, et il est clair qu'elle a présidé à la rédaction de l'ouvrage, et que tous les faits, toutes les démonstrations lui ont été subordonnés. Voici, du reste, les conclusions partielles de ce travail ; on verra avec quel art elles ont été établies, afin de venir en aide au système :

1° Les épidémies de fièvre jaune se montrent simultanément dans des villes éloignées et dans différentes parties de la même ville, dans des circonstances où il est impossible de croire à une communication avec des personnes infectées.

2° Ces épidémies sont ordinairement précédées de cas isolés ou sporadiques, qui se montrent aussi dans certaines saisons en dehors des années épidémiques.

3° La fièvre jaune envahit rarement de grandes étendues de pays ; elle est ordinairement limitée à certaines localités, et quelquefois à une partie d'une ville ou d'un district.

4° Elle ne s'étend pas d'une localité à une autre graduellement ; mais elle ravage souvent certaines villes, sans toucher à d'autres situées au voisinage des premières et en communication incessante avec elles.

5° Quand elle envahit un district, elle ne s'étend pas des maisons infectées aux maisons voisines, comme en rayonnant autour d'un centre ; au contraire, elle paraît souvent se fixer dans quelques maisons d'une rue ou d'un côté de rue, et dans certaines parties d'une maison.

6° En général, quand la maladie se montre dans une famille, une ou deux personnes sont atteintes. Ordinairement ceux qui ont soigné les malades ne prennent point la fièvre, et quand il arrive que plusieurs membres d'une famille sont attaqués successivement ou que les personnes attachées aux malades sont atteintes, ou bien l'épidémie était généralisée dans la localité, ou bien les individus atteints avaient été dans un district infecté.

7° Quand la fièvre jaune règne dans une localité, l'isolement le plus sévère n'est point une garantie contre l'invasion du fléau.

8° Les progrès d'une épidémie sont souvent arrêtés par l'éloignement de la population des pays infectés, et par la dispersion des malades dans un district salubre.

9° Cette dispersion des malades n'est point dangereuse au point de vue de la transmission de la maladie, même quand les malades sont transportés dans les salles d'un hôpital où règnent d'autres affections.

10° Tous les faits précédents ne peuvent être expliqués qu'en admettant que la cause réelle de la fièvre jaune est d'origine locale ou endémique.

11° Les conditions qui influencent la localisation de la fièvre jaune sont connues, définies et souvent susceptibles d'être modifiées. Ces conditions sont les mêmes pour le choléra et toutes les autres maladies épidémiques.

12° A mesure que ces actions secondaires sont modifiées ou transformées, la fièvre jaune disparaît ou se montre à des intervalles plus éloignés et sous une forme moins grave.

13° En dehors de ces causes extérieures, il y en a une autre constitutionnelle, prédisposante : le non-acclimatement aux pays chauds.

14° Enfin rien ne démontre que la fièvre jaune ait jamais été importée dans une localité.

Il est à regretter qu'avec des documents aussi nombreux, les rapporteurs n'aient pas envisagé cette question d'une manière plus scientifique ; on sait quelle peine notre compatriote Chervin eut pour rassembler les faits sur lesquels il basait ses assertions sur la non-contagion de la fièvre jaune ; le GENERAL BOARD OF HEALTH a eu dans les mains des renseignements bien plus complets et plus importants, à en juger du moins par les faits relatifs à l'importation de la fièvre jaune qu'il analyse dans le rapport et dont nous donnons ici l'indication :

Celui du navire *Hankey* à Grenade (Amérique), en 1793, raconté différemment par Chisholm et Bancroft ;

Celui du *Général Elliot* à la Martinique en 1796, raconté aussi par Chisholm, démenti cette fois par Fergusson ;

Celui du *Dolphin* à Cadix, en 1800, sur lequel le rapport ne fournit que la version abrégée de Bancroft ;

Celui des *Transports de Carthagène à Gibraltar*, en 1810, raconté par sir W. Pym, W. Burnett et Bancroft ;

Celui de *la Fortune*, de Cadix à Gibraltar, en 1813 ;

Celui du *Grand-Turc* à Barcelone, en 1821 ;

Celui du sloop de guerre *Bann*, de Sierra-Leone à l'Ascension, en 1823, relaté d'abord par sir Gilbert Blane, et sur lequel on possède un rapport officiel contradictoire de W. Burnett ;

Celui du steamer *l'Éclair* à Boa Vista, en 1845, sur lequel on possède deux rapports officiels dressés sur les lieux par les docteurs Mc William et King, interprété favorablement à la doctrine de la contagion par sir W. Pym, mais entièrement dénaturé par les rapporteurs du *Board of Health* ;

Le fait du steamer *Growler*, de Sierra-Leone aux Barbades ;

Celui des navires *Tentadora* et *Duerte* à Oporto, en 1851, raconté aux conférences sanitaires internationales par M. Grande, et interprété de la manière suivante à ces mêmes conférences par le docteur Sutherland : « Ce sont seulement des personnes qui ont été à bord qui ont contracté la maladie ; aucun de ceux qui ont été atteints n'a communiqué son affection dans la ville quoiqu'on n'ait pas pris soin d'isoler les malades. Ce fait est à ajouter à ceux qui démontrent que c'est le navire que l'on doit craindre et non le pays dont il provient. » (*Sic.*) (Report, p. 119.)

Enfin le fait du *Dygden*, de la Havane à Gibraltar, en 1828.

Quand on a parcouru tous ces dossiers, qu'on a pesé chacune de ces allégations contradictoires, l'esprit loin d'être satisfait et convaincu reste dans le doute, et on se demande, comme je l'ai fait en commençant cette revue, s'il ne vaudrait pas mieux un seul fait bien observé que ces archives volumineuses de documents rédigés après coup, et le plus souvent sur enquête. Tout cela ne nous fera jamais connaître le mode de propagation des maladies épidémiques ou contagieuses. Si des vérités scientifiques d'un ordre nouveau sont nécessaires, comme on ne peut en douter, à la solution de ces questions tant et si inutilement débattues, il faudrait procéder à cette recherche à la manière des recherches scientifiques et non d'une façon mi-partie administrative, mi-partie médicale. Personne n'aurait la prétention de rien découvrir avec ces demi-moyens, et je ne pense pas qu'on puisse établir un code de lois nouvelles, même en matière administrative, si la science n'a pas dit son dernier mot.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'internat a été ouvert aujourd'hui, 27 octobre. Les juges de ce concours sont : MM. Bernutz, Frémy, Hardy, Nélaton, Maisonneuve, titulaires ; Becquerel et Richet, suppléants. Les candidats sont au nombre de 252 pour 20 places.

Le concours de l'externat s'ouvrira le 3 novembre. Les juges désignés sont : MM. Guillot (Natalis), Voisin, Chapotin de Saint-Laurent, Thévenot de St-Blaise, Vidal (de Cassis), titulaires ; Vernois et Demarquay, suppléants. Les candidats sont au nombre de 312.

— On a compté pendant le dernier semestre de l'année scolaire dans les 28 universités d'Allemagne et de la Suisse, 18,810 étudiants, dont 1,860 théologiens catholiques et 1,765 théologiens protestants, 6,701 juristes et économistes, 4,183 médecins, 2,644 philosophes.

Voici le rang des universités, suivant le nombre des étudiants : Vienne 6,630, Berlin 2,171, Munich 1,261, Prague 1,346, Bonn 1,012, Breslau 864, Leipsick 819, Wurtzbourg 776, Tubingue 774, Heidelberg 732, Gœttingue 677, Halle 670, Iéna 433, Giessen 411, Erlangen 400, Graetz 399, Kœnigsberg 239, Fribourg 331, Marbourg 315, Munster 302, Ollmütz 286, Inspruck 257, Greifswald 204, Zurich 200, Bern 189, Kiel 141, Rostock 106, Bâle 65. Le nombre des professeurs s'élève à 1,660, dont 851 professeurs ordinaires, 348 professeurs extraordinaires, 40 professeurs honoraires, et 427 professeurs particuliers.

— ASILES MORTUAIRES. On sait qu'en Allemagne on a ouvert il y a quelques mois des salles de dépôt provisoire pour les morts, salles d'où ils sont emportés après quelques jours, pour être inhumés définitivement ; cette institution, qui serait extrêmement utile dans les grandes villes, et surtout dans les villes manufacturières, où toute une famille, n'ayant souvent qu'une seule pièce, est forcée de rester vingt-quatre ou trente-six heures à côté d'un cadavre. Cette institution, disons-nous, vient d'être appliquée à la ville de Florence, et nous lisons dans le MONITEUR TOSCAN que la place de directeur de l'asile mortuaire de Sainte-Catherine, place nouvellement créée, est vacante, et que les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient s'en charger, peuvent se faire inscrire. Nous voyons par cette annonce que le médecin doit habiter dans l'établissement, assister tous les soirs à l'arrivée des cadavres et à l'exécution des mesures réglementaires qui font la base de cette institution, ainsi qu'au transport des cadavres sur les chars funèbres qui doivent les conduire à leur dernière demeure ; enfin il doit satisfaire à toutes les conditions renfermées dans un règlement *ad hoc*. Comme traitement, le médecin reçoit 140 fr. par mois ; il a de plus du bois pour l'hiver, un logement meublé pour lui et pour une personne de service. Le choix doit porter principalement sur un célibataire. (UNION MÉDICALE.)

— M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire ouvrira son cours de Zoologie au jardin des plantes, le samedi 30 octobre, à une heure, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

PROPAGATION ET PERPÉTUITÉ DE LA RACE EUROPÉENNE EN ALGÉRIE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Après avoir examiné l'histoire, si l'on examine comparativement l'Algérie et la France au point de vue des êtres, des espèces végétales, du type des populations, du milieu, on verra l'opinion émise sous forme de doute acquérir un degré de probabilité très voisin de la certitude.

Il n'est besoin ni de longs commentaires ni de profondes recherches d'histoire naturelle ou d'ethnographie pour constater les différences radicales qui séparent les règnes animal et végétal des deux contrées. Les espèces y ont une physionomie si profondément dissemblable que les yeux les moins clairvoyants doivent en être frappés. Des opinions contraires ont toutefois été formulées dans quelques livres. Plusieurs écrivains ont cru saisir entre l'Europe et l'Afrique septentrionale de si frappantes analogies, un tel parallélisme de conditions, que notre conquête leur a semblé une œuvre de tout temps prédestinée. De ces écrivains, les uns n'étaient jamais venus en Afrique, les autres, étrangers aux méthodes rigoureuses de la science, faisaient de la fantaisie littéraire et se laissaient aller à considérer comme vérités positives des rêves sans portée; ni les uns ni les autres n'étaient compétents dans la question.

Où sont, dans les espèces animales, les analogies? Sans parler des espèces particulières à l'Algérie qui n'existent point en Europe : lion, panthère, chat-tigre, lynx, chacal, chameau, gazelle, hyène, gerboise, autruche, etc., etc., et une foule d'insectes; sans parler des espèces particulières à l'Europe qui n'existent point en Algérie : ours, loup, cerf, etc., etc., comparons les espèces communes aux deux pays.

Sont-ce deux êtres bien voisins l'un de l'autre que ce cheval barbe aux formes sveltes et graciles, aux mouvements cadencés, aux vives allures, au caractère doux et facile, qui, malgré la nourriture si insuffisante qui lui est donnée, supporte les fatigues les plus exagérées, et dans son ardeur s'excède jusqu'à mourir, et ce cheval européen, au corps massif, aux lourdes épaules, au caractère vicieux, qui, malgré les soins dont il est entouré et la nourriture substantielle qu'il reçoit, reste mou, paresseux et succombe à des fatigues un peu soutenues?... Le mulet de France qui transporté en Algérie et employé au service du train des équipages militaires, vit, en moyenne, quinze mois, est-il l'identique du mulet africain qui, dans les mêmes circonstances, résiste quatre à cinq ans?. . Et en vain ici objecterait-on que la différence tient à ce que le second a conservé son climat naturel, tandis que le premier en a changé. Deux organisations, dont l'une est en équilibre et l'autre en désharmonie avec un climat donné, sont nécessairement différentes entre elles. Pourquoi l'espèce bovine de l'Algérie est-elle si inférieure en taille et en ampleur à l'espèce bovine de l'Europe? C'est, répète-t-on à l'envi, que cette dernière est garantie dans ses étables contre les intempéries des saisons et qu'elle est toujours bien nourrie, tandis que la première est en tout temps privée d'abri et n'a pour nourriture que l'herbe souvent insuffisante des champs. Mais si ce sont là les seuls motifs de l'infériorité des bœufs de l'Algérie, pourquoi les espèces qui en Algérie comme en Europe vivent avec l'homme et n'ont jamais à souffrir ni des injures extérieures, ni de la faim, sont-elles plus petites en Algérie? Exemple : Le chat.

Pourquoi certaines espèces qui, dans les deux pays, vivent à l'état sauvage et dans des conditions aussi pareilles que possible, sont-elles notablement plus fortes en Europe? Exemple : le lièvre. Il serait facile d'établir de semblables différences entre la plupart des êtres correspondants dans les deux régions; mais de plus longues citations seraient sans fruit.

Dans le règne végétal, nous n'essayerons pas d'énumérer tous les arbres et toutes les plantes de l'Algérie qui ne se trouvent ni en France ni en Europe, ou qui ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement sur les points les plus méridionaux : le bananier, le jujubier, le cèdre, le palmier, le chamœrops, le caroubier, le grenadier et une foule d'autres. Et quant aux espèces communes aux deux pays, elles diffèrent entre elles autant que leur identité de nature peut le permettre.

On a dit que les arbres à fruit de l'Algérie n'étaient inférieurs à ceux d'Europe que parce que très-généralement ils étaient à l'état sauvage, et qu'ils acquerraient, après avoir reçu la greffe, des qualités tout aussi relevées. Il y a ici une distinction à établir : sans aucun doute la greffe, en Afrique, bonifie très-notablement les fruits des arbres qui la reçoivent; mais il est indubitable qu'après quelques années, ce bénéfice de la greffe s'épuisant, les arbres et leurs produits retombent à leur infériorité première. De même, il est démontré que les blés tendres de l'Europe, semés dans les champs algériens, s'éloignent d'année en année de leur type, et après quatre ou cinq générations, sont transformés en véritables blés durs. On peut dire d'une manière très-générale que le caractère propre de la végétation africaine est une aridité vigoureuse, une venue rabougrie, mais vivace, tandis que le caractère de la végétation européenne est une verdure épaisse et humide, qui annonce l'abondance des sucs.

L'homme, sous les deux climats, n'offre pas de différences moins remarquables que celles qui viennent d'être signalées dans les espèces végétales et animales. Sans entrer dans des détails ethnographiques étrangers à la question, qu'il suffise de rappeler qu'en Afrique la puberté est plus précoce et la vie moyenne plus courte; que l'on n'y observe que très-exceptionnellement les trois tempéraments, sanguin, lymphatique et nerveux, qui, tantôt isolés, tantôt diversement combinés, se rencontrent chez l'immense majorité des Européens; que l'innervation, l'hématose, la nutrition, les sécrétions, en un mot tout ce qui constitue le mode physiologique, y a un caractère particulier, de même aussi que la nature et la physionomie des maladies, et tout ce qui constitue le mode pathologique, y a un cachet spécial. Le système nerveux des Arabes n'a pas cette extrême mobilité, cette susceptibilité maladive si habituelles aux Européens; leur respiration est moins fréquente, leur circulation moins rapide, et le sang qui parcourt leurs organes contient une bien plus grande quantité de sérum, proportion telle que tous les médecins qui se sont occupés de leurs maladies ont dû en être frappés. A l'état de l'innervation et de l'hématose, ces deux grands moteurs de la vie, doivent être rapportés les traits essentiels de l'Arabe, tant au physique qu'au moral : son calme, son insouciance, sa résignation, le peu d'activité de sa nutrition, la remarquable lenteur de toutes ses sécrétions, sans excepter même celle de la bile, enfin sa pathologie propre; car c'est là encore un caractère qui lui est particulier, d'être peu accessible aux af-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Discours de M. Piorry. — Bruits dans l'air.

De mémoire de journaliste, on n'avait vu séance de rentrée de la Faculté plus délaissée que celle de mercredi. Il n'est pas question ici des élèves que la cérémonie intéresse directement, et avides d'ailleurs de tout spectacle inaccoutumé. Ce nous est même un devoir de constater que les retardataires, entassés vers les embouchures de la salle, ont exécuté ce qu'ils nomment des *poussées* avec autant de succès que les années précédentes, et nous manquerions de toute justice envers le charpentier de l'école, si nous ne le félicitions de la solidité des barrières inférieures de l'amphithéâtre. Une vingtaine de corps ont été jetés par-dessus, au beau milieu du discours; mais le bois a tenu bon : tout est donc pour le mieux. Le vide dont nous parlons portait sur l'enceinte réservée, dont la belle tenture rouge et les siéges rembourrés semblaient crier contre tant d'indifférence. Les deux tiers de l'espace étaient inoccupés. De l'Académie de médecine, nous n'avons aperçu que l'assidu M. Cernac; parmi les organes de la presse, la GAZETTE MÉDICALE seule était à son poste, afin qu'on ne l'ignore; le nombre enfin des curieux ne dépassait pas beaucoup la trentaine. Pourquoi cette désertion générale? Le malentendu qui, l'an dernier, avait empêché les invitations d'arriver en temps opportun à l'Académie, s'est-il répété cette fois sur une plus grande échelle? Nous ne l'avons pas entendu dire; mais il est au moins certain que la presse avait été oubliée. La CHRONIQUE, qui vous parle, n'avait pas le moindre passe-port, et elle est entrée sur sa bonne mine, — ce qui vaut la peine d'être remarqué.

M. le professeur Piorry, chargé du discours, a pris pour texte le *rôle scientifique* de Fouquier. Ainsi ce n'est pas l'histoire de l'homme, mais l'appréciation du savant, que l'auteur s'est proposé, et le côté du panégyrique, que d'autres encourent si souvent le reproche de trop négliger, est celui qu'il a choisi exclusivement. Quelques mots sur cette manière de comprendre le sujet.

Il y a dans la vie d'un homme de renom deux éléments principaux à considérer : d'une part, l'individu dans son caractère propre, physique, intellectuel et moral : de l'autre, les rapports de l'individu avec les choses de son temps. Le premier élément appartient à la biographie; le second à l'histoire. Or la proportion dans laquelle il convient de les combiner pour le panégyrique n'est pas du tout arbitraire; elle varie suivant un assez grand nombre de circonstances, dont la principale est sans contredit la nature du modèle. Si le modèle a exercé au dehors une action puissante, s'il a imprimé à la science, aux institutions, à l'opinion, un mouvement, fût-ce même dans une fausse direction, l'historien doit absorber le biographe. Il n'est pas permis, par exemple, de toucher à Broussais sans remuer la médecine de cinquante années. Mais s'il s'agit d'un de ces paisibles savants qui n'ont jamais troublé la croyance d'autrui et ont gardé la leur de

fections aiguës, et de présenter, au contraire, en grand nombre des lésions organiques et diverses maladies qui, dès le début, ont pris la forme chronique.

La santé de l'Arabe et celle de l'Européen résultent donc de deux équilibres fonctionnels différents. La vie de l'un et celle de l'autre ont donc pris deux directions différentes, directions très-probablement transmissibles par l'hérédité pendant plusieurs générations, directions en harmonie avec le milieu dont la vie subit l'action, mais qui ne saurait s'accommoder d'un milieu autre. En faut-il davantage pour conclure que, dans les conditions actuelles de l'Algérie et en dehors du mélange de sang, la vie européenne n'a aucune chance de perpétuité dans ce pays? Et l'effrayante mortalité qui y atteint les enfants européens n'est-elle pas la confirmation de cette déduction théorique (1)? Il est d'ailleurs inutile de faire observer que, dans la comparaison qui vient d'être établie entre l'Algérie et l'Europe, sous le rapport des êtres et des espèces végétales, les deux pays ont été pris dans leur généralité. Sans doute quelques-unes des crêtes montueuses de l'Atlas, peuvent présenter des conditions fort analogues à celles qui s'observent en France, et la vie, par suite, y offrir les mêmes types et les mêmes aspects. Sans doute il est impossible de nier la parenté étroite qui unit la partie bétique de l'Espagne et le littoral algérien : mais ce sont là des exceptions qui ne sauraient infirmer les considérations précédentes.

Étant admise l'incompatibilité actuelle du milieu africain, vis-à-vis de la race européenne, l'un des termes de cette alternative est forcé : ou bien l'incompatibilité doit cesser, ou bien la France doit abandonner les possessions du nord de l'Afrique.

Comment, en effet, conserver une conquête où le germe européen serait à tout jamais condamné à se flétrir? Appeler vers elle, d'époque en époque, des générations nouvelles destinées à s'éteindre sans postérité serait une immoralité monstrueuse. D'ailleurs l'appel cesserait bientôt d'être entendu. Dès que l'expérience aurait suffisamment démontré l'intolérance du pays, les émigrations s'arrêteraient, ou du moins ne seraient plus composées que d'un petit nombre d'individus animés de l'espoir de faire une fortune rapide, et de revenir bientôt après au foyer natal. Partant, pas de colonisation réelle, pas de fusion de nature et de substance, si l'on peut ainsi parler, entre les deux pays. D'un autre côté, on ne peut songer, par imitation de ce que les Anglais font dans l'Inde, à exploiter l'Algérie par les indigènes. Ce serait là une spéculation onéreuse, sans utilité dans le présent ni dans l'avenir, sans portée au point de vue du progrès social. Qu'on se rappelle, en effet, d'une part, que deux cent cinquante ans d'occupation anglaise n'ont en rien modifié les mœurs et l'état de civilisation des Indiens; d'autre part, que l'Inde, malgré l'étendue et la fertilité de son territoire, malgré la spécialité de ses produits dont l'Europe ne sait plus se passer et qu'elle ne peut demander qu'à elle seule, malgré un revenu qui dépasse 400 millions, est à charge aujourd'hui encore à la Grande-Bretagne, et qu'on se demande quel genre de gloire ou de profit, l'Algérie ainsi exploitée pourrait rapporter à la France? Évidemment aucun, et dès lors l'abandon serait une nécessité.

Mais nous n'admettons pas que l'incompatibilité actuelle du milieu africain, vis-à-vis de l'élément européen, soit radicale et immuable. Il est, suivant nous, deux moyens décisifs de la faire cesser. Le premier, le plus direct, le plus prochainement profitable, consisterait à favoriser les alliances entre les Européens et les femmes indigènes et à créer une race intermédiaire, laquelle, l'expérience s'est déjà prononcée, est en harmonie avec les conditions du pays. Qu'on ne se récrie pas à cette proposition. L'immense utilité de son adoption en mérite au moins l'examen consciencieux, et quant à nous, nous fondant sur la connaissance du pays et des mœurs arabes, nous la croyons applicable. Oui, si une protection spéciale était étendue sur les époux, si quelques faveurs particulières étaient accordées, si chaque commandant supérieur de camp usait avec adresse de son influence pour provoquer et aider ces unions chaque année, telle est notre conviction, de nouvelles familles arab-européennes se constitueraient, et ce premier pas fait, le mélange des races s'étendrait rapidement. Malgré l'illégitimité qui entache aujourd'hui les liaisons des femmes indigènes et des Européens, malgré le peu de sécurité pour l'avenir que ces femmes y trouvent, malgré des entraves de plus d'un genre, ne sait-on pas combien déjà ces liaisons sont communes?

Un second moyen de faire cesser l'incompatibilité signalée entre la vie européenne et le milieu africain serait de modifier le milieu. On comprend au reste que, suivant les lieux, ces modifications seraient plus ou moins profondes, qu'elles varieraient quant à leur nature et quant à leur mesure, et qu'elles ne peuvent, par suite, être énoncées à l'avance en formules inflexibles. La seule chose qu'il importe d'établir ici, c'est que ces modifications sont possibles à tous les degrés, que l'homme peut à son gré transformer le sol qu'il habite, et que l'atmosphère elle-même est, comme la terre, un champ livré à la culture. Or, sans parler de l'influence de l'agriculture en général, de l'influence de chaque culture en particulier, sans passer en revue un à un tous les éléments qui constituent le climat, il suffira, pour cet objet, de dire quelques mots du reboisement de l'Algérie.

A. VITAL.

(1) A Constantine, n'en déplaise aux arguments que la statistique tire de la docilité des chiffres, les enfants nés dans le pays, de père et mère européens, sont impitoyablement moissonnés. La mort les atteint d'autant plus sûrement que leurs parents sont originaires de contrées plus froides. Toutes choses égales, les femmes blanches et grasses perdent plus d'enfants que celles dont la constitution est sèche, le teint brun.

Les enfants nés de père et mère nègres sont plus maltraités encore. On croirait à peine que, depuis vingt-cinq ans, sur une centaine de négrillons qui naissent annuellement, deux seulement ont pu atteindre l'adolescence.

Mais, à Constantine, les enfants provenant de mère indigène et père européen, de même que les mulâtres provenant de femme nègre et de père arabe vivent très-bien. Dans le cercle de mon observation, ces deux genres d'union donnent en mortalité 1 sur 13 et 1 sur 15.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS PHAGÉDÉNIQUES ET GANGRÉNEUSES CHEZ LES ENFANTS, ET SUR LEUR NATURE SCORBUTIQUE ; par les docteurs BOULEY, médecin de l'hôpital Bon-Secours, et CAILLAULT, ex-interne des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir les nos 27, 28, 33, 34 et 43.)

OBS. VIII. — Marie Julien, âgée de 4 ans et demi. Entrée le 9 janvier 1851 et

toute secousse, l'habileté du panégyriste consiste à ne rien perdre des traits individuels, à les grouper avantageusement, à leur donner toute la valeur possible, de peur qu'ils ne disparaissent dans la grandeur du cadre. La juste mesure dans ce mélange, *neu minor, neu productior*, est une des grandes délicatesses du genre. C'est à quoi peut-être l'orateur n'avait pas assez réfléchi avant de se mettre à l'œuvre. La figure de Fouquier est-elle capable de guider l'historien à travers l'époque la plus orageuse de la médecine moderne? A-t-elle l'ampleur suffisante, la vigueur, l'autorité? L'excellent et très-regrettable professeur a-t-il été assez militant, dans la grande lutte du commencement de ce siècle, pour pouvoir devenir l'âme du récit? Possède-t-il ce moyen puissant d'intérêt que le narrateur troyen ne manque pas d'invoquer : *Quorum pars magna fui!* Non, personne ne l'ignore. Bien au contraire, le trait caractéristique de Fouquier a été une sorte d'immobilité sereine au milieu de l'agitation universelle. Si nous avions, pour notre compte, à le mettre en scène, loin de chercher de quelle manière il a été mêlé à la science de son temps, nous essayerions de montrer comment, en ne s'y mêlant pas, il a pu rester l'un des représentants les plus considérables de la profession; comment les plus hautes et les plus sévères qualités du praticien, le coup d'œil, l'expérience, le bon sens, la possession réfléchie des auteurs anciens, l'avaient soutenu au premier rang dans l'exercice de l'art, quand les autres le débordaient dans le domaine scientifique. Nous signalerions encore d'autres causes de son succès : la dignité qui ne l'abandonnait pas au chevet des plus illustres; le sérieux de son esprit et de toute sa personne; la sincérité de ses convictions; son abnégation, quand l'intérêt du malade appelait des ressources spéciales. Mais nous parlerions très peu de ses œuvres. On voit que, pour dire la chose clairement, nous prendrions le contre-pied du discours de M. Piorry.

Et voyez si nous aurions tort. Quel effet ont produit les rares et maigres œuvres de Fouquier dans le déluge de citations dont nous avons été inondés? *Apparent rari.....* Et l'orateur a si bien senti qu'il allait noyer son héros de ses propres mains qu'il a fait de tout des planches de salut. Non content d'enfler son bagage scientifique, il a essayé de le transformer en littérateur, sous prétexte d'une *traduction* de Celse. M. Fouquier a traduit Celse? L'orateur en est-il bien sûr? La soi disant *traduction*, qui parut vers 1824, n'est autre chose que la reproduction à peu près textuelle du Celse de Henri Ninnin, qui remonte aujourd'hui à près de cent ans. Tout le monde sait que c'est à la complaisance, parfois extrême, de M. Fouquier qu'on a dû de pouvoir l'associer à une œuvre que sans doute il ne connaissait pas et qui porte un autre nom à côté du sien. Et en tout cas, il n'y a là pour personne matière à compliment. Il n'en est pas de même, sans doute, de ses œuvres scientifiques; les mémoires sur *les avantages d'une santé délicate*, sur *l'efficacité de la noix vomique dans les paralysies*, sur *l'emploi de l'acétate de plomb*, etc., ont un mérite réel; mais qu'ont à voir ces productions dans le mouvement scientifique de l'époque? Bien plus, si l'on veut absolument rechercher, non pas le rôle (le mot serait impropre) mais l'attitude de M. Fouquier dans la révolution des idées médicales, on arrive à ce singulier résultat que précisément il refusa de suivre le courant dont l'éloge enthousiaste s'est produit mercredi sous l'autorité de son nom. Nous croyons nous tenir dans les termes de la stricte vérité en disant qu'il était indulgent aux innovations plutôt que favorable; nous entendons

couchée au n° 19 de la salle Sainte-Anne. Cette enfant, bien conformée, jouissait d'une santé habituellement parfaite, lorsque quelques jours avant son arrivée à l'hôpital des Enfants, elle fut prise d'une variole confluente. Les parents qui l'apportèrent dirent qu'elle n'avait pas été vaccinée. La variole suivit son cours sans accident ; la période de desquammation survint sans qu'on remarquât rien d'anormal. Dans les premiers jours de février, l'enfant fut prise d'une ophthalmie catarrhale peu intense. La convalescence se prolongeant, la malade restait sans cesse au lit, avec perte d'appétit, de la toux et une diarrhée légère. On soupçonna qu'une tuberculisation allait se dessiner d'une façon évidente d'un jour à l'autre. Cette malade était ainsi lorsque le 5 mars on aperçut son visage légèrement bouffi ; en touchant on reconnut que ce n'était point de l'infiltration, mais un œdème dur qui existait aux deux côtés de la face et qui causait une légère augmentation dans la largeur du visage, et comme une bouffissure au-dessous des paupières inférieures. L'exploration faite à l'extérieur permettait de reconnaître deux points œdémateux durs, siégeant immédiatement au-dessous des os malaires. En faisant ouvrir largement la bouche, on comptait vingt dents très-blanches et très-régulièrement plantées ; la muqueuse buccale paraissait parfaitement saine dans tous les points que l'œil atteint lorsque la bouche est ainsi ouverte. Cette exploration ne nous ayant rien fourni, nous nous disposions à examiner de nouveau les parties extérieurement, lorsque l'enfant, en nous parlant, laissa exhaler avec son haleine une odeur fétide caractéristique des ulcérations gangréneuses. Alors faisant médiocrement abaisser la mâchoire inférieure et en écartant légèrement les parois internes des joues, nous vîmes au niveau des deux dernières molaires supérieures droites et gauches une ulcération gingivale, d'une longueur environ d'un centimètre et demi, décrivant déjà une courbe très-élevée vers le cul-de-sac gingivo buccal. Ces deux ulcérations étaient d'un gris blanchâtre, remplies d'un détritus fibrillaire sanieux. En les examinant complètement, on reconnut qu'elles avaient atteint le repli gingivo-buccal et qu'elles s'étaient propagées sur les parties molles accolées aux os maxillaires supérieures. Il était facile d'avoir la démonstration de ce fait : en attirant au dehors les joues, on voyait alors les parties molles s'écarter des surfaces osseuses bien au-dessus des replis gingivo-buccaux.

Ces ulcérations, qui n'intéressaient les gencives que sur une très-petite longueur de chaque côté, avaient fait en hauteur des progrès considérables ; elles n'avaient cependant pas encore envahi par l'intermédiaire des interstices dentaires le côté interne des dents. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique pratiquée six heures après le moment où on s'est aperçu de l'existence des ulcères.) Pendant cet intervalle, l'œdème a fait des progrès notables ; les ulcérations, au contraire, n'ont fait que s'accroître d'une manière peu appréciable. Trois abcès sous-cutanés du cuir chevelu, gros comme une petite noix, sont ouverts.

Le 6 mars au matin, l'œdème a fait d'énormes progrès ; les yeux sont complètement fermés, la face est encore élargie à la partie moyenne ; en palpant cette tuméfaction, on ne perçoit plus deux points durs et bien dessinés, mais un empâtement diffus. Les ulcères ont augmenté dans leur longueur ; ils ont en même temps gagné les côtés internes des rangées dentaires ; aussi voit-on à la voûte palatine deux échancrures grisâtres d'une étendue d'un centimètre et demi. Ces ulcérations se sont propagées de chaque côté par l'interstice commun aux deux dernières molaires ; elles ont absolument le même aspect que celles que nous venons de décrire dont elles ne sont évidemment qu'une extension. Un abcès sous-cutané, de la grosseur d'une aveline, est ouvert à l'avant-bras gauche.

Le 7 mars, l'œdème a encore fait des progrès ; les paupières sont énormes, pâles et infiltrées ; les ulcérations ont gagné en étendue en s'avançant vers les parties antérieures, elles suivent les gencives ; aujourd'hui elles ont presque atteint de chaque côté le niveau des canines gauches et droites. Les forces diminuent rapidement ; diarrhée verte abondante, soif vive.

Le 8 mars, les ulcères des gencives sont arrivés au niveau des canines, et du côté de la voûte palatine elles ont fait des progrès considérables. Au lieu de décrire dans cette région deux demi-cercles réguliers dont les circonférences s'agrandissaient régulièrement mais d'une façon incessante, elles forment aujourd'hui deux pointes transversalement allongées qui tendent à se réunir sur la ligne médiane, et pour peu que les progrès se continuent encore, la voûte palatine entière sera convertie en une ulcération phagédénique gangréneuse, sans en excepter un seul de ses points. Il est très-facile d'étudier sur ces parties l'aspect et la marche de ces ulcères phagédéniques à leur période envahissante. On constate facilement la légère différence d'aspect qui existe entre les parties nouvellement envahies et qui ne sont pas encore recouvertes du détritus humide et grisâtre qui se retrouve sur les points envahis déjà depuis quelques heures. L'état général est des plus graves : la dyspnée est considérable, l'auscultation ne révèle que l'existence de râles muqueux peu abondants dans les deux poumons. Le pouls est d'une petitesse et d'une fréquence extrême ; la diarrhée continue à être verte et prend une intensité considérable. L'amaigrissement, qu'il n'est possible d'apprécier que sur le tronc et les membres, est devenu excessif, et cela avec une rapidité vraiment surprenante.

Mort le 9 à midi.

Autopsie le 11 au matin.

Cadavre bien conformé, très-amaigri, sans abcès sous-cutanés, sans ecchymose, décoloration excessive de toute l'enveloppe cutanée. La face est gonflée par un œdème dur et diffus ; les yeux sont complètement clos par l'état œdémateux des paupières ; les lèvres ne sont pas déformées, ainsi que le bas du visage ; mais au niveau des pommettes où se trouve l'œdème le plus considérable, il n'existe aucune apparence gangréneuse ou même ecchymotique. Toute la face est marbrée de cicatrices confluentes de pustules varioliques ; çà et là sur le corps on retrouve des cicatrices de même nature.

Une incision partant de la commissure gauche et divisant toute l'épaisseur de la joue jusqu'à l'angle de la mâchoire fut pratiquée pour constater les lésions buccales. Voici ce qui fut noté :

Tout le sillon gingivo-buccal supérieur, dans la moitié gauche, est converti en une ulcération qui n'a nullement changé de forme et d'aspect depuis le dernier examen. Le détritus est jaunâtre, sanieux et formé de lambeaux de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux. L'ulcère s'est propagé, comme cela avait été vu pendant la vie, sur le tissu osseux du maxillaire supérieur correspondant, en intéressant le périoste et la couche de parties molles sous-jacentes dans une épaisseur environ de 3 ou 4 millim. Cette propagation, en quelque sorte souterraine, s'est étendue à toute la face externe du maxillaire supérieur gauche et sur la face externe de la moitié de l'os molaire correspondant. Sur toutes ces surfaces osseuses, il n'existe plus de traces du périoste ; aussi sont-elles d'un gris noirâtre ; si par la direction on dépasse les limites de l'ulcère, on voit le périoste reparaître et l'os reprendre sa couleur normale ; seulement dans les points qui sont immédiatement situés à la périphérie de l'ulcération, le périoste, quoique sain en apparence, se laisse facilement détacher de l'os, et à mesure qu'on s'éloigne de l'altération pathologique son adhérence redevient normale.

Une incision partant de la commissure labiale droite a mis à découvert l'autre ulcère situé d'une façon parfaitement symétrique, de sorte que ces deux surfaces ulcéreuses étaient exactement identiques sous le triple rapport de siége, d'étendue et d'aspect.

La muqueuse des deux joues et le tissu cellulaire sous-jacent étaient réduits complétement en escarres molles et comme morcelées en lambeaux sanieux et grisâtres. Les muscles paraissaient intacts, les paquets graisseux des joues avaient leur aspect normal, l'épaisseur des joues était triplée ; à leur section faite perpendiculairement, on voyait une coloration noire rappelant la mélanose pulmonaire et qui paraissait intimement combinée avec les divers éléments anatomiques qui composent les joues. Cette coloration s'étendait au loin ; on la retrouvait dans tous les points circonvoisins des ulcères, surtout ceux où l'œdème dur était très-prononcé.

Les poumons insufflés se laissèrent pénétrer presque complétement, excepté celui du côté gauche qui offrait à sa partie postérieure une légère inflammation

---

ici les innovations en matière de doctrines, non celles qui procurent à l'art de nouvelles ressources et qu'il accueillait, comme nous avons dit, avec empressement. Ceux qui ont pris de lui une autre idée ont été trompés par la douceur de son caractère et son impassible politesse, qui le rendaient incapable de résistance ouverte. Ni ses ouvrages ni sa pratique n'ont témoigné d'une concession de quelque importance à l'esprit moderne. Et si nous avions besoin de nous appuyer sur des exemples, d'où pourrait-il nous en venir plus, à propos et de plus décisifs, que du discours même de M. Piorry ? Cette pyrétologie envers laquelle l'orateur a montré des intentions si malicieuses, est-ce que par hasard Fouquier l'avait immolée à l'*organopathie* ? est-ce qu'il avait rompu avec l'*unité morbide*, par la singulière raison, tenue pour bonne quelque part, qu'elle se diversifie chez les individus ? Parce qu'il palpait avec soin le bord inférieur des côtes et admettait la névralgie intercostale, faut-il en conclure qu'il s'était jeté à corps perdu dans l'organicisme moderne ? Hippocrate, Stoll, Sydenham, Bordeu, n'étaient-ils pas ses auteurs favoris ? n'adorait-il pas enfin ce que brûlerait volontiers M. Piorry ?

Ainsi, faute d'une conception logique du sujet, le discours n'a été qu'une longue discordance entre la figure principale et le fond du tableau. L'effet était si facile à prévoir qu'on cherche volontiers comment on a pu s'y exposer de gaieté de cœur. Nous hasarderons une conjecture. L'honorable professeur a une grande prétention et un petit travers : la prétention, très-permise, est de faire souche dans l'histoire de la médecine, de fonder une école ; le travers, naturellement moins louable, mais qui nous ferait croire autant que tout le reste au chef d'école, est d'attribuer toutes les résistances au mauvais vouloir, de croire à des machinations. Une séance publique de la Faculté, quelle bonne occasion d'étaler les doctrines, de se poser soi-même, et en même temps de morigéner les récalcitrants ! D'un autre côté, et nous le disons au grand honneur de M. Piorry, Fouquier a été pour lui un protecteur dévoué, plus que cela, un bienfaiteur dont la main secourable l'a soulagé dans des jours d'adversité ; mort depuis deux ans, il n'a encore été l'objet d'aucune notice officielle ; il fallait donc qu'il entrât dans le discours. Mais comment ? A la grâce de Dieu ! Malheureusement la grâce de Dieu, pour être propice aux petits Savoyards, ne se charge pas de corriger les contradictions, et la piété de l'intention, en matière de discours, n'a jamais suppléé la logique. Ou nous nous trompons fort, ou nous donnons ici la clef de l'oraison de M. Piorry. Ceux qui l'ont entendu seront de notre avis s'ils ont remarqué le soin qu'il a pris de ramener le produit net du travail contemporain à ses idées de prédilection ; de glisser *incognito* ses propres œuvres parmi celles dont l'influence a été le plus décisive ; d'accumuler les noms de tous les auteurs, grands ou petits, vaille que vaille, qui ne lui font pas obstacle, d'enrôler dans la nouvelle nomenclature tous ceux qui ne regardent pas l'ancienne comme absolument exempte de défauts. Ils seront surtout convaincus par d'aigres récriminations lancées on ne sait contre qui ni à quel propos, et par le ton rageur dont elles ont été assaisonnées. — Oui, voilà bien le chef d'école ! — Ah ! l'on se permet des observations ! on hasarde du bout des dents un conseil de modération, de prudence, de modestie ; on demande timidement si la médecine a bien vraiment commencé, il y a quelque vingt ans, à l'hôpital de la Pitié. Langage de séditieux, si ce n'est langage d'âne — chef d'école ! chef d'école !

de 2 centim. de largeur, existant sur toute la hauteur du poumon en intéressant les deux lobes sans interruption; cette légère inflammation exactement verticale se reconnaissait au dehors par sa coloration rouge foncée, imperméable à l'air et par une pseudo-membrane molle et assez épaisse qui avait rompu ses adhérences pleurales en enlevant les poumons et le corps thoracique. En incisant le parenchyme pulmonaire, on constata que cette ligne inflammatoire ne s'étendait pas plus profondément dans l'épaisseur de l'organe que 2 ou 3 centim.

Sur toute cette colonne, le tissu pulmonaire avait l'aspect par son état granuleux du second degré de la pneumonie franche; tandis que partout ailleurs, dans tout le reste des poumons, on retrouvait des lésions évidentes de la pneumonie catarrhale. Le larynx était sain, la trachée et les bronches étaient d'un rouge assez peu prononcé; les ganglions bronchiques furent trouvés sains; pas un seul ne fut reconnu tuberculeux.

Le péricarde contenait une assez grande quantité de sérosité citrine. Le cœur était sain. La sérosité péritonéale était peu abondante, mais les membranes de l'intestin offraient un œdème considérable. Le foie, d'un volume ordinaire, avait sa coloration normale. Les reins étaient sains, mais exsangues. L'intestin grêle, vers le milieu du jéjunum, contenait une douzaine d'ascarides lombricoïdes entrelacés. Un peu au-dessous de ces helminthes, il existait deux invaginations (descendantes) à peu de distance l'une de l'autre; elles n'offraient que de petites dimensions; la plus considérable ne dépassait pas 4 pouces d'intestin invaginé, et la plus petite de 2 à 3 pouces. L'intestin grêle ne contenait qu'une petite quantité de matière fécale jaune et très-liquide. La muqueuse était pâle, decolorée et sans ecchymose.

Le gros intestin présentait un œdème plus considérable dans l'épaisseur de ses membranes que dans tout le reste du tube digestif. La muqueuse était rouge, granulée, et à mesure qu'on examinait la fin de cet intestin, on constatait une énorme quantité de pseudo-membranes à formes irrégulières qui adhéraient à la muqueuse. Plusieurs d'entre elles détachées avec précaution laissaient à nu des ulcérations à fond lisse, exactement semblables en dimension à la pellicule membraneuse. Les bords de ces ulcérations superficielles étaient légèrement saillants.

Ces fausses membranes se trouvaient en si grand nombre que la fin de l'intestin rectum en était complétement tapissée; ce qui lui donnait une coloration blanche presque générale. Au niveau de la valvule iléo-cæcale, on ne rencontrait aucune de ces productions. Les ganglions mésentériques étaient en quelque sorte disséqués par l'œdème; quelques-uns étaient roses et gonflés, mais aucun ne présenta de tubercules, ainsi que les autres organes qui furent soigneusement examinés pour constater exactement ce fait.

Obs. IX. — Joséphine Vasseur, âgée de 2 ans, est entrée le 30 septembre 1850 à la salle Sainte-Anne, n° 19. Cette enfant est pâle et rachitique; le tronc, les membres thoraciques et abdominaux portent les traces considérables du rachitisme; le ventre est gros et tendu, le foie très-volumineux. Cette malade a été apportée dans la salle pour la diarrhée; elle y séjourna des mois entiers sans que cette maladie diminuât. Là elle fut saisie de rougeole qui passa sans accident immédiat. Peu de temps après, elle fut prise d'*ulitis* à la gencive inférieure. Cette ulcération persista près d'un mois et demi, puis guérit pour reparaître et guérir de nouveau, et cela un certain nombre de fois.

Le 1er janvier 1851, je commençais l'observation de cette maladie, et voici les notes que je recueillis alors sur son état. Pâleur livide de toute la surface du corps, peau transparente et légèrement œdémateuse aux extrémités et aux parties déclives. Fréquence médiocre du pouls, chaleur peu prononcée de la peau; diarrhée d'un jaune clair presque incessante; appétit conservé, soif très-vive.

La bouche était dans l'état suivant : dents au nombre de vingt, saines et régulièrement disposées.

La gencive inférieure offrait à son bord libre un liséré ulcéreux blanc grisâtre, sanieux, sans apparence pelliculaire; en cherchait à saisir avec une pince quelque chose qui pût ressembler à une pseudo-membrane, il n'était possible que de retenir une petite quantité de liquide sanieux, et aussitôt par le moindre contact l'ulcération était converte de sang; celle-ci est seulement formée par le détritus qui recouvre une surface linéaire ulcérée qui suit exactement le bord onduleux gingival. Au niveau des incisions, l'affection est plus prononcée; aussi les sinuosités des gencives sont-elles dépassées et le travail ulcéreux se fait dans la partie des gencives qui avoisine les alvéoles, de sorte que les dents incisives sont complétement déchaussées. Cette ulcération s'étend sur les gencives qui entourent les canines et les molaires : mais à mesure qu'elle s'avance vers les parties postérieures elle diminue de profondeur, et lorsque cette ligne ulcéreuse se termine, on la voit continuée sur le rebord onduleux gingival par une ligne rouge qui forme comme une sorte d'ourlet sur la gencive avec laquelle il tranche nettement par sa coloration rouge violacée.

La gencive supérieure est rouge et comme turgescente; les saillies naturelles paraissent plus accusées qu'à l'état normal; le bord onduleux offre également un liséré rouge violacé qui ressemble exactement à celui qui continue l'ulitis inférieur. Les dents sont encroûtées d'une exsudation molle, d'un jaune foncé; cette exsudation se trouve très-abondante, principalement sur les dents, qui sont entourées par l'ulcération.

Les efforts des cris de l'enfant, le moindre attouchement fait soudre le sang de tous les points de cette ligne ulcérée. Toutes les autres parties de la bouche, celles surtout qui sont en regard de ces ulcérations, examinées avec soin, n'ont offert aucune trace de cet état pathologique.

Il faut joindre à cet état local un léger œdème des paupières, des joues et des extrémités. Les urines ont été examinées un bon nombre de fois, sans y avoir jamais rencontré d'albumine.

Telles étaient les particularités qu'offrait cette malade au moment où je la vis pour la première fois.

J'assistai dans le cours du mois de janvier à la cicatrisation lente, mais complète, de l'ulitis. Le travail réparateur se faisait d'abord dans les points les moins creusés par l'ulcération; ainsi on voyait le liséré rouge disparaître, puis les extrémités de la ligne ulcéreuse se détergeaient et une muqueuse rosée couvrait ces parties; des extrémités ce travail s'avançait vers les parties antérieures, et de chaque côté il venait en quelque sorte se joindre au niveau des dents incisives. Dans ce dernier point, l'ulitis avait détruit toute la partie de la gencive qui dépasse le rebord alvéolaire; le travail de réparation était plus facile à voir. Même procédé, l'ulcère se nettoie, puis une teinte rosée succède, et sur place on voit apparaître une muqueuse plus rouge et plus fine que fait suite à la muqueuse environnante. La partie gingivale détruite ne se répare pas; aussi les dents incisives inférieures sont-elles comme allongées, et on peut apprécier par une ligne différente dans sa coloration la quantité de gencive détruite. En un mot, il semble que le niveau de la gencive inférieure se soit abaissé, et une différence de couleur sur les dents montre cet abaissement de niveau. L'état général était toujours le même.

Deux semaines après cette réparation locale, on vit de nouveau les ulcérations se montrer, commençant d'abord par un léger boursouflement, puis une ligne rouge se dessine finement sur le liséré onduleux qui bientôt au niveau des incisives inférieures se convertissait en un liséré blanchâtre et ulcéreux. Plusieurs fois nous assistâmes à de pareilles cicatrisations et à de pareilles récidives. L'état général, au lieu de s'améliorer, devenait de plus en plus fâcheux. La diarrhée, la toux devenaient plus intenses, en même temps que l'anasarque et la décoloration de tous les tissus caractérisaient assez une cachexie profonde. Enfin vers le 20 février l'ulitis se trouvait à peu de chose près aussi avancée qu'elle l'était au 1er janvier lorsque nous avions noté les altérations buccales.

L'enfant fut prise d'une ophthalmie purulente. Cette maladie n'avait pas alors la marche foudroyante de beaucoup de cas habituels ici; les chemosis avaient un aspect presque séreux; néanmoins le gonflement des paupières, la purulence et la photophobie offraient une grande intensité.

Les jours suivants, il survint de la dyspnée causée par une pneumatose intes-

---

Et qui sait si le présent article ne va pas nous valoir d'être rangé, avec d'autres pervers, dans la catégorie de ceux qui se *dénigreraient eux mêmes s'ils ne trouvaient personne à dénigrer*. Nous dénigrer nous-même? Pour cela, non; là-dessus l'honorable orateur peut être tranquille. Le dénigrer, lui? Pas davantage. Plus que personne, nous savons ce que l'observation, l'expérience, lui ont acquis d'habileté dans le diagnostic, de ressources dans le traitement; il n'est pas un de ses mémoires que nous n'ayons lu avec attention et qui n'ait été pour nous une preuve d'ingéniosité ou de savoir pratique. Le mérite de la plessimétrie, nous le prisons hautement; nous accordons que la diagnose y a puisé un élément nouveau et d'une incontestable valeur. Mais est-ce notre faute si notre esprit ne peut se plier à certaines vues de pathogénie, à certaine façon d'entendre la philosophie médicale, s'il repousse d'instinct des doctrines contre lesquelles la nature et l'histoire lui semblent crier à qui mieux mieux? Que l'orateur veuille bien nous croire (l'auteur de ces lignes y attache un prix particulier), nos intentions à son égard sont de la nature la plus rassurante. Quand nous le louerons de services rendus, comme quand nous repousserons des doctrines antiscientifiques et antiphilosophiques, nous serons ce que nous avons toujours été, ce que nous voulons toujours être, de simples amis du vrai et du juste. Qu'il croie cela et nous ne lui en demandons pas davantage.

— Cette séance de rentrée éveillait dans l'assistance de naturelles préoccupations. On songeait au nouveau mode de nomination et à l'usage qui va en être fait bientôt, par suite de deux vacances régulières et d'une regrettable démission. Trois chaires sont à pourvoir : celles de chimie organique, de botanique et de clinique médicale. On parle beaucoup, pour la première, d'un membre de l'Académie de médecine, dont les études sur le sang ont été le point de départ de l'hématologie moderne et viennent de recevoir tout récemment encore de nouveaux développements. La chaire de Richard est convoitée par un ancien membre des assemblées délibérantes, actuellement maître des requêtes au conseil d'État, et qui a continué une tradition de famille en se livrant à l'étude de la botanique. Mais c'est autour de la chaire de clinique que se produit la plus grande agitation. Un instant le bruit avait couru que, à l'occasion du grand changement politique prêt à s'opérer, le titulaire serait réintégré. Depuis qu'on a la certitude à peu près complète qu'il n'en sera rien, les convoitises se sont ranimées. L'affaire se complique ici d'un projet de mutation qui, s'il se réalisait, transporterait la lutte sur la chaire de thérapeutique et de matière médicale, et rendrait ainsi les portes de l'École plus difficiles à franchir pour un protégé de M. Chomel, membre de l'Académie. Aussi les mauvaises langues ne manquent elles pas de regarder la mutation comme une manœuvre.

Voilà ce qu'on dit; mais nous, personnellement, nous ne disons rien. Charitables comme nous sommes, nous voudrions le bonheur de tous. Heureux celui que la prêtresse ordonnera de proclamer, non le plus beau des Grecs, comme Alcibiade, ce qui pourrait être embarrassant, mais le plus sage et le plus savant, comme Zénon!

A. Dechambre.

tinale très-prononcée, en même temps la diarrhée s'accrut singulièrement. La fièvre et la soif se montraient plus vives. La percussion du thorax donnait une résonnance normal, et l'auscultation faisait constater l'existence de râles muqueux à grosses bulles dans les deux poumons.

Quelques jours après son apparition, l'ophthalmie purulente s'amenda spontanément sans qu'aucune cautérisation ait été pratiquée. La photophobie, le gonflement œdémateux des paupières, la purulence, ainsi que le chemosis, disparurent rapidement; il ne resta qu'une sécrétion croûteuse des bords palpébraux. A peine cette amélioration était-elle survenue que des quintes de coqueluche se montrèrent, et en quelques jours cette dernière maladie était arrivée à sa période d'état. Huit à dix quintes survenaient dans les vingt-quatre heures, et chacune d'elles était suivie de vomissements parfois ensanglantés. Sous ces influences, la diarrhée prit une couleur verte encore plus prononcée et devint plus fréquente; en outre la dyspnée s'accrut et l'expiration devient plaintive. Une soif insatiable tourmentait la malade, de telle manière que sans cesse cette malheureuse enfant demandait à boire d'une voix rauque et entrecoupée. A peine le vase avait-il quitté ses lèvres qu'elle le saisissait de nouveau pour avaler quelques gorgées. Toute la journée et toute la nuit elle répétait le même cri avec la même demande. A chaque fois qu'on cherchait à la satisfaire, elle se jetait sur le liquide avec la même ardeur.

Le 26 février, même pâleur, même aspect extérieur; 128 pulsations permanentes et 36 inspirations. La bouche est dans l'état suivant : l'orifice inférieure a détruit la gencive; l'ulcération, après avoir déchaussé les dents, a suivi plus bas sur le liseré gingival, puis arrivée au fond du repli gingivo-labial, elle a marché de proche en proche, et de descendante qu'elle était elle est devenue ascendante en suivant la face muqueuse à la lèvre inférieure. Si on attire légèrement en avant cette lèvre, on voit une ulcération phagédénique, ovalaire transversalement, qui s'étend d'une canine à l'autre, et qui par sa largeur intéresse depuis les dents incisives jusqu'à la moitié de la hauteur de la lèvre. Cet ulcère est d'un gris jaunâtre, sanieux, puriforme, sans apparence pelliculaire; sa surface couverte de détritus fibrillaire. L'un des bords de cette ulcération est formé par la rangée des incisives qui sont vacillantes; au-dessous d'elles on voit le rebord alvéolaire dénudé et d'une coloration brunâtre. L'autre bord siège sur la face moyenne de la lèvre; il offre là cet aspect irrégulier comme serpigineux. En outre, à quelques millimètres en avant de ce bord, on peut voir comment quelquefois la nature procède pour accroître ces ulcères; ainsi on constate de petits points rouges comme ecchymosés qu'on peut voir venir se fondre aussitôt avec l'ulcération première.

Le bord envahissant offre une coloration qui diffère d'avec le reste de la surface, tandis que celle-ci, comme nous l'avons dit, a un aspect gris sanieux et plein de débris, le bord au contraire est comme une frange d'une coloration plus blanche, plus nette, et n'est pas encore couvert des débris que produit l'ulcération moléculaire.

A la mâchoire supérieure, même aspect, seulement l'ulcération s'étend peu en longueur; elle n'existe qu'au niveau des deux incisives médianes. Mais pour cette petite étendue en longueur, la hauteur est très-considérable. En effet, toute la gencive est détruite jusqu'au fond du repli gingivo-labial, le frein n'existe plus, de même qu'à la lèvre inférieure.

Si on parvient à vaincre la résistance de cette malheureuse enfant, et qu'on puisse jeter rapidement un regard dans le fond de la bouche, on voit que de semblables ulcérations gingivales existent au niveau des molaires supérieures et inférieures du côté droit. Mais cet examen provoque des cris et de l'agitation qui nous font renoncer à cette exploration complétement inutile. (Inoculation pratiquée sur la face interne du bras droit avec le liquide sanieux pris sur la lèvre inférieure.)

Le 27, l'état général est plus grave, les ulcérations buccales font des progrès, les bords se sont avancés sur la lèvre inférieure d'environ 3 millimètres sur les surfaces voisines.

Le 28 au matin, apnée. Les parois thoraciques font de légers mouvements d'élévation, mais l'air ne pénètre plus; aussi aucun bruit respiratoire ne peut être perçu. Teinte légèrement cyanosée du visage et des mains. L'ulcère a fait des progrès; déjà même au dehors, il existe une légère tension des parties molles, au niveau du maxillaire inférieur. L'ulcération de la lèvre inférieure est entourée d'un cercle œdémateux qui ne fait que commencer et dont on a parfaitement la sensation en passant le doigt sur ces parties.

L'inoculation n'a pas laissé de traces appréciables.

Mort le 28.

Autopsie pratiquée le 2 mars.

Cadavre très amaigri, décoloration générale; la peau est flasque; sur beaucoup de points, elle offre des plis, comme si elle était trop considérable pour recevoir les parties sous-jacentes. La face est ridée et amaigrie, comme celle d'un vieillard. Il existe sur le front une ecchymose bleuâtre formée par un épanchement sanguin d'une petite étendue, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le squelette est celui d'un enfant rachitique.

Le pourtour de la bouche offre une coloration bleuâtre due à un commencement de putréfaction.

Les commissures labiales étant incisées et les joues complétement divisées, on met à nu les altérations buccales. Les ulcères phagédéniques ont absolument le même aspect que pendant la vie. Celui qui a pris naissance au niveau des incisives inférieures s'est à peine accru pendant les dernières heures de l'existence de ce malade. On reconnaît encore le liseré blanchâtre de la circonférence de l'ulcération. Le milieu de la surface est rempli d'un détritus un peu plus noirâtre que pendant la vie.

L'os maxillaire inférieur, au niveau de points où l'ulcère existait, était coloré en noir, sans trace de périoste, et cette dénudation se prolongeait sur tout son côté droit, jusqu'à la dernière molaire, sur une hauteur qui ne dépassait guère le rebord alvéolaire; l'ulcération gingivale s'était ainsi propagée sur tout un côté de la branche; elle avait atteint et même dépassé le repli gingivo-jugal inférieur droit, et dans quelques points elle se propageait en remontant sur la face interne de la joue correspondante.

A la mâchoire supérieure, l'ulcère qui était au niveau des incisives médianes s'était considérablement accru pendant les dernières heures qui se sont écoulées entre le dernier examen et la mort de l'enfant. Ainsi, le périoste des os maxillaires, au niveau de l'ulcération, était détruit jusqu'au pourtour de l'orifice des fosses nasales, et de plus, l'ulcère s'était propagé en suivant la gencive droite, et avait dénudé tout le rebord alvéolaire jusqu'à la dernière molaire, et avait remonté assez haut sur la face externe du maxillaire supérieur droit pour dénuder la fosse canine.

L'œdème dur qui habituellement environne ces altérations était, chez ce sujet, peu prononcé; aussi l'extérieur de la face ne faisait pas prévoir des désordres aussi considérables.

Le thorax offrant des organes sains. Les poumons s'insufflèrent facilement; ils n offraient que des traces légères de pneumonie catarrhale. La trachée était médiocrement rouge, les bronches contenaient une certaine quantité de mucus filant et visqueux. Le cœur était sain avec du cruor dans l'oreillette droite.

Le péricarde contenait un peu de sérosité limpide.

L'abdomen était normal; les intestins grêles et surtout le gros intestin offraient des traces évidentes de phlogose. La muqueuse était rouge par plaques très-arborisées, et dans certains points elle était saillante et comme mamelonnée. Quelques plaques de Peyer étaient légèrement rouges et saillantes, le foie moins volumineux qu'on ne le supposait pendant la vie. La vessie était distendue par une urine claire et aqueuse. Pas trace de l'existence d'un seul noyau tuberculeux dans l'un des organes.

Obs. X. — Albert Halleur, âgé de 5 ans, entre le 18 janvier 1851, salle Saint-Jean, n° 13. Cet enfant est apporté par sa mère, qui nous donne les renseignements suivants :

Ce malade est confié à la garde d'une pauvre femme habitant Batignolles; il est chaque jour conduit dans une salle d'asile; il est habituellement mal logé et très-mal nourri. Il y a un mois, il a eu de la fièvre avec une éruption dont il nous est impossible de comprendre le caractère; il a été souffreteux depuis cette maladie, et cinq jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une diarrhée ensanglantée est survenue. C'est pour ce dernier symptôme que l'enfant est conduit dans les salles.

Ce malade est grand et assez bien développé pour son âge, mais il est pâle et amaigri; la face et les extrémités sont légèrement infiltrées.

Les urines examinées avec soin ne donnent aucun précipité. La gencive de la mâchoire inférieure est le siége d'une ulcération linéaire grisâtre sanieuse, qui, au niveau des dents incisives, a déjà dénudé le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. (Application de chlorure de chaux sec; vin de Bagnol; extrait de quinquina; potion à la ratanhia; vin antiscorbutique.)

Le lendemain de l'entrée, ce malade eut une selle sanglante; en même temps il survint des pétéchies bleuâtres sur les jambes et les cuisses; elles avaient des dimensions variables et elles tranchaient vivement sur le ton mat et décoloré de tout le système cutané.

Les jours suivants, l'anasarque fit des progrès, les évacuations diarrhéiques devinrent plus abondantes, très-liquides et toujours plus ou moins sanglantes.

Le 23 janvier, la bouche était dans l'état suivant : à la mâchoire inférieure, la dénudation du maxillaire s'est étendue en largeur et en hauteur; le fond du repli gingivo-labial est couvert en une rainure ulcéreuse qui a le même aspect que le liseré ulcéreux des gencives; elle a la même couleur gris blanchâtre, pultacée, sans apparence pelliculaire; au moindre contact, ces ulcères laissent exsuder du sang par tous les points de leurs surfaces; leur facilité à saigner est si prononcée que, sous l'influence des cris ou des efforts du malade, le sang s'échappe abondamment. De même, pendant le sommeil, la bouche laisse écouler une notable quantité de salive ensanglantée. Il est difficile de voir, sur les côtes des gencives, jusqu'où l'ulcération s'étend, la douleur que cette exploration provoque fait agiter l'enfant au plus haut degré. Mais l'odeur excessivement fétide, jointe à l'empâtement de la partie des joues qui recouvre le maxillaire inférieur, démontre assez que le mal n'est pas borné seulement aux parties accessibles à la vue. Déjà deux incisives ont été entraînées dans l'exfoliation. En explorant à l'extérieur, on sent au pourtour de la mâchoire inférieure, l'œdème dur, comme calleux, qui environne ces ulcères chroniques; en même temps la peau y devient de plus en plus luisante et tendue.

La fièvre augmente à mesure que l'enfant perd rapidement ses forces; son attitude extérieure est triste, il est comme accablé; néanmoins, au milieu de tous ces désordres, l'appétit est presque conservé; l'intelligence est parfaitement nette. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien aux poumons et au cœur.

Mort le 27.

Autopsie le 28.

Cadavre peu amaigri, anasarque très-prononcée aux extrémités. Toute la surface du corps, qui était d'un blanc mat très-remarquable, présentait de nombreuses sugillations.

Les jambes portaient un assez grand nombre de pétéchies bleuâtres de dimensions variables, qui étaient constituées par un épanchement considérable de

sang dans le tissu cellulaire sous-cutané ambiant, comme le démontre facilement une section pratiquée sur les ecchymoses.

La joue gauche était dure et gonflée, d'une teinte légèrement bleuâtre.

La gencive inférieure de ce côté était totalement détruite; le rebord alvéolaire correspondant est mis à nu dans toute sa longueur et sur toute sa hauteur. La paroi interne de la joue, en regard de ces surfaces, offrait une ulcération allongée, sanieuse, intéressant jusqu'au tissu musculaire de la joue; le fond et les bords de cet ulcère étaient exactement semblables au détritus gingival.

La mâchoire supérieure présentait, au niveau de la canine gauche, une ulcération avec les mêmes caractères, mais qui, au lieu de s'être étendue en longueur, s'était propagée en montant; aussi elle formait une demi-circonférence ovalaire à grand diamètre vertical, et avait dénudé la fosse canine jusque bien au delà du repli gingivo-buccal.

L'os, dans ses parties dénudées, était noir et se laissait facilement, par une traction légère, decouvrir des parties molles qui avoisinent l'ulcération. Du côté droit, au maxillaire supérieur, existait un ulcère qui offrait et le même aspect et la même disposition, seulement il siégeait au niveau de première et seconde molaires.

La bouche est presque remplie de sang desséché, mêlé aux mucosités buccales et aux lambeaux gangréneux de surfaces ulcérées.

Le poumon droit offrait quelques adhérences pleurales anciennes; çà et là sur la plèvre pulmonaire et pariétale, il existait des granulations miliaires très-petites. A la face postérieure du lobe moyen, il se trouvait superficiellement situé un tubercule cru du volume d'une petite noisette. Dans le parenchyme pulmonaire, on ne rencontra pas de granulations miliaires; mais à la face postérieure du lobe supérieur, ainsi qu'à la base du poumon en contact avec le diaphragme, il existait deux plaques superficielles d'une étendue d'environ 2 à 3 centimètres où le poumon avait perdu son aspect et sa texture. Sa coloration était d'un noir livide; la substance pulmonaire paraissait comme détruite pour être remplacée par une sorte de bouillie liquide et sanglante; ces points ne s'étendent pas plus d'un centimètre ou deux dans l'épaisseur du poumon.

Le poumon gauche était souple et normal; il ne contenait rien dans son parenchyme, mais de nombreuses granulations miliaires se trouvaient sur la plèvre. On n'y rencontra ni noyaux apoplectiques ni traces d'induration rouge ou d'hépatisation.

Quelques tubercules furent rencontrées dans les ganglions bronchiques, mais en très-petit nombre.

Le cœur était presque vide, sans fibrine.

L'abdomen contenait une petite quantité de sérosité.

L'estomac et l'intestin grêle n'offraient rien à noter qu'une décoloration considérable de la muqueuse.

Le gros intestin avait sa muqueuse mamelonnée comme hypertrophiée, sans congestion sanguine.

Le foie était jaune et sans ecchymoses; les reins exsangues, la rate normale.

Obs. XI. — Mathilde Duchastaings, âgée de 5 ans, couchée au n° 24, salle Sainte-Catherine, entrée le 8 septembre 1851.

Cette enfant appartient à des parents très-pauvres et qui sont obligés de la confier aux soins de personnes étrangères. Elle a été amenée à l'hôpital pour la diarrhée et un amaigrissement qui datait déjà de quelques semaines. En examinant cette malade, on constate qu'elle est grande pour son âge, mais très-maigre. Sa poitrine étroite et le cou long la font ressembler aux enfants tuberculeux. Sa peau et ses cheveux sont bruns, ses cils sont très-longs, et on ne peut s'empêcher de remarquer la teinte bleuâtre de ses sclérotiques, qui est rendue plus apparente encore par la coloration noir foncé de l'iris. Cette enfant fut traitée pour sa diarrhée, sans beaucoup de succès, par diverses médications; elle prit, dans les salles, la rougeole, qui suivit son cours sans accident. A la suite de cette éruption, la diarrhée s'accrut légèrement, et la malade, qui déjà était profondément décolorée et amaigrie avant son entrée, tomba bientôt dans un état de cachexie profonde. Elle arriva ainsi rapidement au dernier degré de consomption qu'un enfant tuberculeux peut atteindre. Néanmoins son intelligence était très-nette, et elle s'inquiétait beaucoup tous les matins de désigner elle-même la nature des aliments qui lui seraient donnés dans la journée. Malgré sa maigreur inouïe, elle avait un certain degré d'appétit et de forces.

Au 1er octobre, M. Bouneau quittant le service des maladies aiguës (section des filles), désigna à M. Blache, qui le remplaçait, cette enfant comme une tuberculeuse arrivée à sa dernière période. Déjà peu de jours avant le changement de service, on avait vu apparaître, sur différents points du corps de la malade, de larges ecchymoses, comme si elle avait reçu de violentes contusions; en même temps les extrémités inférieures s'infiltraient légèrement. L'attention attirée de ce côté, on vit en effet apparaître çà et là sur le tronc, les membres, des ecchymoses rouges très-foncées, dont quelques-unes offraient les dimensions telles, que la main d'un adulte ne pouvait les couvrir en entier. Peu à peu l'anasarque fit des progrès; il s'en montra un peu aux mains et à la face, surtout dans les parties déclives. La fièvre devint plus vive, les forces se perdirent.

L'enfant mourut le 6 octobre.

A l'autopsie, on trouva une absence absolue de dépôt tuberculeux; pas un organe n'en offrit de trace.

Les deux poumons contenaient d'énormes foyers apoplectiques. Le tissu pulmonaire avait, dans ces points, perdu sa texture; il était remplacé par une bouillie sanglante de couleur noire; partout ailleurs que dans ces parties désorganisées, le parenchyme était simple et normal.

Les intestins offraient de larges ecchymoses sous-muqueuses; le gros intestin avait, à sa partie inférieure, des traces évidentes d'inflammation chronique. La muqueuse était boursouflée et comme mamelonnée.

La cavité péritonéale contenait une sérosité transparente assez peu abondante.

Le foie, la rate étaient sains, ainsi que les reins.

Le tissu cellulaire sous-cutané, dans les points ecchymosés, était le siége d'épanchements sanguins dont l'intensité variait avec le degré d'étendue de l'ecchymose.

La bouche, la vulve n'offraient aucune altération appréciable.

Il ne nous reste plus, en terminant, pour fonder le point de vue auquel nous sommes arrivés par l'observation clinique, sur la tradition et sur l'autorité médicale, qu'à choisir au milieu de nombreux extraits quelques citations tirées de l'histoire du scorbut, qui ne laisseront plus aucun doute.

Rappelons d'abord que Van Swiéten décrit sous le nom de *scorbutus*, les affections dont nous avons parlé. Les citations suivantes ont surtout pour but de montrer qu'il ne faut pas voir sous le nom de scorbut une simple affection hémorrhagique et pétéchiale. Ces citations mettront en lumière *le caractère putride* que revêt aussi le scorbut: caractère manifesté surtout par la destruction avec escarres des gencives, la nécrose des maxillaires, l'œdème inflammatoire des joues, etc., etc. On y remarquera la coexistence dans le scorbut des œdèmes, de l'anasarque, de la dysenterie et des hémorrhagies, en un mot de toutes les affections que nous avons rencontrées avec le chancre phagédénique et gangréneux des enfants.

Poupart, Mémoires de l'Académie des sciences, année 1699.

Étranges effets du scorbut arrivés à Paris.

« Plusieurs avaient de si grosses enflures par tout le corps, aux mains, » aux bras et aux pieds qu'ils semblaient avoir été soufflés. Un garçon de » 10 ans avait les gencives fort affectées et ulcérées, ses dents étaient rongées à la racine et ne tenaient plus, et son haleine répandait une puanteur insupportable. Le chirurgien fut obligé d'arracher toutes les dents » pour mieux panser sa bouche. Aussi bien seraient-elles tombées d'elles-mêmes. Ses gencives guérirent, mais une tumeur, grosse comme une » petite noix, survint au malade à côté de la langue. Il y avait au milieu de » cette tumeur un enfoncement livide qui dégénéra en ulcère qui longea la » moitié de la tumeur, le reste demeura entier. Quelque temps après il » parut une autre tumeur à la joue, qui était d'une dureté extraordinaire. » Elle était livide au milieu comme la première et dégénéra en ulcère. Ce » jeune homme mourut tout d'un coup, etc., etc.

» Il venait à la joue de plusieurs malades un petit ulcère blanc et dur » tout autour; si l'on n'avait pas le soin de l'arrêter aussitôt et de l'emporter avec l'esprit de vitriol, il devenait bientôt livide, noir et puant, et » lui rongeait la joue de telle sorte qu'on lui voyait toutes les dents, etc.

» Toutes ces pauvres gens mangeaient en dévorant jusqu'au dernier moment de leur vie, etc.

» Mais ce qui m'a paru être bien surprenant dans cette grande maladie, » c'est que le cerveau de ces pauvres gens était toujours très-sain et très-bean. » Poupart termine en disant: « Voilà la faible expression des effets » d'un mal si cruel que les yeux n'ont pu le considérer sans porter la tristesse dans le cœur. »

Van Swieten, Commentaires des aphorismes de Boerhaave, t. III, p. 603, *Scorbutus*.

« Verum sanguis ille ex gingivis a levi attractu egressus inter gingivas et » dentes colligitur, imo et ex ipsis dentium alveolis idem contingit, dum » dentes vacillare incipiunt, idque corruptus in tabum producit oris » fœtorem. Vidi hoc toties in scorbuticis, quod leviter premendo gingivas, » secundum totam longitudinem maxillæ utrinsque talis tabus exiverit. » Accidit quandoque ut in dentium alveolis collectus talis tabus erodat » interstitia tenera ossa, quæ dentium alveolos a se invicem separent. Sicque per totam longitudinem maxillæ osseæ progrediatur, omnia inficiens » et corrumpens, nisi vel unus vel pluribus dentibus evulsis via fiat, » per quam illud corruptum exire possit. Qualem casum pueri memorat Poupart cui chirurgus dentes omnes evellere debuit, ut gingivas » et maxillam curare possit. Omnia symptomata sensim succedunt in leniori scorbuto, rapide autem si in magnam jam malignitatem degeneravit » morbus. »

Aphorisme 3. — *Gingivarum putritudo; parum inflammatio sanguinem stillens; gangrena; dentium vacillatio; flavedo, nigritudo; caries; hemorrhagiæ, sæpe lethales, ex ipsa cute externa, ex labiis, gingivis, ore, naribus, pulmonibus, etc.*

« Præcedenti numero de fœtore oris incipienti jam dictum fuit, verum

» ubi increscit morbus, tunc fœtor intolerabilis oritur. Probe memini me » olim vocatum fuisse ad ægrum, cujus morbum non noveram, qui dum » me alloqui vellet, adeo horrendam mephitim ore exspirabat, ut parum » abfuerit, quin in animi deliquium inciderem, licet non adeo delicatum » in similibus ferendis me esse noverim. Incipiunt tunc satis subito turgere gingivæ, sed molles et fungosæ quasi ita ut dentes quandoque » tegant et impediant, ut nihil solidi cibi sumere possunt. Si vel lingua » inter loquendum gingivis impingat, mox sanguis exit, brevi post livescunt gingivæ, imo nigrescunt, jam omnino gangrenosæ; hæc autem » corruptio cito proserpit, omnia depascens, imprimis in junioribus. Simulque tunc adest copiosus, tenuis acidissimæ salivæ effluxus, uti alia » occasione ad § 423, B. Memini ubi de gangrena agebatur a materiæ acris » scorbuticæ depositione ad varias partes corporis. Vidi aliquoties magnam » partem maxillæ ossea corruptam excidisse, dum negligebatur gangrenosa talis gingivarum putredo; aliquando macula albicans in genarum » vel labiorum parte interna apparet, cum duritie illam undique ambiente, » et uti optime Poupart monet nisi statim spiritu vitrioli tangatur ille » locus, cito nigrescit, fœtet et depascitur omnia vicina; facile antem patet » dentes simul tunc pessime affici debere, uti ex dictis ad præcedentem » numerum patuit. »

Lind, Traité du scorbut, t. I, p. 229.

Lettre du docteur Grainger, Description du scorbut qui régna en 1752, parmi les six compagnies d'un régiment en garnison au Fort-Guillaume.

« J'avais lu beaucoup d'auteurs sur cette maladie, mais je la connaissais » très imparfaitement. Le premier malade que je traitai pensa être la victime des remèdes peu convenables que je lui prescrivis. Les douleurs » dont ce malade se plaignait me parurent rhumatismales; je donnai d'autant plus aisément dans cette erreur, que le rhumatisme alors était fréquent. Je le fis saigner et le traitai suivant l'idée que j'avais de sa maladie. » Les douleurs devinrent plus violentes, ce qui n'est pas surprenant. Je » l'accusai d'avoir exagéré son mal, mais il me donna bientôt des preuves » de la réalité de sa maladie. Les cuisses couvertes de taches livides, la » putridité de ses gencives, le sang qu'elles versaient et la puanteur de son » haleine me convainquirent que j'avais méconnu sa maladie et que par » conséquent je l'avais mal traitée :

» *At aliquis malo fuit usus in illo.*

» Mais ce fut un mal pour un bien. Le scorbut commença à régner, et je » profitai de ma première faute. Il se manifestait d'abord par une lassitude, » une difficulté de respirer après le moindre mouvement un peu prompt, » un certain goût désagréable dans la bouche; les gencives devenaient » bientôt après spongieuses, douloureuses et putrides; elles saignaient » pour peu qu'on les touchât; l'haleine répandait une odeur fétide. Les » malades ressentaient toujours des douleurs dans les cuisses, souvent » dans les jambes, quelquefois dans les lombes, rarement dans les bras; » ces parties étaient quelquefois couvertes de taches pourprées qui devenaient noires et s'élargissaient à mesure que la maladie augmentait. La » partie antérieure des jambes et des cuisses était promptement affectée. » J'ai vu des cas où les jambes étaient entièrement livides et les cuisses » couvertes de taches extrêmement rapprochées. L'enflure de ces parties » n'était pas très considérable; elles étaient cependant plus dures que » d'ordinaire, et si douloureuses que, pour peu qu'on y touchât, le malade jetait les hauts cris. Si l'on ne remédiait à ces symptômes, le » visage devenait extrêmement pâle, les dents vacillaient dans leurs alvéoles, le palais et le gosier s'ulcéraient, la difficulté de respirer augmentait; le malade s'affaiblissait, il dormait peu; les cicatrices des anciens ulcères se rouvraient; il poussait des cris lorsqu'on le remuait sur » son lit et tombait quelquefois en syncope, lorsqu'il faisait quelques mouvements, etc., etc.

» On appelle cette maladie, dans plusieurs parties de l'Écosse, *black-leg* » (jambe noire), elle a été souvent très épidémique et a causé de grands ravages parmi ceux qui travaillent aux mines à Stroutian, dans la province » d'Argyle. »

Lind, Traité du scorbut, t. II, p. 271.

Relation de la maladie qui régna parmi les troupes impériales en Hongrie, envoyée au collège de médecine de Vienne, par Jean-Georges-Henri Kramer, an 1720.

« La calamité qui afflige les troupes impériales n'est point cette espèce » de scorbut décrite par Engalenus et plusieurs auteurs. Elle en diffère » par trois particularités :

» 1° Elle n'est point contagieuse, car aucun officier n'en est attaqué; » elle règne seulement parmi les régiments qui se nourrissent d'aliments » grossiers.

» 2° C'est une maladie secondaire et non idiopathique; elle attaque ceux » qui viennent d'essuyer des fièvres et principalement ceux qui ont eu des » rechutes fréquentes.

» Elle n'est point accompagnée de cette variété de symptômes décrits » par les auteurs. Les apparences de cette maladie sont à tous égards constamment uniformes.

» Dans la première période, les gencives sont tuméfiées, couvertes de » taches livides et saignent facilement. Elles deviennent ensuite extrêmement putrides, l'haleine est puante et les dents tombent. Dans la » deuxième période, le genou est la plupart du temps contracté, de sorte » que le malade ne peut point étendre la jambe. On éprouve, dans cette » articulation et souvent dans les autres, des douleurs lancinantes. Les » genoux contractés s'enflent aussi, et les tendons du jarret deviennent » extrêmement roides et douloureux.

» La peau se couvre d'extravasations bleuâtres, entremêlées de petites » éruptions miliaires, les yeux et les autres parties du corps se couvrirent » dans l'espace d'une nuit de grandes taches livides; il semble que le malade ait reçu de violentes contusions. Ces taches sont entièrement indolentes.

» Les muscles des jambes et des cuisses et même des joues deviennent » extrêmement enflés et durs; leur dureté est quelquefois portée au dernier » degré. Ces tumeurs ainsi que les larges ecchymoses ne suppurent jamais. » Le pouls est fréquent, petit et dur. L'urine est rouge est dépose un sédiment épais et inégal.

» Si le malade continue à se nourrir d'une nourriture grossière (comme » c'est le cas de plusieurs de nos soldats, faute des commodités nécessaires), » la maladie parvient à sa dernière période. Les gencives et les joues s'enflent prodigieusement; les mâchoires tombent en gangrène ou l'os maxillaire se carie. Ces deux symptômes sont incurables. La respiration devient » si difficile que les malades tombent en syncope au moindre mouvement » qu'ils font, et souvent ils meurent subitement en se promenant.

» Ordinairement cette difficulté de respirer devient extrême avant la » mort. Le malade n'est point cependant tourmenté de la toux et ne crache » point. Les hydropisies de toute espèce et les enflures œdémateuses accompagnent les dernières périodes de cette maladie. Si lorsque le malade » est couché, la tête est dans une situation déclive, le visage devient si enflé dans une demi-heure, qu'il ne peut pas ouvrir les yeux. Ces sortes » d'enflures disparaissent souvent et reviennent. Le malade est sujet à de » copieuses hémorrhagies du nez, et enfin à une diarrhée ou à une dyssenterie qui le mène au tombeau. Dans le commencement de la maladie » l'appétit et la soif sont dans l'état naturel; vers la fin la soif augmente et » l'appétit disparaît, etc., etc. »

Plus loin, l'auteur ajoute :

« Le scorbut attaque seulement ceux qui, après des fièvres et de fréquentes rechutes, faisaient usage d'une nourriture grossière et visqueuse. » Aucun officier par conséquent n'en fut affecté, non plus que les dragons » qui ayant meilleure paye vivaient mieux que les autres soldats.

» Lorsque par imprudence on saignait les scorbutiques dans le dessein de » diminuer leur difficulté de respirer, il ne se faisait point de séparation » dans le sang tiré des veines, et sa superficie se couvrait d'une pellicule » blanche et graisseuse, etc., etc. L'orthopnée, l'hydropisie et la dyssenterie qui accompagnent la dernière période rendent souvent la maladie » incurable. Pour ce qui est des douleurs, elles se font sentir également le » jour et la nuit et ne sont point augmentées par la chaleur du lit, etc.

THÉRAPEUTIQUE.

Inoculation thérapeutique du virus syphilitique contre une maladie syphilitique grave et rebelle; par le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

Depuis plusieurs années, l'attention des médecins est fixée sur les antagonismes morbides, à l'occasion surtout du remarquable travail où M. le docteur Boudin s'efforça de montrer une sorte de répulsion entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire. Quoique cette opinion ait perdu, de nos jours les apparences de fondement qu'elle offrit d'abord, néanmoins elle n'a point entraîné l'abandon du principe lui-même; mais

au contraire, elle en a démontré la réalité, en la limitant dans les bornes de l'expérience passée. Ainsi on a reconnu la justesse des antagonismes morbides et des substitutions morbides dans l'influence bien connue de la vaccine sur la variole. Fernel s'écriait au lit d'un monarque : « Dieu ! si je pouvais lui donner la fièvre ! » On sait que les anciens, et parmi les modernes Pujol (de Castres), Cl.-L. Dumas, Pages, etc., ont considéré le travail fébrile comme propre à dissiper des lésions diverses. Combien de fois les praticiens désirent découvrir, dans un état morbide grave, une fièvre maligne, une fièvre pernicieuse, une névrose, etc., le génie périodique !

L'expérience apprend, en effet, que l'élément périodique peut tenir sous sa dépendance toutes les lésions fluxionnaires, inflammatoires, spasmodiques, fébriles, hémorrhagiques, etc. Aussi les plus grands cliniciens se sont parfois efforcés de provoquer au sein de l'économie vivante le développement de l'affection périodique, afin de détruire ensuite avec elle les affections les plus rebelles, exemples remarquables d'une modification curatrice déterminée par l'introduction d'une nouvelle affection morbide dans l'homme déjà malade.

D'après un pareil principe physiologique, J. Hunter pratiqua l'inoculation du virus syphilitique à des ulcères rebelles, quoique non vénériens (1); d'autres praticiens ont inoculé le virus de la gale pour guérir une affection psorique rebelle (2). Percy, Martin (de Vienne), MM. Lagneau, Ricord, etc. (3), ont inoculé avec succès le virus syphilitique chez des personnes atteintes de maladies vénériennes graves et rebelles. Guidé par le principe de la substitution curatrice des affections morbides, encouragé par l'exemple de ces praticiens distingués, nous avons tenté de nombreux essais pour combattre les maladies cancéreuses, dartreuses, les maladies vénériennes opiniâtres, à l'aide du virus syphilitique, et nous avons fait de cette grave question l'un des sujets de notre enseignement et de nos premières publications. Notre intention est de nous borner aujourd'hui à faire connaître un exemple de l'heureuse influence de cette ressource thérapeutique contre les ulcères rongeants les plus rebelles et les plus considérables.

ULCÈRES SYPHILITIQUES AYANT DÉTRUIT UNE GRANDE PARTIE DE LA VERGE, DU SCROTUM, DE LA PEAU DU PÉRINÉE, DES AINES, DE L'HYPOGASTRE, MALGRÉ LES REMÈDES LES PLUS VARIÉS PENDANT PLUSIEURS ANNÉES ; INOCULATION DU VIRUS SYPHILITIQUE ; GUÉRISON RAPIDE. (Observation recueillie par M. le docteur H. BATLLE et A. DELPECH, chef de clinique.)

OBS. — M. Piedfort, officier, âgé de 38 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution forte, présente sur toute la région hypogastrique des ulcères phagédéniques dont l'origine remonte au 12 septembre 1847. Trois ans auparavant, il avait eu des chancres et deux bubons, qui furent guéris, les premiers après quinze jours de traitement local, les seconds après cinquante jours, au moyen de frictions mercurielles. Jusqu'au 12 septembre 1847, il ne présenta pas de symptômes syphilitiques. A cette époque il eut deux chancres, situés, l'un sur le filet, l'autre sur le côté droit de la couronne du gland. Il resta quatre mois sans faire de traitement. Au bout de ce temps, il entra à l'hôpital d'Alger. Quinze jours après son entrée, le chancre qui était sur le gland avait été guéri au moyen du nitrate d'argent ; celui du filet faisait toujours des progrès, principalement en profondeur, suivant dans sa marche le trajet du canal de l'urètre. Six mois après, le malade urinait par une ouverture fistuleuse, qui se trouvait à 2 centimètres au-dessous du filet. Le fourreau de la verge était conservé ; mais on voyait les parois du canal, que s'était fait le chancre, ulcérées et épaissies. Deux mois après, le chancre continuant à faire des progrès le long de l'urètre, il y eut une seconde ouverture fistuleuse vers le milieu de la verge. La peau était décollée et indurée, on l'incisa et on l'enleva avec les ciseaux. Le corps caverneux, soumis à un travail d'ulcération qui augmentait toujours, fut bientôt entièrement détruit, et le chancre continuant ses progrès, l'ouverture fistuleuse se trouva à la racine du scrotum.

Le travail ulcératif s'étendit à droite et à gauche de la verge, et lorsque M. Piedfort entra à l'hôpital Saint-Éloi, toute la région hypogastrique présentait un large ulcère phagédénique, d'un aspect blafard, donnant du pus sanieux et sanguinolent. Les douleurs ont toujours été assez vives ; elles augmentaient pendant la nuit. La maladie a présenté de fréquentes rémissions dans sa marche : ainsi l'ulcération cessait de faire des progrès pendant cinq à six jours ; la cicatrisation tendait à se faire. Au bout de ce temps de rémission, le travail ulcératif continuait à faire des progrès, cessait de nouveau, et ainsi de suite. Pendant le séjour de M. Piedfort à l'hôpital Saint-Éloi, j'ai pu constater ces alternatives dans la marche de l'ulcération.

Quant au traitement, M. Piedfort a pris des pilules de proto-iodure de mercure pendant un mois ; de la liqueur de Van Swieten, trois mois ; des pilules de protochlorure de mercure, deux mois ; de l'iodure de potassium, jusqu'à 4 grammes par jour ; de la tisane de Feldtz, et enfin quelques pilules de fer et des anérères.

(1) TRAIT. MAL. VÉNÉR., trad. 1787, p. 22.
(2) Legonas, PRINCIPES CHIR., 6e édit., p. 600 ; Gibert, TRAIT. MAL. PEAU, 2e édit., p. 135.
(3) TRAIT. MAL. VÉNÉR., p. 190.

1er octobre 1851. L'inoculation syphilitique est pratiquée sur deux points de la partie externe et moyenne de la cuisse gauche.

2. 2 cuillerées vin amer ; pansement des ulcères phagédéniques avec la décoction d'écorce de chêne ; le quart pour régime.

3, 4, 5, 6, 7, 8. Même traitement.

9. Même traitement. Sur l'un des deux points de la cuisse où l'inoculation a été faite, s'est développé un chancre qui a acquis le diamètre d'un pois ; sur l'autre point est une pustule.

10. A quatre heures du soir, fièvre, céphalalgie, sommeil troublé par des rêvasseries. (Même traitement ; même régime.)

11. Le malaise continue. (Mêmes prescriptions.)

12. *Idem.*

13. Encore un peu de mal de tête ; peu d'appétit ; dégoût. Les deux points inoculés sont le siége de chancres dont le diamètre est plus grand que celui d'un pois. (Mêmes prescriptions.)

14. État général revenu à ce qu'il était avant l'inoculation. Les ulcères phagédéniques diminuent un peu d'étendue. (Mêmes prescriptions.)

15. *Idem.*

16. Afin que le meilleur état des plaies ne puisse pas être attribué au pansement avec la décoction d'écorce de chêne, on prescrit le pansement avec le cérat. On continue les 2 cuillerées de vin amer. Meilleur aspect des ulcères phagédéniques.

17. 2 cuillerées vin amer ; le quart pour aliments.

18. Mêmes prescriptions. Les ulcères phagédéniques ont commencé à se cicatriser sur les bords.

19. Mêmes prescriptions.

20, 21, 22. *Idem.*

23. 30 grammes vin de quinquina ; 2 pilules de Plinck.

24. *Idem.* Le travail de cicatrisation paraît s'être arrêté depuis quelques jours.

Mêmes prescriptions jusqu'au 1er novembre.

M. le professeur B*** prend le service le 1er novembre.

Du 1er au 25 novembre, les prescriptions sont : le quart ; 30 grammes vin de quinquina ; 2 pilules de Plinck ; pansement avec le vin aromatique. Le 25, on suspend les pilules de Plinck.

A cette époque, un érysipèle envahit la peau du scrotum et la fièvre se déclare. Cet accident persiste du 26 au 30 novembre. (Prescriptions pendant ce laps de temps : 2 bouillons, semoule, 2 crèmes de riz, chiendent nitré, 1 verre petit-lait, lait (*bis*), tisane de guimauve.)

Du 1er au 4 décembre (d'après le récit qui nous en a été fait plus tard par le malade), pendant que l'érysipèle tendait à sa guérison, il y eut une amélioration rapide dans les ulcères, tellement que le 4 décembre, ils étaient à moitié guéris.

Le 3 décembre, on commença un traitement par le muriate d'or. Voici quelles furent les prescriptions pendant le mois de décembre.

Du 1er au 3, demi-quart ; 30 grammes vin de quinquina ; 1 verre petit-lait ; lait (*bis*).

Du 3 au 7, demi-quart ; 30 grammes vin de quinquina ; 1 verre petit-lait ; lait (*bis*) ; 1 dixième de grain muriate d'or ; tis. salsepareille ; looch.

Du 7 au 13, *idem*, sauf le petit-lait, qui est retranché.

Du 13 au 19, on retranche le lait, et on donne 1 huitième de grain de muriate d'or ; le quart pour aliments.

Du 19 au 28, on porta la dose de muriate d'or à un 7e de grain.

Du 28 au 30, un 6e de grain de muriate d'or.

La cicatrisation des ulcères fit des progrès pendant tout ce temps là jusqu'au 1er janvier 1852, où la guérison fut complète. A mesure que l'état local s'améliorait, l'état général devenait aussi plus satisfaisant ; ainsi le malade reprenait l'appétit et trouvait assez de force pour quitter son lit et se promener dans les salles. Quand la cicatrisation a été complète, il a pu sortir de l'hôpital et se promener dans la ville sans autre inconvénient qu'un peu de gêne dans la marche.

Cet officier a quitté l'hôpital le 9 mars 1852.

On remarquera sans peine l'extension désespérante de cet ulcère phagédénique, l'inefficacité des remèdes locaux et généraux les plus divers, la persistance du même état morbide jusqu'au moment où les chancres inoculés se sont développés ; alors la modification éprouvée par l'organisme vivant se manifeste par une perturbation fébrile qui persista pendant un septénaire environ.

A ce moment les ulcères phagédéniques prennent un meilleur aspect ; la cicatrisation se prononce de plus en plus sur les bords pendant près de trois semaines. Dès lors et afin de combattre le nouveau vice syphilitique que l'inoculation vient de déterminer, nous prescrivons l'administration des préparations mercurielles.

Il nous paraît évident que l'inoculation syphilitique a mis fin aux progrès des ulcères phagédéniques et a déterminé un mouvement inverse, c'est-à-dire vers la cicatrisation.

La survenance d'une affection accidentelle, dont l'érysipèle a été l'expression, a dû troubler cette impulsion curatrice ; mais dès que cet accident a cessé et que l'érysipèle s'est effacé, la cicatrisation des ulcères phagédéniques a repris son impulsion première à laquelle peut-être les mercu-

riaux n'out pas été alors indifférents. La cicatrice était à moitié formée quand, le 3 décembre, on a recours au chlorhydrate d'or; mais déjà la guérison était complète au 1er janvier suivant, c'est-à-dire vingt-sept jours après la première administration des aurifères, temps pendant lequel cet officier avait pu prendre 10 centigr. environ de muriate d'or.

En supposant que les préparations aurifères aient été réellement données, il nous paraîtrait étrange d'attribuer à ce dernier remède une guérison déjà à moitié faite au moment de leur prescription, déterminée depuis plusieurs semaines par un moyen insolite, et alors que tous les médicaments, même les aurifères, avaient été tentés sans succès. Il est bon, du reste, de faire remarquer que cet officier reconnaissait hautement et devant les élèves que sa guérison dépendait de l'inoculation.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN CAS DE GASTRORRHAGIE SYMPTOMATIQUE D'UNE SPLÉNOMÉGALIE; communiquée par M. le docteur E. ROBERT, médecin à Landrecies (Nord).

OBS. — Le sieur M..., tailleur, âgé de 53 ans, père de quatre enfants, demeurant à Landrecies, était jadis doué d'une excellente constitution, à laquelle des veilles nombreuses, des excès de boisson et de femme avaient déjà porté d'assez graves atteintes pour mettre ses jours en danger.

Il existe derrière les murs d'enceinte de la ville une vaste mare d'eau boueuse et stagnante, qui est en même temps le réceptacle des immondices fournies par une caserne où séjourne tout un escadron de cavalerie.

M... avait loué ce prétendu étang et l'avait converti en vivier dans lequel il se livrait avec passion au plaisir de la pêche, séjournant au toute saison, presque un, durant plusieurs heures, au milieu des miasmes putrides exhalés par cette eau infecte.

Le 16 août dernier, à trois heures du matin, je fus appelé auprès de M..., si faible, disait-on, qu'on craignait qu'il ne fût trépassé avant mon arrivée chez lui. Je m'enquis en route des antécédents du malade, et j'appris que depuis quatre jours il n'avait cessé de se gorger de cidre, que la veille il s'était rendu à son jardin, d'où, après une grande faiblesse qu'il avait éprouvée, on avait dû le ramener chez lui; un léger mieux s'était d'abord manifesté dans la soirée, mais les accidents venaient de se reproduire.

A mon arrivée, je trouvai M... assis sur son séant; ses traits portaient l'empreinte d'une extrême pâleur, ses lèvres surtout et ses oreilles semblaient de cire, les extrémités étaient froides et imbibées d'une sueur visqueuse; le pouls était à 120, la respiration des plus pénibles, et le malade dans un état de faiblesse extrême.

Je percutai les principaux organes; le foie était considérablement revenu sur lui-même, le cœur petit, les poumons refoulés en haut; la rate, enfin, présentait 12 centim. dans le sens vertical.

J'examinai ensuite l'abdomen; les intestins étaient presque vides; il s'y faisait seulement entendre quelques gargouillements; j'appris en même temps que M... avait été pris d'une entérorrhée intense depuis quatre jours; la dépression que présentait le ventre m'offrit un contraste frappant avec une voussure très-prononcée sise à la région épigastrique.

Je percutai l'estomac, et la matité, le bruit hydraérique m'accusèrent bientôt sa distension énorme par une grande quantité de liquide. Il en résultait une anadiaphragmie, cause de la grande gêne que j observai dans l'acte respiratoire.

M... ne pouvait imprimer aucun mouvement à sa tête sans qu'il en résultât une faiblesse; ne pouvant m'expliquer cet état d'anencéphalémie que par une perte de sang considérable, je fus immédiatement porté à diagnostiquer une gastrorrhagie. Dans le but de m'en assurer, je prescrivis immédiatement 1 décigramme de tartre stibié en lavage; l'ingurgitation d'une première tasse de ce vomitif fut immédiatement suivie d'un abondant vomissement de sang, et, pendant que s'opérait cette évacuation, cherchant à remonter à la pathogénie de cet accident, je resongeai à ma rate de 12 centimètres, et crus pouvoir préjuger qu'il y avait corrélation entre ces deux états organopathiques; c'était une indication pour le traitement. Une fois le vomissement arrêté, j'administrai 1 gramme de sulfate de quinine rendu soluble par l'acide sulfurique; j'avais surtout été encouragé à recourir à cette médication en apprenant de M... qu'il avait éprouvé plusieurs fois des accès de fièvre parfaitement caractérisés.

Le plessimétrisme de la rate m'apprit, après cinq minutes, que cet organe n'avait plus que 9 centimètres. Satisfait de ce résultat, je me promis de recourir au même moyen; en attendant, je m'attachai à remplir les indications les plus pressantes; pour combattre l'anencéphalémie, je fis coucher le malade le plus horizontalement possible; je lui administrai la limonade sulfurique froide comme hémostatique.

Durant toute la journée, jusqu'au lendemain 17, il n'y eut plus que deux vomissements colorés cependant en rouge foncé; je crus opportun de recourir à une nouvelle dose de sulfate de quinine qui fut administrée, je recommandai de nouveau la position, la limonade et la diète d'aliments.

Le 18, on me présenta une selle du malade; c'était de véritable melœna, en sang noir laissant déposer une matière pulvérulente de même couleur; d'après ses caractères, j'admis qu'une portion du sang contenu dans l'estomac avait franchi le pylore et traversé les intestins assez rapidement; la rate était remontée à 7 centimètres! Espérant qu'elle ne se gonflerait plus de nouveau et qu'aucune nouvelle gastrorrhagie ne surviendrait, je me contentai d'user des mêmes moyens.

Le 19, une nouvelle selle provoquée par un lavement légèrement purgatif me fut présentée, et grande fut ma terreur, quand j'y vis mêlé, à ce même sang noirâtre, quelques flocons imitant la *lavure de viande*; je songeai à quelque carcinie de l'intestin; mais la palpation et la percussion la plus attentive ne me firent rien reconnaître.

Le 20, les mêmes phénomènes furent observés, seulement l'examen plus attentif des petits flocons objets de mes craintes me les fit reconnaître pour de légers filets de fibrine coagulée et comme organisée.

Le 21, la preuve de cette réalité et de la non-existence de carcinie se révéla; une nouvelle selle me permit d'observer une masse noirâtre, comme spongieuse et écumeuse, qui s'affaissa une heure après en un liquide noir dans lequel n'existait plus de fibrine; j'en conclus que j'avais affaire à une partie de sang qui, à sa sortie de l'estomac, avait subi dans les intestins un commencement de digestion.

Jusqu'au 24 je pus encore observer quelques selles identiques dont la quantité allait constamment en décroissant. J'avais eu soin, aussitôt que l'état du malade me l'avait permis, de lui faire avaler dans la journée de temps en temps une cuillerée de bouillon consommé, un peu de vin généreux, et toujours de la limonade froide.

Enfin, le 25, on me montra une selle parfaitement jaunâtre et bilieuse. Je trouvai le moment propice pour recourir aux toniques analeptiques, mais l'état de la langue, que l'on eût prise à son aspect pour un morceau de viande macérée, ôtait tout appétit à mon malade; j'eus recours, pour le soutenir, à une potion à base d'extrait de quinquina, que je fis administrer par cuillerée; et insensiblement j'arrivai ainsi aux potages, aux viandes blanches, me réglant toujours sur l'état de l'intestin.

Enfin, le 5 septembre, aucune hémorrhagie n'étant revenue, l'angibrome fonctionnant à merveille, je prescrivis les ferrugineux, et aujourd'hui mon malade, bien que légèrement hyperémique, reprend ses forces, et tout porte à croire qu'elles ne tarderont pas à lui revenir.

Le but de cette observation est de faire ressortir une fois de plus l'importance de la percussion plessimétrique dans toute espèce de maladie; sans elle, en effet, je n'eusse pas découvert cette splénomégalie qui, pour moi, a été le point de départ de la gastrorrhagie, et mon traitement se serait pour sûr ressenti de cette omission.

Une autre remarque est encore à signaler, à propos de cette même observation, c'est l'efficacité incontestable de la limonade sulfurique froide comme hémostatique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de janvier et d'avril contiennent les articles originaux suivants: 1° *Notes médico-chirurgicales recueillies pendant la guerre avec le Mexique*; par M. John B. Porter. 2° *Observations d'empyème, avec remarques spécialement en ce qui concerne la thoracentèse*; par M. W. Pepper. 3° *Rapport sommaire sur les maladies observées à bord du* Cumberland *pendant une croisière sur la Méditerranée de juillet 1849 à juillet 1851*; par M. Edward R. Squibb. 4° *Sur le traitement de la fistule vésico-vaginale*; par M. J. Marion Sims. 5° *Remarques sur l'atelectase des poumons, ou expansion imparfaite et collapsus du tissu pulmonaire chez les enfants*; par M. J. Forsyth Meigs. 6° *Extraits des rapports de la Société de Boston pour le progrès de la médecine*; par M. Wm W. Morland. 7° *Sur le renouvellement de la lactation après un arrêt prolongé*; par M. Arriel Ballou. 8° *Des relations des médecins experts avec la loi et les législes*; par M. Samuel Parkman. 9° *Cas d'ossification du placenta, rencontré plusieurs fois chez la même femme*; par M. Charles Garrisson. 10° *Cas d'empoisonnement par l'huile de tanaisie à la dose d'une once, 3 gros; mort au bout de trois heures et demie*; par M. John Dalton. 11° *Cas de fièvre puerpérale traitée avec succès par l'opium à haute dose*; par M. Wm Kelly. 12° *Observation de* delirium tremens *traité avec succès par le chloroforme à l'intérieur*; par M. Stephen Pratt. 13° *Remarques sur l'inflammation scrofuleuse des poumons et l'induration pulmonaire, spécialement sous le rapport de la ressemblance plus ou moins fréquente de ses signes physiques avec ceux de la phthisie tuberculeuse*; par M. Wm Pepper. 14° *Sur la respiration*; par M. John W. Draper. 15° *Sur l'épanchement pleu-*

rétique et la nécessité de la thoracentèse; par M. Henry Bowditch. 16° *Sur le traitement rationnel de l'inflammation aiguë*; par M. E. B. Haskins. 17° *Études microscopiques et hystologiques sur l'enchondrome*; par M. W. J. Burnett. 18° *Cas de chirurgie*; par M. J. Fréd. May. 19° *Sur le typhus fever qui a régné à Baltimore pendant l'hiver de 1850-51*; par M. James Wyne. 20° *Cas de médecine et d'obstétrique*; par M. J. Yong. 21° *Cas d'hémorrhagie par l'ombilic, après la séparation du cordon*; par M. W. C. Bailey. 22° *Cas de cauchemar causé par l'allongement de la luette*; *guérison obtenue par des astringents administrés pour une attaque de choléra*; par M. J. H. Ranch.

OBSERVATIONS D'EMPYÈME, AVEC REMARQUES CONCERNANT SPÉCIALEMENT LA THORACENTÈSE; par M. W. PEPPER.

DE L'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ET DE LA NÉCESSITÉ DE LA THORACENTÈSE; par le docteur HENRY BOWDITCH.

L'application de la paracentèse à l'épanchement thoracique comprend deux questions distinctes: la première relative à l'opportunité même de l'opération; la seconde concernant la méthode et le procédé opératoires.

Qu'il y ait avantage à soustraire une masse de liquide qui gêne la respiration et la circulation, qui déprime le poumon et tend à le carnifier, cela ne fait plus doute aujourd'hui. Si la nécessité de l'opération n'est pas établie pour tout le monde à l'égard des simples suffusions séreuses, surtout quand elles ne sont pas très-considérables ou qu'elles sont l'effet d'une pleurésie *aiguë*, elle ne saurait être contestée en présence d'épanchements purulents qui, aux inconvénients ordinaires de la compression du poumon et du cœur, joignent le danger de la résorption et de la fièvre hectique consécutive. Sous le premier rapport, les mémoires de MM. Bowditch et W. Pepper ne font qu'apporter de nouveaux témoignages en faveur d'une pratique depuis longtemps fondée en France et répandue dans beaucoup d'autres pays. On s'étonne seulement que les deux auteurs paraissent si peu au courant de la véritable origine de cette pratique; que le premier, par exemple, qui a cru devoir dresser une sorte d'historique de la question, ne trouve aucune indication à rappeler, aucun nom à mentionner, au delà de 1840. Après Laennec et Récamier qui ne se louaient pas beaucoup de la thoracentèse, MM. Hughes, Cock et Trousseau seraient, au dire de M. Bowditch, les restaurateurs de l'opération conseillée et pratiquée par Hippocrate.

Sur la question de méthode, sur ses principes et ses procédés, les deux auteurs ne paraissent pas beaucoup mieux renseignés. M. Pepper ne se préoccupe en aucune façon de la communication de la plèvre avec l'air extérieur et ne connaît rien de mieux pour l'opération que l'ouverture avec une lancette ou, si le liquide est trop épais pour sortir par cette voie, la ponction avec le trocart ordinaire. M. Bowditch veut bien reconnaître que l'entrée de l'air est nuisible quand elle est permanente ou se répète trop souvent; néanmoins il se sert ordinairement d'un trocart, avec lequel il ponctionne directement, sans prendre aucune précaution; et quand il lui arrive d'ajouter à la canule une pompe aspirante, c'est uniquement pour faciliter la sortie du liquide. Ni l'un ni l'autre des auteurs ne disent mot des principes de la méthode sous-cutanée, et M. Bowditch ne parle de l'instrument de M. Guérin que pour lui préférer celui de M. Higginson, *qui ne diffère du premier sous aucun rapport essentiel*; car le perfectionnement qui permet de ne pas dévisser la seringue pour la vider chaque fois que le piston a été levé, a été apporté par M. Guérin lui-même à son propre instrument, et M. Higginson n'a eu que la peine de l'imiter. Nous voulons croire que nos confrères ne connaissent pas mieux la méthode sous-cutanée qu'ils n'en ont l'air, et nous prenons acte de la position qu'ils se font à eux-mêmes dans le débat. Nous espérons que si cette méthode a un jour l'honneur d'arriver plus complétement à la connaissance de nos confrères, elle pourra modifier quelque peu leurs idées et leur pratique à l'endroit du traitement chirurgical de l'empyème.

Quant aux faits rapportés dans leurs mémoires, voici en quoi ils consistent.

M. Pepper raconte d'abord assez longuement deux observations d'épanchement pleurétique dans lesquelles la thoracentèse *aurait pu être appliquée*; mais elle ne l'a pas été. Dans une troisième, une piqûre est faite avec une lancette entre la sixième et la septième côte; il ne sort que quelques gouttes de liquide. Une ponction avec le trocart donne issue à une grande quantité de pus mêlé d'air. Le son qui, avant l'opération, était déjà tympanique, le devient dans une plus grande étendue; le pus continue à couler; le malade s'affaiblit et meurt au bout de quelques jours. On constate, à l'autopsie, que le poumon, dense et réduit de volume, est fortement retenu contre l'épine par des adhérences. Viennent enfin deux autres observations dans lesquelles l'épanchement purulent de la plèvre communiquait avec les bronches, conséquemment avec l'air extérieur; la thoracentèse n'a donc rien ajouté sous ce rapport aux effets propres de la lésion. Le premier sujet a été revu trois mois après l'opération; le second a été visité de temps à autre pendant dix-huit mois, et au bout de ce temps, l'ouverture thoracique donnait encore environ 2 onces de pus par jour. Quand cette fistule rendait moins, le pus sortait par les bronches; en sorte que la plèvre paraissait se vider chaque jour par une voie ou par une autre.

M. Bowditch, lui, rapporte huit observations. Il est à noter d'abord qu'il y en a trois où il ne s'agissait que d'épanchement séreux; on comprend d'autant mieux qu'aucun accident n'ait suivi la thoracentèse que l'ouverture, pratiquée avec un trocart, paraît s'être refermée presque aussitôt. Dans un autre cas, deux ponctions avec la lancette n'ont donné lieu à la sortie d'aucun liquide, et l'auteur se borne à dire qu'il n'en est pas résulté d'accidents. Restent donc seulement quatre cas d'épanchement purulent. Dans l'un d'eux, l'opération n'a pas empêché des accidents multiples de se développer et le sujet n'a été décidément mieux qu'après l'expectoration d'une certaine quantité de pus (vomique). Dans un autre, le sujet a succombé après avoir eu un abcès à la région sacrée et un autre qui communiquait avec la poitrine. Le troisième sujet est mort vingt heures après une ponction qui avait amené un liquide trouble et sanguinolent. Enfin le quatrième est le seul qui paraisse avoir retiré un bénéfice réel de l'opération; celle-ci avait été pratiquée avec le trocart armé d'une seringue. Le texte ne dit pas que l'ouverture soit restée béante.

SUR LE TRAITEMENT DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE; par le docteur J. MARION SIMS.

Après un rapide historique de tout ce qui a été jusqu'ici tenté contre la fistule vésico-vaginale, après avoir rendu un hommage tout particulier à l'*autoplastie par glissement* imaginée par M. Jobert et tant de fois appliquée avec succès, l'auteur arrive à une description très-longue, très-minutieuse de son propre procédé. Nous disons *son procédé* et non sa méthode, parce qu'il ne s'agit pas ici de principes nouveaux, mais seulement d'un perfectionnement de la suture, portant sur tous les temps de l'opération, et même sur les soins consécutifs, mais qui permettrait surtout d'affronter plus exactement les bords avivés de la fistule et de les tenir plus solidement en place sans danger de déchirure. Ce serait une amélioration apportée au procédé de M. Mettauer (AMER. JOURN. OF THE MED. SC., juillet 1847), qui paraît avoir obtenu plusieurs succès au moyen de la suture avec des fils de plomb. Voici le procédé de M. Sims, que le lecteur pourra comparer avec celui de M. Mettauer dont nous avons donné la description, année 1847, p. 891.

La malade est placée à genoux sur une table, la tête et le tronc fortement penchés en avant, les fesses élevées, les genoux séparés par un intervalle de 6 à 8 pouces, les grandes lèvres et parties molles voisines écartées par les mains de deux aides. L'aide placé derrière la malade et à droite de l'opérateur, introduit dans le vagin un *levier-speculum*, sorte de spatule recourbée à ses deux extrémités. L'extrémité la plus large ayant embrassé la paroi postérieure du vagin, l'aide empoigne la courbure supérieure et tire de bas en haut pour agrandir le diamètre antéro-postérieur de la cavité, en effaçant presque entièrement le périnée. Une petite glace placée sur la table, également à la droite de l'opérateur, reflète vers le vagin les rayons de lumière dont une partie, rencontrant du côté du rectum la surface brillante du levier, vient tomber sur le septum vésico-vaginal et l'éclaire parfaitement. L'opérateur saisit alors un ténaculum fin, à tige allongée, et accroche le bord de la fistule dont il détache une étroite lisière à l'aide d'un bistouri étroit glissé entre le ténaculum et les tissus, ayant soin de changer le crochet de place autant de fois qu'il est nécessaire. Si l'ouverture anormale était assez large pour permettre la hernie de la muqueuse vésicale, on tiendrait celle-ci, pendant le temps de l'avivement, repoussée dans la vessie à l'aide d'une petite éponge montée sur une tige longue et tenue par un aide. L'avivement terminé, on attend quelques minutes afin de laisser à l'hémorrhagie le temps de s'arrêter, et l'on procède à la ligature. On se sert à cet effet d'une tige très-malléable, pouvant prendre à volonté toutes les courbures, et terminée par un fer de lance percé d'un œil près de sa pointe. Une anse de fil de soie étant passée dans ce trou, les deux chefs pendants et d'égale longueur, le fer de lance est plongé à un demi-pouce d'une des lèvres de la plaie, ramené dans la cavité vaginale en traversant encore la même lèvre, mais tout près du bord, enfoncé dans le bord de la lèvre opposée et ramenée encore dans le vagin à un demi-pouce de distance. Un crochet mousse est passé derrière le fer de lance pour empêcher celui-ci de blesser la muqueuse pendant qu'on attirera l'un des chefs du fil dans la cavité vaginale, ce qu'on exécute aisément en le saisissant avec le ténaculum. On passe de la même manière autant de fils que l'exige la longueur de la plaie. Mais ces fils de soie, une fois serrés, couperaient les tissus; il est nécessaire d'y substituer des fils métalliques, comme le fait M. Mettauer. Seulement, M. Sims préfère l'argent au plomb. Un fil d'argent est donc attaché au chef qui vient

d'être attiré dans le vagin et qui est celui dont le point d'émergence est le plus profondément situé ; il suffit, pour lui faire parcourir en sens inverse le chemin qu'avait suivi le fil de soie, de tirer sur le chef resté libre. Pour que les bords de l'ouverture par laquelle doit s'introduire le chef métallique ne soient pas déchirés, M. Sims a l'habitude de le tenir soulevé sur une sorte de fourche qui forme poulie, jusqu'à ce qu'il soit en place. Les deux extrémités sont alors pendantes hors de la vulve. Quand tous les fils métalliques sont posés, on fixe, au moyen de deux ou trois tours, les chefs les plus éloignés sur ce qu'on appelle, en terme d'architecture, un *clamp* ou barre de bois ; puis on tire sur les chefs les plus rapprochés jusqu'à ce que la barre soit venue s'appliquer fortement contre les tissus. On se sert encore ici d'une fourche, mais dont la pièce d'appui est rectiligne, au lieu d'être courbe comme la première, et assez longue pour embrasser tous les fils à la fois. Enfin, les chefs libres sont passés dans autant de trous préalablement pratiqués dans un autre clamp, puis à travers des grains de plomb perforés; clamp et grains de plomb sont ensuite poussés jusqu'à rapprochement parfait des lèvres de la plaie, au moyen d'une forte pince qui sert également à aplatir le fil à sa sortie du grain de plomb et à le transformer en une espèce de clou. L'auteur désigne ce mode de suture sous le nom de *suture à clamp* (*clamp suture*).

Il entre encore dans quelques détails concernant les soins consécutifs, et décrit quelques nouveaux instruments de son invention, notamment un cathéter à siphon ; mais ce qui précède résume suffisamment la partie essentielle du travail.

Les chirurgiens se sont en général si mal trouvés de la suture appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales, qu'on ne peut s'empêcher, malgré toutes les assurances de l'auteur, de suspendre son jugement sur la valeur du nouveau procédé jusqu'à production d'observations précises. Il réserve, dit-il, ce complément pour une autre occasion ; nous l'engageons fort à la saisir le plus promptement possible. La suture ne peut être efficace qu'autant qu'il ne passera plus une goutte d'urine par la fistule ; c'est l'auteur lui-même qui le dit. Le clamp appliqué le dernier peut-il être maintenu très-serré par l'aplatissement des fils d'argent à leur sortie des grains de plomb? Ou si cela est *possible*, cela est-il *facile?* C'est une question. En tout cas, la presque certitude de guérison par la méthode de M. Jobert nous paraît diminuer un peu l'importance du procédé de M. Sims, alors même qu'il serait capable de résultats assez satisfaisants.

SUR LE RENOUVELLEMENT DE LA LACTATION ; par le docteur ARRIEL BALLOU.

L'auteur se demande si, une fois la lactation établie, il est besoin de quelque condition particulière de l'utérus pour qu'elle se continue ; et il conclut par la négative en rapportant quelques faits destinés à établir : 1° que, chez certaines femmes, l'utérus reprend toutes ses fonctions sans que la lactation en soit notablement influencée; 2° que bien souvent des mères ayant cessé d'allaiter depuis plusieurs semaines, plusieurs mois, dont les seins s'étaient affaissés, ont vu leur lait revenir en présentant de nouveau l'enfant à la mamelle.

Ce retour d'une sécrétion éteinte, bien connue de tous les accoucheurs, est un des exemples les plus remarquables qu'on puisse citer de l'influence de la fonction sur l'organe. La glande mammaire a cessé de sécréter quand elle est restée inoccupée ; ou la rappelle à sa fonction propre et elle reprend son travail interrompu. Il y aurait là, si c'était le lieu, le sujet de considérations élevées, du genre de celles qu'a développées autrefois, dans ce journal même, M. J. Guérin.

OBSERVATION DE CAUCHEMAR CAUSÉ PAR L'ALLONGEMENT DE LA LUETTE ET GUÉRI PAR LES ASTRINGENTS, ADMINISTRÉS PENDANT UNE ATTAQUE DE CHOLÉRA ; par le docteur JOHN RAUCH.

Qu'un obstacle permanent au fond de la gorge, résultant de l'engorgement et de l'allongement de la luette, puisse donner lieu au cauchemar, il ne serait peut-être pas prudent de le nier; mais en a-t-il été ainsi dans l'observation de M. Rauch? Le lecteur en jugera.

OBS. — Un jeune avocat pâle, chétif, *extrêmement nerveux*, mobile dans ses impressions, tantôt très-gai, tantôt d'une morosité intraitable, présentait les symptômes suivants. Au moment de parler ou d'avaler, il était pris d'une contraction spasmodique, comme s'il eût eu à rejeter quelque chose de sa gorge. Ensuite, il pouvait parler et avaler librement. Depuis trois ans, il avait presque chaque nuit, et à deux ou trois reprises, le cauchemar. Ces accès étaient très-douloureux ; la sensibilité était extrême et la respiration presque impossible. Il ne pouvait ni se mouvoir ni parler. L'accès passé, il restait pâle et abattu. Sa santé générale était extrêmement altérée.

En août 1850, il eut une attaque de choléra, tellement violente que M. Rauch le crut plusieurs fois perdu. Quand il commença à aller mieux, le cauchemar disparut ; et depuis cette époque (quatre mois), il n'a eu que deux légers accès, venus aussitôt après un mal de gorge. Le volume de la luette a diminué de moitié, et la santé générale est satisfaisante. L'auteur ajoute qu'il a traité le choléra par les astringents.

Tant et de si graves accidents pour un gonflement de la luette, c'est quelque chose de peu commun dans la pratique. Il est certain, tout au moins, que le tempérament du jeune homme a joué un rôle considérable dans la production de l'affection nerveuse; et il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une telle affection eût disparu après une perturbation aussi violente que celle qui résulte d'une attaque de choléra. La luette a diminué de volume : cela est vrai ; mais il n'est pas bien sûr que le gonflement dont elle était atteinte n'était pas lui-même le *résultat* de ces accès de cauchemar, dans lesquels la respiration manquait.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

— M. SÉDILLOT lit un travail sur l'urétrotomie périnéale, appliquée au traitement des rétrécissements de l'urètre.

— M. BOUISSON présente une note sur un cas de réduction d'une luxation ancienne de la mâchoire inférieure au moyen du levier à plaques paraboliques.

Ces deux mémoires seront publiés intégralement dans l'un des prochains numéros.

SUR UN TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DU CHOLÉRA.

M. BURQ communique, sous ce titre, une note dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur une *nouvelle application des métaux à la médecine*, pour laquelle, vu les préoccupations générales qu'a fait naître la réapparition du choléra en Europe, il sollicite une appréciation très-prochaine.

Un jour, dit l'auteur, où nos affaires nous avaient appelé dans une importante fonderie de cuivre de la rue des Gravilliers à Paris, le hasard vint nous apprendre que tous les ouvriers et locataires de la maison, au nombre de plus de deux cents, avaient été respectés par le choléra aussi bien en 1832 qu'en 1849. Déjà à cette époque, nous eûmes à nous demander si les métaux n'avaient pas d'autres propriétés que celles dont nous les avions particulièrement dotés lors de la dernière épidémie, par nos expériences sur les nombreux cholériques de Cochin, du Val-de-Grâce, de l'Hôtel-Dieu. Plus tard cette même observation étant venue à se renouveler, notamment dans trois autres fonderies de cuivre de la même rue, nous n'avons eu ni trêve ni repos que nous ne soyons arrivé enfin à constater les propriétés remarquables que nous n'avions fait d'abord que soupçonner.

Pour obtenir ce résultat, M. Burq s'est livré à une enquête dont il énonce les résultats en ces termes :

1° Pendant les deux épidémies de choléra qui ont désolé la France en 1832 et 1849, les métaux, toutes les fois que nous avons pu le constater, ont généralement exercé dans toutes les professions où ils se manient sérieusement une influence qui n'a pas été moins heureuse, qu'elle est manifeste.

2° Cette influence, si évidente qu'on a lieu d'être étonné qu'elle n'ait produit qu'une observation ou insignifiante ou stérile, est surtout remarquable pour les différentes professions qui s'exercent sur le *bronze* et le *laiton* et, à un moindre degré, pour celles qui s'adressent aux diverses qualités d'acier, mais à mesure qu'on descend l'échelle des professions dont le sommet serait occupé d'un côté par les alliages de cuivre, de l'autre par les carbures de fer, et la base par ces deux métaux à leur plus grand état de simplicité, la mortalité cholérique va augmentant jusqu'à atteindre quelquefois pour le fer la moyenne, et pour le cuivre un chiffre assez élevé, sans que jamais cependant il arrive jusqu'aux limites de celle ci.

Ainsi pour 1,000 ouvriers sur l'acier qui en 1829 ont à peine fourni 3 à 4 morts à l'épidémie, on voit, par exemple, les seuls compagnons maréchaux-ferrants, au nombre de 200 à 250, en donner 5 pour leur compte; et si tous les ouvriers fabricants d'instruments de musique au nombre de 600 n'ont eu que 2 morts en 1832 et 1849, pour la seule chaudronnerie de Paris, qui occupe à peu près le même nombre de bras, nous avons retrouvé déjà un chiffre double, 4 ou 5 dans la mortalité de la dernière épidémie seulement.

3° La protection exercée par les métaux paraît avoir été de deux natures bien distinctes : PRÉVENTIVE et CURATIVE.

Préventive? elle a eu lieu sans doute *directement* par contact et en proportion même de la quantité du métal protecteur, *indirectement* par simple voisinage, comme pour tous les individus situés dans la sphère d'action d'un paratonnerre, c'est du moins de cette dernière façon, qu'on peut seulement expliquer la préservation considérable, qui a été commune à presque tous les locataires des fonderies de cuivre, et aux habitants des villes, villages et mines, où se trouvent de grandes masses de cuivre, à moins qu'on ne préfère l'attribuer aux migrations, que la fusion ou bien le travail des ateliers ferait subir au mé-

tal, soit sous la forme de particules très-ténues, soit en effluves d'une nature particulière.

4° La préservation cholérique nous a semblé appartenir au même titre à tous les métaux également bien placés dans l'échelle électrique, et si on la rencontre plus particulièrement dans le laiton et l'acier, c'est qu'il est probable que ces deux métaux jouissant au suprême degré des propriétés électriques et magnétiques, modifiaient heureusement les perturbations de même nature au sein desquelles le miasme cholérique peut seul peut-être exercer des ravages ; il est même bien remarquable à ce dernier point de vue qu'il nous soit arrivé de ne pas rencontrer la protection au même degré pour des industries, cependant similaires par la nature des métaux, précisément alors que, comme dans l'horlogerie, on prend très-grand soin de graisser ou d'huiler les pièces de métal.

5° La puissance curative paraît, au contraire, avoir été réservée pour le cuivre seul, qui se comporterait vis-à-vis du miasme cholérique comme le sulfate de quinine sur le miasme de la fièvre intermittente. Maintes fois cette propriété remarquable s'est offerte à notre observation avec des caractères incontestables d'évidence, et tel ouvrier ou patron de la fonderie de cuivre a pu être affecté impunément des plus graves symptômes d'invasion cholérique, parce qu'il a continué à vivre au milieu des poussières et émanations *cuivriques*, tandis qu'un autre moins heureux a payé de sa vie la désertion trop prompte de l'atelier.

Les propriétés préventives et curatives du cuivre ont du même exister à un si haut degré, que toute la fonderie de caractères où le cuivre occupe cependant une si faible part n'a perdu que 2 hommes en 1832 et en 1849, et qu'en 1849 la profession qui assurément par ses habitudes bien connues d'intempérance et le mauvais état de son hygiène était désignée d'avance comme devant fournir à ce fléau la plus large part, la fonderie de cuivre, à Paris, n'a eu, en 1849, que 8 morts sur 1,300 personnes qu'elle occupait alors, parmi lesquels il faut encore noter 1 ivrogne endurci qui faisait un abus énorme d'eau-de-vie ; 1 apprenti et 2 individus déjà malades ; 1 *pris le dimanche hors de la fonderie : cette circonstance très-remarquable s'est représentée trop souvent toutes les fois que nous avons pu vérifier la mort de chacun des ouvriers, pour qu'elle n'ait pas, elle aussi, une haute signification.*

6° Enfin, et c'est par là que nous terminerons, la commission du choléra de 1832 nous a déjà donné, sans le savoir, gain de cause :

1° En signalant, dans les recueils de statistique, comme de toutes les professions la plus respectée, précisément celle des quincailliers ;

2° Et en donnant de faibles chiffres de mortalité à la rue de Lappe (faubourg Saint-Antoine), rue cependant habitée par une population peu soigneuse dans ses habitudes et son hygiène, et à tout le quartier Saint-Martin-des-Champs, qui est si tristement obstrué de ruelles, cours et passages de toute sorte, mais où, en revanche, se trouvent en dépôt ou bien appliquées à des travaux d'une variété infinie, d'énormes quantités de toute espèce de cuivres et d'aciers, tandis qu'elle marquait d'une mortalité quelquefois effrayante tout un quartier adjacent qui n'est séparé du quartier Saint-Martin-des-Champs que par une seule rue, la rue Saint-Martin, mais où les métaux disparaissent pour être remplacés par la droguerie, la mercerie, la bonneterie, etc.

Comme conclusion générale, M. Burq énonce ces deux propositions qui terminent sa note :

1° Les alliages de cuivre, *laiton* et *bronze*, les carbures de fer, dits dans le commerce *aciers d'Angleterre* et *d'Allemagne*, appliqués à la peau largement et d'une manière permanente, sont, dans l'épidémie de choléra, un moyen précieux de *préservation* qu'on ne doit point négliger, puisque, d'ailleurs, il ne peut y avoir aucun inconvénient à en faire usage, et si la préservation *relative* que nous paraissent devoir donner ainsi ces deux métaux venait à laisser désirer davantage, peut-être serait-il utile de l'aider par quelques prises de poudre très-fine de laiton et d'acier, portées sur la muqueuse nasale ; et, comme dernière précaution, par de larges feuilles de laiton et d'acier, qu'il serait si facile aux gens aisés de dissimuler dans leurs appartements.

2° Dans le traitement du choléra, le cuivre, administré en temps opportun, soit seul, soit associé aux agents qui, comme l'opium, ont reçu la sanction de l'expérience, soit en limaille, soit sous une autre forme dont la pratique ne peut tarder à faire connaître la véritable dose et les meilleures appropriations, *a les plus grandes chances* de devenir, entre les mains de médecins habiles, un puissant moyen de guérison.

SUR LES PROPORTIONS DE LA STATURE DE L'HOMME.

M. Fock (d'Utrecht) adresse un complément aux mémoires précédents sur la stature de l'homme.

Dans ses précédents mémoires, M. Fock annonçait à l'Académie qu'il avait découvert, en considérant le squelette qu'il se figurait dans la statue de l'Apollon pythien, une loi harmonie de proportions dans ses différentes parties, qui lui fit proposer d'adopter pour système proportionnel la division en onze parties égales de la hauteur totale de l'homme.

Depuis la publication de ces divers mémoires, l'auteur a eu l'occasion de pouvoir mesurer lui-même la statue de l'Apollon pythien, et il en a profité pour mettre ses pressentiments à l'épreuve. Il annonce aujourd'hui que toutes ses prévisions ont été justifiées, et par rapport à ce qu'il avait avancé antérieurement au sujet de la division du squelette, et par rapport à ce qu'il avait pressenti du rapport harmonique des parties principales du corps de la statue.

Il n'y a plus maintenant aucun doute, ajoute M. Fock, que ce système de proportion ne soit le même qui fut connu anciennement sous le nom de canon de Polyclète, et dont Pline fait mention. Il n'est pas douteux non plus que le principe qui a guidé les anciens dans la composition de leurs chefs-d'œuvre, soit découvert, et il paraît vraisemblable que nous sommes en chemin de trouver le type de ce que l'homme doit être dans l'état normal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur les candidats à la place vacante dans cette section.

La correspondance officielle comprend :

Quatre lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, transmettant :

1° Un rapport sur le choléra épidémique qui règne en ce moment en Pologne, par M. le docteur Tschetgrin, inspecteur en chef du service de santé et président du conseil médical du royaume de Pologne. (Commission du choléra.)

2 Un nouveau mémoire de M. le docteur Chevreuse, de Charmes (Vosges), sur l'emploi du suc de plantain dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. des succédanés du quinquina.)

3° Une note relative à un nouveau procédé chimique pour la fabrication du pain, qui offrirait, suivant l'auteur, des avantages au double point de vue de l'hygiène et de la nutrition. (Commissaires : MM. Chevallier et Bouchardat.)

4° Un remède proposé pour la guérison des furoncles, bubons, etc.

Une lettre du ministre de l'instruction publique relative au prix fondé par M. Nadau.

— M. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, adresse quatre observations propres, suivant lui, à infirmer l'opinion généralement admise sur la nature cancéreuse des mélanoses. (Commissaires : MM. Louis, Cruveilhier et Bérard.)

— M. le docteur Subsol, de Sainte-Eulalie par Parentis en Born (Landes), fait parvenir un échantillon d'opium brut indigène récolté par lui-même sur la capsule de pavots de toutes couleurs. (Commission nommée, M. Chevallier, rapporteur.)

— M. François, ingénieur en chef des mines, écrit, à l'occasion d'une communication de M. Soubiès sur l'appareil conservateur du principe sulfureux établi à la buvette de Théas, qu'il tient à ce qu'il soit bien établi que cet appareil, du moins en ce qui concerne le gazometre à air désoxygéné, n'est que la mise en pratique d'une idée élaborée en commun avec MM. Filhol, professeur de chimie, et Chambert, architecte, pour la conservation des eaux de Luchon, au moyen de gazomètres flotteurs à air désoxygéné au contact des eaux sulfureuses.

— M. Burq adresse un travail sur un traitement préservatif et curatif du choléra. (Voir ci-dessus.)

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE AIGUË PAR LES BAINS FROIDS ET LES AFFUSIONS FROIDES SUR LA TÊTE, ETC.

M. Pinel neveu lit l'analyse d'un travail sur le traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête.

L'auteur cherche à démontrer que les bains tempérés de longue durée avec affusion, surtout avec arrosements continus d'eau fraîche sur la tête, sont la meilleure médication dont on puisse se servir, et qu'ils doivent former la base du traitement dirigé contre les diverses formes de l'aliénation mentale aiguë.

Ces bains modifient profondément l'état nerveux ; ils calment l'agitation, l'exaltation, l'excitation ; ils procurent une sédation plus ou moins grande, le repos et le sommeil.

Dans les névropathies, les névroses, dans presque toutes les maladies du système nerveux, principalement dans les cas de folie récente, ils rendent des services incontestables et sont les agents thérapeutiques qui méritent le plus de confiance.

Dans les délires simples, dans les délires maniaques, dans les divers délires partiels, ils produisent ordinairement en peu de temps la guérison ; dans le *delirium tremens*, il est très-rare qu'ils ne guérissent pas en quelques jours ; dans les affections nerveuses protéiformes qui se montrent parfois avant l'apparition de l'aliénation mentale, ils empêchent ou retardent le développement de cette dernière ; dans le délire général ou partiel qui précède, accompagne ou suit la paralysie générale, ils exercent une heureuse influence.

Dans les folies chroniques présentant à des époques plus ou moins éloignées des phénomènes d'excitation cérébrale, ils sont encore le meilleur remède qu'on puisse mettre en usage pour combattre ces derniers.

Il ne faut pas craindre, dans les maladies mentales aiguës, de prolonger les bains et les irrigations, pourvu que l'on tienne toujours l'eau de la baignoire à la même température, et qu'on ait le soin de visiter soi-même les malades.

Dans les manies très-intenses, lorsque l'exaltation et l'agitation sont extrêmes ou portées jusqu'à la fureur, M. Pinel laisse les malades de dix à vingt heures dans le bain, sans discontinuer un seul instant les irrigations sur la tête ; il

les fait sortir seulement quand on a obtenu du calme, la cessation ou la diminution des accidents cérébraux.

Si la sédation n'a pas lieu dans les premières heures, elle se manifeste d'ordinaire après dix, quinze ou vingt heures.

D'ailleurs, en répétant les bains journellement, on arrive presque avec certitude, et d'une manière prompte, au but qu'on se propose.

Le délire disparaît quelquefois comme par enchantement, à la suite d'un ou plusieurs bains prolongés; le plus souvent, les aliénés n'éprouvent qu'une certaine amélioration, mais on leur procure du moins de la tranquillité et quelques instants de sommeil; si, au réveil, le délire recommence avec la même intensité, on doit se hâter alors, dès les premiers signes d'excitation de l'encéphale, de les replacer dans le bain, en ayant le soin de les y tenir plus longtemps.

En agissant ainsi, on ne tarde pas à remarquer une rémission plus ou moins grande, d'abord pendant des heures, des demi-journées, une partie de la nuit, puis pendant des jours entiers, des semaines, jusqu'à ce qu'enfin la guérison soit confirmée.

M. Pinel résume en ces termes les résultats obtenus par sa médication :

Nous avons traité, par les bains prolongés, 157 malades, que nous avons classés ainsi : délire maniaque, 57; lypémanie, 38; délire sans mélancolie, 20; délire suicide, 21; *delirium tremens*, 16; érotomanie, 5; total, 157, dont 91 du sexe masculin et 66 du sexe féminin.

Les causes morales l'ont emporté de beaucoup sur les causes physiques; les premières ont été notées 122 fois, les secondes 39.

L'hérédité a été remarquée dans 37 cas, un peu moins du quart; 79 étaient célibataires (50 hommes et 29 femmes).

66 étaient mariés, 12 étaient veufs.

Le terme moyen de l'âge a été d'environ 32 ans.

Pour les 125 malades guéris, la durée moyenne de la maladie a été de deux mois et demi; pour 101 d'entre eux, les quatre cinquièmes, elle a été d'un mois seulement.

Les résultats suivants ont été notés : nuls, y compris 4 morts, 7; amélioration, 21; en traitement, 4; guérisons. 125.

Les quatre cinquièmes, 125 sur 157, ont été guéris.

Le nombre des guérisons a été en raison de l'âge peu avancé des malades; les deux cinquièmes n'avaient pas 30 ans; les deux tiers étaient au-dessous de 40, et les quatre cinquièmes n'avaient pas 50 ans.

Avant 30 ans et après 40, les femmes ont présenté moins de chances favorables que les hommes.

La moitié des aliénés guéris était dans le célibat. Un peu plus du cinquième était sous l'influence de l'hérédité.

25, le cinquième, ont fait des rechutes; la moitié a été traitée de nouveau avec succès.

Sur 32, chez lesquels le traitement a échoué, 16 avaient dépassé la quarantaine et étaient arrivés à l'âge où les guérisons deviennent plus rares.

21 sur 32 ont éprouvé une certaine amélioration.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rostan, Ferrus et Jolly.)

— Un médecin étranger, M. Vecchi, soumet à l'examen de l'Académie un squelette préparé de manière à faciliter l'étude physiologique des mouvements. (Renvoyé à une commission.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'AGE AUQUEL IL CONVIENT DE FAIRE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNITAL, SUIVIES D'UNE OBSERVATION DE BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE CONGÉNITAL, COMPLIQUÉ DE LA DIVISION DU PALAIS DANS TOUTE SON ÉTENDUE, OPÉRÉ AVEC SUCCÈS DANS LES PREMIERS MOIS DE LA VIE; par M. GUIET. — In-8°. — Le Mans, 1852.

Le travail de M. Guiet, simple mais judicieuse histoire d'une guérison de bec-de-lièvre compliqué, rappelle l'une des questions le plus souvent et le plus diversement débattues de la chirurgie : l'époque d'opportunité pour cette opération. Ravivée à différents intervalles, soit dans la presse, soit à l'amphithéâtre, elle n'a jamais manqué de passionner les esprits, de les séparer en deux camps absolument inconciliables. Ce privilége, elle le doit sans doute à la nature de la solution qu'elle comporte, solution pratique, ne pouvant se formuler que par un oui ou par un non, par la temporisation ou l'action, n'admettant par conséquent ni atermoiement ni demi-mesure. Aussi voit-on peu de transactions intervenir entre les partisans et les adversaires de l'opération précoce. Ils savent d'avance et sur le bout du doigt tout ce que leur antagoniste peut répliquer dans la discussion, et connaissant également le nombre et la valeur de leurs propres moyens d'attaque et de défense, n'abandonnent la lutte qu'après avoir épuisé le pour et le contre, approfondi la controverse dans ses plus subtils expédients.

Une conversation dont nous fûmes récemment témoin nous montra dans toute sa nudité la richesse du dossier où l'un et l'autre partie puisent à l'envi, dans ces cas, pour les besoins de leur cause. La scène — je la veux raconter—se passait entre un opérateur *tardif* et un *prématuré*. Je laisse de côté tout ce qui fut dit d'éloquent et de neuf sur la délicatesse plus ou moins grande du tissu labial aux divers âges, pour arriver à la considération de l'état moral, condition si puissante de succès, dans l'espèce.

Tard. Nous sommes du moins d'accord (car c'est un fait trop connu pour que vous le niiez) que la sensibilité est plus développée dans le jeune âge, et que plus on diffère l'opération, plus le chirurgien s'exempte de cette complication.

Prém. Du tout, du tout, cher confrère, le nouveau-né sent la souffrance, il est vrai, mais ne l'appréhendant point, il ne la pressent pas, ne s'inquiète ni de son approche ni des suites. Il souffre et crie sur le moment, mais ne crie pas, comme il le ferait à 2 ou 3 ans, de frayeur ou de souvenir.

T. Vous m'accorderez bien, je l'espère, qu'à l'*âge de raison* le petit opéré serait plus raisonnable. Or sa docilité, élément précieux de succès....

P. Dociles! c'est vous qui l'êtes un peu trop aux théories. Vous connaissez bien mal cet âge. Dès qu'ils savent réfléchir, leur premier mouvement n'est-il pas d'en profiter pour éviter ce qui leur est pénible ou menace de le devenir? Pour que la raison les tienne immobiles sous le bistouri, il faudrait attendre jusqu'à 20 ans. Or ni vous ni moi ne voulons temporiser jusque-là.

T. Si la raison ne suffit pas, il est un autre mobile pour les assujettir. Chez les petites filles, l'empire de la coquetterie; chez les garçons, la risée que leur difformité excite à leurs dépens, les décideront à braver la douleur. On en voit tous les jours maints exemples. Que répondrez-vous à cela?

P. Ah! cher confrère, vous croyez m'embarrasser; mais ne savez-vous pas que le bec-de-lièvre est un arrêt de développement? L'imperfection de formation doit porter, dans ces cas, sur les organes intérieurs, aussi bien que sur le squelette de la tête. En vertu de cette loi, les sujets frappés de ce vice congénital ont donc l'intelligence plus lourde, l'esprit plus lent, la susceptibilité plus émoussée que leurs camarades. A votre tour, que répondrez-vous? et que devient alors cette impressionnabilité aux railleries sur laquelle vous comptiez tant?

Après une telle réplique, la discussion, ou le conçoit sans peine, fut nécessairement close. Mais comme une bonne cause ne cesse pas de l'être pour avoir été mal plaidée, le lecteur impartial n'en conclura pas moins, avec M. Guiet, que lorsque le bec-de-lièvre s'accompagne de fissure palatine, que la succion et partant la nutrition sont compromises par cet état, il importe souverainement d'y remédier le plus tôt possible, et l'opération hâtive se trouve alors tout à fait indiquée. C'est effectivement dans ces termes que la question est posée par l'auteur de l'intéressante brochure que nous analysons, et il apporte, à l'appui de sa manière de voir, l'observation détaillée d'un cas où la difformité portée à ce point, et qui eût certainement entraîné la mort de l'enfant, fut corrigée par lui de la façon la plus heureuse.

A la considération du péril qu'il y aurait alors à attendre, nous en ajouterons une seconde, que M. Guiet n'a pas touchée : les os maxillaires, chez le nouveau-né, se laissent plus aisément rapprocher que chez l'adulte, et de plus ils ont encore, à cet âge, à augmenter beaucoup de volume dans tous les sens. La suture labiale, qui, on le sait, les sollicite si activement à converger l'un vers l'autre, aura donc d'autant plus de chances de réaliser cet effet important qu'on l'aura pratiquée de meilleure heure. Nouvelle et puissante raison pour se décider à agir dès les premiers mois, sinon dès les premiers jours.

Mais si nous partageons le sentiment de l'auteur sur la convenance, sur l'urgence de l'opération dans les cas que nous venons de bien spécifier, nous ne saurions donner à l'expression de sa pensée la même adhésion lorsqu'il recommande d'opérer, *dans les premiers mois de la vie*, les becs-de-lièvre simples. Ici où la vie n'est pas en jeu, où il ne s'agit que de remédier à une incommodité, le moins que les intérêts du malade puissent exiger, c'est bien certainement que le chirurgien ne le soumette à aucune manœuvre capable de la compromettre. Or l'opération offre-t-elle cette condition d'innocuité absolue? Non; si après le sevrage elle réussit généralement bien, on sait qu'avant cette époque, et tant que l'enfant conserve l'habitude de teter, il suce instinctivement le sang, et transforme ainsi l'hémorrhagie des lèvres de la plaie—accident qui, à un âge plus avancé, eût été insignifiant—en une hémorrhagie mortelle. Nous avons vu dans le

service de Dupuytren, en 1834, succomber ainsi un nouveau-né, malgré tous les soins qui purent être donnés pendant trois jours pour arrêter le saignement.

Lors donc que M. Guiet écrit : « Démontrer par des observations authentiques que l'opération du bec-de-lièvre réussit bien dans les premiers mois de la vie, c'est ruiner de fond en comble les raisons que peuvent faire valoir, en faveur de leur opinion, les partisans de l'opération tardive, » il n'envisage, ce nous semble, que l'une des faces de la question. En effet, les exemples de succès existent; ils surabondent, comme il le dit fort bien. Mais avant de les considérer comme décisifs, il faudrait voir s'ils ne sont pas balancés par de rares, mais frappants revers; si, en un mot, l'opération précoce, qui, dans les cas simples, n'est jamais indispensable, compense suffisamment par sa réussite très-fréquente la possibilité de ses effrayants insuccès. Nous ne pouvons mieux faire que de recommander l'examen approfondi de cette thèse à l'auteur même, qui, dans le présent travail, a donné comme ailleurs des preuves solides de cet esprit qui va au fond des choses, et sait baser les indications chirurgicales sur des réalités sérieuses.

P. Dimay.

VARIÉTÉS.

— M. Malgaigne n'a pas inséré dans son journal la lettre que nous lui avons adressée en réponse à ses attaques incessantes. Il a eu de bonnes raisons, sans doute, pour ne pas initier ses lecteurs à nos explications. Mais puisqu'il a cru pouvoir se soustraire aussi aisément à la justice de l'opinion, la seule que nous avions réclamée, il ne trouvera pas mauvais que nous recourrions à celle des tribunaux, qui, nous l'espérons, ne fera pas aussi bon marché de ses injures et de ses diffamations réitérées.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Programme des questions proposées pour le concours de 1853.

Première question. Faire connaître les maladies qui exercent principalement leurs ravages dans la ville de Bruxelles ou dans toute autre partie importante de la province du Brabant (un canton au moins); en donner la statistique, en exposer les causes, et indiquer les moyens d'en diminuer la fréquence, d'annihiler ou d'atténuer leurs funestes effets.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

N. B. Les cantons de Haeght et de Perwez restent en dehors du concours.

Deuxième question. Faire l'histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Troisième question. Indiquer et décrire les différents agents caustiques; apprécier leur action sur nos tissus, en insistant surtout sur les différences que présente cette action et sur ses rapports avec leur nature chimique; déduire de ces différences d'action les indications spéciales de chacun de ces agents.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Quatrième question. Cette question est laissée au choix des concurrents; mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements).

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

Cinquième question. Cette question, qui est également laissée au choix des concurrents, devra embrasser un sujet du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Conditions du concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de la Société résidant à Bruxelles ou dans la banlieue sont seuls exclus du concours.

Les mémoires devront être écrits lisiblement en français ou en latin, et être remis (franco) avant le 1er juillet 1853, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14.

Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la devise ou épigraphe placée en tête du mémoire.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, et ceux qui parviendraient au secrétariat après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Questions proposées pour le concours de 1854. — Prix fondés par M. le docteur Delstanche, membre de la Société.

Première question. Faire l'histoire de la surdité nerveuse, et indiquer les moyens de la guérir.

L'auteur devra indiquer une méthode de traiter efficacement la surdité nerveuse, et en démontrer la valeur par des observations concluantes.

Le prix sera de 1,000 francs.

Deuxième question. Traiter un sujet quelconque de la pathologie des organes auditifs, de façon à y réaliser un progrès.

La Société donnera la préférence aux mémoires qui auront surtout en vue la thérapeutique.

Le prix sera de 300 fr.

Conditions du concours. — Elles sont les mêmes que pour le concours de 1853.

Les mémoires seront adressés, sous les formes indiquées précédemment, avant le 1er mars 1854.

Bruxelles, le 6 septembre 1852.

Le secrétaire de la Société,
Dr J. Crocq.

— Le lundi 11 avril prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Il aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de quatre épreuves, savoir :

Le lundi, question d'anatomie et de physiologie;
Le mardi, question de pathologie interne;
Le mercredi, question d'hygiène ou de thérapeutique;
Le jeudi, clinique.

Les trois premières questions seront traitées par écrit.

Pour être admis au concours, les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices quinze jours au moins avant le 10 avril, et exhiber leur diplôme de docteur, qui devra avoir au moins quatre années de date. Trois années suffiront pour les candidats qui auraient fait pendant le même nombre d'années le service d'interne dans les hospices de Lyon.

Tout médecin étranger est admissible au concours s'il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement le droit d'exercer la médecine en France.

S'adresser au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu, pour prendre connaissance des conditions de service, etc.

— Par décret du président de la République, en date de Bordeaux, 8 octobre, sont nommés officiers de la Légion d'honneur :

MM. Chastanier (Jean-Louis-Alexis-Philène-Urbain), médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Toulouse; 28 ans de services;

Branmoald (Frédéric-Gustave), médecin aide-major de première classe à la place d'Aix : 21 de services, 10 campagnes;

Buschaërt (Pierre-Guillaume), médecin aide-major au 3e régiment du génie; 19 ans de services, 4 campagnes;

Ducroquet (Louis-François-Théodore), médecin-major du 2e hussards; 22 ans de services, 10 campagnes.

— Par décret du président de la République, en date du 22 octobre 1852 M. le baron de Polinière, docteur en médecine, membre du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, a été nommé président de l'Association de secours mutuels des médecins du Rhône.

Dès qu'elle a eu connaissance du décret présidentiel, la commission provisoire s'est réunie sous la présidence de M. de Polinière pour s'occuper de la convocation de la première assemblée générale.

— M. Calmeil vient d'être nommé médecin en chef de Charenton, par suite de la démission de M. Archambault.

M. Deguise fils, déjà chirurgien en chef adjoint, est nommé médecin adjoint. Il reste chirurgien en chef de l'établissement.

— M. Ricord vient de recevoir de Turin les insignes de l'ordre de Saint Maurice et de Saint-Lazare, que S. M. le roi du Piémont vient de lui conférer.

— M. le docteur Pigeolet, professeur d'accouchements à l'Université de Bruxelles, vient d'être nommé par la reine d'Espagne, chevalier de l'ordre de Charles III.

— M. le docteur Bayard, autrefois médecin à Paris, et qui, il y quelques années, avait acheté à Château-Gontier les eaux minérales autour desquelles il avait créé un établissement important, est mort subitement dans cette ville. Le docteur Bayard avait à peine 50 ans.

— M. Charles Lotin, docteur en médecine à Saint-Denis, est décédé le 13 octobre.

— On lit dans l'Union malouine :

« La jeune cataleptique de Baguer-Morvan, arrondissement de Saint-Malo, après avoir passé plus de six mois dans un sommeil voisin de la mort et sans prendre d'aliments, semble aujourd'hui revenir à la vie : elle boit, elle mange un peu, et l'on croit, malgré l'état de squelette dans lequel elle se trouve, que sa résurrection pourra être complète dans quelques mois.

» Cette guérison est, aux yeux mêmes de la science, et surtout pour ceux qui ont vu l'intéressante malade dans ces derniers temps, un véritable prodige. »

— La commission médicale de Lons-le-Saunier, assistée de M. le commissaire de police, a saisi, chez divers marchands épiciers de cette ville, des remèdes secrets non autorisés, du sirop de mou de veau falsifié, du sirop portant l'étiquette de *gomme arabique*, mais qui n'était que de l'eau sucrée; du sirop de bourrache, des pastilles de Vichy, des pastilles sulfureuses (ces trois derniers articles ne peuvent être vendus que par des pharmaciens), et du café soi-disant Martinique, que la commission médicale a supposé être teint avec du nitrate de plomb, ce qui pourrait donner des coliques et engendrer des maladies graves aux personnes qui en useraient.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES.

On se rappelle l'impression produite par l'annonce de la découverte du docteur Willems de Basselt (Belgique), lequel, au moyen de l'inoculation du virus de la pneumonie épizootique, serait parvenu à préserver les bêtes bovines de cette maladie. L'économie sociale, l'agriculture, étaient trop vivement intéressées à ce fait pour qu'il ne provoquât pas un examen général. La physiologie et la pathologie humaine n'y étaient pas moins intéressées elles-mêmes, quoiqu'il ne s'agît en apparence que d'une seule classe d'animaux. C'est surtout à ce second point de vue que nous nous sommes placés lors de l'annonce de la découverte de M. Willems; car loin de la confiner dans le cercle des applications de la médecine vétérinaire, nous y avons vu un sujet d'études pathologiques et d'inductions thérapeutiques des plus importantes applicables à l'homme.

Mais avant de se bercer d'espérances trop lointaines, il importait d'abord de s'assurer de la réalité du premier fait : de l'inoculation préservative. C'est à quoi le gouvernement belge avait songé; dès le début, il avait chargé une commission spéciale de répéter les expériences de M. Willems. D'un autre côté, et à peu près dans le même temps, l'auteur de la découverte adressait à l'Académie de médecine de Belgique un mémoire où il exposait ses vues scientifiques à l'appui de sa méthode. Cette marche, en apparence très-rationnelle, péchait néanmoins par la base; et ce qui s'est passé à l'Académie ne l'a que trop prouvé. Disjoindre l'étude scientifique et l'application pratique de la méthode, c'était exposer la première à théoriser l'inconnu ou au moins le conjectural, et la seconde à se priver du supplément d'autorité que pouvait lui prêter la première. Aussi qu'est-il arrivé ? C'est que la commission gouvernementale, n'ayant pas fait son rapport à l'époque où l'Académie a abordé le côté scientifique de la question, celle-ci s'est tenue dans une très-grande réserve pour ne pas augmenter ni diminuer la confiance en une chose qu'elle ne connaissait pas.

Cependant la discussion, les communications incidentes, et ce qui s'est fait en dehors de l'Académie, nous permettent jusqu'à un certain point de constituer une sorte de solution provisoire avec tous ces éléments épars, et de donner ainsi une première satisfaction à la juste impatience de nos lecteurs.

Commençons par la question de fait.

Depuis le 29 avril 1852 jusqu'au 31 juillet dernier, environ 900 bêtes bovines ont été inoculées à Hasselt et dans les environs de cette ville, par les soins de MM. Maris et Vaes, artistes vétérinaires du gouvernement, et par M. Willems lui-même. Les inoculations étaient pratiquées dans des étables où régnait la pleuro-pneumonie depuis plusieurs années, et où sévissait fortement l'épizootie au moment même des premières inoculations. Cependant, au dire de M. Willems, aucune bête inoculée, sans exception, n'a contracté la maladie. Les bêtes non inoculées, laissées dans les mêmes étables, sont devenues malades à diverses époques.

A la demande de MM. Magendie, Gluge et Thiernesse, qui s'étaient rendus sur les lieux pour s'enquérir des résultats de l'inoculation, M. Willems plaça une vache gravement atteinte de la pleuro-pneumonie dans les étables de son père, où se trouvaient 6 bœufs inoculés à différentes époques. Le lendemain, une seconde bête malade (génisse) fut placée dans la même étable. La première, entrée le 23 juillet, succomba dans la nuit du 25 au 26; son cadavre fut laissé dans l'étable pendant dix heures, jusqu'au moment où l'autopsie fut pratiquée en présence de MM. Sauveur, d'Outreligne, Maris et Vaes. La génisse introduite en second lieu devint très-gravement malade : elle a succombé depuis. Cependant les 6 bœufs inoculés ont continué à se porter *admirablement* bien, et le signalement en a été pris par les membres de la commission.

D'après une seconde proposition faite par la même commission, M. Willems a placé deux bêtes inoculées dans le foyer d'infection, chez un sieur Moulin. Le résultat de cette seconde expérience, que nous ne connaissons que par ouï-dire, aurait complétement confirmé celui de la première. Il en serait de même des expériences qui ont été répétées en Hollande. Deux lettres de M. Willenberg, président de la commission instituée à Utrecht, portent que, sur plus de 300 bêtes bovines choisies chez les laitiers et dans les étables infectées au moment de l'inoculation, toutes, à l'exception d'une seule, ont été préservées de la maladie et même de tout accident de l'inoculation.

Ces documents sont aussi concluants que précis. L'inoculation, telle que la pratique M. Willems, préserve donc de la pneumonie épizootique. Nous devons reconnaître cependant que, dans la discussion, bon nombre de membres ont jeté quelques doutes sur les résultats produits par l'auteur de la découverte et ses adhérents. On a allégué l'insuffisance de faits authentiques; on a objecté bon nombre d'insuccès; on a insisté sur les accidents produits par l'inoculation (nous parlons toujours de la question de fait); mais toutes ces objections, dont le principal mérite est d'astreindre les partisans à plus de rigueur dans le nombre et la qualité des preuves, à plus de précision dans la pratique de la méthode, et à plus de réserve dans son emploi, ne sauraient infirmer la valeur des faits confirmatifs, qui, jugés avec calme et impartialité, paraîtront désormais suffisants pour établir la réalité de l'inoculation préservative. Nous faisons la part du préjugé scientifique, qui d'ordinaire repousse tout ce qui n'est pas d'accord avec la notion acquise; mais c'est le cas de répéter avec notre éminent confrère M. Fallot : « Nous aurions beau répéter qu'une chose ne peut pas être, » parce qu'elle semble en désaccord avec nos idées; si elle était, il faudrait » bien s'incliner devant son existence. Si les faits donnaient raison à M. Wil» lems, ce serait à nous de modifier nos idées scientifiques. » On ne saurait rien ajouter à la sagesse de ces paroles, si ce n'est qu'elles devraient toujours être dans l'esprit de ceux qui sont appelés à juger une découverte. La circonstance qui les a provoquées est précisément de la nature de celles où l'expérience doit soigneusement voir avant la science. L'inoculation à la queue de l'animal, telle que l'enseigne M. Willems, préserverait presque absolument et sans accidents notables; pratiquée au garot ou dans des parties plus favorables à l'absorption, là où la science enseignait de la pratiquer, non-seulement la préservation ne serait pas aussi certaine, mais les accidents produits par l'inoculation seraient de beaucoup plus graves et plus fréquents. « Les faits doivent être observés avant d'être expliqués, » a dit M. Graux : la science est subordonnée aux faits, elle ne vient que les éclairer.

La première question pathologique soulevée par les expériences de M. Willems était celle-ci : « L'inoculation préserve-t-elle d'une influence

---

Feuilleton.

DE LA MONOMANIE HOMICIDE-SUICIDE.

Dans les simples remarques que nous nous proposons de présenter à l'occasion de deux brochures récentes (1), il nous importe beaucoup de dégager le fait particulier qui a si tristement ramené devant la justice la question de la monomanie. Nous dirons tout à l'heure notre sentiment sur ce fait, malgré toute notre répugnance à contrôler les arrêts de la justice, afin d'ôter toute apparence d'application individuelle aux doutes ou restrictions qui pourront nous venir à l'esprit. Pour le moment, il ne s'agit que de doctrine générale et de spéculations psychologiques.

(1) EXAMEN MÉDICO-LÉGAL DES FAITS RELATIFS AU PROCÈS CRIMINEL DE JUBARD; par M. Arthaud, médecin en chef de l'asile des aliénés de l'Antiquaille, à Lyon. — Broch. de 200 p. Chez Savy, libraire.

RAPPORT SUR LE TRAVAIL PRÉCÉDENT; par M. Lacour, médecin du même asile. — Broch. de 50 p. Chez Savy.

La question du libre arbitre dans ses rapports avec la criminalité est terrible à envisager pour le médecin. Quand on considère l'étroite relation qui lie le tempérament physique à la constitution intellectuelle et morale, tout ce que l'hérédité peut transmettre, avec le sang, de fausses idées et de mauvais penchants, et combien fréquemment on voit le vice se perpétuer de famille en famille, à travers les circonstances les plus variées, on frémit des épreuves parfois imposées à la créature humaine; mais ce premier mouvement s'apaise devant l'intérêt de la société et plus encore devant une vue élevée de notre nature. C'est la loi même de notre être de connaître le bien et le mal et de pouvoir se déterminer librement pour l'un ou pour l'autre. Le tiraillement entre ces impulsions contraires n'est pas le même pour tous; malheureux sont ceux qu'une fatale prédisposition fait pencher du côté du mal; il leur faut plus d'efforts, et quelquefois des efforts inouïs, pour n'y pas tomber. S'ils défaillent néanmoins, la société ne peut voir en eux que des coupables, et il le sont, en effet, au même titre que le soldat qui jette ses armes par lâcheté. La loi a épuisé l'indulgence compatible avec la sécurité publique en faisant la part des circonstances atténuantes et en abaissant la responsabilité pour certains actes accomplis sous l'empire d'une passion violente. On ne saurait lui demander davantage. Les réflexions de MM. Arthaud et Lacour sur ce point sont de toute justesse.

Quand donc la loi pénale doit-elle s'évanouir devant l'acte réputé criminel? Uniquement quand la responsabilité manque tout à fait, et la responsabilité ne peut tout à fait manquer que si l'auteur de l'acte criminel en soi ne l'a pas connu tel, ou si, le connaissant, il y a été poussé par une impulsion irrésistible. La loi perd alors ses droits en vertu de ce principe que la peine implique

» épidémique, ou rend-elle réfractaire à une maladie contagieuse ? » Cette distinction, posée par M. Lombard, n'est pas sans importance. Ainsi que l'a fait remarquer avec raison l'honorable membre, si l'inoculation préservait d'une épizootie non contagieuse, les preuves d'immunité produites sur des animaux inoculés en dehors des foyers d'infection n'auraient pas la valeur qu'on leur attribue. La question de contagion ou d'épizootie avait donc à être préalablement vidée. Tout en faisant droit à la réserve de M. Lombard, on ne saurait méconnaître qu'il s'agissait bien réellement d'une maladie contagieuse; et nous ne devons pas laisser passer cette occasion sans protester contre le préjugé qui s'efforce incessamment d'obscurcir la question de contagiosité à l'aide de l'épidémicité, comme si ces deux conditions étaient incompatibles, comme si la même maladie ne pouvait être à la fois épidémique et contagieuse. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit bien en effet d'une maladie prenant la forme épizootique, mais possédant aussi, et à des degrés divers, suivant les circonstances, la propriété d'être contagieuse. Ce qui le prouve, ce sont les très-nombreux d'accidents produits par l'inoculation rapportés par plusieurs membres et par M. Lombard lui-même. Dès que la maladie caractérisée peut naître sous l'influence de l'inoculation préservatrice, elle est évidemment inoculable, transmissible ou contagieuse. La différence de but qu'on se propose, la guérison, ne change pas la valeur du résultat, la transmission. Mais il y a d'autres preuves à faire valoir, et celles-ci nous introduisent en plein dans le domaine physiologique de la question.

Qu'arrive-t-il lorsqu'un animal est inoculé à la queue? Rien, suivant quelques personnes; des accidents graves, suivant d'autres : une série de phénomènes spécifiques, suivant l'inventeur, dont le caractère, la marche et la durée sont plus ou moins assujettis à des règles positives. De cette diversité d'opinions on peut déjà conclure que généralement l'inoculation est suivie de phénomènes physiologico-pathologiques; que ces phénomènes, incomplétement étudiés jusqu'ici, se produisent néanmoins avec des degrés, des formes, qui varient suivant des circonstances encore indéterminées. Cependant, au rapport de M. Lombard, ces phénomènes existent si bien que le savant professeur en a fait l'objet d'un reproche grave adressé à la méthode. Voici comment il énumère ces accidents : Parfois la queue se tuméfie au point inoculé : cette tuméfaction monte, gagne le sacrum, et malgré des débridements considérables, la vulve, l'anus sont atteints; la miction et la défécation sont difficiles, quelquefois impossibles; la maladie affecte le bassin, et l'animal périt. D'autres fois, après neuf ou dix jours, le point inoculé se tuméfie, devient douloureux, présente une forme ovoïde; l'induration inflammatoire n'a que de 5 à 10 centimètres d'étendue : le mal se borne là. Au bout de vingt à trente jours, la queue revient à son état normal; la sensibilité disparaît, ainsi que la tuméfaction. Ces sujets ont subi l'inoculation sans accidents. Dans beaucoup de ces cas où l'inflammation est encore diffuse et s'étend de bas en haut, on parvient, à l'aide de débridements profonds, nombreux, à enrayer la marche de l'inflammation. L'animal souffre beaucoup, mais il ne périt point : il guérit avec la fâcheuse infirmité d'avoir perdu la queue en tout ou en partie. A ce tableau, peut-être un peu assombri par un adversaire de l'inoculation à la queue, M. Willems oppose un tableau beaucoup moins effrayant. Les accidents qui compliquent l'inoculation ne sont pas nécessairement liés à la méthode : ils dépendent de circonstances que l'on peut éviter, et ils peuvent être plus ou moins prévenus ou arrêtés par des précautions convenables. Ce qui tend à donner raison sur ce point à l'inventeur, c'est que M. Desaive, qui prétend au partage de l'invention, n'aurait lui-même perdu que 15 sujets sur 4,878 bêtes inoculées, quoiqu'il reconnaisse la possibilité des accidents relatés par M. Lombard : la gangrène et la chute de la queue. Mais M. Desaive paraît avoir, pour prévenir cet accident, un moyen aussi simple qu'expéditif. Dès que l'engorgement menace de s'étendre au loin, il se hâte de couper le bout inférieur de la queue, et d'appliquer immédiatement le fer rouge sur la plaie. « Si j'ai perdu 15 bêtes sur 4,878 inoculées, dit » ce praticien, c'est que, dans ce nombre, plusieurs ont succombé en » mon absence, et n'avaient pas été soumises au moyen curatif que je re- » commande pourtant si vivement partout. » — La question des phénomènes et des accidents inhérents à l'inoculation préservatrice de la pneumonie épizootique des bêtes bovines reste donc presque tout entière à étudier sous le double point de vue de ses caractères d'immunité et d'innocuité : c'est le premier thème que la science aura à discuter, et c'est ici surtout que l'esprit d'expérience, d'observation, d'analyse, de méthode, en un mot, l'esprit scientifique, interviendra avec succès pour éclairer, établir, régler, ce qui jusque-là ne paraît pas être sorti des incertitudes de l'empirisme.

On comprend que nous n'ayons fait jusqu'ici qu'effleurer la matière, poser les questions ; la GAZETTE MÉDICALE ne perdra pas une occasion d'initier ses lecteurs à tout ce qui pourra être ajouté à cette première ébauche d'une importante découverte.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE OU PARTIELLE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. DAVAINE.

Dans le courant de l'année 1851, ayant été à même d'observer un cas de paralysie *des deux nerfs de la septième paire*, j'en étudiai tous les phénomènes d'une manière aussi complète qu'il me fut possible. Pour m'éclairer sur la nature, la marche et le traitement de cette singulière maladie, je consultai les mémoires publiés sur la paralysie faciale et les articles spéciaux consacrés à cette affection dans les traités de pathologie ou dans les dictionnaires de médecine et de chirurgie. Dans ces derniers, même dans les plus récemment publiés en France, la paralysie simultanée des deux nerfs de la septième paire n'est pas même indiquée. Je recherchai alors, dans les ouvrages qui traitent spécialement des maladies du système nerveux et dans les recueils périodiques de médecine et de chirurgie, s'il ne se trouvait pas de cas plus ou moins analogues à celui que je venais d'observer. Après de longues et laborieuses recherches, je suis arrivé à rassembler un certain nombre d'observations relatives à des *paralysies générales* ou *partielles des deux nerfs de la septième paire*, soit isolément, soit accompagnée de la paralysie d'autres nerfs, avec ou sans lésions cérébrales.

On verra, dans le tableau que je présenterai de cette double paralysie faciale, que son expression symptomatique est si différente de celle de la pa-

le démérite autant que le mérite est impliqué dans la récompense. Or la folie peut-elle réaliser les deux conditions que nous venons de dire : l'ignorance, passagère ou durable, du caractère criminel de l'acte, et la subjugation de la volonté? Pas un médecin qui en doute aujourd'hui. La *monomanie homicide* est passée dans la science et la langue de la psychiâtrie. On en admet deux espèces : la première, dite instinctive, dans laquelle le besoin du meurtre est primitif, irréfléchi, fatal; l'autre, dite raisonnante, où le meurtre n'est que la conséquence d'une conception délirante. Nous ferons, au sujet de cette distinction, une remarque qui n'a pas pour objet d'en contester le fondement, mais seulement d'en bien fixer le sens et la portée. Au vrai et strictement, la première espèce mérite seule le nom de monomanie homicide. Le crime vous apparaît comme un de ces fantômes dont on dit que l'œil fascine et attire vers les précipices; on le voit dans toute son horreur et on le suit; on pressent les calamités où l'on va tomber et on marche; on appelle à son secours les distractions, le raisonnement, la volonté, la prière, rien n'y fait; le fantôme attire toujours! Ici donc, la pensée est unique; elle laisse leur parfaite intégrité à toutes les facultés cérébrales, excepté à la volonté, qu'elle enchaîne irrésistiblement; c'est la monomanie homicide dans sa pure expression. Mais, dans l'espèce appelée *raisonnante*, d'où vient la pensée du meurtre? De la sensation ou de la réflexion perverties; car, comme il n'y a pas d'autres sources d'idées raisonnables, il ne saurait y en avoir d'autres d'idées fausses. Un aliéné croit voir son ami lever le poignard sur lui; il le prévient et le frappe; ou il s'imagine que tel individu qu'il ne connaît pas le persécute, et il s'en débarrasse en le tuant. Or il est manifeste que la monomanie, si elle existe, ne porte pas sur le penchant au meurtre, pas plus qu'elle ne porterait sur le penchant au suicide si le fou, croyant voir un oiseau éclatant, se jetait par la fenêtre pour l'aller saisir. La monomanie ne peut résider que dans la perception ou la conception qui conduit à l'acte criminel; elle n'est donc pas, de sa nature et en soi, *homicide;* et la preuve, c'est que le fou hésite parfois longtemps entre les moyens d'accomplir sa vengeance, entre le meurtre et l'incendie. De plus, il est bien rare que l'homicide raisonné ait son mobile dans un délire monomaniaque, ni même dans un délire partiel; le plus souvent, les circonstances qui sont l'objet de la réflexion égarée sont diverses et variables chez le même individu; de telle sorte que si l'on voulait qualifier cette espèce d'aliénation d'après le résultat et non d'après la cause, d'après l'acte et non d'après le mobile, le nom de folie homicide, adopté par plusieurs auteurs, serait préférable à celui de monomanie. Ce n'est pas tout encore. La folie que, par opposition à la monomanie instinctive, on appelle *raisonnante*, ne l'est pas aussi exclusivement que la dénomination porterait à le supposer. Dans cette série de désordres cérébraux, qui commencent à une fausse idée et finissent au meurtre, deux grandes facultés sont en exercice, l'intelligence et la volonté. Pour soustraire le meurtre à l'action de la loi pénale, il faut admettre que l'exercice de ces facultés a lieu de telle sorte que la responsabilité morale de l'individu n'est pas engagée. Or l'irresponsabilité ne peut exister que sous l'une de ces deux conditions : ou que le libre arbitre ait été enchaîné en même temps que l'intelligence s'est troublée, ou que le trouble de l'intelligence ait amené, avec une ou plusieurs idées délirantes, l'obturation du sens moral. Si, en effet, vous supposiez qu'un individu qui tue son semblable uniquement parce qu'il le croit son ennemi, sans autre signe d'aliénation, n'a subi, sous l'action de

ralysie qui n'occupe qu'un des côtés de la face, qu'il n'est pas surprenant que son existence ait pu être quelquefois méconnue, et mentionnée alors sous un autre nom que celui qui doit lui être appliqué.

Dans le cas de double paralysie faciale que j'ai observé et dans un assez grand nombre de cas de paralysie bornée à l'un des côtés de la face, je me suis aidé de l'action de l'électro-magnétisme pour déterminer l'état des nerfs ou le degré de paralysie des divers muscles de cette partie du corps; enfin, à l'aide de quelques expériences sur les animaux, j'ai pu étudier la double paralysie que l'on produit chez eux par la section ou l'arrachement des deux nerfs de la septième paire.

En publiant aujourd'hui ce travail, je ne m'en dissimule pas toutes les imperfections; toutefois j'ai cru qu'il y avait une utilité réelle à appeler l'attention sur une maladie à peine soupçonnée aujourd'hui de la plupart des médecins, et qui est probablement beaucoup moins rare qu'on ne serait porté à le penser, si l'on en juge par le petit nombre des cas publiés jusqu'à ce jour.

Je diviserai ce travail en trois parties :

Dans la première, je rapporterai les observations de paralysie double de la face venues à ma connaissance; je les ferai suivre, lorsqu'il y aura lieu, de courtes remarques qui ne pourraient être convenablement placées ailleurs.

Je consacrerai la seconde partie à l'examen de quelques phénomènes qui n'ont point été observés dans la paralysie bornée à l'un des nerfs de la septième paire et qui rendent la paralysie double particulièrement intéressante.

Enfin, dans la troisième partie, j'exposerai d'une manière générale les causes, les symptômes, le traitement de la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire.

PREMIÈRE PARTIE.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Je rapporterai d'abord les cas exempts de complication dans lesquels la paralysie des deux nerfs de la face n'occupait qu'une partie de leurs branches; viendront ensuite ceux dans lesquels la paralysie était générale ou complexe.

PARALYSIE DU MUSCLE PETIT SUS-MAXILLO-NASAL DE CHAQUE CÔTÉ CHEZ LE CHEVAL; GÊNE DE LA RESPIRATION (1).

OBS. I. — « Nous signalerons une paralysie locale que nous avons observée sur un cheval de cabriolet. Cette paralysie, dont nous ignorons la cause primitive, était limitée au muscle petit sus-maxillo-nasal (portion du transversal du nez) des deux côtés de la face. Ces muscles, qui sont destinés à soulever la fausse narine pendant l'inspiration, étaient paralysés; il en était résulté que les fausses narines s'aplatissaient sur la cloison cartilagineuse et s'opposaient à l'entrée de l'air dans les cavités nasales. Le cheval était dans l'impossibilité de trotter. Cette paralysie ne fut que temporaire.

» Les rameaux de la septième paire (facial) qui sont destinés pour ces muscles étaient donc les seuls filets nerveux qui ne transmissent pas leur influence. »

(1) Goubaux (Armand), MÉMOIRE SUR LES PARALYSIES LOCALES OU PARTIELLES (REC. DE MÉD. VÉT. PRAT., 3e série, t. V, p. 229).

La paralysie du nerf facial chez l'homme, en abolissant les mouvements de l'ouverture des narines, ne produit pas autre chose ordinairement qu'une diminution dans la faculté de percevoir les odeurs; cependant chez un individu dont les ailes du nez offriraient peu de résistance, chez les enfants, par exemple, on observerait probablement une gêne de la respiration (autant qu'elle se ferait par les narines) dans les circonstances où cette fonction s'accélère. Ch. Bell rapporte que, chez un matelot affecté d'une paralysie faciale du côté gauche, « l'aile gauche du nez étant paralysée, quand le côté droit de la tête reposait sur l'oreiller, le malade était forcé de tenir sa narine gauche ouverte avec les doigts pour respirer librement. » (APPENDIX TO THE PAPERS OF THE NERVES, 1827; JOURNAL DES PROGRÈS, t. VI, p. 15). Si la paralysie faciale avait occupé les deux côtés, cet homme aurait certainement éprouvé une gêne marquée de la respiration dans les actes qui l'accélèrent. On verra que chez la malade de l'obs. 6 cette difficulté à respirer par les narines était très-notable dans les grandes inspirations.

CAS DE PARALYSIE DES BRANCHES EXTERNES DES DEUX NERFS DE LA FACE CHEZ L'HOMME (1).

OBS. II et III. — « Dans deux cas qui se sont récemment présentés à mon observation, le visage n'offrait rien de particulier, les deux yeux étaient ouverts; toutefois le poli du front, l'absence de tout sillon, de toute ride dans le visage d'un homme de 43 ans, étaient ce qu'il y avait de plus frappant; mais un cas bien plus extraordinaire fut celui d'une jeune et jolie dame dont le visage et l'expression restaient impassibles dans les conversations les plus gaies et les plus animées.

» L'un de mes malades s'en apercevait lui-même et se plaignait amèrement du sort qui le condamnait à ressentir la tristesse et la gaîeté sans aucun changement des traits du visage, sans que les autres hommes pussent s'en apercevoir. »

PARALYSIE DES BRANCHES EXTERNES DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE CHEZ UN JEUNE HOMME, SANS CAUSE CONNUE (2).

OBS. IV. — « Un jeune homme, de taille moyenne, fut reçu à l'hôpital des fiévreux pour une légère attaque de fièvre inflammatoire continue, mais sans aucune trace particulière d'inflammation locale. Le quatorzième jour de la maladie, il fut rapidement mieux après une sueur critique. Dans l'espace d'une seule nuit, le pouls tomba de 120 à 72. Rien ne vint interrompre sa convalescence jusqu'à la fin de la quatrième semaine. Alors il se plaignit d'ulcères à la bouche pour lesquels on ordonna des lotions vinaigrées. Au bout de cinq jours néanmoins, l'homme continuant à se plaindre de sa bouche, on en fit un examen soigneux. Alors la morne immobilité de son visage attira l'attention: les lèvres étaient complétement paralysées et le malade ne pouvait pas les fermer; les narines restaient sans mouvements, les paupières supérieures ne se fermaient plus et le malade ne pouvait ni rire ni siffler; en même temps les sensations des parties affectées étaient parfaitement intactes. Ce jeune homme n'avait pas la plus petite fièvre, ni mal de tête, ni douleurs locales d'aucune espèce. Il n'avait d'autre affection que les ulcères de la bouche, la sécheresse et l'ulcération des lèvres.

(1) Romberg (M. H.), LEHRBUCH DER NERVEN KRANKHEITEN DES MENSCHEN. Berlin, 1851, 3e partie, p. 35.

(2) CASES OF PARALYSIS OF INDIVIDUAL NERVES OF THE FACE, by Dr Christison (THE LONDON MEDICAL GAZETTE, t. XV, p. 60, année 1835).

---

la pensée dominante, aucune perversion, aucun affaiblissement de la puissance volontaire, vous ne le feriez guère moins coupable que celui qui tue pour une raison semblable, à cette différence près qu'elle n'est pas imaginaire. Il se trompait en prenant sa victime pour son ennemi : ce n'était pas plus une raison de la tuer que si elle l'eût été réellement. L'intérêt actuel du meurtre est égal dans les deux cas : le crime est donc égal. Et de même, si le trouble cérébral ne portait que sur une erreur des sens ou de l'esprit, sans entamer l'instinct moral, la pensée et l'exécution du meurtre auraient évidemment tous les caractères de la criminalité. Donc, il est forcé que l'un au moins de ces deux éléments, altération du sens moral et servitude de la volonté, se joigne à l'idée folle. Et l'on voit par là que la folie homicide raisonnante n'est jamais aussi simple que la folie instinctive. La conséquence qui en découle est qu'elle peut offrir au médecin expert et au magistrat de grandes difficultés. Le plus souvent les fous de cette espèce paraissent avoir la conscience du crime qu'ils vont commettre; de plus, ils le préméditent : circonstances graves, qui les placent immédiatement sous le coup des articles 295 et 296 du Code pénal. C'est donc seulement dans la domination absolue de l'idée et l'enchaînement du libre arbitre que peut se trouver l'excuse de leur affreuse détermination, et nous croyons fermement que le libre arbitre est enchaîné, malgré les apparences contraires qui peuvent naître de la préméditation, toutes les fois que le crime a pour mobile une conception réellement et clairement délirante; mais alors on comprend que les gardiens de la sécurité comme de la moralité publique se montrent exigeants dans l'admission des preuves du délire. C'est le pivot de l'appréciation; il importe au plus haut degré qu'il soit bien établi.

Ceci nous conduit à l'examen de la folie appelée dans ces derniers temps *monomanie homicide-suicide*, expression impropre, qui consacre dans la variété la confusion que nous signalons tout à l'heure dans l'espèce, la folie résidant essentiellement, non dans une pensée fixe de meurtre, mais dans le désir de sortir de la vie avec le secours d'une main étrangère, et le meurtre n'étant ordinairement (mais non toujours) préféré à l'incendie que parce qu'il est le chemin le plus sûr d'arriver à l'échafaud. Quoi qu'il en soit, nous sommes loin de nier cette forme d'aliénation; il nous est démontré, au contraire, que la pensée d'un meurtre, comme moyen indirect de suicide, est assez souvent le produit d'un désordre mental. Mais nous ne pouvons admettre qu'il y ait un rapport obligé entre les deux termes; que le désordre mental soit nécessairement impliqué dans la pensée du meurtre. En ceci, nous nous séparons de nos honorés confrères de Lyon, et peut-être de la plupart des aliénistes. Examinons pourtant : un individu ruiné, déshonoré, malheureux enfin, aspire à la mort; mais il manque de courage pour se la donner, et il en charge la justice en se livrant à elle souillé du crime d'incendie. Aucune fonction cérébrale ne paraît d'ailleurs troublée. Le cas se rencontre dans les faits rapportés par M. Arthaud; inutile de le désigner plus clairement. Où est le cachet de la folie? Ce n'est pas dans la pensée du suicide, qui *logiquement* avait sa raison d'être. Nous savons bien que, selon quelques auteurs, le suicide emporte un certain degré de perversion morale; mais il est évident qu'on n'en saurait tirer l'irresponsabilité à l'égard du crime subséquent : ni les magistrats ni même les médecins n'iront jamais jusqu'à cette extrémité. Là donc n'est pas le cachet de la folie, qui, aux termes de la loi, doit avoir présidé à l'acte incriminé. Est-il dans le choix des

» Le régime fut ordonné. Des sangsues et des vésicatoires furent appliqués derrière les oreilles; des laxatifs furent fréquemment administrés, mais sans le plus léger avantage. A la même époque, un autre malade affecté d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun, ayant été guéri par l'effet du mercure, en apparence au moins, le même traitement fut appliqué dans ce cas et produisit une légère salivation qui se termina par une abondante éruption d'impétigo sur le visage. Le malade, néanmoins, n'en retira pas le plus petit bénéfice; toutes les parties animées par la portion de la septième paire de chaque côté de la face restèrent dans un état complet de paralysie.

» Après avoir passé trois mois à l'hôpital, le malade fut renvoyé dans le même état, et je n'ai jamais pu, depuis lors, recevoir aucune information sur les progrès de la maladie. »

FILLE AGÉE DE 16 ANS, SYPHILIS, PARALYSIE DU NERF FACIAL DU CÔTÉ GAUCHE, DISTORSION DES TRAITS; HUIT JOURS APRÈS PARALYSIE FACIALE DU CÔTÉ DROIT, REDRESSEMENT DES TRAITS, CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ DE LA FACE; GUÉRISON APRÈS QUATRE MOIS DE TRAITEMENT. (Observée par Dupuytren) (1).

« Le cas suivant est remarquable en ce que, sans aucune affection dépendante du cerveau et sans perte de la sensibilité de la face et des mouvements de la langue, les fonctions de la portion dure des nerfs de la septième paire furent suspendues pendant quelque temps. L'état de cette fille offrait cela de remarquable qu'elle conservait sa bonne humeur et riait quelquefois de tout son cœur; mais comme derrière un masque, ainsi que l'exprime avec justesse le narrateur, le visage de cette fille restant grave et immobile pendant que l'on observait l'émotion ou le bruit de la gaieté.

OBS. V. — » Salle Saint-Jean, n° 12, une jeune fille âgée de 16 ans, grande, bien développée, réglée depuis plus de dix-huit mois, d'une bonne santé habituelle, contracta une blennorrhagie vaginale et urétrale au commencement de novembre 1828. Elle ne fit aucun traitement et vint à Paris six semaines après, c'est-à-dire vers le 20 décembre. Elle portait à cette époque une tumeur peu volumineuse sur la région frontale gauche. Le surlendemain de son arrivée, pendant la nuit, sans douleur préalable, sans cause accidentelle, elle éprouva un engourdissement dans la joue gauche; toute la face de ce côté était roide et insensible, et le matin elle s'aperçut que la bouche était fortement déviée à droite. La langue était un peu roide et la parole embarrassée. Il n'y avait du reste aucun autre symptôme.

» Un médecin appelé de suite prescrit une saignée du bras; on en pratique une seconde le soir du même jour; des sangsues sont appliquées à l'anus le lendemain, et le tout sans succès. Deux jours après, la malade est conduite à l'Hôtel-Dieu.

» L'écoulement blennorrhagique et l'exostose de la bosse frontale gauche sont constatés; la malade n'éprouve du reste aucun symptôme cérébral ou gastrique. La langue est mobile, sans déviation, et on voit que la difficulté de parler résulte de l'immobilité de la joue et des lèvres. Deux jours de suite on administre l'émétique en lavage; le troisième jour on fait une saignée du bras, il n'en résulte aucun changement. On commence alors le traitement antisyphilitique de M. Dupuytren, qui consiste en pilules composées d'un huitième de grain de deuto-chlorure de mercure, d'un demi-grain d'opium et de deux grains d'extrait de gayac. On donne trois de ces pilules par jour; la malade boit un ou deux pots de décoction de salsepareille avec addition de 4 à 6 onces de sirop sudorifique.

» Huit jours après l'apparition de la paralysie à gauche, le même symptôme se manifesta subitement à droite, et la malade, en se réveillant, n'offrait plus de déviation de la face, mais bien un relâchement complet, une immobilité absolue de tous les traits du visage. Les paupières ne se fermaient qu'à moitié et les larmes coulaient sur les joues; les lèvres restaient béantes, agitées comme deux drapeaux par l'air expiré; la langue n'était pas affectée. Cette paralysie de la face n'avait lieu que pour le mouvement, car la peau et les muqueuses n'avaient rien perdu de leur sensibilité. La malade ne souffrait pas, et sa physionomie, habituellement très-expressive, conservait alors un caractère sérieux qui contrastait singulièrement avec sa disposition d'esprit. On l'entendait rire aux éclats, mais elle riait comme derrière un masque. Cet état lui causait beaucoup de chagrin.

» Le traitement fut continué avec la plus grande régularité. En même temps on lui appliqua un vésicatoire sur la joue gauche, très-près de l'oreille; on en mit successivement plusieurs autres sur la même région du côté opposé, puis derrière les oreilles; enfin on plaça un large séton à la nuque. Il causa beaucoup de douleurs, et ce ne fut qu'au bout d'un mois que la suppuration fut bien établie, que l'on put s'apercevoir de ses bons effets. Au bout de deux mois de traitement, la mobilité des joues reparut peu à peu, la malade cessa de dormir la bouche ouverte, les paupières se rapprochèrent de plus en plus et le larmoiement diminua. Il est à remarquer que les sens n'ont jamais été affectés; l'odorat, le goût ont conservé leur finesse, la sensibilité de la peau n'a éprouvé aucun changement.

» La santé de cette jeune fille n'a offert aucune altération; son appétit était excellent, cependant elle craignait de manger dans les commencements de sa maladie, parce que les joues immobiles laissaient les aliments s'amasser entre les arcades dentaires et leur face interne. La bouche s'emplissait sans pouvoir se vider, par la formation et la déglutition du bol alimentaire. Plus tard, elle s'habitua à cet état, sa langue, ses doigts et divers instruments servaient à suppléer l'action des muscles buccinateurs et labiaux.

» Ainsi que nous l'avons dit, l'amélioration a été lente, et ce n'est que peu à peu que les muscles de la face ont récupéré la faculté de concourir aux phénomènes de la respiration, et de peindre les émotions intérieures. Nous avons vu la malade éternuer sans présenter cette expression de la face, si remarquable dans cette circonstance; elle bâillait en abaissant la mâchoire, mais les lèvres et tout le visage n'indiquaient en aucune manière la sensation qui accompagne l'accomplissement de cet acte. Nul doute que si une circonstance quelconque eût occasionné de la dyspnée, les ailes du nez ne fussent restées immobiles, au lieu de se relever et de concourir à cette expression d'angoisse qu'on observe si souvent chez les asthmatiques.

» Après quatre mois de séjour à l'Hôtel-Dieu, cette jeune fille est sortie dans l'état suivant. L'exostose de la bosse frontale gauche a disparu, la blennorrhagie est guérie et la santé générale est excellente. La figure ronde et fraîche exprime avec vivacité toutes les sensations physiques et morales; le rire seul est un peu froid, c'est-à-dire que le mouvement des lèvres ne semble pas correspondre à la rapidité et à l'étendue des mouvements du diaphragme et des côtes. La mastication est facile et les aliments sont bien réunis en bol. Les paupières se rapprochent complétement, mais il faut un léger effort et souvent les larmes coulent sur la joue.

» Le séton est maintenu en place, et tout porte à croire que, dans quelques mois, il ne restera plus à la malade que le souvenir de cette affection singulière.

» Si les belles expériences de Charles Bell sur les usages des nerfs encéphaliques avaient besoin d'être confirmées par des faits cliniques, cette observation serait plus propre qu'aucune autre à démontrer la justesse de son opinion sur les fonctions du nerf facial. On a vu survenir dans cette maladie tous les accidents qui résultent, chez les animaux, de la section de ce nerf, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Il est probable que, chez elle,

(1) Charles Bell, THE NERVOUS SYSTEM OF THE HUMAN BODY AS EXPLAINED IN A SERIES OF PAPERS READ BEFORE THE ROYAL SOCIETY OF LONDON; WITH AN APPENDIX OF CASES AND CONSULTATIONS ON NERVOUS DISEASES, p. 326. London, 1836, 3e édition.

moyens? Mais il faut d'abord pour cela que le moyen soit absolument déraisonnable; et puis, le moyen choisi, il faut encore, nous l'avons dit, ou que le sujet n'en conçoive pas l'horreur, ou que, la concevant, il soit le jouet d'une impulsion irrésistible. Or le moyen est parfaitement logique; il est on ne peut mieux adapté au but. Mais il est horrible! Cela est vrai; pourtant la folie n'est pas encore là : car le sentiment du crime était entier; il était entier avant et après la perpétration. Reste qu'elle soit dans la perte de la liberté morale. Y est-elle en effet? Non, car le sujet a délibéré tranquillement; il n'a lui-même accusé aucune violence interne, et pendant sa détention comme pendant le procès, il a paru jouir de la plénitude de toutes ses facultés.

Voilà un premier cas. En voici un second : ce n'est plus la pusillanimité qui repousse le suicide et conseille le crime : c'est la crainte d'un châtiment éternel; c'est la pensée que le meurtre de soi-même ne laissera pas le temps de se repentir. Une telle association d'idées est-elle nécessairement d'un fou? La main sur la conscience, non! Toutes les raisons alléguées pour le fait précédent conviennent à celui-ci, et le seul refuge qu'y puisse trouver l'irresponsabilité est dans l'opposition des deux idées associées, à savoir, une idée criminelle et une idée religieuse. Sur ce point, remarquons d'abord que l'opposition n'est souvent qu'apparente. Les auteurs de l'acte se donnent réellement le moyen de se sauver par le repentir, et ils ne manquent à aucun dogme religieux en l'espérant; ils prennent, en outre, bien souvent, des précautions pour que leur victime paraisse également pure devant Dieu; ils la choisissent, par exemple, dans un enfant, dans un prêtre, dans une personne qui sort du tribunal de la confession. En fait, dans combien de circonstances des actes reconnus contraires à la loi divine ont-ils été mis au service d'idées religieuses, sans qu'on puisse y voir autre chose que de l'exaltation! La mère sauvage qui jette son enfant sous les roues du char de l'idole pour lui assurer la félicité céleste, appellerait criminel celui qui viendrait lui tuer cet enfant entre les bras. On a vu, dans l'antiquité païenne et même au sein de la catholicité, des individus terminer violemment leurs jours pour hâter le bonheur de l'autre vie, espérant que l'acte serait absous en faveur de l'intention; on en a vu qui, craignant de trouver le juge suprême inexorable à l'endroit du suicide direct, tournaient la difficulté en se faisant tuer dans une mêlée. Ce ne sont pas là, nous le voulons bien, des faits semblables à ceux qui font l'objet de la discussion; mais ils leur ressemblent par le caractère dont on voudrait faire un signe indéniable de folie, c'est-à-dire l'emploi du crime comme moyen de salut.

Nous nous en tenons à ces réserves générales, dont nous n'entendons faire, nous le répétons, aucune application particulière. Il nous sera seulement permis d'en tirer une conséquence, générale comme les prémisses. Puisque l'acte ne porte pas avec lui la preuve positive et directe de l'aliénation; puisqu'il pourrait être conçu et exécuté par un homme à idées plus ou moins exaltées, plus ou moins bizarres, mais bien éloigné encore de cette aberration intellectuelle ou de cet asservissement du libre arbitre qui entraînent l'irresponsabilité; puisque, dans tel ou tel cas, il pourrait n'obtenir autre chose de la justice que le bénéfice des circonstances atténuantes, on comprend de quelle importance il devient de scruter la vie entière, d'étudier à fond la constitution physique, d'analyser toutes les actions, toutes les habitudes, des malheureux tombés dans de tels égarements. Or nous rentrons ici dans l'objet propre des mé-

une exostose légère a comprimé les nerfs à leur sortie du crâne. L'efficacité du traitement antisyphilitique n'est pas contestable dans ce cas. Les topiques irritants et révulsifs ont achevé la cure ; ils étaient indispensables, car souvent, après la destruction de la cause qui occasionne une paralysie, ce symptôme a encore besoin d'être combattu par des stimulants locaux. »

FILLE AGÉE DE 22 ANS ; PARALYSIE DU NERF FACIAL DU CÔTÉ GAUCHE, SANS CAUSE CONNUE ; DISTORSION DES TRAITS ; VINGT JOURS APRÈS, PARALYSIE DU NERF FACIAL DU CÔTÉ DROIT ; REDRESSEMENT DES TRAITS ; TRAITEMENT PAR LE GALVANISME ; GUÉRISON. (Observée par M. Magendie) (1).

OBS. VI.— « Mademoiselle X., âgée de 22 ans, d'un tempérament d'apparence lymphatique, se présente le 2 avril 1840, à la consultation de M. Magendie. Sa taille est moyenne, ses cheveux blonds, ses traits peu colorés. Elle dit avoir toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a quinze jours, elle éprouva, sans cause connue ni même appréciable, les premiers symptômes de la maladie dont elle est maintenant affectée. Ces symptômes, je vais les énumérer en suivant l'ordre de leur apparition, de leur succession et de leurs progrès.

» Je divise donc mon observation en quatre périodes. A chacune de ces périodes correspondra un groupe particulier de symptômes, ainsi qu'une phase spéciale de la paralysie.

» PREMIÈRE PÉRIODE. — *Déviation des traits du côté droit ; paralysie de la septième paire gauche.* — Le premier symptôme fut un léger embarras dans le jeu des paupières du côté gauche. Bientôt le front et la tempe de ce côté cessèrent de se mouvoir. Puis la moitié gauche des lèvres et du menton perdirent leur contractilité et furent entraînés à droite. Jusque-là, la malade n'avait aucunement souffert. C'est alors qu'elle ressentit de l'engourdissement dans la moitié gauche de la langue, sans aucune gêne dans les mouvements de cet organe, en même temps qu'une exaltation vive de l'ouïe, à tel point que les moindres bruits provoquaient à l'intérieur de l'oreille gauche un pénible retentissement. Au bout de vingt-quatre heures, l'oreille et la langue avaient repris leur sensibilité normale ; mais les signes de la paralysie faciale persistaient. Ils avaient acquis leur maximum de développement à l'époque où la malade vint consulter M. Magendie.

» Ainsi, distorsion des traits, surtout de la bouche et du menton, du côté droit. Impossibilité de les redresser, de plisser le front, ni de rapprocher complètement l'une de l'autre les paupières gauches. La lèvre supérieure de ce côté est pendante et paraît plus longue que du côté droit ; l'inférieure est également paralysée dans toute sa moitié gauche. L'intervalle de ces deux lèvres donne issue à un écoulement involontaire de salive. La joue gauche, tiraillée à droite, est tendue, lisse, appliquée sur les dents et les gencives. On la voit se gonfler dans l'expiration, s'affaisser dans l'inspiration. Pendant le repas, les aliments se portent et s'accumulent du côté gauche. Quand la malade parle, rit, communique quelque expression à ses traits, la difformité augmente. Ce sont donc bien là tous les signes d'une paralysie complète de la septième paire gauche.

» M. Magendie prescrit le galvanisme et emploie le procédé qui lui a tant de fois réussi dans les affections de cette nature. Une aiguille est implantée dans la glande parotide gauche, une seconde aiguille est successivement placée aux trous sus orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier du même côté. Nous mettons ces aiguilles en rapport avec les conducteurs de la *machine de Clarke*, dont on tourne la roue lentement d'abord, puis ensuite un peu plus vite. Chaque commotion galvanique s'accompagne, dans tout le côté correspondant de la face, de douloureux élancements ; mais nous remarquons que les muscles se contractent très-faiblement. Ces séances sont continuées chaque jour de la même manière. Quelquefois M. Magendie n'emploie qu'une aiguille, celle de la parotide, mais alors il remplace la seconde par le bouton d'un des conducteurs qu'il applique sur la membrane muqueuse de la joue et des lèvres.

» Peu de changement dans les premières séances. Les muscles se contractent un peu mieux dans le moment de l'influence du galvanisme pour retomber ensuite dans leur immobilité. Quant à la sensibilité de tout ce côté de la face, elle est parfaitement intacte.

» Vers la sixième séance (9 avril), il est survenu d'importants phénomènes qui sont le prélude de complications nouvelles dans la marche et le siége de la paralysie.

» DEUXIÈME PÉRIODE. — *Redressement passif des traits ; paralysie de la septième paire droite.* — La déviation des traits diminue notablement. La bouche est moins tiraillée à droite, en un mot, la paralysie, au premier coup d'œil, semble être en voie de guérison. Mais est-ce là une amélioration bien réelle ? Consultons les symptômes en les isolant. Les mouvements sont à peu près aussi impossibles du côté gauche qu'ils l'étaient auparavant ; de plus, ils sont devenus difficiles du côté droit, où ils étaient restés intacts jusqu'alors. Ainsi, de ce côté, l'œil se ferme à peine, le front ne se plisse presque plus, le sourcil devient tombant, tous phénomènes qui ont signalé le début de la paralysie de la septième paire gauche. Il n'y a donc point amélioration ; c'est, au contraire, une paralysie nouvelle qui commence à envahir la septième paire du côté droit.

« M. Magendie, dans l'espoir d'en arrêter les progrès, soumet ce côté de la face à l'action galvanique. Mais les muscles se contractent moins bien qu'à l'état normal. Nul doute, par conséquent, que la septième paire du côté droit ne soit bien positivement compromise à son tour. Mêmes applications galvaniques du côté gauche. Les contractions sont plus prononcées de ce côté, ce qu'il faut en partie attribuer à ce que les muscles antagonistes opposent moins de résistance.

» La malade a ressenti, dans la journée du 12 avril, cet engourdissement du côté droit de la langue et cette surexcitation de l'ouïe que nous avions mentionnés lors de l'invasion de la paralysie gauche. Ce sont donc littéralement les mêmes phénomènes pour la droite.

» Malgré plusieurs séances successives, la paralysie de la septième paire droite continue à faire des progrès. Elle est maintenant (15 avril) aussi complète que celle de la septième paire gauche. A ce degré de la maladie, voici quel est l'état de la face :

» Il n'y a plus la moindre déviation des traits. Ceux-ci sont réguliers, mais immobiles, impassibles, à tel point que les sensations intérieures ne se traduisent au dehors que par des changements dans la coloration du visage. Les yeux, largement ouverts, paraissent plus grands que de coutume. La malade essaye-t-elle de les fermer, elle ne le peut, et il reste entre les paupières un écartement assez considérable, qui laisse apercevoir la teinte blanchâtre de la conjonctive. Les larmes coulent involontairement sur les joues, le front ne peut plus se plisser. Les sourcils, obéissant à leur poids, pendent au-dessus des orbites, ce qui donne à la physionomie une effrayante expression. Affaissement des narines ; souvent, dans les fortes inspirations, elles se rapprochent de la cloison nasale au point de former soupape et d'intercepter complétement le passage de l'air. Les lèvres ont perdu toute faculté contractile, aussi le parler est-il devenu très-embarrassé, surtout pour la prononciation des mots où se trouvent des lettres labiales. A chaque mouvement respiratoire, les lèvres, comme deux voiles mobiles, sortent et rentrent, selon la direction du courant de l'air. La mastication est pareillement très-pénible, car les aliments se portent de chaque côté entre les gencives et les joues, et la malade est obligée de se servir du doigt pour les ramener sous les dents. Les joues sont flasques, pendantes, ce qui rend la figure plus longue et la fait paraître vieillie. D'après ces phénomènes, il est manifeste que, de chaque côté, les muscles soumis à l'influence de la septième paire ont perdu toute action qui leur soit propre pour

(1) Constantin James, PARALYSIE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE. (GAZ. MÉD., 1841, p. 594.)

---

moires de MM. Arthaud et Lacour, regrettant d'y rentrer presque au moment où il nous faut terminer cet article. La tâche que nous indiquons ici, les deux auteurs l'ont remplie avec autant de talent que de raison. M. Artaud montre Jobard prédisposé à la folie par l'hérédité, la fausseté originelle du jugement, l'onanisme joint à une passion désordonnée pour les femmes, l'activité maladive des organes génitaux ; on voit parfaitement, dans le récit des faits et la lumineuse discussion médico légale, la folie poindre, longtemps avant l'homicide, dans la lutte inégale des passions et des principes religieux, dans les terreurs, dans la répétition de congestions cérébrales ; on voit se prononcer dans le lupanar les prodromes de l'accès, les idées incohérentes, le besoin de locomotion, l'insensibilité au froid, des scènes étranges qui devaient être plus tard oubliées ; on le voit éclater enfin, et puis se calmer peu à peu, après la déplorable satisfaction donnée à l'obsession de la pensée criminelle. M. Lacour, de son côté, résume brièvement, mais avec clarté, toutes les *circonstances qui peuvent guider dans le diagnostic de la monomanie* : hérédité, maladies antérieures, caractère, mœurs, motif, passions, et en fait au cas particulier la même application que son confrère de l'Antiquaille. Dans ces termes, nous sommes heureux de nous rencontrer avec deux hommes aussi compétents sur ces matières spéciales, et d'adhérer à la pensée comme à la substance et à la conclusion de leurs opuscules.

A. DECHAMBRE.

— La liste des candidats du concours pour l'agrégation (section de médecine) est close ; elle contient quatorze noms pour six places à donner. C'est la première fois, depuis bien longtemps au moins, qu'un aussi petit nombre de concurrents seront entrés en lice.

Les quatorze candidats inscrits sont : MM. les docteurs Abeille, Aran, Blin des Cormiers, Bouchut, Delpech, Empis, Frédault, Gubler, Hérard, Lasègue, Léger, Leudet, Milcent et Tholozan.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 8 novembre, M. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé président du concours qui doit s'ouvrir devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. Orfila, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine, et M. Bondet, agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont nommés juges adjoints du dit concours.

— Par application de l'art. 1er du décret organique du 9 mars dernier, relatif à l'institution des fonctionnaires de l'enseignement supérieur, le prince-président a rendu, à la date du 5 novembre, deux décrets individuels qui nomment : M. Pasteur, docteur ès sciences physiques, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg, et M. Loir, docteur ès sciences physiques, professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de la même ville.

ne plus remplir qu'un rôle exclusivement passif. On dirait presque une tête inanimée sur un corps vivant. Cependant la santé générale de la malade n'a point cessé un instant d'être parfaite. L'appétit est conservé, le sommeil calme, la tête est libre. La paralysie de la face est donc plutôt ici une incommodité qu'une maladie véritable.

» M. Magendie galvanise à peu près tous les jours les deux septièmes paires. Les contractions musculaires deviennent de plus en plus marquées à gauche; elles sont, au contraire, très-faibles du côté droit, c'est-à-dire du côté où la paralysie s'est montrée en dernier lieu.

» TROISIÈME PÉRIODE. — *Déviation des traits du côté gauche; guérison de la paralysie de la septième paire de ce côté.* — Vers la douzième séance (18 avril), les traits commencent à se dévier à gauche. Légère d'abord, cette déviation se prononce chaque jour davantage. La malade, qui en avait paru vivement affectée, reconnaît bientôt que ce qu'elle croyait être une nouvelle complication est un symptôme heureux qui coïncide avec le retour des mouvements dans tout le côté correspondant de la face. Ainsi, du côté gauche, elle peut déjà plisser les lèvres, rider le front, rapprocher les paupières, tandis que ces mêmes mouvements sont encore presque nuls du côté droit.

» C'est par le degré de déviation des traits que nous sommes avertis de l'amélioration de la paralysie gauche; de sorte que le même signe qui, dans la première période, nous indiquait le progrès de la maladie, nous indique dans celle-ci le progrès de la guérison. Cette contradiction apparente des phénomènes est bien simple à expliquer. Dans le premier cas, les muscles du côté gauche devenaient plus faibles; dans le second cas, ils deviennent plus forts.

» A chaque application galvanique, nous obtenons une augmentation de la contractilité musculaire; aussi la face est-elle de plus en plus déviée du côté gauche. Si les muscles de ce côté recouvrent chaque jour quelque chose de leur action, ceux du côté opposé ne restent pas stationnaires. Maintenant (24 avril) ils peuvent exécuter quelques mouvements par la seule volonté de la malade, et le galvanisme les fait se contracter bien plus fortement. Mais, qu'on me pardonne cette expression, ils sont en retard par rapport aux muscles du côté gauche. Ceux-ci étaient déjà en voie de guérison que ceux-là n'avaient éprouvé aucune amélioration sensible. De là prédominance des premiers sur les seconds.

» Nous voici arrivés à la dix-huitième séance (28 avril). La déviation persiste, bien que de chaque côté les progrès continuent. Ils sont tels du côté gauche que les mouvements de ce côté paraissent être entièrement rétablis.

» QUATRIÈME PÉRIODE. — *Redressement actif des traits; guérison de la paralysie de la septième paire droite.* — Les muscles du côté droit se contractent de jour en jour davantage, et par suite la déviation des traits tend à s'effacer. Le redressement de la face n'est plus ici, comme dans la seconde période, l'indice d'une double paralysie, mais, au contraire, d'une double guérison. Ainsi, au côté droit, les mouvements reviennent de la même manière qu'ils sont déjà revenus du côté gauche. Les larmes et la salive ne s'écoulent plus involontairement, la narine ne s'affaisse plus dans l'inspiration; la malade n'a plus besoin du secours des doigts pour ramener les aliments sous les dents; en un mot, ce sont les mêmes symptômes d'amélioration que nous avons observés du côté gauche, alors que la paralysie de ce côté était près de disparaître.

» A la vingt-cinquième séance (8 mai), les traits paraissent redevenus réguliers, quand la face reste immobile; mais pour peu que la malade parle ou rie, on remarque encore une légère déviation du côté gauche. A la trentième séance (15 mai), la face a repris son expression normale. Tous ses mouvements sont libres, et dans quelque sens que la malade les exécute, on n'aperçoit plus que les traits se dévient d'aucun côté. La paralysie devait donc être regardée comme entièrement guérie, n'était encore un peu d'embarras dans la prononciation de certains mots qui exigent spécialement l'action des lèvres; par exemple, la malade ne dira pas couramment *papa*, mais *pa-pa*, en mettant un petit intervalle entre les deux syllabes. Aussi M. Magendie juge-t-il quelques applications galvaniques encore nécessaires. Dans les séances qui ont suivi, les aiguilles ont été implantées directement dans les muscles dont les contractions n'étaient point tout à fait assez nettes. De cette manière ces muscles ont été plus vivement stimulés que quand les aiguilles étaient placées aux deux extrémités du nerf. Il n'a plus fallu qu'un petit nombre de séances pour que la prononciation fût redevenue aussi facile qu'avant l'invasion de la paralysie.

» Pendant les premiers jours qui ont suivi la guérison, les yeux sont restés un peu larmoyants par suite de l'action irritante que l'air avait exercée à leur surface alors que les paupières ne pouvaient se fermer. Le retour et la persistance des mouvements de clignement ont promptement fait cesser cette légère incommodité.

» Depuis cette époque, mademoiselle X... n'a plus éprouvé la moindre gêne dans les mouvements de la face. Ses traits ont repris toute leur vivacité, toute leur expression, et il ne reste aujourd'hui aucune trace des deux paralysies. »

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur LEBERT.

Dans les pages suivantes, nous parlerons d'un ordre de kystes dont l'appréciation exacte est de la plus haute importance physiologique et pathologique et qui sont encore aujourd'hui si incomplétement connus et si mal appréciés dans leur mode de formation et leur nature que les doctrines les plus erronées règnent à leur égard dans la science. Aussi serons-nous obligé d'entrer dans beaucoup de détails pour leur description.

Nous appelons *kystes dermoïdes* des kystes qui présentent à leur surface interne une organisation qui les rapproche beaucoup de celle de la peau, et dans lesquels on trouve de l'épiderme, du derme, des glandes sébacées ou sudoripares, des poils implantés, une graisse abondante, et dans quelques localités en outre des os et des dents. Nous faisons par conséquent entrer aussi dans cette classe les kystes pili-dentifères des ovaires que beaucoup de pathologistes encore aujourd'hui prennent pour les restes d'un produit de conception, opinion qui nous paraît en tout point erronée.

Nous dirons à cette occasion que la formation des produits contenus dans ces kystes rentre tout à fait dans une loi pathogénique générale que nous désignons sous le nom d'*hétérotopie plastique*.

Voici la formule de cette loi: Beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre point.

Il est impossible d'assigner déjà aujourd'hui les limites de cette loi; toutefois nous n'hésitons pas à l'appliquer à l'épiderme, au pigment, aux tissus adipeux, fibreux, fibro-plastique, musculaire tant organique que du mouvement volontaire, cartilagineux et osseux, et parmi les organes plus complexes, nous avons constaté la formation hétérotopique pour les poils, les glandes et les dents.

Nous allons d'abord suivre ces productions dans les kystes superficiels.

PREMIÈRE PARTIE.

DES KYSTES DERMOÏDES NON OVARIENS.

1° DES KYSTES DERMOÏDES SOUS-CUTANÉS.

Nous ferons connaître en premier lieu tout ce que nos travaux nous ont appris au sujet des tumeurs enkystées sous-cutanées contenant des poils, des glandes, de la graisse, de l'épiderme, etc. Voici les deux faits que j'ai observé moi-même.

OBS. I. — En séjour à Berlin au commencement de l'année 1846, M. Dieffenbach me proposa un jour d'extirper à sa clinique une tumeur enkystée qui avait son siége au-dessus de la paupière supérieure gauche. Un jeune homme âgé de 24 ans, d'une bonne constitution portait cette tumeur depuis sa naissance. Il n'en avait été incommodé que depuis peu de temps; elle était située au-dessus du bord supérieur de l'orbite, et bien que peu à peu la tumeur eût atteint le volume d'un œuf de pigeon, les mouvements de la paupière n'étaient proportionnellement que peu troublés. La peau extérieure était mobile sur la tumeur, tandis que celle-ci ne l'était que partiellement sur l'os sous-jacent.

Je pratiquai l'opération en faisant une incision semi-lunaire sur toute sa longueur. Après avoir disséqué la peau des deux côtés, je la fis écarter par des aides, et je séparai ensuite le kyste avec le bistouri et avec des ciseaux, mais je rencontrai des adhérences si intimes avec le périoste frontal que j'ai été obligé de laisser une très-petite partie de la base, qui, en effet, plus tard se détruisit par la suppuration et ne mit point obstacle à la cicatrisation complète.

Le contenu de cette tumeur était composé d'une graisse jaune, de la consistance du suif, montrant au microscope de la graisse granuleuse et des vésicules, sans véritables cellules adipeuses et sans cristaux gras. La paroi interne du kyste, close de toutes parts avant l'opération, présentait tous les caractères d'une organisation cutanée complète. Bien qu'il ne fût point facile d'enlever l'épiderme isolé, on put cependant bien aisément constater son existence sur des coupes verticales qui, traitées par l'acide acétique, firent reconnaître les feuillets et les noyaux des cellules épidermiques. Le derme lui-même était composé d'un tissu fibro-aréolaire, semblable à celui de la peau. Toute la surface interne du kyste était recouverte de petits poils blanchâtres, fins, courts, solidement implantés, et dont le bulbe et la gaîne étaient très-nettement visibles. A côté de chaque poil se trouvaient deux glandes sébacées en forme de grappes, dont le conduit excréteur se rapprochait de la surface du poil; elles étaient gorgées de leur produit de sécrétion identique tout à fait à la graisse contenue dans le kyste.

Le second fait est le suivant:

OBS. II. — Un jeune homme âgé de 21 ans, que j'ai également observé dans la clinique de Dieffenbach à la même époque, avait déjà offert dès l'âge de 6 mois, d'après les indications de ses parents, une petite tumeur du volume d'une lentille, au-dessus de la paupière supérieure gauche. Il est probable que cette tumeur était congéniale. Peu à peu elle prit de l'accroissement, et à l'âge de 19 ans elle avait atteint le volume d'une prune, et incommodait assez le malade pour qu'il réclamât l'opération.

Celle-ci fut pratiquée par une incision dans toute sa longueur; on fit sortir tout son contenu, et on entretint son intérieur en suppuration pendant cinq à six semaines. La plaie se cicatrisa, mais la tumeur ne tarda pas à se reproduire et à s'accroître bien plus rapidement qu'auparavant, au point qu'à l'époque de

l'entrée du malade à la clinique elle avait atteint le volume d'une petite pomme. Depuis quelques semaines, la tumeur était devenue douloureuse et s'était enflammée à la suite d'une longue course où le malade avait beaucoup couru. Des douleurs lancinantes, brûlantes ou térébrantes s'étaient fait sentir, et sont devenues de plus en plus vives et permanentes. La peau avait pris une teinte rouge à la surface, et le volume de la tumeur avait si rapidement augmenté pendant les derniers temps que l'œil en était complétement recouvert, la paupière ne pouvant plus être relevée spontanément ; l'œil, du reste, n'avait pas le moindre mal ; le sourcil de ce côté passait juste sur le milieu de la tumeur.

Le 17 février 1846, l'opération fut pratiquée de la façon suivante : Une ellipse de peau fut circonscrite par deux incisions faites au-dessus du sourcil, et dans la direction transversale ; le kyste fut ensuite disséqué ; on l'ouvrit pendant l'opération, ce qui donna issue à une matière grumeleuse mêlée de beaucoup de pus. Les suites de l'opération furent heureuses ; au bout d'un mois la plaie était cicatrisée, et le malade quitta l'hôpital complétement guéri.

L'examen de la tumeur offrit les caractères suivants : Les masses grumeleuses étaient composées d'une matière grasse sébacée, à petits granules ; le pus avait ses caractères ordinaires. La face interne de la membrane du kyste présentait tous les caractères de la peau extérieure ; sa surface la plus rapprochée de la cavité était recouverte d'une couche épithéliale dont les lamelles superficielles étaient ou peu raccornies ; mais un peu au-dessous d'elles se trouvaient des cellules épithéliales plus jeunes avec un noyau distinct ; ces cellules offraient tous les caractères de jeunes cellules d'épithélium pavimenteux ou de l'épiderme de la peau. Au-dessous de cette couche de cellules se trouve un derme très-vasculaire. Toute la surface de cette peau de nouvelle formation est parsemée de poils avec des glandes ; les premiers sont de couleur blonde et ont des bulbes larges et bien nourris, entourés de leur gaine ; deux glandes sébacées accompagnent généralement ces poils ; cependant il y a par-ci par-là des poils sans glandules et des glandules sans poils. On reconnait ces dernières déjà à l'œil nu par leur couleur jaune pâle et mate et par leur forme arrondie et lobulée ; leur volume varie entre celui d'une très-petite tête d'épingle et celui d'un grain de millet. Lorsqu'on fait des préparations minces de cette membrane interne et qu'on les rend transparentes par l'acide acétique, il est facile d'étudier la structure des glandules avec le microscope : on voit bien alors leur membrane propre, leur conduit excréteur et leurs contours lobulés, en forme de feuilles de chêne ; leur contenu se compose d'une graisse jaunâtre, granuleuse ou à petites vésicules. Nous n'avons point trouvé de poils libres et détachés mêlés à la graisse qui remplissait ce kyste.

Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, quoique nos traités classiques de chirurgie se taisent généralement sur ce sujet.

Baillie (1) nous apprend, dans le 16e volume des Transactions philosophiques, publié en 1789, que Hunter avait déjà excisé une tumeur parfaitement close, située au-dessus du sourcil et qui renfermait des poils.

M. Cruveilhier (2), dans son Traité d'anatomie pathologique, publié en 1816, réunit quelques cas semblables. Un premier appartient à Maurice Hoffmann, qui trouva dans une tumeur de la tête et de la tempe des cheveux libres et implantés. En 1810, Zelherman avait signalé la présence de poils dans un kyste qu'il avait extirpé à la paupière supérieure. Dupuytren enleva à un enfant âgé de 3 ans une tumeur de la paupière supérieure, renfermant une matière comme du beurre fondu et une grande quantité de poils adhérents à la paroi interne, longs de quelques lignes. Petit lut devant la Société anatomique une observation semblable.

A. Cooper (3) fait aussi mention de ces sortes de tumeurs, et nous trouvons dans la traduction française de ses œuvres le passage suivant : « Quelquefois ces kystes renferment des cheveux. C'est ce qu'on observe lorsqu'ils existent à la tempe ou près du sourcil, ou dans d'autres parties du corps recouvertes de poils. Ces poils n'ont point de bulbe ni de canal, et diffèrent par conséquent de ceux qui existent normalement à la surface du corps. »

Cette opinion ainsi formulée nous paraît exagérée ; elle est réfutée, du reste, par les deux faits que nous avons rapporté plus haut ; toutefois il est intéressant de constater qu'A. Cooper ait bien connu les kystes pilifères sous-cutanés.

Nous trouvons dans la Gazette Médicale de 1837 une observation de Venot (4) d'un kyste pileux siégeant à la jambe chez un homme âgé de 36 ans.

En 1838, M. Lawrence (5) à Londres avait publié, dans la Gazette médicale de Londres, un petit travail fort curieux sur ces maladies, et nous sommes étonné qu'on ait tenu si peu compte de ses observations. Il y rapporte les faits suivants. Un jeune enfant portait une petite tumeur près de l'angle externe de l'œil, du volume d'une fève, faisant une saillie incolore et laissant la peau mobile au-dessus d'elle. La tumeur était congéniale. En faisant l'extirpation, le chirurgien put se convaincre que la tumeur était située sous le muscle orbiculaire, et que par sa base elle adhérait intimement à la surface de l'os, à l'apophyse externe du frontal. Ce kyste renfermait de la graisse et des poils d'une couleur foncée. L'auteur ajoute que les tumeurs de cette espèce ne sont pas rares dans cette région chez les jeunes enfants, qu'elles sont ordinairement congéniales et qu'elles restent quelquefois stationnaires pendant toute la vie, et il cite le cas d'un homme qui en a toujours porté à l'angle externe de l'œil sans avoir jamais été incommodé. L'auteur anglais rapporte ensuite ce singulier fait que si on laissait persister une partie du kyste, la plaie ne se cicatrisait point. A l'appui de cette opinion, il rapporte les deux faits suivants. Une jeune personne portait une tumeur pareille à la racine du nez, entre les deux paupières ; on en fit l'ablation, mais la cicatrisation ne devint jamais complète. Lawrence incisa alors la fistule, et trouva au fond de la plaie un fragment de kyste sur lequel des poils étaient implantés. L'excision fut pratiquée et la guérison ne tarda point à s'accomplir. Le second fait est semblable à celui-ci. Une tumeur existait également à la racine du nez ; incomplétement opérée, elle avait laissé une ouverture fistuleuse. Une incision fut pratiquée, et on mit également à nu un morceau de kyste couvert de poils, dont l'excision fut suivie d'une guérison complète. Voilà donc encore trois faits non douteux de kystes pilifères sous-cutanés.

Nous trouvons dans les Annales de médecine de Prague (1) un fait semblable, observé par le docteur Ryba, et publié dans le principe dans le Journal de chirurgie et d'ophthalmologie de Walther et Ammon. M. Ryba extirpa à une femme, âgée de 38 ans, une tumeur du volume d'une grosse noix qu'elle portait dans la région du sourcil gauche, vers la tempe, et qui était profondément située sous la peau ; elle était attachée par des adhérences fibro-celluleuses au périoste. Le sac complétement extirpé contenait, outre un sérum jaunâtre avec des flocons blancs, une quantité de poils détachés, courts, semblables à ceux du sourcil. Une partie de ce sac était plus épaisse et plus saillante vers l'intérieur, et les poils y étaient solidement implantés. Le même journal renferme, dans le huitième volume des analectes, le fait rapporté très en abrégé d'une tumeur sous-cutanée pilifère, extirpée par le docteur Cramer à un homme de la campagne, âgé de 21 ans, qui portait cette tumeur près du sourcil gauche depuis sa naissance.

En général, ces faits avaient frappé davantage les ophthalmologistes que les autres chirurgiens, et nous trouvons cette maladie déjà bien décrite, dès 1817, dans l'excellent Traité d'ophthalmologie de Beer (2). Nous aurions rapporté plus haut ce passage, si l'auteur avait cité des observations détaillées à l'appui de sa description générale. Après avoir décrit la pathologie des tumeurs enkystées des paupières et du pourtour de l'œil, Beer dit que l'on y trouve une matière jaunâtre, pultacée, mêlée de beaucoup de poils nus, courts, mous, d'une ligne environ de longueur, et que la surface intérieure de ces kystes est toute parsemée de ces poils, mais qu'ils se laissent facilement enlever parce qu'ils n'ont point de bulbe.

Nous trouvons dans l'anatomie pathologique iconographique de M. Cruveilhier (3) l'observation d'une petite fille âgée de 9 ans, qui portait sur la partie moyenne du nez une croûte du volume d'une tête d'épingle, qui, enlevée, laissa pénétrer la sonde jusque vers le sinus frontal. Par la pression, il en fit sortir des poils noirs de 6 lignes de longueur ; déjà antérieurement il en était souvent sorti. M. Cruveilhier conseilla une injection irritante ; mais il n'est pas probable qu'elle ait amené la guérison, comme cet auteur le suppose. Dans une des séances de la Société anatomique, M. Cruveilhier a rapporté, à l'occasion d'une communication de M. Giraldès, le fait d'un kyste pilifère qu'il a observé près du pubis.

Le fait rapporté par M. Giraldès (4) à la Société anatomique est le suivant. Ce chirurgien a extirpé à un homme de 20 et quelques années un kyste au cou, situé au milieu de la distance du cartilage thyroïde à la fourchette du sternum, et dont le malade ne se rappelle pas la première apparition.

Cette tumeur du volume d'une grosse noix, mobile sous la peau, fluctuante, aurait pu être prise, en raison de son siége, pour une affection du corps thyroïde, si un examen attentif n'eût montré qu'elle ne suivait point le mouvement d'ascension du larynx dans la déglutition. Une ponction exploratrice donna issue à du pus crémeux, mêlé de quelques poils blancs, et dans lesquels le microscope fit reconnaître des globules graisseux.

Après une injection de teinture d'iode, non suivie de succès, M. Giraldès a extirpé la tumeur dont la cavité contient encore une petite quantité du liquide crémeux indiqué. La surface interne, d'un blanc nacré, est lisse, sauf quelques mamelons réunis au lieu d'implantation des poils. Deux de ces derniers, blancs et beaucoup plus longs que les autres, sont implantés sur la partie la plus profonde de la tumeur.

(1) Philos. transact., t. XVI, p. 535-39, au 1789.
(2) Cruveilhier, Essai sur l'anat. pathol. Paris, 1816 ; t. II, p. 186.
(3) A. Cooper, Œuv. chirurg., trad. par Chassaignac et Richelot. Paris, 1837 ; p. 590.
(4) Gazette Médicale, 1837, p. 590.
(5) Lawrence, London medical gazette, 1838, t. XXI, p. 471.

(1) Prager, Vierteljahrschrift, t. II, p. 261, 1844.
(2) Beer, Lehre von den Augenkrankheiten. Wien, 1817, t. II, p. 608-609.
(3) Anatomie pathol. du corps humain. Paris, 1829 à 1835, 18e livr.
(4) Bull. de la Soc. anatom., 1847, p. 96.

Aux faits précédents, nous ajouterons une observation de ce même genre que vient de nous communiquer avec beaucoup d'obligeance M. le docteur Panum (de Copenhague). Un jeune homme, âgé d'environ 20 ans, porte depuis longtemps à la partie externe du sourcil, au-dessus de la paupière supérieure, une tumeur du volume d'une aveline. Elle fut extirpée en automne 1849, par M. le professeur Larsen, chirurgien de l'hôpital de cette ville. La surface interne du kyste était recouverte d'une matière grasse et d'une multitude de poils fins, de la longueur de ceux du sourcil; bien que recouvrant la membrane interne, ces poils n'étaient plus implantés; cependant on y trouvait un bout inférieur légèrement épaissi constituant un bulbe, et à l'autre extrémité ils se terminaient tous en pointe. Le contenu gras était formé par des cellules de 1/50 de millimètre environ, dont quelques-unes étaient pointues aux extrémités, sans noyau visible, et non altérés par l'acide acétique. La graisse offrait quelques particularités chimiques sur lesquelles M. Panum ne m'a pas donné de détails suffisants; ces cellules étaient très-probablement de nature épidermique et avaient subi cette modification cornée qui les rend insensibles à l'action de l'acide acétique et renfermant de la graisse, leur surface dure opposait probablement un obstacle à la dissolution dans l'alcool.

Parmi les productions sous-cutanées de poils, une des plus curieuses est celle mentionnée par Lobstein (1), qui a une fois trouvé des poils dans la matière noire d'une mélanose qui avait son siége sous le cuir chevelu. Malheureusement l'auteur n'entre dans aucun détail sur ce fait curieux, dont nous avons vainement cherché une mention plus complète dans la description de la mélanose.

Ruysch (2) a rencontré deux fois des kystes pileux entre les muscles de la nuque d'un bœuf et non chez l'homme, comme le passage de Meckel, qui a cité la planche VI au lieu de la planche III, le ferait supposer. L'auteur compare ce kyste à un nid de colibri, et il montre, dans la fig. 5 la disposition circulaire des poils et de la matière sébacée dans l'intérieur. Dans la figure 6, il représente un autre kyste trouvé dans la même région, de l'intérieur duquel proviennent ces poils verticalement disposés.

La planche VI de la même division représente une masse pileuse dermoïde et pédiculée, expulsée de l'utérus d'une vache.

Hunter, d'après Baillie (3), a déjà observé des kystes sous-cutanés chez des vaches et des brebis, contenant des poils chez les unes, de la laine chez les autres. Il indique ces formations comme fréquentes, et il ajoute qu'une disposition cutanée à la face interne de ces kystes clos prépare la formation des poils.

Paget (4) parle aussi de la fréquence des productions de ce genre chez la vache et le bœuf, et il est probable même que plusieurs des préparations auxquelles il fait allusion provenaient de la collection de Hunter.

M. Leblanc (5), dont nous aimons toujours à invoquer le témoignage, a résumé, à l'occasion d'un kyste pileux intracranien, quelques-uns des faits généraux qui se rapportent à ces sortes de kystes. Il a bien reconnu la structure dermatique de leur face interne; il les distingue en kystes superficiels et profonds, et ces derniers contiendraient davantage de poils que les premiers. Leur siége de prédilection est le tissu cellulaire intermusculaire de l'encolure et de celui des rayons supérieurs des membres antérieurs, surtout en dessous de l'épaule, et de plus diverses régions de la tête, près des lèvres, les naseaux, sur le dos. Leur forme est ovoïde; leur volume atteint celui de la tête d'un homme adulte.

Un travail plus étendu sur ce sujet, que je regrette ne pas avoir pu me procurer, a été publié par M. Gurlt (de Berlin) (6).

Nous trouvons dans le rapport de la Société médicale de l'arrondissement de Gannat (7), le fait curieux d'une de ces tumeurs dermoïdes sous-cutanées renfermant des poils sur sa paroi interne, observée et opérée par M. Pixier, vétérinaire à Saint-Pourvain. Cette tumeur, du volume du poing, située dans le tissu cellulaire du cou d'un bœuf, close de toutes parts, augmentait sensiblement chaque année à l'époque de la mue.

Nous espérons avoir donné suffisamment d'exemples de la formation autogène des glandes et des poils dans des kystes sous-cutanés, et à coup sûr il ne viendrait à l'esprit d'aucun anatomiste sensé de prendre ces kystes pileux péri-orbitaires pour des produits de conception, soit d'inclusion, soit de superfétation.

2° DES KYSTES DERMOÏDES DES MÉNINGES.

Les méninges ont été plusieurs fois le siége d'une véritable production pileuse accidentelle, et les détails que nous trouvons à ce sujet dans les auteurs que nous allons citer sont assez précis pour ne pas laisser de doute sur la formation pileuse sur place, ainsi que sur l'absence de toute conception anormale.

Un premier exemple de ce genre a été rapporté par Menghini (1), qui a trouvé dans le ventricule latéral gauche d'une femme de 50 ans une masse pileuse à poils implantés, du volume d'un pois et renfermant en outre des petits corps blanchâtres.

Morgagni (2) parle, dans sa XXIVe lettre pathologique d'un cas où il a trouvé des poils implantés à la surface interne de la dure-mère. Ce même cas, décrit avec plus de détails dans ses lettres anatomiques (3), se rapporte à un fœtus chez lequel la substance de la tente du cerveau renfermait un kyste qui contenait de la matière grasse et des poils.

Paget (4) rapporte, dans ses savantes leçons sur les tumeurs, le cas d'un homme mort subitement à l'hôpital de Saint-Bartholemy, à l'autopsie duquel il trouva une masse de graisse granuleuse mêlée avec des poils courts et roides dans le tissu de la pie-mère sous le cervelet. Il est probable qu'il s'est également agi là d'un kyste graisseux et pilifère. A cette occasion, il rapporte la description d'une pièce du musée de l'hôpital Saint-Georges, provenant de la collection de Hawkins, où une masse de matière grasse avec une boucle de cheveux foncés, d'un pouce à un pouce et demi de longueur était attachée à la surface interne de la dure-mère, près du pressoir d'Hérophile. Cette pièce provenait d'un enfant de 2 ans et demi et paraissait avoir été congéniale.

Nous avons pu examiner, grâce à l'obligeance de M. Leblanc (5), un des vétérinaires les plus distingués de Paris, les pièces provenant d'un kyste pileux intracranien, observé et décrit par lui en 1831. En voici le résumé : un cheval noir, soupçonné de morve, portant la tête toujours baissée et inclinée à gauche, tirant toujours à gauche pour marcher, est abattu. A l'autopsie, on trouva un kyste sous le lobe gauche du cerveau, comprimé et creusé de ce côté; la saillie du kyste a à peu près le volume d'un demi-œuf de poule. Les méninges qui le recouvrent sont saines. Le contenu est formé par des poils blancs, rougeâtres ou bruns, déliés et courts. Les poils sont entourés d'une substance d'un brun rougeâtre. Une partie du kyste est ossifiée. Sur plusieurs points de sa face interne, on trouve des poils implantés. La capacité du kyste entier qui a creusé et déplacé les os du crâne est du volume d'un œuf de poule. Sur quelques points, les poils implantés, de 2 à 6 pouces de longueur, ont la rigidité des crins.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Lobstein, TRAITÉ D'ANAT. PATHOLOGIQUE. Paris, 1829, t. I, p. 350.
(2) Ruysch, THESAUR. ANAT. Amstelod, 1705, VI, pl. III 5 et 6, et t. I, 87-88.
(3) PHIL. TRANSACT., vol. XVI, p. 535-39.
(4) Paget, LECTURES ON TUMOURS. London, 1851, p. 31.
(5) Leblanc, JOURN. DE MÉD. VÉTÉR., t. II, p. 23, 1831.
(6) Gurlt, MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE THIERHEILKUNDE. Berlin, 1836.
(7) Trapenard, RAPPORT DES TRAVAUX DE LA SOC. MÉD. DE L'ARROND. DE GANNAT. Gannat, 1852, p. 6.

(1) Menghinus Vicentius, DE BONONIENSI SCIENTIARUM ET ARTIUM INSTITUTO ATQUE ACADEMIA. Bonon, 1755, t. II, pars. prim., p. 185.
(2) Morgagni, DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM EPIST., XXIV, 4.
(3) EPIST. ANAT., XX, n° 58.
(4) Paget, op. cit., p. 31.
(5) Leblanc, KYSTE DERMOÏDE TROUVÉ DANS LE CRANE D'UN CHEVAL. (JOURNAL DE MÉD. VÉTÉR., 2e année, p. 23. Paris, 1831.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CROUP TRAITÉ PAR LES VOMITIFS, L'ALUN UNI AU CALOMEL, ET LES FRICTIONS AVEC L'ONGUENT NAPOLITAIN; HYDRARGYRIE; GUÉRISON; observation communiquée par M. le docteur THORE fils, ancien interne des hôpitaux, etc.

OBS. — Un jeune garçon âgé de 3 ans, d'une santé assez bonne, quoique ayant une tendance marquée au rachitisme, est pris, dans la soirée du 17 juin 1851, de vomissements accompagnés de fièvre pendant la nuit, qui est fort agitée; il survient une toux avec sifflement et suffocation. Appelé de très-grand matin auprès de lui, je constate les symptômes suivants : Fièvre intense, 120 pulsations; anxiété très-marquée, voix éteinte, toux semblable à un aboiement, respiration sifflante; la face est très-congestionnée, les conjonctives fortement injectées.

On applique 4 sangsues à l'anus, et on administre le sirop d'ipécacuanha à fortes doses.

A trois heures, l'état du petit malade est à peu près le même; il a vomi assez abondamment. Au milieu du liquide rejeté, qui est incolore et visqueux, on voit nager des fragments pseudomembraneux, allongés, aplatis et consistants. La fièvre est toujours fort intense; la voix et la toux sont caractéristiques. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; les amygdales, d'un rouge sombre, sont volumineuses et commencent à se couvrir de productions couenneuses. Elles sont énergiquement cautérisées avec l'azotate d'argent solide. Je prescris

des frictions sur le cou et la partie supérieure de la poitrine avec l'onguent napolitain.

Le soir, l'état du petit malade s'est tellement aggravé que son père qui, par sa profession de pharmacien, se trouvait plus que d'autres à même d'apprécier les changements fâcheux survenus en un si court espace de temps, me fait appeler de nouveau, en me disant que son enfant n'a plus que quelques instants à vivre. En effet, tous les symptômes avaient pris une intensité effrayante; la face, jusqu'aux très-colorée, était d'une pâleur livide, les lèvres et la langue étaient violacées, le pouls à 132; le malade était dans un état d'agitation et d'angoisse impossible à décrire. La voix est tout à fait éteinte, la toux est rare et aphone; sifflement laryngo-trachéal très-intense. Les ganglions sous-maxillaires sont extrêmement engorgés. Je prescris une potion avec 10 centigr. d'émétique; les premières cuillerées produisent des vomissements très-abondants, semblables à ceux déjà décrits et contenant encore des débris pseudomembraneux. Bientôt les vomissements deviennent presque incessants, et bien qu'on ait été obligé de suspendre la potion stibiée, ils continuent pendant toute la soirée. Ne pouvant plus compter sur ce moyen auquel l'estomac paraissait absolument réfractaire, je prescris un paquet contenant 5 centigr. d'alun et autant de calomel, à prendre toutes les heures pendant la nuit. Je le quitte à onze heures du soir en proie à tous les accidents décrits plus haut.

Le 19, la nuit a été plus calme qu'on ne l'espérait; le pouls conserve beaucoup de fréquence, à 132. Les amygdales sont fortement excavées, rougeâtres, inégales, couvertes de fausses membranes épaisses et d'un gris jaunâtre, assez adhérentes. La voix est complétement éteinte, la toux toujours semblable à un aboiement. La poitrine est sonore et le murmure respiratoire assez pur. Moins d'agitation et d'anxiété. L'enfant a été toute la nuit dans un état de nausée incessant; il a plusieurs fois vomi. Les frictions ont provoqué une éruption érythémateuse qui a envahi tout le col, toute la partie supérieure de la poitrine et du bras droit, accompagnée d'une très-vive démangeaison. On continue le paquet d'alun et de calomel (1 décigr.)

Dans l'après-midi, la voix paraît moins éteinte; elle est fortement enrouée, mais non aphone comme le matin et la veille; la toux tend à prendre un caractère muqueux; les amygdales sont toujours déchiquetées et sont couvertes de couennes qui nécessitent une nouvelle cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; la langue est nette et humide. Il a plusieurs fois vomi depuis ce matin; il vomit encore après la cautérisation, et il rejette devant moi plusieurs débris de fausses membranes. Les ganglions sous-maxillaires sont toujours très-volumineux.

Le soir, l'enfant est assez calme, la voix reprend un peu de sonorité, toux sèche et conservant toujours le caractère déjà décrit. Il ronfle bruyamment pendant le sommeil. Les paquets de calomel qui avaient été régulièrement administrés pendant le jour sont suspendus pendant la nuit.

L'hydrargyrie continue à s'étendre et à causer de vives démangeaisons. Elle occupe le col, toute la partie supérieure de la poitrine et le bras droit, jusqu'au poignet. Elle est d'un rouge framboisé, formant une couche continue absolument semblable à une scarlatine la plus régulière; elle se présente sur le ventre sous forme de petites taches isolées.

20. La nuit a été fort mauvaise, l'enfant est fort agité, change de place à chaque instant; il a du sommeil par moments, et il ronfle très-bruyamment. Le pouls est à 120, la peau moins chaude; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas plus engorgés; les amygdales sont fort inégales, excavées, et encore couvertes de couennes grisâtres. L'inspiration est toujours sifflante, la voix mieux timbrée, et prend dans le cri un peu d'éclat; la toux est toujours semblable à l'aboiement d'un petit chien. Le malade a vomi une fois pendant la nuit et a eu trois selles verdâtres et foncées.

L'éruption hydrargyrique s'étend vers le bras gauche aujourd'hui. Ce bras qui, peu de temps auparavant, avait été le siége d'une profonde brûlure qui est à peine cicatrisée aujourd'hui, est beaucoup plus douloureux que le droit. L'éruption forme une couche mi-régulière et s'étend aussi du côté de l'abdomen; la démangeaison est très-vive.

Cautérisation des amygdales; prises de calomel et d'alun (5 centigrammes); un lavement émollient. Les frictions ont été suspendues aussitôt que l'éruption s'est développée.

Le soir, le pouls est à 108. Les symptômes locaux sont stationnaires. L'éruption ne s'est point étendue davantage; langue blanche et humide. On cesse les paquets.

21. L'enfant a été fort calme pendant la nuit; il a dormi assez longtemps avec un ronflement très-prononcé, que j'ai pu constater moi-même.

Le sifflement laryngo-trachéal est moins aigu; la toux conserve le caractère croupal; la voix a repris de la sonorité; peau chaude, pouls à 120. Les amygdales sont couvertes de fausses membranes. Nouvelle cautérisation qui provoque un vomissement. Il a eu trois selles verdâtres. On continue les paquets.

L'éruption commence à pâlir; elle ne s'étend plus. La démangeaison diminue.

22. Un mieux bien marqué se manifeste; le pouls est à 104-108. Le ronflement pendant le sommeil a cessé, ainsi que j'ai pu m'en assurer moi-même. Deux points pseudo-membraneux peu étendus se voient encore à la base des amygdales. Ils sont cautérisés. La toux devient plus muqueuse, la voix plus sonore.

L'éruption a complétement disparu. On reprend les onctions mercurielles et on suspend les poudres. L'enfant a eu encore deux selles. Il a vomi une fois pendant la nuit.

23. Pouls à 92. La toux reprend le caractère croupal par intervalles; la voix est sonore, presque normale; les tonsilles sont d'un rouge sombre et inégales, mais sans couennes. La langue est jaune et sale. Plus de vomissements. Une selle d'un noir verdâtre.

L'éruption a complétement disparu; elle a laissé à sa suite, surtout à la région du col et à la partie supérieure du thorax, une desquammation tout à fait semblable à celle qui succède à la scarlatine, et elle est si prononcée qu'il serait impossible de l'en distinguer.

On cesse tout traitement actif. On accorde un peu de bouillon.

24. Le pouls est à 84. La toux est humide, la voix naturelle. Il n'y a plus de ronflement. Les amygdales sont pâles et régulières. Appétit.

La desquammation est de plus en plus marquée dans les points indiqués. Elle se développe sous forme de très-larges plaques qui se détachent avec facilité.

Le 25, il va tout à fait bien; il mange des potages; la desquammation est assez de beaucoup moins abondante.

La convalescence a d'ailleurs été assez longue. Il a eu à plusieurs reprises de la diarrhée et un peu de fièvre.

Pendant un mois, il a été nécessaire de maintenir l'enfant à un régime assez sévère.

Un intérêt tout naturel s'attache toujours aux faits de guérison de croup bien constaté, et il nous semble que celui qui vient d'être rapporté est trop caractérisé sous le rapport de la nature et de la gravité de la maladie, pour qu'il soit nécessaire de revenir sur l'étude des symptômes que le petit malade a présentés. Nous nous bornerons à quelques réflexions que ce fait suggère au point de vue thérapeutique.

Tout le monde est d'accord sur l'extrême utilité du vomitif dans le traitement du croup. C'est sur ce moyen qu'il faut surtout compter, et c'est par lui qu'on doit attaquer les accidents les plus effrayants de cette grave affection. Mais il peut arriver que les voies digestives soient réfractaires à son administration, et c'est alors que le praticien doit appeler à son aide des agents thérapeutiques dont l'efficacité est peut-être moins solidement établie.

Dans le cas qui nous occupe, l'ipécacuanha, administré à assez forte dose, n'ayant amené aucune amélioration, et les symptômes s'aggravant avec une extrême rapidité, j'administrai au plus vite le tartre stibié. Mais après les premières cuillerées de la potion émétisée, les vomissements devinrent tellement intenses et tellement fréquents qu'il fallut bientôt la suspendre. Désespérant de réussir par ce moyen, et craignant dans une position si critique de perdre même quelques minutes, je prescrivis pour la nuit le calomel et l'alun à doses égales et administrées par paquets de 1 décigramme d'heure en heure, en même temps que l'on continuait les unctions avec l'onguent napolitain.

Déjà MM. Bretonneau, Guersant et Trousseau avaient mis en usage le calomel et l'alun dans le traitement du croup, à doses plus ou moins élevées et de diverses manières. M. Miquel (d'Amboise) réunit ces deux médicaments d'après une nouvelle formule que j'ai suivie, et qui l'avait été avant moi par plusieurs praticiens, et récemment encore par M. le docteur Berton. On lira dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (année 1850, p. 107) un fait remarquable de guérison du croup par ce mode de traitement.

Doit-on attribuer seulement à l'usage du calomel et de l'alun le succès que nous avons obtenu? Ne serait-il pas juste d'accorder une bonne partie de cet honneur à l'émétique? Il me semble rationnel d'admettre cette dernière manière de voir, et je crois que sans les violentes secousses causées par le vomitif, le calomel et l'alun n'eussent peut-être point donné d'aussi bons résultats. Quoi qu'il en soit, c'est une précieuse ressource que l'on ne saurait trop recommander dans le traitement d'une maladie contre laquelle les agents les plus énergiques ne sont que trop souvent frappés d'impuissance.

Il ne sera peut-être pas très-facile d'expliquer, dans ce cas, l'action combinée des deux médicaments habituellement administrés d'une manière séparée. Voici l'explication que M. Berton propose (*loc. cit.*, p. 108) :

« Dans le procédé de M. Miquel, la médication substitutive est plus » promptement et plus sûrement obtenue au moyen de l'association de » l'alun et du calomel, qui contre-balanceraît, enrayerait la double action, » l'action purgative de ce dernier, et par suite laisserait agir seul ou exal» lerait son action mercurielle sur la muqueuse de la bouche et de l'arrière» gorge. »

Je ne sais jusqu'à quel point cette explication sera trouvée satisfaisante. Je me suis borné à suivre la formule telle qu'elle a été employée avec succès, sans trop rechercher son mode d'action. Cependant si l'on se propose seulement d'employer le calomel comme altérant, n'obtiendrait-on pas les mêmes résultats en l'administrant seul et à doses beaucoup plus réfractées? Si l'on veut éviter l'effet purgatif, est-il bien de le donner à la dose d'un décigramme toutes les heures? Moi-même j'ai cru devoir l'employer à dose plus faible (5 centigr.), et il m'a paru surtout agir comme purgatif dans le fait qui m'appartient, et c'est plutôt à ce titre qu'il a eu quelque efficacité.

Les onctions faites avec l'onguent napolitain à la région du cou ont été

préconisées par les médecins anglais et allemands, en France par M. Guersant et Bretonneau. Plus récemment elles ont été recommandées par un savant praticien de Lyon, M. Levrat-Perrotton, qui a obtenu des succès très-remarquables et constants. Jusqu'à présent je n'ai pu constater d'une manière bien directe les bons effets que d'autres médecins paraissent avoir obtenus par ce mode de traitement. Cette dernière fois j'ai été obligé de le suspendre à cause d'un accident qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Les faits relatifs aux éruptions produites par l'action du mercure sont assez rares, au moins en France, et l'on doit savoir gré à M. C. Baron d'avoir rapporté des observations recueillies chez les enfants. Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'y ajouter la nôtre.

Nous noterons d'abord l'âge de notre petit malade (3 ans), pour faire voir que non-seulement cette maladie n'est pas particulière aux adultes, ainsi que M. Baron l'a surabondamment prouvé, mais qu'elle peut se manifester chez des enfants plus jeunes que ceux dont il a rapporté l'histoire.

Je ferai remarquer aussi que l'enfant était du sexe masculin, ce qui fortifierait cette observation que l'hydrargyrie est plus fréquente dans ce sexe.

Il est juste d'attribuer l'hydrargyrie aux frictions, puisqu'elle s'est développée après la première application de l'onguent napolitain, tandis que le calomel n'avait point eu le temps de manifester encore son action.

L'éruption a été en tout semblable à la scarlatine; elle a été limitée au col et à la paroi supérieure de la poitrine, au dos, aux bras et aux avant-bras, c'est-à-dire aux parties que l'on avait enduites de pommade et à celles qui étaient les plus voisines. Elle a duré trois jours. Aussitôt qu'elle a disparu, la desquammation a commencé. Elle était très-prononcée et en tout semblable à celle qui suit la scarlatine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros du premier semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de tuberculisation générale de l'appareil génito-urinaire et de plusieurs autres organes de l'économie*; par M. Teirlinck. (Ce fait sert à prouver que l'ablation partielle du testicule tuberculeux est irrationnelle, puisqu'elle ne saurait remédier à une maladie essentiellement générale et multiple.) 2° *Considérations sur les abcès*; par M. Burggraeve. 3° *Mémoire sur l'exostose*; par M. Kluyskens. 4° *Observation de syphilis congéniale; mort et expulsion du fœtus à une époque peu avancée de la grossesse; altération spéciale des poumons signalée par M. Depaul*; par M. Teirlinck. 5° *Mémoire sur l'emploi de l'électricité en médecine*. 6° *Observation d'un cas d'écoulement séro-purulent par l'oreille terminé par la mort*; par M. Lesseliers. 7° *Études cliniques*; par M. Burggraeve. 8° *Des déviations de la matrice*; par M. Leriche. 9° *De la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies*; par M. Duchenne.

MÉMOIRE SUR L'EXOSTOSE; par M. KLUYSKENS.

L'auteur a spécialement en en vue, dans ce mémoire, de rapporter à l'initiative de son père l'emploi d'un procédé qui réussit admirablement à calmer les douleurs qui accompagnent le développement de l'exostose et surtout de la périostose. Considérant que ces douleurs sont dues probablement à la distension du périoste, membrane solide, intimement adhérente à l'os, et par conséquent se prêtant avec peine à l'extension, M. Kluyskens père pensa qu'une incision profonde et étendue, pénétrant jusqu'à l'os, en divisant cette membrane, ferait cesser, avec l'étranglement qu'elle détermine, les souffrances qui en sont la suite. Il se décida donc, le 27 février 1811, à appliquer cette idée sur un malade. La douleur fut calmée comme par enchantement. La plaie ne tarda pas à se couvrir de bourgeons charnus de bonne nature, et au bout de quelques jours elle était entièrement cicatrisée.

M. Kluyskens fils cite à son tour trois observations où cette pratique a fait cesser de la manière la plus prompte et la plus complète des douleurs résultant de la présence d'une exostose sur le tibia, sur l'humérus et sur le cubitus.

— Cette idée de débrider le périoste lorsque sa distension cause de vives douleurs a été, depuis lors, reprise et exécutée par divers chirurgiens et dans des conditions pathologiques variables. Un motif cependant l'a toujours empêchée de recevoir une grande généralisation : c'est que les exostoses ou périostoses les plus communes et aussi les plus douloureuses sont ordinairement celles qu'entretient le vice syphilitique, et que, dans ces cas, l'iodure de potassium fournit pour les calmer un moyen beaucoup plus simple, presque aussi prompt, et d'ailleurs infiniment plus du goût des malades que l'incision.

Il faut, en effet, remarquer que chez les trois malades dont M. Kluyskens rapporte l'histoire, on n'avait point, avant d'en venir à l'incision, essayé l'emploi des iodures. Cette circonstance, du reste, ne doit point lui être imputée à blâme, puisque les observations dont il s'agit remontent à 1827 ou 1828, époque où la réputation antisyphilitique de ce médicament était encore à faire.

OBSERVATION DE SYPHILIS CONGÉNITALE; MORT ET EXPULSION DU FOETUS A UNE ÉPOQUE PEU AVANCÉE DE LA GROSSESSE; ALTÉRATION SPÉCIALE DES POUMONS; par M. TEIRLINCK.

Nous nous contentons de publier cette observation, comme élément important de la question soulevée naguère à l'Académie de médecine par M. Depaul.

OBS. — Une célibataire âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital de Gand le 14 janvier 1852; elle est enceinte de six à sept mois. Elle porte une vaginite aiguë, et on aperçoit sur les grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux et aux environs, de nombreuses pustules plates. Dans les régions inguinales, la palpation fait reconnaître l'existence d'engorgements ganglionnaires indolents et multiples. Les ganglions de la région cervico-occipitale sont engorgés des deux côtés. La malade ne peut donner que des renseignements très-vagues sur l'époque d'apparition de ces accidents. La lésion primitive lui a complètement échappé. A partir du 17 janvier, elle est soumise à un traitement antisyphilitique par le proto-iodure de mercure. Une diarrhée se déclare bientôt, et le traitement doit être suspendu. Le 30, après un travail de cinq à six heures, elle accouche d'un fœtus vivant, du sexe masculin, de 7 mois et demi. Il est extrêmement petit, au-dessous des proportions de son âge, émacié et comme rabougri. La peau présente un aspect sale, terreux et une couleur jaune paille. La figure est comme rapetissée, sillonnée de rides. Ventre fortement distendu et contenant du liquide. Cet enfant ne respire que quatre fois par minute; on ne sent pas le pouls. La déglutition est impossible. Mort quatre heures après l'accouchement.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Longueur du fœtus, 37 centimètres; distance du synciput à l'ombilic, 21 centimètres. La peau n'est le siége d'aucune éruption. Sous le cuir chevelu, vers la fontanelle postérieure, il existe un épanchement sanguin de la largeur d'une pièce de 5 francs. Le cerveau, mou, peu consistant, n'offre aucune altération.

Le thymus ne renferme pas de collection purulente; il est exempt de toute altération.

Le poumon droit, dilaté, remplit exactement la cavité correspondante de la poitrine; il est crépitant. Mis dans l'eau, il surnage. On ne trouve ni à sa surface ni dans son intérieur la moindre trace de lésion.

Le *poumon gauche*, non dilaté, est appliqué contre la partie postérieure et latérale de la poitrine. Sa couleur est d'un jaune rougeâtre. Il n'est pas crépitant; mis dans l'eau, il va au fond du vase. A la pression, l'on sent à la partie externe et moyenne du lobe supérieur un point induré. Une incision de 2 à 3 centimètres, faite à l'endroit qui correspond à la tumeur, fait voir un noyau blanc jaunâtre, ayant de 7 à 8 millimètres de diamètre, exactement circonscrit et s'étendant jusqu'à 4 millimètres du bord externe du poumon. A la pression, il s'élève des surfaces de section de très-petites gouttelettes d'un liquide assez épais, de consistance homogène, d'un blanc de crème. A la loupe, on distingue vers la circonférence du noyau une ligne plus blanche que le reste, qui établit une démarcation nettement tranchée entre le noyau et le tissu pulmonaire environnant. Celui-ci n'offre aucune altération appréciable, aucun indice de congestion ou d'altération. Il se présente en un mot, dans les parties contiguës à l'abcès, avec les mêmes caractères que partout ailleurs. Le milieu du noyau est d'un jaune plus prononcé que les parties excentriques. Une portion du noyau ayant été examinée au microscope, on le trouve composé d'une matière amorphe, assez consistante, dans laquelle sont contenus des globules nombreux, offrant tous les caractères des globules de pus et ne présentant aucun de ceux qui appartiennent aux globules cancéreux.

Cœur sain.

L'abdomen contient une certaine quantité de liquide citrin. Tous les viscères abdominaux sont à l'état normal.

Aucune autre altération dans le reste du corps.

OBSERVATION D'UN CAS D'ÉCOULEMENT SÉRO-PURULENT PAR L'OREILLE, TERMINÉ PAR LA MORT; par M. LESSELIERS.

Bien que l'autopsie ait manqué pour apporter au diagnostic de ce cas la lumière dont il avait besoin, les circonstances en sont néanmoins assez intéressantes pour le recommander à l'attention de nos lecteurs.

OBS. — M. Lesselliers fut appelé, le 4 novembre 1850, auprès d'un homme de 52 ans, souffrant depuis quelques jours de pesanteur de tête, somnolence, avec de forts battements dans l'oreille droite. Cette oreille était remplie d'une espèce

de mortier solide, formé de cérumen concrété, de poils, d'écailles d'épiderme et de poussière. Après en avoir, non sans peine, débarrassé le conduit auditif, M. Lesseliers reconnut que la membrane tympanique était saine, mais perforée au centre. Le malade dit qu'il avait l'ouïe dure de ce côté depuis longtemps. Une saignée procura momentanément de l'amendement; mais le lendemain les mêmes symptômes reparurent.

Le 6, à la suite d'un drastique, le malade se trouva très-soulagé. Un écoulement séro-albumineux s'était déclaré par l'oreille et avait été suivi d'une détente générale. Depuis lors, cet écoulement persista jusqu'au 20 novembre, sans qu'on pût en préciser d'une manière satisfaisante l'origine non plus que la nature. C'était une sérosité très-fluide, légèrement roussâtre, contenant des filaments analogues à des débris d'épiderme macéré. Il s'en écoulait une quantité que l'on peut évaluer à un demi-litre au moins pendant ces quinze jours. Durant ce temps, le malade allait en s'affaiblissant graduellement.

Le 20, il eut une épistaxis assez abondante, qui le délivra d'un reste de mal de tête qu'il conservait encore.

Le 21, l'écoulement tend à se supprimer. La matière qui le constitue devient purulente et fétide. La rareté du liquide et sa fétidité allèrent en augmentant jusqu'au 28, où tout écoulement cessa. En même temps un délire tranquille s'était établi. Il se prononça de plus en plus. Peu à peu la respiration devint ronflante, stertoreuse. Enfin il tomba dans le carus et succomba le 4 décembre, en dépit de tous les révulsifs et des émissions sanguines qu'on put mettre en usage.

M. Lesseliers ne se prononce point positivement sur la question de savoir si la maladie du cerveau a été primitive, ou si elle a accompagné, au contraire, une affection primitivement développée dans l'oreille interne. Cette dernière version lui semble cependant la plus probable, et voici la manière assez ingénieuse dont il explique l'enchaînement des symptômes.

Le malade ayant depuis longtemps la membrane du tympan perforée, un corps étranger ténu a pu s'introduire dans l'oreille moyenne et y provoquer une hydropisie de la caisse du tympan. Cette hydropisie étant enkystée, on comprend que le liquide ne se soit pas écoulé au moment même où l'on venait de désobstruer le conduit auditif. Mais le bouchon une fois enlevé, le kyste dut se distendre, se rompre et verser à l'extérieur son contenu. La membrane interne du kyste sécréta pendant quelques jours encore un liquide séreux. Mais l'accès de l'air ou quelque autre circonstance y déterminèrent une inflammation de mauvaise nature. Consécutivement, et par voie de contiguïté, il survint une méningite, ou peut-être simplement une hydropisie de l'arachnoïde ou des ventricules, et la mort fut le résultat de cette complication.

De la contagionabilité de la phthisie pulmonaire; par M. de Muynck.

Ce n'est pas le travail original de M. de Muynck que publient les Annales de la Société de médecine de Gand, mais seulement le rapport dont ce travail a été l'objet à la Société et qui est dû à la plume de M. Colson. Mais l'œuvre d'examen est assez étendue pour donner une idée complète des vues et opinions contenues dans le mémoire.

Cette question de la contagionabilité de la phthisie pulmonaire, M. de Muynck la relie à une autre beaucoup plus générale et plus complexe, celle de la nature essentielle de la maladie. C'est donc par là qu'il entre en matière, et il y entre en reprodnisant l'opinion des anciens. A ses yeux, la phthisie pulmonaire n'est pas seulement la tuberculisation des poumons, mais bien toute affection chronique du parenchyme susceptible de donner lieu au marasme et à la fièvre hectique, et cette affection peut provenir ou (ce qui est le plus fréquent) du transport sur le poumon et de la fixation d'un principe morbide circulant dans l'économie, ou de l'action d'une cause locale, non diathésique. Il y aurait donc des phthisies *spécifiques* et des phthisies simples. Or là serait la clef de la question de contagionabilité. Toute phthisie spécifique serait contagieuse; la phthisie simple ou locale ne le serait jamais.

La question, comme on voit, est double : 1° Y a-t-il réellement des phthisies spécifiques et des phthisies simples? 2° La spécificité de la phthisie, si elle existe, implique-t-elle la transmissibilité contagieuse?

Sur l'existence des phthisies spécifiques, il faut prendre garde aux malentendus. Et avant tout, qu'entend-on par phthisie? Nous voyons que l'auteur range parmi les causes de cette maladie la syphilis et le scorbut; appellera-t-il phthisique celui qui portera dans le poumon de simples indurations ou des infiltrations sanguines? Il le paraît, d'après le rapport. Alors ce serait tout confondre. Il est bien clair que des indurations produites par la syphilis seront syphilitiques, que des taches sanguines dues au scorbut seront scorbutiques, et que, en ce sens, la phthisie aura, comme le veut l'auteur, la spécificité de la cause qui l'aura engendrée. La question ne peut être sérieusement posée dans ces termes. Sans examiner ici jusqu'à quel point la présence de tubercules, microscopiquement caractérisés, est indispensable à la constitution de la phthisie pulmonaire, il doit être au moins entendu, si l'on veut argumenter sur des données positives, que la phthisie implique la suppuration du poumon avec ce caractère de diffusion, cette marche réglée, ces désordres multiples de l'organisme, cette colliquation, bien connus des observateurs. Or de pareilles phthisies sont-elles spécifiques dans le sens où l'entend l'auteur? Nous accordons que des causes spécifiques puissent, en portant leur action sur le parenchyme pulmonaire, y déterminer un travail dont le résultat sera la suppuration. La rougeole, la variole, la scarlatine seront ainsi des causes *occasionnelles* de phthisie; mais, d'une part, il n'est pas du tout nécessaire que la cause se présente sous la forme d'un principe morbide, charrié par les vaisseaux et déposé dans ses tissus; une névralgie qui, après avoir parcouru différents organes, se fixerait sur les plexus pulmonaires, serait capable de jouer le même rôle; d'autre part, la spécificité de la cause n'empêche pas que la phthisie, une fois développée, n'ait son individualité propre, susceptible sans doute d'être affectée par la diversité d'origine, mais non entièrement absorbée. Ceci touche à un point délicat d'étiologie. Si la phthisie était l'effet direct, immédiat, du principe variolique ou rubéolique, assurément elle emprunterait à la cause une spécificité qui serait son caractère essentiel, et on pourrait dire qu'il y a des phthisies varioleuses, rubéoleuses, scarlatineuses, etc. Mais en est-il ainsi? Non, suivant nous. Entre la cause occasionnelle, action du principe de la variole, et le résultat définitif, phthisie, il y a un intermédiaire que néglige M. de Muynck et qui est précisément le terme essentiel du problème, à savoir, la prédisposition en vertu de laquelle le principe variolique a déterminé une phthisie, et non autre chose. Cette prédisposition, qu'est-elle au fond? Elle est *la cause même*, encore latente, de la phthisie; et c'est elle qui, une fois mise en mouvement par une action pathologique quelconque, d'un tout autre ordre, imprime à la maladie son caractère individuel. Notez encore une fois qu'il n'est pas même besoin, pour renverser cette sorte d'usurpation tentée par l'auteur au profit des principes spécifiques, de renfermer la phthisie pulmonaire tout entière dans la tuberculisation. Sous quelque forme que le poumon se désorganise et suppure, il suffit que ce soit sous l'influence directe d'un état cachectique, pour que l'expression de la cause occasionnelle soit effacée en grande partie, au moins, par celle de la cause directe. En résumé, donc, si l'on peut dire que la variole, la rougeole, la syphilis même sont des occasions possibles de phthisie, il ne s'ensuit pas que les phthisies nées sous ces influences soient essentiellement varioleuses, rubéoleuses, scarlatineuses ou syphilitiques.

Ce qui précède laisse déjà entrevoir ce que nous pensons de la relation établie, comme nécessaire, entre la spécificité de la maladie et sa contagionabilité. La spécificité n'existant pas dans le sens vrai du mot, la contagionabilité ne saurait en être déduite. Mais sur ce point nous n'avons qu'à renvoyer au rapport de M. Colson, qui est décisif : il montre parfaitement que la propriété contagieuse des maladies présumées causes de phthisie est transitoire; que, pour quelques-unes d'entre elles, cette propriété ne dure que peu de jours. Comment dès lors imaginer qu'elle puisse passer dans une autre maladie qui serait déjà une sorte de transformation de la première, et surtout qu'elle puisse y subsister indéfiniment?

Le travail de M. de Muynck et le rapport soulèvent quelques autres questions, celles, par exemple, de savoir si la gale, les dartres, peuvent, même à titre occasionnel, intervenir dans la production de la phthisie; si, en cas d'affirmation, ces affections agissent par métastase ou autrement. Le rapport, que l'espace ne nous permet pas de suivre, traite ces questions avec beaucoup de prudence et de sagesse.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros du premier semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques mots sur l'angine aiguë et sur son traitement au moyen de l'acétate de plomb cristallisé. Efficacité de ce remède employé comme adjuvant dans les chancres de l'arrière-bouche et comme moyen curatif dans les cystites chroniques*; par M. Rul Ogez. 2° *Observation d'albuminurie*; par M. Jourdain. 3° *Sciatique guérie par la cautérisation de l'oreille*; par M. de Smet. (La guérison fut subite. Au bout de quinze jours, la douleur n'avait pas reparu.) 4° *Y a-t-il des circonstances qui puissent légitimer l'avortement provoqué?* par M. Van Meerbeeck. 5° *Quelques réflexions sur le traitement de la teigne et sur la cause qui a donné lieu à la propagation de cette maladie d'une manière inouïe jusqu'à ce jour*; par M. Leva. 6° *Du traitement de l'ongle incarné par l'alun calciné*; par M. Sommé. 7° *Observation de diathèse hémorrhagique*; par M. Van Haesendonck. (Hémorrhagie par toute la muqueuse nasale et buccale, on ne put l'arrêter qu'en couvrant toute la surface de collodion.) 8° *Accouchement laborieux terminé heureusement par l'application du forceps-scie*; par M. Bessems.

Y a-t-il des circonstances qui peuvent légitimer l'avortement provoqué? par M. J. Van Meerbeeck.

L'auteur est un de ceux qui repoussent l'avortement provoqué dans le

but de *prévenir* l'opération césarienne; nous avons eu soin d'analyser, en son temps, le travail où cette opinion est défendue avec beaucoup de talent (GAZ. MÉD., 1847, p. 263), et nous avons fait remarquer qu'elle s'appuie en grande partie sur une supposition qui n'est rien moins que prouvée, à savoir, que l'opération césarienne pratiquée de bonne heure n'est pas extrêmement dangereuse et qu'on *parviendra à sauver l'opérée dans la très-grande majorité des cas*. Quand la question a été portée devant l'Académie de médecine, nous n'avons pas voulu admettre qu'un corps savant fût autorisé à prescrire l'avortement provoqué comme *un devoir*, parce que la question scientifique se complique nécessairement d'une question religieuse et judiciaire, et que l'Académie n'est ni un concile ni un tribunal. Mais nous avons soutenu fermement le *droit* du médecin. Nous n'avons rien à changer aujourd'hui à notre manière voir.

Le présent mémoire de M. Van Meerbeeck semble fait exprès pour soutenir notre opposition contre les prétentions *canoniques* des corps savants. L'auteur qui ne veut pas, comme on vient de voir, de l'avortement provoqué pour prévenir l'opération césarienne, parce que ce serait substituer un mal positif à un mal qui n'est que probable, suppose maintenant le cas, malheureusement trop réalisable, où avant le septième mois, c'est-à-dire avant l'époque de la viabilité de l'enfant, *la mère et le fœtus* sont voués à une mort *inévitable*, si la matrice n'est pas débarrassée du produit de la conception. Le cas n'est pas spécifié; mais il est probable qu'il s'agit de celui où le fœtus est arrivé à un degré de développement qu'il ne saurait dépasser sans se trouver dans l'impossibilité de franchir la rétrécissement du bassin. Or la question scientifique étant ainsi dégagée, et la question morale et judiciaire restant seule en cause, on demande quel est le devoir de l'accoucheur *consciencieux, chrétien, catholique*. Savez-vous à quelle conclusion arrive l'auteur? A celle qui attendait l'Académie si, au lieu de trancher le nœud d'autorité, elle eût voulu en étudier toutes les intrications.

M. Van Meerbeeck se livre d'abord à une appréciation morale, et il conclut: « Ce n'est pas à nous de résoudre la question; nous l'avons exposée dans toute la sincérité de notre conscience; que d'autres, qui ont le droit de décider, décident. » Il arrive ensuite à l'appréciation juridique, et il conclut encore: « La question reste entière: de deux existences qui, si l'on s'abstient de tout secours, doivent nécessairement périr ensemble, peut-on sacrifier l'une pour sauver l'autre? *That remains the question!* » Et, en effet, comme il le remarque avec beaucoup de sens, la plupart des sentences empruntées aux pères de l'Église, sentences générales, abstraites, n'étaient pas destinées à l'application spéciale qu'on en fait aujourd'hui, et celles qui concernent l'avortement sont contradictoires. Si un pape (Sixte-Quint) défend l'avortement même dans le but de sauver la mère, une des plus éclatantes lumières de l'Église, Tertullien, regarde comme une nécessité, toute cruelle qu'elle est, de tuer l'enfant dans le sein de la mère, *infantem in ipso adhuc utero trucidare*. L'interprétation juridique est tout aussi incertaine et pour la même raison. Les textes dont on peut se prévaloir ne concernent pas le cas particulier; et la preuve que les dispositions générales ne s'y appliquent pas dans l'esprit du législateur, c'est que l'avortement est conseillé ostensiblement dans les livres et fréquemment pratiqué, sans que les dépositaires de la loi en soient émus. C'est donc ici, nous le répétons, affaire de conscience, et ce qui est de la conscience ne tombe pas sous la juridiction des corps savants.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA TEIGNE; par M. LEVA.

Deux questions différentes sont soulevées par l'auteur de ce mémoire. Il se propose d'abord de déterminer pourquoi la teigne a pris une extension inconnue jusqu'à ce jour; et voici comment il s'explique sur ce fait.

Au commencement de ce siècle, la loi sur la conscription était très-impopulaire; c'était à qui, dans les campagnes, parviendrait à s'y soustraire, même au prix d'une mutilation ou d'une maladie sérieuse. Beaucoup d'individus y parvinrent en se faisant communiquer la teigne. Il en naquit même une industrie, une profession spéciale, celle des *donneurs de teigne*. Et le malheureux contaminé répandait le plus souvent ensuite cette affection dans sa famille, sinon dans toute sa commune.

En second lieu, M. Leva cherche à préciser quel est le meilleur remède contre le favus. Comme il consiste dans la présence de pustules, dont le pus contagieux et inoculable reproduit la maladie dans les parties ambiantes, il importe d'arrêter la pustule avant sa maturité, ou du moins avant qu'elle ne se déchire. Il faut, pour cela, l'ouvrir, puis en toucher le fond avec un caustique.

Mais leur nombre étant ordinairement très-considérable, on comprend que cette médication ectrotique isolée serait d'une lenteur qui la rendrait impraticable. Un emplâtre spécial, l'*emplastrum ad tineam* a, dans ces cas, le double avantage d'enlever le sommet des pustules et d'en irriter le fond. Il convient d'en réitérer l'application jusqu'à ce qu'il ne reparaisse plus aucune pustule; car s'il en revient une seule et qu'on lui laisse le temps de mûrir, on serait exposé à perdre tout le bénéfice obtenu.

Quant à cet emplâtre, M. Leva remarque que, successivement, on en a retranché tous les médicaments actifs, l'antimoine et le cuivre, pour n'y laisser en définitive que la poix, la résine et le goudron. Et cependant ses propriétés curatives ont persisté au même degré. Pourquoi cela? Parce que, dit-il, ces substances résineuses ont une action spéciale contre l'action de l'ichor teigneux, sont, en un mot, antiteigneuses.

M. Leva a prévu une objection. Si la résine, dit-il, guérit la teigne, ne serait-ce point parce qu'elle s'applique en emplâtre, qu'elle colle, qu'elle arrache les cheveux? « Pas le moins du monde, répond-il; car alors l'emplâtre fait avec la gomme ammoniaque et le vinaigre devrait être bien plus efficace; or c'est en vain qu'il a été essayé. » — La réponse ne nous paraît pas probante; nous ajouterons même qu'elle a, dans la circonstance, un malheur particulier, celui de tomber sous notre analyse: car nous avons dirigé pendant six ans un service considérable de teigneux chez qui justement l'emplâtre *de gomme ammoniaque et de vinaigre* nous a donné les succès les plus complets et les plus solides. M. Baumès, avant nous, avait obtenu les mêmes avantages de ce traitement, dont il avait eu l'initiative.

Or, dans cet emplâtre, quelle propriété peut-on admettre? Pas d'autre, avec M. Leva, qu'une action dépilante. Son succès prouve donc, contre l'opinion de l'auteur, qu'il suffit pour guérir la teigne, qui est une maladie du bulbe pileux, d'enlever le poil altéré qui, comme corps étranger, entretient et perpétue la lésion. A la vérité, M. Leva s'inscrit contre cette étiologie et prétend que la maladie des bulbes n'est jamais que consécutive. Mais l'analogie de ce qui se passe dans la mentagre et dans la blépharite ciliaire montre assez que maladie des bulbes pulpeux et arrachement des poils sont dans la teigne comme dans ces deux autres lésions, les deux termes correspondants, l'un point de départ, l'autre curation radicale d'un état pathologique identique.

L'efficacité du traitement *par la calotte* nous semble donc, contrairement à l'opinion de M. Leva, à la fois un excellent moyen thérapeutique et une preuve non moins bonne en faveur de la localisation du favus dans les bulbes pileux. Quant à ses inconvénients, on ne peut nier que l'opération n'en soit douloureuse. Mais en lisant dans le mémoire de M. Leva ces paroles: « Combien d'enfants ont eu des convulsions à l'idée seule d'avoir les cheveux arrachés, combien d'entre eux sont devenus épileptiques à la vue du Croquemitaine qui venait les leur enlever, combien sont morts de méningite par suite des affreuses tortures qu'on leur a fait subir! » nous sentons le besoin de déclarer à notre honorable confrère qu'on n'aurait pas, dans notre hôpital, persisté pendant douze ans dans l'emploi de cette médication sur des enfants, si l'on y avait observé un seul exemple des accidents dont il cherche à nous faire peur. Nous devons aussi rappeler à sa mémoire que l'adhérence des cheveux, chez les teigneux, est incomparablement moins forte que sur des sujets sains.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet:

1° Deux rapports de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur l'épidémie charbonneuse qui a régné récemment dans les communes de Beaulieu et de la Voûte-sur-Loir (Haute-Loire);

2° Deux rapports de M. le docteur Dehée, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné en 1851 et 1852 dans la commune d'Avesne-le-Comte;

3° Une série de lettres relatives à des remèdes secrets.

RÉTRÉCISSEMENTS; URÉTROTOMIE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il demande que l'opinion de la dernière commission du prix d'Argenteuil, sur la permanence des guérisons des rétrécissements obtenues au moyen des incisions intra-

urétrales profondes, soit plus nettement exprimée qu'elle ne l'est dans le rapport adopté le 24 août 1852. « Ce n'est pas, dit M. Leroy-d'Étiolles, le concurrent désappointé qui s'adresse à l'Académie : c'est un praticien qui hésite entre les impressions nées de ses propres observations, de son expérience, et l'approbation donnée par un corps savant aussi éminent à une méthode considérée jusque là comme dangereuse.

» Il résulte évidemment des termes du rapport que le procédé de M. Reybard fait courir aux malades plus de dangers que la dilatation, la scarification et la déchirure superficielle. « On ne saurait disconvenir, y est-il dit, que l'urétrotomie ne soit une opération sérieuse, et qu'elle ne puisse provoquer de graves » accidents. »

» Un autre partisan des incisions intra-urétrales profondes, M. Civiale, s'exprime de la manière suivante dans son mémoire sur l'urétrotomie : « Deux morts » sur un petit nombre d'opérés, dans un court espace de temps, ont produit une » impression profonde. »

» Les dangers des grandes et profondes incisions intra-urétrales sont-ils compensés par des cures radicales, ou du moins par une proportion satisfaisante de guérisons durables? C'est ce que le rapport n'exprime pas assez nettement : « Les » faits authentiques, est-il dit (p. 41), établissent que les guérisons obtenues par » ce moyen *peuvent être durables;* cependant nous ne pensons pas qu'il faille » toujours compter sur un résultat si heureux. Nous regardons la récidive comme » possible, *ou même probable*, lorsqu'une vive inflammation s'empare de la » plaie et rend inévitable le développement de bourgeons charnus. »

» Le rapport mentionne 32 cas d'urétrotomie, et sur ce nombre il n'en cite que 8 dans lesquels la guérison ait été constatée après un temps assez long pour la faire supposer durable.

» Dans le but de vérifier l'état actuel des autres malades opérés par le procédé Reybard, j'ai demandé communication du manuscrit de ce médecin ; le conseil de l'Académie me l'a refusée. Privé de cette indication, je crois utile de provoquer une discussion publique par laquelle les doutes sur une question aussi grave puissent être éclaircis. »

M. Leroy-d'Étiolles fait observer, en terminant, que la mort de l'un des malades opérés devant la première commission par M. Reybard est attribuée à une attaque d'épilepsie dans le rapport de 1852, et il s'étonne de ce que M. Civiale n'ait pas mentionné cette circonstance importante dans la relation qu'il a publiée du même fait.

M. Leroy-d'Étiolles joint à sa lettre une observation inédite d'urétrotomie intra-urétrale profonde suivie d'infiltrations urineuses et de mort, recueillie dans le service de M. Blandin.

— Madame Messager, maîtresse sage-femme, adresse une observation d'hydrorachis (ou *spina bifida*), envisagée dans ses rapports avec l'art des accouchements. (Comm. : M. Depaul.)

— M. Duplan, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, adresse un état nominatif des militaires traités à l'établissement thermal de Baréges pendant les deux saisons de 1851.

— M. Mascarel (Jules), chirurgien en chef de l'hôpital de Chatellerault, adresse un mémoire sur les convulsions des femmes enceintes avant, pendant, après l'accouchement. (Comm. : MM. P. Dubois et Depaul.)

— M. Lambossy (de Nyon), près Genève, adresse un mémoire sur les préparations ferrugineuses ; nouvelles formules : vinaigre ferré, potion ferrée, bains ferrés artificiels.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

— M. Londe, pendant qu'on procède au scrutin, lit, pour M. Lesauvage (de Caen), une observation d'anévrisme faux primitif, suite de blessure de l'artère fémorale, opéré par la méthode de Hunter.

Après cette lecture, M. le Président fait connaître le résultat du scrutin.

La liste de présentation portait :

MM. Leblanc et H. Bouley, *ex æquo;*

M. Raynal, en deuxième ligne.

Le nombre des votans étant de 86, et la majorité de 44,

M. Leblanc obtient.	45 voix.
M. Bouley.	33
M. Lacanchie.	6
Voix perdues.	2

M. Leblanc ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation du chef de l'État.

— M. Guilbert lit un mémoire ayant pour titre : Traitement et guérison de l'empoisonnement par le fluide électrique superflu (Comm. : MM. Bouvier, Cloquet et Collineau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DU CANCER EXTERNE, CONSIDÉRÉ SURTOUT DANS SON DIAGNOSTIC PROPRE ET DANS SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL; par M. Moutet. — 1 in-8° de 168 pages. — Montpellier, 1852. Typographie de P. Grollier, rue Blanquerie.

Si nous en devons juger d'après ses récentes productions, l'École de Montpellier tendrait de plus en plus à perdre ses caractères propres. La considération excessive, exclusive parfois du point de vue psychique et vital, l'étude approfondie et dominante des causes primordiales en étiologie, ces qualités qui firent sa gloire, mais ne pouvaient aujourd'hui continuer de la distinguer sans menacer de l'isoler, s'effacent graduellement par la force des choses. Il résulte même pour elle de cette situation un avantage réel, dont l'opuscule de M. Moutet nous offre un exemple pleinement démonstratif. L'organisme, la localisation, le microscope et la chimie, en pénétrant dans l'enceinte où règne le buste d'Hippocrate, n'y ont été admis que comme moyens, non comme arbitres. La prééminence qu'ailleurs ils veulent s'arroger ne pouvait ici leur être conservée, et en se dépouillant de leurs exagérations, ces précieux agents d'analyse ont dû par compensation accepter le contrôle clinique et la direction suprême du sens médical, que l'École opposée oubliait parfois un peu trop de leur associer. De cette fusion aussi féconde que rationnelle, de cette source à laquelle un si bel avenir est promis, sont déjà nés les remarquables ouvrages de M. Bouisson, les recherches savantes et lumineuses de M. Fuster, les aperçus cliniques de M. Courty, dont nous nous plaisions dernièrement à faire ressortir (V. Gaz. Méd., 1852, p. 145) le côté original et instructif; enfin, en deuxième lieu, la présente monographie de M. Moutet.

Pour rendre sa description aussi complète que possible, l'auteur l'a divisée en deux parties : la première est consacrée à envisager le cancer dans ses caractères propres, à énumérer toutes les circonstances qui le spécialisent, qui le constituent maladie à part ; dans la seconde, il trace les règles du diagnostic différentiel de cette affection, en apportant, dans chacune des parties successives de cette analyse distinctive, d'autant plus de soin qu'il s'agit de maladies qui pourraient plus aisément la simuler.

Nous rendrons bien volontiers à M. Moutet cette justice que son étude est complète. Peut-être même cette qualité, toujours louable, a-t-elle été, dans certaines parties, poussée jusqu'au point qui touche à l'excès. Ainsi il semblera futile, dans un tableau général de l'affection cancéreuse, d'insister sur la forme, le poids, le volume des tumeurs qu'elle engendre. On se demandera, puisque, dans l'espèce, de pareilles données restent sans application possible, à quoi il peut servir de spécifier que « le volume moyen de ces tumeurs dans les cas simples, en dehors de toute complication, est celui du poing d'un adulte ou d'une grosse orange. » Mais de pareilles superfluités sont rares dans l'ouvrage de M. Moutet, et il les rachète surabondamment par le soin qu'il met à traiter avec la même étendue les questions capitales que le sujet amène à chaque instant sous sa plume.

C'est ainsi que, dans ce même chapitre, cherchant à déterminer le mécanisme qui préside à la destruction progressive des parties frappées de cancer, il exclut tout d'abord l'inflammation, invoquée par quelques auteurs comme cause de ce phénomène, puisqu'elle manque souvent et n'existe jamais, à moins de complication, qu'à un degré modéré. L'action, prétendue corrosive, de l'*ichor* cancéreux a aussi été signalée comme agent de cette fatale extension ; mais il est aisé de voir qu'elle cause plus d'érythèmes qu'elle n'agrandit réellement d'ulcères cancéreux. — La gangrène est un élément plus actif de progrès de l'ulcère ; mais on ne la rencontre qu'exceptionnellement. — La véritable explication consiste donc à admettre une destruction graduelle, une sorte de nécrose moléculaire de la partie, causée par la propagation du travail organique intime qui est l'essence même du cancer.

M. Moutet signale plus loin les congestions vasculaires qui s'opèrent parfois dans les organes cancéreux, au sein de leur tissu propre normal, et non dans la masse morbide de nouvelle formation. Ces afflux, avec un siége particulier aussi bien déterminé, créent de précieuses ressources pour établir un diagnostic précoce, puisqu'ils devancent le travail d'altération, et que, lorsqu'il s'agit d'organes internes, ils devancent ainsi toute manifestation apparente. L'hémoptysie, l'hématurie, un suintement sanguin par le mamelon, ont souvent pu faire présager, alors que rien encore n'en indiquait l'existence, une dégénérescence cancéreuse du poumon, du rein ou de la glande mammaire.

L'engorgement des ganglions voisins de la tumeur a été de la part de l'auteur l'objet de méditations approfondies. Il paraît, au premier coup d'œil, rationnel de l'attribuer au transport de la matière cancereuse, par les vaisseaux lymphatiques, jusqu'à ces glandes ; mais à cette manière de voir, il objecte les considérations suivantes : 1° souvent les ganglions s'engorgent à la suite d'une irritation vive dont la tumeur est devenue fortuitement le siége ; 2° on voit des ganglions dégorgés se résoudre après l'ablation des tumeurs ; 3° les vaisseaux lymphatiques sont presque toujours exempts d'engorgement, ce qui ne serait pas s'ils servaient d'agents de transport à la matière cancéreuse ; 4° les ganglions devraient constamment se trouver les premiers organes engorgés : or M. Moutet a vu chez une femme morte de cancer du sein existant depuis longtemps, sans aucun engorgement des glandes maxillaires, le foie infiltré de tissu cancéreux ; 5° enfin les ganglions sont souvent le siége d'une localisation consécutive

de l'affection carcinomateuse, alors qu'avant l'ablation du premier dépôt, ils étaient entièrement sains. M. Montet ajoute que des cas de ce genre sont assez communs.

Ainsi donc, sans nier la propagation du cancer par absorption, M. Montet, d'après les données précédentes, se croit autorisé,—et avec raison, selon nous,—à conclure qu'elle ne saurait suffire à expliquer la généralité des cas. Il rapporte bien plus souvent l'engorgement ganglionnaire à une irritation sympathique communiquée de proche en proche par les vaisseaux absorbants; mais quelquefois aussi le cancer a envahi d'emblée les ganglions, et leur tuméfaction n'est due qu'à cette cause. Or, s'il est utile au physiologiste de connaître les mécanismes divers qui peuvent produire cet engorgement, il importe bien plus fortement au clinicien de savoir les différencier entre eux, et surtout de parvenir à faire cette distinction de bonne heure; car l'engorgement ganglionnaire sympathique permet l'ablation de la tumeur principale, tandis que l'engorgement cancéreux constitue à cette opération une contre-indication très-souvent formelle. M. Montet trace bien quelques règles pour fonder ce diagnostic. D'après lui, quand les ganglions sont envahis par la substance hétérologue, la tuméfaction se fait par degrés, lentement; elle reste longtemps ignorée du malade, et les recherches seules du chirurgien la lui révèlent. La peau conserve sa couleur; il n'y a pas de douleur. Enfin si, au début, on trouve des noyaux d'induration distincts, peu à peu ils se réunissent et constituent une masse bosselée.

Mais ces signes ne donnent pas de garantie absolue et positive, et nous avons été surpris de ne pas trouver énoncé à leur suite le précepte dont Dupuytren tirait, dans ces cas, un si utile parti. Quand vous doutez de la nature d'une glande engorgée au voisinage d'un cancer, disait-il, traitez-la par des antiphlogistiques. Couvrez-la de cataplasmes émollients; évitez de la palper; faites sur elle, à intervalles rapprochés, deux ou trois applications de sangsues. Si, sous l'influence de ces moyens, vous la voyez diminuer rapidement de volume, elle n'était que sympathique, et vous pouvez opérer. Au contraire, n'a-t-elle cédé que peu ou point, elle est, elle aussi, un véritable cancer; ne touchez point alors à la tumeur principale, à moins que vous ne puissiez, par cette opération, enlever complétement eux-mêmes ces ganglions dégénérés.

L'étude des phénomènes généraux qui accompagnent le cancer est sans contredit la partie de ce travail où l'influence de l'École de Montpellier se dessine le plus fortement, et aussi,—le lecteur le dira sans doute avec nous,—le plus heureusement. Analysant d'abord les troubles fonctionnels qui dénotent l'invasion du cancer dans l'économie, il constate que parfois des désordres vagues, mal définis, mais réels, ce que le professeur Lordat désigne sous le pittoresque et juste nom d'*inquiétude vitale*, se manifestent à cette occasion. Et il n'y a pas seulement là un simple rapport de coïncidence; car il existe des cas de cancers développés (et M. Montet en cite), concurremment avec la présence de névralgies ou de névroses diverses, lesquelles ont trouvé leur terme dans l'apparition de la lésion organique, ou qui ont reparu après leur ablation.

Sous un point de vue opposé, au dernier terme de l'affection, M. Montet trouve encore l'occasion d'appliquer les principes judicieux de son École à la distinction de deux états pathologiques que les nosographes ont souvent confondus. La cachexie cancéreuse, état spécial, qui manque souvent, même dans les cancers les plus anciens, mérite en effet d'être différenciée de l'infection putride, accident assez ordinaire des ulcérations vastes et suppurant abondamment. Tout les sépare : origine, marche, gravité, expression symptomatique, terminaison, et il y aurait un inconvénient sérieux pour le malade à ce que l'on méconnût la diversité de leurs caractères respectifs. Un troisième effet, bien tranché lui aussi, et dont il serait encore plus dangereux d'ignorer l'existence spéciale, est l'anémie, qu'on voit quelquefois survenir dans des conditions particulières, à la suite d'une hémorrhagie, et qui requiert, on le conçoit, un traitement essentiellement approprié à la nature de la lésion. M. Montet, en élucidant ces divers points, a donc rendu à la médecine pratique des services qu'elle aura journellement occasion d'utiliser dans le traitement toujours si difficile de ces graves maladies.

Quant à la détermination des caractères microscopiques du cancer, l'auteur entre à cet égard dans les détails les plus minutieux et les plus instructifs. Si, malgré l'intérêt qu'ils nous ont offert, nous ne nous livrons pas à une analyse plus étendue de cette partie de l'ouvrage, c'est parce que,—ainsi que M. Montet le reconnaît lui-même,—elle est la reproduction assez exacte des considérations présentées sur ce même sujet par M. Courty, et dont nous donnâmes, lors de sa publication (voy. GAZ. MÉD., *loc. cit.*), un compte rendu aussi fidèle que possible. L'importance diagnostique des cellules cancéreuses à *l'état naissant et à l'état caduc* y est reprise et discutée à peu près dans les mêmes termes; ce qui montre tout au moins que les deux observateurs se sont rencontrés dans leurs expériences, et cliniquement, comme à l'aide du microscope, sont parvenus à des résultats identiques. Il en est de même de leur manière de voir relativement au degré et à la nature de la part qu'on doit accorder aux recherches de cet ordre pour la constatation de l'espèce des tumeurs douteuses.

L'auteur cite, en passant, un fait que l'on consultera avec profit pour s'éclairer sur la valeur de la doctrine qui, arguant de la présence de caillots sanguins au sein des masses encéphaloïdes, attribue la formation du cancer à leur évolution. M. Serre ayant extirpé un sarcocèle développé à la suite d'un coup de pied de cheval, reçu six ans auparavant, trouva un noyau cancéreux sous la tunique albuginée; à la partie postérieure le testicule conservé; enfin, au-dessus, un caillot du volume d'une noix, présentant des traces d'organisation déjà un peu anciennes. Le malade racontait que, après l'accident, il était resté en arrière du testicule une dureté qui n'avait jamais disparu. La formation du cancer avait été postérieure. Il est donc évident qu'ici l'épanchement fibrineux avait précédé le produit hétérologue, qu'il n'avait pas été résorbé, et que pourtant il n'avait point servi à sa formation.

Dans un aperçu rapide, mais empreint d'une érudition choisie, M. Montet examine la question si controversée des antagonismes morbides dans leurs rapports avec l'affection cancéreuse. Nous en détacherons encore une observation qui montre jusqu'à l'évidence la coïncidence possible des tubercules avec l'affection carcinomateuse la mieux caractérisée. Elle a trait à une femme qui mourut de cancer de l'utérus, après avoir longtemps séjourné dans les salles de la Clinique, et qui, à l'autopsie, offrit, avec des masses squirrheuses énormes dans le bassin et le mésentère, un dépôt de matières tuberculeuses dans les vertèbres lombaires, avec un abcès par congestion dans le muscle psoas gauche. Les deux lésions ayant eu une marche très-lente avaient pu coexister, ce qui n'arrive pas ordinairement, l'une des deux entraînant en général la mort avant que l'autre se soit développée.

Nous insisterons moins sur la seconde partie de l'ouvrage, consacrée au diagnostic différentiel du cancer; elle se prêtait moins à l'exposé des vues originales dont le précédent tableau nous a offert de nombreux exemples. C'est plutôt, c'est surtout comme analyse complète qu'elle se recommande. Aucune des maladies qui peuvent simuler le cancer n'y est oubliée. Seulement l'auteur n'a voulu examiner que les ressemblances les plus rapprochées, et a écarté à dessein tout ce qu'une inspection, même superficielle, ne permet point de confondre avec le cancer, comme les corps étrangers, les tumeurs formées par le déplacement d'un os, et aussi tout ce qui, spécial à certaines régions, comme les hernies, l'hydrocèle, etc., ne peut que dans certains cas porter l'hésitation dans l'esprit du chirurgien. Mais, même avec ces restrictions, il y a encore d'assez nombreuses occasions pour le praticien d'exercer son tact distinctif. Cependant, parmi les altérations plus susceptibles d'en imposer pour un cancer, il en est de deux sortes : les unes qui n'ont que des analogies en quelque sorte accidentelles et dépendant de circonstances fortuites; les autres sont d'une différenciation plus difficile, parce que des similitudes nombreuses et fondées sur une étroite analogie de texture les rapprochent du cancer; ce sont les hypertrophies, les tumeurs épithéliales, les kystes, les tumeurs fibro-plastiques, fibreuses, cartilagineuses, osseuses ou tuberculeuses. Il est bien entendu que l'auteur ne s'occupe que de celles de la seconde classe; il les passe successivement en revue, en donnant à chacune d'elles une mention proportionnée aux obstacles que leur diagnostic peut éprouver. Nous recommandons principalement à nos lecteurs les chapitres qui ont rapport aux hypertrophies, aux pseudo-cancers ou tumeurs épithéliales, et aux formations fibreuses ou fibro-plastiques.

En somme, si le traité de M. Moutet est le reflet lumineux et fidèle des nouvelles investigations accomplies dans ces derniers temps sur l'histologie du cancer, il atteste aussi l'élaboration d'un esprit judicieux sur ces données fécondes. Il suffit d'en lire quelques pages, après avoir parcouru celles que nos anciens auteurs classiques consacrent au même sujet, pour juger des progrès que l'étude anatomique et séméiologique du cancer a réalisés depuis l'application du microscope à la détermination de son organisation intime.

P. DIDAY.

— Une perquisition opérée chez le sieur Giou, droguiste marchand de couleurs, rue Bourtibourg, 16, on y saisit des denrées médicamenteuses falsifiées. Ces drogues étaient au nombre de 15; il trompait en outre sur la nature de la marchandise. Cité pour ces faits en police correctionnelle, le tribunal l'a condamné à trois mois de prison, 50 fr. d'amende. — 8e chambre, audience du 9 novembre.

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Bon-Secours, commencera son cours de pathologie médicale, le mardi 16 novembre à sept heures du soir, à l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants à la même heure. On s'inscrit chez M. Gocherand à l'École pratique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette Médicale.

Mon très-cher et très-savant confrère,

Dans une note pleine d'intérêt que vous avez publiée dans la Revue hebdomadaire de la Gazette Médicale, à propos de l'inoculation préservative de la pneumonie épizootique des bêtes bovines, vous rappelez que cette question a été soumise à l'Académie de Belgique, et qu'une commission gouvernementale a été nommée pour étudier cette méthode. Je crois même que le gouvernement français s'en est aussi préoccupé, qu'il a même institué un prix à cette occasion, et que des savants de notre pays ont été envoyés en Belgique pour s'enquérir des résultats de cette découverte. Sans vouloir rien préjuger de la valeur des procédés d'inoculation employés par les médecins belges, il m'a paru intéressant de rechercher jusqu'où la méthode est nouvelle, et de faire connaître les tentatives réitérées à différentes époques dans la même voie. C'est le résultat de ces recherches que j'ai l'honneur de vous adresser aujourd'hui.

On attribue aux Anglais la première application de l'inoculation préservative dans la maladie qui nous occupe, mais on ne peut refuser à Camper, célèbre médecin hollandais, la gloire d'en avoir parlé le premier et avec précision, et d'avoir fait des expériences suivies sur cet objet important.

Les essais de Dodson, Layard et Bewley, en Angleterre, ceux de Grashuis et Sandifort, en Hollande, ceux enfin de Noseman, Kool et Tack, quoique dirigés avec beaucoup d'intelligence, n'ont cependant pas obtenu tous les suffrages. On peut en dire autant des tentatives faites en Danemarck, à Brunswick et dans le Mecklembourg. Mais avant d'exposer le résultat de ces différents essais, je crois devoir dire un mot des travaux de Camper, Vandœvren et Munnicks à ce sujet, parce que c'est d'après eux que presque tous les autres ont dirigé leurs procédés.

Camper a commencé en soumettant les veaux à l'inoculation, il a ensuite fait inoculer des génisses et en général toutes les bêtes à cornes jusqu'à l'âge de 3 ans. Il s'est aperçu que les vaches pleines avortaient presque toujours par l'effet de la maladie, ce qui est également arrivé en France; et pour cette raison, il a recommandé de ne les point inoculer. Mais quelque précaution qu'il ait prise, il n'a pu, dans le principe, sauver plus d'une moitié des bestiaux inoculés, et il est souvent resté au-dessous de cet avantage.

Camper ne s'est point découragé, et la constance qu'il a mise dans ses travaux a été couronnée par le succès. Je ne puis donner une meilleure idée de ses recherches qu'en les décrivant d'après Munnicks; c'est lui que Camper avait chargé de suivre et de varier ses essais, et par conséquent c'est de lui que nous devons prendre des renseignements à cet égard.

La description que Munnicks fait de l'épizoolie de la Hollande annonce la même maladie que celles dont les provinces de Belgique sont infectées; les symptômes sont les mêmes.

Munnicks procédait de la manière suivante.

Il se servait d'un gros fil double imbibé de la sanie qui découle des naseaux d'une bête attaquée de l'épizootie, lorsque cette maladie n'est point encore portée au plus haut degré. La matière la plus récente est préférable, et lorsqu'il est possible de l'employer avant qu'elle ait perdu toute sa chaleur, son effet est plus assuré. Munnicks ayant passé ce fil dans le chas d'une aiguille plate, un peu tranchante, recourbée vers sa pointe et de la longueur d'à peu près de 2 pouces, l'introduisait sous la peau de la cuisse; il le dirigeait perpendiculairement, afin que l'écoulement des matières purulentes fût plus facile, et il le faisait sortir après un trajet d'un travers de pouce. Il nouait les deux extrémités, comme on le pratique pour un séton, et le laissait en place pendant douze ou vingt-quatre heures, intervalle qui suffisait pour que la contagion se communiquât à l'animal, s'il en était susceptible.

On n'observe aucun changement notable pendant les cinq ou six premiers jours. L'appétit se soutient comme à l'ordinaire; il y a cependant des bestiaux qui refusent la boisson par intervalles pendant le quatrième ou le cinquième jour.

Vers le septième, le lait commence à se tarir, les yeux se gonflent un peu, la conjonctive s'enflamme. Le grincement des dents, le frisson et la perte d'appétit se manifestent alors. Les oreilles sont tantôt chaudes et tantôt froides, et la fiente semble acquérir de la consistance.

A l'époque du huitième jour, ordinairement, la rumination cesse; dans le neuvième, l'animal pousse des gémissements profonds et fréquents, il respire avec peine et ses déjections deviennent plus abondantes.

Au dixième ou onzième jour, les naseaux se remplissent d'une humeur sanieuse. Le douzième et le treizième sont ceux dans lesquels la crise se fait le plus communément.

Ces observations ont été faites sur plus de onze cents bêtes à corne que Munnicks a fait inoculer en sa présence et dont il a suivi les maladies.

Ces expériences lui ont appris :

1° Que quoiqu'il employât pour inoculer des fils imbibés de la sanie d'animaux légèrement ou gravement attaqués, le succès était le même et que tout dépendait de la constitution du sujet inoculé. Cette assertion a été contredite par les inoculateurs de Mecklembourg.

2° Que la marche de la maladie inoculée et son intensité n'ont point changé, soit qu'on n'eût introduit qu'un seul fil ou plusieurs, soit que le trajet du fil infecté eût été plus ou moins considérable, que le fil ait séjourné plus ou moins longtemps, soit enfin que l'on eût fait des scarifications et que l'on eût répandu de la matière contagieuse dans les plaies,

3° Que le chien, le chat, le cheval, non plus que le cerf, la biche, quoique ces deux derniers soient ruminants, ne sont pas susceptibles de cette contagion, et qu'étant inoculés, ils ne la contractent point.

4° Que la peau, la chair et la graisse sont très-virulentes, même plusieurs jours après la mort de l'animal.

5° Que les excrétions qui donnent les matières les plus contagieuses pendant la maladie, en fournissent dans la convalescence qui sont sans danger, et, ce qui est très-digne de remarque, que dans le cas où il se fait une crise bien déterminée, immédiatement après qu'elle a eu lieu, les matières des excrétions cessent d'être contagieuses et ne peuvent plus servir à l'inoculation.

6° Enfin, et ce dernier résultat est très-important à noter, que les avantages de l'inoculation pratiquée alors avec les plus grandes précautions

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Invocation. — La Faculté dépaysée. — Reflexions. — Nouvelles nouvelles. — Ecole de médecine et de pharmacie militaires. — Election à l'Académie de medecine — Un docteur jaloux de ses droits; question professionnelle. — Le docteur Blanche.

Bon Reveillé-Parise, où êtes-vous? Où êtes-vous, providence du journalisme, pourvoyeur infatigable du feuilleton, vase toujours rempli, source toujours murmurante, roue d'Ixion au mouvement tranquille, mais continu, vous enfin dont les offrandes ne faisaient jamais défaut à l'autel de la très-sainte Gazette? En ce temps-là, la Chronique paresseuse s'en allait entr'ouvrir le carton gardien de la précieuse réserve, y faisait provision de copie, et puis tirait la révérence au lecteur, charmé à son tour d'être payé en cette monnaie C'était si commode! Maintenant, hélas! elle a beau plonger dans la boîte son regard effaré; rien! rien que les éraflures de la paroi, triste témoignage du va et-vient des anciens jours : une débine complète, quelque chose comme un composé de faim, de soif, de froid et de nudité. Allons, vite le collier. Il est si doux à porter; si charmants sont les petits profits qu'il procure! Tirez à *dia*, on va crier à droite; à *huhau*, on va crier à gauche; allez droit devant vous, on criera des deux côtés. Essayez un peu de loüer quelqu'un à son gré, ou de lui rendre la contradiction supportable; tâchez de ne heurter personne en restant dans la voie du vrai et du juste; c'est-à-dire dansez une bourrée, menez une sarabande, les yeux fermés, à travers un millier d'œufs sans en casser. Les anciens auraient bien dû représenter la vérité sous forme d'un porc-épic; ils prétendent qu'elle est sortie d'un puits; alors c'est dans les puits du Nouveau-Monde, où se tiennent les crocodiles et autres animaux malfaisants. Car la vérité n'est jamais entrée nulle part sans blesser quelqu'un..... Mais il s'agit bien de cela en ce moment. On demande les nouvelles du jour! Soit, vous allez être servi, cher et exigeant lecteur, autant du moins qu'il sera en notre pouvoir. Pardon d'un instant de mauvaise humeur.

Vous saurez d'abord que la Faculté est assez embarrassée du nouveau mode de recrutement qui lui est imposé. Et nous le concevons aisément, ce qui prouve, comme vous allez voir, que nous aussi nous sommes difficiles à contenter. L'ancien mode nous déplaisait comme étant une sorte de tour de force peu propre à donner la mesure de la valeur réelle et foncière des compétiteurs, et comme ouvrant trop de chances aux casse-cou de l'improvisation. Le nouveau mode ne nous satisfait pas, parce qu'il donne trop à l'arbitraire (et nous entendons surtout ici l'arbitraire du corps chargé de la présentation), parce qu'il éveille de présomptueuses ambitions, parce qu'il est susceptible d'introduire dans la compétition des éléments extra-scientifiques. *In medio virtus*; nous persistons à regarder comme possible, et même très-réalisable, l'organisation d'un système où les services du savant ne seraient pas sacrifiés, où le mérite intrinsèque et le talent d'exposition seraient appréciés dans leur importance respective, et où l'é-

n'étaient pas assez considérables pour qu'elle dût être répandue et regardée comme un moyen préservatif efficace.

Les expériences tentées par Vicq-d'Azyr, en 1776 et 1777, ont été conformes à celles de Munnicks. Ses essais ont eu lieu dans le Condomois, où l'épizootie était très-meurtrière. Tous les bestiaux qui furent inoculés, et qui étaient adultes, périrent; aux environs d'Anch, où la maladie était moins maligne, sur douze, un a été conservé, et dans l'année suivante, la maladie ayant perdu de sa force, trois sur dix ont été guéris.

Si la proportion des bestiaux inoculés avec succès est plus grande en Hollande qu'elle ne l'a été dans les provinces méridionales de la France, on doit sans doute l'attribuer : 1° à ce qu'en Hollande on a choisi de jeunes animaux; 2° à ce que l'épizootie s'est adoucie en Hollande par sa durée.

Dans un mémoire très-bien fait, publié dans le journal de l'abbé Rozier, Mauduit propose d'essayer si le virus pestilentiel ne peut pas être dénaturé par quelque procédé.

Vicq-d'Azyr dit avoir imbibé les mèches contagieuses avec différents acides, et aucun de ces procédés n'a empêché les progrès de l'inoculation. Il a fait fouiller dans les fosses qui contenaient des bêtes mortes de la maladie épizootique depuis plusieurs mois, et ayant imbibé des mèches avec leur sanie, il a communiqué la maladie avec beaucoup de rapidité.... Enfin il s'est convaincu, comme l'avaient déjà vu Camper et Munnicks, qu'une bête guérie de l'épizootie n'est plus susceptible de la contracter.

Tandis que les médecins les plus habiles épuisaient en vain toutes les ressources de l'art pour rendre l'inoculation de l'épizootie utile à la Hollande, un cultivateur intelligent appelé Geert-Reinders, et qui avait lui-même, d'après les principes de Camper, pratiqué l'inoculation sur ses bestiaux, fit une observation de laquelle on a déduit les principes qui servent de base à la méthode actuelle d'inoculer.

Munnicks lui rend cette justice dans son mémoire, de même que Camper, dans un mémoire publié en 1776, où il attribue à ce cultivateur la gloire d'avoir fait le premier la remarque suivante.

Le sieur Geert-Reinders observa, dans un grand nombre de veaux qu'il nourrissait lorsque l'épizootie se déclara parmi eux, que tous ceux qui étaient nés de vaches anparavant attaquées et guéries de l'épizootie, furent très-légèrement atteints et tous conservés, tandis que les autres mouraient presque tous.

Ce fait intéressant fut un trait de lumière pour Munnicks et Camper, qui résolurent alors de recommencer leurs essais sur un nouveau plan. Des expériences nombreuses, et qu'il serait trop long de rapporter ici, leur apprirent :

1° Que les veaux nés de vaches auparavant attaquées et guéries de l'épizootie sont disposés de sorte qu'ils résistent pendant un certain temps à la contagion de cette maladie, ou qu'ils en guérissent très-facilement s'ils la contractent.

2° Que le temps dont ils jouissent de cette disposition favorable étant passé, ces animaux contractent l'épizootie d'une manière aussi dangereuse que les autres.

3° Que le temps dans lequel les veaux sont ainsi disposés est toujours peu éloigné de leur naissance; que ses limites ne sont pas déterminées et qu'il s'étend quelquefois jusqu'au sixième mois.

4° Enfin, que les veaux ainsi disposés, et qui, dans cet intervalle, contractent la maladie, soit par l'effet de la contagion naturelle, soit par celui de l'inoculation, sont souvent atteints d'une manière si légère qu'on serait tenté de croire que leur santé n'a souffert presque aucune altération, et que cependant un fil imbibé de leurs humeurs peut servir pour inoculer d'autres animaux, ce qui prouve bien l'existence du virus épizootique dans ces veaux.

Deux obstacles empêchent cette méthode d'avoir tout le succès qu'on en attend.

Le premier obstacle tient à ce que ne connaissant pas le moment convenable pour l'inoculation, on est exposé, faute de caractères qui l'indiquent, à inoculer les veaux, soit avant qu'ils aient la disposition nécessaire pour être attaqués de l'épizootie, soit après que cette disposition est passée et dans un instant où la maladie communiquée peut leur faire courir les plus grands dangers.

Pour tenir une route sûre au milieu de ces écueils, on a pris le parti d'inoculer les veaux nés de vaches guéries à l'âge d'un mois ou de six semaines; on fait la même opération un mois après, lorsqu'on n'a trouvé aucun signe certain de l'épizootie produite par la première inoculation. Quelquefois même on répète encore ce procédé à l'époque du quatrième ou cinquième mois, afin de n'être point induit en erreur par le peu d'intensité des symptômes.

En suivant ce procédé sur 20 bêtes inoculées, on n'en a perdu qu'une. M. Munnicks assure que dans une année 1,500 veaux ont été conservés par ce moyen, et que pendant la même année l'inoculation a réussi sur plus de 2,000.

Après avoir rapporté avec soin les expériences faites par les médecins hollandais, nous allons exposer avec la même exactitude le résultat de celles qui ont été tentées en différents cantons de l'Allemagne. (Voyez 1° HISTOIRE DE L'INOCULATION DES BÊTES A CORNES, traduite en allemand par Tode, 1775; 2° SCRUPULES DE BERGIUS SUR L'INOCULATION DES BÊTES A CORNES EN SUÈDE; 3° AVIS AU PUBLIC CONCERNANT L'INOCULATION DE LA MALADIE ÉPIDÉMIQUE DES BÊTES A CORNES, SUFFISAMMENT APPROFONDIE ET GÉNÉRALEMENT INTRODUITE DANS LE MECKLEMBOURG, par Claus Dellof Doertzen, grand sénéchal et premier bailli de S. A. S. Mgr. le duc de Mecklembourg. A Hambourg, 1779. In-4°.)

Un auteur qui ne s'est point fait connaître a publié, en 1763, des observations faites à Brunswick sur l'inoculation de l'épizotie. Suivant lui, ce moyen préservatif est le seul qui ait eu du succès dans ce pays. Les principaux avantages qu'il y trouve sont que sachant le temps où les bestiaux seront attaqués de l'épizootie, on peut les y préparer.

L'auteur conseille de mettre les bestiaux à la diète, pendant lequel temps on les saigne et on les purge une fois; on les inocule ensuite en introduisant une mèche imbibée de sang contagieux, dans une ouverture faite à la veine jugulaire, ou dans une incision pratiquée au fanon; il recommande de réitérer l'inoculation si elle n'a pas réussi la première fois. Sur 12 bêtes inoculées dans un premier essai, 6 sont mortes; dans un second, sur 8, 4 ont péri; une a été tuée et les 3 autres ont été guéries. L'humeur des narines, la salive, le sang et le lait ont paru également contagieux.

La maladie épizootique ayant régné dans le Mecklembourg depuis 1764 jusqu'en 1769, Claus Dellof fit alors des tentatives qui ne furent pas heureuses. Il se servit d'une aiguille plate et à deux tranchants pour introduire une mèche ou une éponge imbibée de matières contagieuses. Sur 16 bêtes inoculées 13 moururent. Claus Dellof a attribué ce défaut de succès à ce qu'il employait au début de ses expériences toutes sortes de matières pour inoculer, sans avoir égard à la malignité de la maladie éprouvée par

---

preuve serait placée assez haut pour ne tenter que les forts. Mais enfin, puisque le malheur veut que nous ne soyons pas chargé d'organiser l'enseignement médical en France, il ne reste qu'à tirer le meilleur parti possible du nouveau mode. Ce mode est excellent par le côté qui est l'opposé de l'ancien; en réprimant les empiétements de la mémoire et du parlage, il rend ses droits à la science et met ainsi entre les mains des dispensateurs un précieux instrument. Il ne manque plus que de s'en bien servir. Pour cela, il faudrait deux choses : premièrement, aller prendre par la main, n'importe où, hors de l'agrégation ou hors de Paris s'il le fallait, les maîtres (et il y en a de fort connus) écartés jusqu'ici des corps enseignants; secondement, attirer les hommes de progrès, les ouvriers hardis et laborieux, les défricheurs qui savent agrandir et féconder le commun domaine. La première condition d'un bon recrutement peut être aisément remplie dans le système de présentation; les grandes autorités ne sauraient faire ombrage à une Faculté qui en renferme toujours un grand nombre. On se les adjoindra donc volontiers; du moins il n'est pas déraisonnable de le supposer. Le progrès, c'est-à-dire le nouveau, l'imprévu, l'ébranlement de ce qui est, aura-t-il le même bonheur? Franchement, nous en doutons un peu, et notre doute n'a rien de blessant pour personne. Un corps savant dont chaque membre est depuis longtemps à l'ancre dans ses opinions, dans ses tendances, dans ses habitudes, et qui, pour employer un mot déjà vieux, est toujours plus ou moins conservateur, obéit à une sorte d'instinct, très-naturel et très-excusable, en se montrant défiant à l'égard des innovations. Ce qui a fait tort autrefois à la présentation et préparé l'avènement du concours, c'est l'omnipotence de la Faculté. Elle nommait de fait, puisque le premier inscrit sur la liste était toujours agréé par le pouvoir. Aujourd'hui, il en est à peu près de même, l'intervention du conseil académique n'étant pas précisément une garantie scientifique. La Faculté sera donc seule juge de l'aptitude, et ce n'est pas là, nous le répétons, que l'esprit de découverte peut être protégé et encouragé. Où serait le remède? Dans l'action combinée, le contre-poids réciproque de plusieurs ordres de juges, dont la Faculté fournirait environ la moitié De cette façon, les droits de l'invention seraient plus assurés, sans qu'une chance sérieuse fût donnée à l'esprit d'aventure.

Néanmoins, si nous en croyons un bruit tout récent, on cherche à tirer du système actuel un résultat de la nature de ceux que nous venons d'indiquer. On parle de fonder quelques chaires spéciales (nous ne savons encore lesquelles, mais on nomme la dermatologie et les maladies des enfants), dont l'utilité est incontestable et qui donneraient enfin une place dans l'enseignement officiel à des hommes dont l'enseignement particulier et la pratique ont déjà fait des maîtres. Un acte de ce genre ne peut qu'être loué, surtout si on lui donne toute l'extension nécessaire. S'il n'est pas de nature à réaliser tout le bien possible, il en donne au moins le signal et l'inaugure : c'est déjà beaucoup.

Voilà une partie des bruits venus à nos oreilles; l'autre partie n'est pas aussi satisfaisante. Pour compenser la création de chaires spéciales, on supprimerait deux chaires de clinique médicale, et ce serait là, pour le dire en passant, l'explication du *statu quo* qui subsiste depuis la démission de M. Chomel. Quatre cliniques médicales pour Paris, est-ce trop? Non, il n'est aucun habitué des hôpitaux qui ne le sache à ses dépens. C'est à grand'peine si chaque élève peut trouver accès auprès de quelques lits en même temps que le professeur, pour le voir fonctionner, poursuivre et combiner les éléments du diagnostic et asseoir le

les animaux dont il employait les humeurs pour imbiber les mèches contagieuses.

Le Danemarck ayant ressenti les atteintes de l'épizootie en 1770, 1771 et 1772, l'inoculation fut mise en usage par Witer, chirurgien, sous la direction de OEder, professeur de botanique. Berger, médecin du roi, demanda à Camper des renseignements que celui-ci envoya sur-le-champ. Après différentes épreuves, il s'écarta à certains égards de la méthode qui avait été prescrite.

On établit pour principe de ne faire qu'une insertion dans la région iliaque externe et de se servir d'un fil de coton trempé dans la morve d'une bête malade prise pendant les premiers jours, parce que la crise étant prochaine et la bête étant convalescente, la matière n'est plus également contagieuse : telle est la raison que l'on en apporte.

OEder divisa l'île Dawnoë, placée sur la côte méridionale de la Zélande, où il faisait ses essais, en trois parties. Dans le premier retranchement, il plaça les bestiaux destinés à l'inoculation jusqu'au moment où il la leur faisait subir; dans le second, il enferma les bestiaux inoculés jusqu'à ce qu'il aperçut les premiers symptômes de la maladie; le troisième était réservé pour les bestiaux malades.

En 1770, 61 bêtes furent inoculées, 18 furent guéries, 42 moururent et une ne contracta point la maladie. En 1771, 160 furent inoculées, 91 furent guéries, une mourut, 68 ne donnèrent point de signes de l'épizootie. En 1772, sur 169 inoculées, 123 furent guéries, 2 moururent et 44 ne furent point attaquées. Le total dans ces trois essais monte à 390 bêtes, parmi lesquelles 232 ont été guéries, 45 sont mortes et 103 ont résisté à la contagion. On ne peut s'empêcher d'être surpris du grand nombre de bestiaux qui n'ont point contracté la maladie. Bergius, célèbre médecin suédois, dans un ouvrage qu'il a publié sur l'inoculation de l'épizootie, dit que cette maladie n'étant point exanthématique par elle-même, n'est peut-être pas de nature à être inoculée avec succès. Le fait suivant pourrait lui fournir un appui.

Il s'établit à Zwol en Allemagne, dans l'année 1776, une compagnie qui se proposa de faire des recherches sur la manière de préserver le bétail de la contagion et qui essaya la méthode de Geert-Geinders. Sur 100 bêtes ainsi inoculées, 20 périrent, 12 furent fort malades, 36 furent légèrement atteintes; on aperçut à peine quelques signes de l'épizootie chez 44, et on assure que 8 y résistèrent absolument. L'année suivante (1777), Holte publia, dans les feuilles périodiques du Mecklembourg, un discours dans lequel il avoua expressément que l'inoculation des bestiaux adultes n'avait point eu de succès.

Enfin l'épizootie s'étant déclarée de nouveau en 1776, 1778 et 1779 dans le duché de Mecklembourg, de Bulow, seigneur très-riche, résolut de faire de nouvelles expériences au sujet de l'inoculation, tous les autres remèdes curatifs et préservatifs ayant été évidemment sans succès.

De Bulow avait remarqué que l'épizootie était bénigne en certains endroits et maligne dans d'autres, et il ne prenait la matière contagieuse que dans les premiers. Dans les provinces de France où cette maladie a régné, elle s'est à la vérité montré moins maligne en certains cantons; mais la diminution d'intensité n'a jamais été assez grande pour qu'on ait pu regarder à beaucoup près l'épizootie comme bénigne.

Sur 177 bestiaux inoculés en différents temps par les ordres de Bulow, 42 moururent et 135 furent guéries. Dans un cas où Bulow avait fait employer de la matière contagieuse prise de bestiaux attaqués très-gravement, toutes les bêtes inoculées périrent. De Bulow a remarqué que les veaux au-dessous de six mois succombaient presque tous à l'épizootie, à moins qu'ils ne fussent nés de vaches attaquées et guéries de cette maladie.

Encouragé par cet exemple, Claus Detlof, grand sénéchal de S. A. S. Mgr. le duc de Mecklembourg, fit aussi dans ses terres, en 1778, des essais de ce genre; sur 131 bêtes inoculées en octobre, 43 moururent et 88 furent guéries. Detlof a observé qu'il est dangereux d'inoculer des bêtes fatiguées par une route un peu longue ou affaiblis par le changement de nourriture.

Detlof rapporte ensuite qu'il s'était formé dans le Mecklembourg une chambre d'assurance pour le bétail inoculé, dont à la vérité il ne rapporte pas les conditions; ce fait semblerait prouver que l'on avait trouvé dans l'inoculation des avantages décidés. En général, les auteurs qui ont écrit sur ce sujet trouvent toujours des moyens pour expliquer les défauts de succès; mais aucun d'entre eux n'a été assez habile pour les prévoir.

1° Claus Detlof établit que l'épizootie inoculée est toujours moins fâcheuse que la naturelle; que les vaches pleines et les veaux au-dessous de six mois en sont très-gravement atteints; qu'il est très-dangereux d'inoculer des bestiaux qui ont déjà contracté la maladie.

2° La matière contagieuse doit être prise sur une bête attaquée d'une manière légère et bénigne; elle n'a pu se conserver plus de quatorze jours, même en hiver, terme qui n'est pas le même que celui que Munnicks a déterminé.

3° L'infection doit se faire entre l'épine et la partie latérale du corps de l'animal. Si le pus n'a pas assez d'écoulement, on doit, suivant l'auteur, faire des incisions pour lui en donner.

4° La maladie ainsi inoculée paraît du septième au huitième jour. La toux, la tristesse, le défaut d'appétit et la diminution du lait en sont les premiers symptômes. Il y en a deux qu'on doit regarder comme des signes caractéristiques de la maladie, ce sont l'inflammation des plaies, l'écoulement du nez. En général, si la maladie se manifeste après le dixième jour, à compter de l'époque de l'inoculation, on peut, dit-on, être tranquille sur les suites; au contraire, plus l'épizootie se déclare promptement après cet instant, plus aussi il y a de danger pour l'animal infecté.

5° Les accidents qui ont lieu le plus souvent sont la constipation, la diarrhée, la rétention d'urine avec gonflement du ventre, des inflammations et des abcès au gosier.

Sur 100 bêtes inoculées avec la matière appelée bénigne, Detlof en a perdu à peu près dix; il assure de plus que si l'épizootie inoculée se communique, elle conserve, dans l'individu infecté, son caractère de bénignité antécédente, et que par conséquent il suffit, suivant lui, d'approcher les bêtes saines de celles qui ont été inoculées et de frotter le nez des premières avec la matière virulente prise de celles-ci, pour leur faire contracter une épizootie bénigne. Il ajoute que les fréquentes inoculations faites dans le duché du Mecklembourg n'y ont pas propagé l'épizootie.

Dans ses derniers essais, sur 4,075 bêtes inoculées, 438 sont mortes; 3,251 ont été guéries; 290 étaient encore malades lorsqu'il écrivait, et 106 n'avaient pas contracté l'épizootie.

Detlof pense, comme Camper, Munnicks, Vicq-d'Azyr, que les bestiaux guéris de l'épizootie ne la contractent plus, ou au moins la contractent très-rarement.

Tel est l'exposé des expériences faites sur cet objet; elles fournissent les résultats suivants :

---

traitement; condition nécessaire pour bien profiter de la leçon de l'amphithéâtre. Nous espérons encore, à supposer que cette mesure soit sérieusement préméditée, qu'on reculera devant les observations des hommes compétents. Les études cliniques sont la base la plus ferme de l'éducation médicale; mieux vaudrait certainement être privé de cours théoriques, que les livres peuvent suppléer, que d'être gêné ou trop faiblement guidé dans le champ de l'observation pratique. Si donc un sacrifice était nécessaire, ce que nous n'admettons nullement, il ne devrait pas porter sur les chaires qu'on dit menacées, mais sur celles qui servent plus au lustre de l'enseignement qu'à l'instruction positive de la jeunesse. Nous avons d'autant plus foi, sur cette question, au bon sens du gouvernement, qu'un récent décret sur l'organisation de l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires atteste toute l'importance qu'il attache aux études cliniques. Là toutes les parties de l'enseignement sont sagement adaptées à la spécialité de la médecine militaire; elles sont toutes tournées vers la pratique. Il ne se peut donc pas que la suppression de deux chaires de clinique dans l'enseignement de la médecine civile ait été inspirée par une fausse entente de l'éducation médicale; elle ne peut être sortie que d'un calcul erroné; on aura pensé que, une partie des élèves se déversant sur l'enseignement spécial, il n'en resterait pas assez pour les quatre chaires de clinique générale. Or comme, à notre sens, ces quatre chaires ne sont même pas suffisantes pour Paris, nous croyons que la nouvelle création aurait tout au plus pour effet de les désobstruer dans la proportion convenable.

— La dernière élection à l'Académie de médecine ne pouvait qu'avoir une heureuse issue. Un jeune candidat, digne élève et presque émule d'un père du plus haut mérite, et un candidat à chevrons qui a rendu à la médecine vétérinaire et même à la médecine humaine d'importants services. Ce dernier l'a emporté. L'imminence d'une autre élection dans la même section paraissait rendre le résultat à peu près indifférent. Toutefois nous croyons que les chances n'eussent plus été égales pour les deux candidats, et très-vraisemblablement cette prévision a déterminé plus d'un vote en faveur de M. Leblanc. Celui-ci nommé, M. Bouley fils a sa place marquée. Si M. Bouley eût été nommé, la réciproque n'était plus aussi certaine. La différence d'âge, la différence d'ancienneté dans l'armée des travailleurs et des compétiteurs, eussent rendu un échec, non-seulement pénible, mais périlleux pour M. Leblanc. L'insuccès répété finit par discréditer, et il est beaucoup de vétérans de concours dont les chances, d'abord brillantes, ont fini par s'amoindrir et disparaître, sans que le talent ait le moins du monde fléchi. Pourquoi? Cela est difficile à dire. On était *possible*, on ne l'est plus; voilà tout. Bien venu soit donc le nouvel académicien!

— Une affaire qui intéresse à un haut degré les principes du droit professionnel est actuellement pendante devant les tribunaux. Un officier de santé, établi, conformément à la loi, dans le département même où il a été reçu (Eure-et-Loir), mais sur les confins, est fréquemment appelé dans le département limitrophe, celui de Seine-et-Oise. Or un docteur d'Épernon s'est avisé de considérer ces excursions comme autant de violations de son propre territoire et une rapine exercée sur sa clientèle. Ainsi, au moyen âge, les seigneurs étaient obligés de s'armer contre les envahissements perpétuels de leurs voisins. Le seigneur d'Épernon n'a pas enrégimenté ses hommes-liges ni fait feu de ses meurtrières; mais il a requis l'assistance de M. le juge de paix, lequel n'a pas cru pouvoir

1° Dans les provinces méridionales, lorsqu'on a fait en 1776 le premier essai, les onze douzièmes ont péri.

2° Les premières tentatives faites dans le Mecklembourg, de 1765 à 1769, ont été très-malheureuses : plus des trois quarts sont morts.

3° Dans le second essai des provinces méridionales, en 1777, il est mort un peu plus d'un tiers.

4° En 1763, à Brunswick comme en Hollande, avant que l'on inoculât les veaux nés de mères guéries, la moitié a succombé.

5° A Zwol, un peu plus du quart a été victime.

6° Dans le Mecklembourg, le résultat d'un second essai a été qu'il en est est mort un peu moins d'un tiers.

7° Dans un troisième essai, il n'en est mort qu'un peu moins d'un quart.

8° Dans le Danemarck, en 1770, 1771 et 1772, un sixième a péri.

9° Le quatrième essai fait dans le Mecklembourg a été le plus heureux : il n'en est mort qu'un huitième.

10° Enfin, en pratiquant la méthode de la Hollande, on n'en perd qu'un vingtième. Ce tableau offre les nuances de tous les succès obtenus par ce moyen. Essayons de les apprécier.

On peut établir trois ordres de causes qui influent sur ces succès :

1° Le climat, la saison et la constitution de l'animal inoculé ;

2° L'ancienneté de l'épizootie dans le pays où l'on pratique l'inoculation ;

3° La manière d'y procéder.

Tous les observateurs conviennent que la maladie épizootique est surtout funeste dans les pays où elle règne pour la première fois ; qu'elle s'adoucit en y faisant des progrès, et que si on ne prend pas des mesures efficaces pour la détruire, elle se perpétue, mais qu'elle perd en même temps une partie de son intensité. Ces variations dans le degré de la maladie, suivant qu'elle est ancienne ou nouvelle, expliquent pourquoi l'inoculation a des succès marqués en Hollande et dans certains cantons de l'Allemagne, tandis qu'elle n'en a point eu dans les provinces méridionales de la France, où cette maladie ne s'était encore jamais fait ressentir. On voit aussi pourquoi les derniers essais faits dans certains pays sont plus heureux que les premiers ne l'ont été.

Les différentes méthodes de procéder à l'inoculation de l'épizootie peuvent se réduire à trois principales.

La première se pratique indistinctement sur des bêtes à cornes de différents âges, et sans faire aucun choix de la matière contagieuse. Pour la seconde, on prend la matière contagieuse des bêtes attaquées d'une épizootie bénigne, ayant soin de ne point inoculer les vaches pleines ni les veaux au-dessous de 6 mois. La troisième se borne aux veaux nés de mères guéries.

La première espèce d'inoculation n'a en nulle part assez de succès pour qu'il puisse y avoir quelque avantage à la pratiquer.

La seconde espèce d'inoculation a eu des succès entre les mains de Claus-Detlof, puisque, dans ses derniers essais, il n'a pas perdu tout à fait un huitième des bestiaux inoculés. Cependant l'expérience a prouvé à Camper que l'intensité de la maladie tient toujours à la constitution de l'animal et aux circonstances accessoires, et jamais à ce qu'on a employé le virus d'une bête gravement attaquée.

La troisième espèce d'inoculation, la seule que l'on regarde unanimement comme utile, est celle qui se pratique actuellement en Hollande ; mais elle ne réussit et ne doit être tentée que sur des veaux nés de vaches guéries de l'épizootie, et par conséquent elle ne peut être mise en usage que dans un pays où elle a vieilli, comme en Hollande et dans quelques provinces d'Allemagne.

De ces trois méthodes d'inoculer l'épizootie, la première ne convient donc dans aucune circonstance ; la seconde, dont le succès est douteux, ne peut être tentée que dans un pays où l'épizootie, déjà ancienne, a perdu de son intensité. La troisième ne peut être pratiquée que dans une province où l'épizootie est assez ancienne pour qu'il y ait un nombre suffisant de veaux nés de mères guéries.

Les conséquences suivantes se déduisent nécessairement de ces principes :

1° Il serait aussi déraisonnable que funeste de porter le germe destructeur de l'épizootie, sous prétexte de l'inoculer, dans un pays où elle ne régnerait pas.

2° Aucune des méthodes adoptées pour cette inoculation ne peut être employée dans un pays récemment infecté.

3° Ces méthodes supposent que le mal ait fait des progrès et soit répandu depuis longtemps ; elles supposent de plus qu'on ne prenne aucune mesure pour l'extirper et le détruire radicalement ; elles ont d'ailleurs l'inconvénient de continuer et de propager la contagion.

4° Dans la supposition où l'épizootie serait assez ancienne pour être devenue bénigne en quelques endroits, on pourrait tenter l'inoculation telle qu'elle est en usage dans le Mecklembourg ; on aurait soin de déterminer la proportion qui existerait entre les bestiaux morts de l'épidémie contractée naturellement et ceux qui succomberaient après avoir été inoculés, ce qui jusqu'ici n'a point été fait.

5° Si l'épizootie se déclarait de nouveau dans un pays précédemment infecté, on pourrait inoculer les veaux qui naîtraient alors de vaches guéries dans le temps de la première invasion.

6° Si, par une négligence très-condamnable, l'épizootie, abandonnée à elle-même, avait jeté des racines assez profondes pour ne pouvoir être détruite, et s'il y avait un certain nombre de veaux nés de vaches guéries, on pourrait les inoculer suivant la méthode de Camper.

7° On ferait beaucoup mieux de chercher à détruire l'épizootie dans son origine, que de se mettre dans la nécessité de recourir à l'inoculation pour en diminuer le danger.

Je terminerai, mon cher confrère, ces réflexions écrites en 1780, et qui ne sont plus nouvelles comme la découverte qu'on vient de faire en Belgique, par vous dire ce que les différents peuples ont fait pour arrêter les progrès de la maladie épizootique :

1° Dans les Pays-Bas autrichiens (ne perdez pas de vue que nous sommes toujours en 1780) et dans le Brabant, on tue toutes les bêtes infectées, et même celles qui ont habité avec elles, quoiqu'elles soient encore saines en apparence, parce que l'expérience a prouvé que la cohabitation suffit pour communiquer la contagion d'une manière assurée (mémoire de Berg, de Bruxelles).

2° Le gouvernement anglais n'a pas procédé autrement. L'assommement y a produit les mêmes effets, et l'épizootie y a été d'autant plus sûrement détruite que l'Angleterre étant une île, peut plus sûrement se défendre de la contagion.

3° La Suisse entière a suivi le même exemple.

---

faire défense à l'officier de santé de traverser le Rubicon de l'endroit. Mais la Société de médecine d'Eure-et-Loir ne s'est pas contenté de cela. Elle a évoqué l'affaire et l'a portée devant la Faculté de médecine de Paris, comme tutrice naturelle des officiers de santé reçus sous la présidence d'un de ses membres. L'intervention de la Faculté devant les tribunaux où l'affaire doit venir, aura sans doute pour résultat d'assurer à la loi une interprétation libérale. C'est le cas de dire : *Summum jus, summa injuria*. L'esprit de la loi doit tuer ici la lettre. Quand l'officier de santé habite le département où il a subi ses examens, tout est dit ; s'il ne pouvait jamais en franchir les limites, qu'arriverait-il ? C'est que tous les médecins de cet ordre seraient forcés de venir s'entasser au centre du département, afin de pouvoir rayonner à de grandes distances. Est-ce là le vœu de la loi qui a maintenu jusqu'ici le second ordre ? Tout au contraire, elle veut amener la diffusion des secours de l'art ; elle croit, à tort ou à raison, que l'infériorité relative de l'officier de santé lui inspirera d'aller pratiquer dans n'importe quel coin de son département, pourvu qu'il y puisse vivre honorablement. Mais alors il faut lui donner la liberté de se mouvoir, et si ce coin est situé aux frontières du département, il ne faut pas le forcer moralement à s'en éloigner. Le docteur d'Épernon nous paraît donc, comme on dit, *non recevable* dans sa demande.

— Quelques mots encore : ils seront bien reçus, car ce sera un souvenir rendu à un homme de bien, à un confrère, dont le cercueil était naguère suivi par une foule recueillie de médecins, d'artistes, de gens du monde. Nous avons rarement vu un tel concours au convoi d'un homme qui n'appartenait à aucun corps savant, et se mêlait plutôt en observateur qu'en acteur au mouvement des idées. C'est que le docteur Blanche était de ces hommes dont les qualités sont tout en eux. Ceux qui les connaissent bien comprennent qu'ils réussissent ; les autres, ne sachant à quoi s'en prendre du succès, l'attribuent au hasard. Blanche a réussi : c'était justice. Actif, ferme et affectueux tout ensemble, habile à deviner les plaies morales, délicat à les toucher, sachant à fond toutes les voies de la douceur et de la persuasion, nul ne s'entendait à mieux gagner la confiance, souvent si rétive, des aliénés. Avec beaucoup d'autres, il a repoussé avec force l'intimidation, préconisée par Leuret ; sa nature, en effet, s'y refusait absolument, et lui inspirait pour ce mode de traitement une répulsion peut-être exagérée. Il gagnait à cela, s'il n'était jamais bien redouté de ses malades, d'en être fort aimé. Sa maison de Montmartre, et plus tard celle de Passy, étaient devenues l'asile le plus fréquenté des artistes et hommes de lettres tombés dans le désordre de l'intelligence, peintres, auteurs, poëtes, journalistes, romanciers, etc. Aussi, le jour des funérailles, semblait-il, à la composition de l'assistance, qu'on allait dire adieu à quelque soldat tombé de cette glorieuse armée. Des discours ont été prononcés sur la tombe : l'un, dit avec beaucoup de sentiment, par M. Béclard ; l'autre par un poëte dont l'excitation cérébrale trouve depuis longtemps déjà, dans la maison de Blanche, un calme qui la lui fait aimer comme le foyer de sa famille.

Notre regrettable confrère laisse un fils, le docteur Émile Blanche, à qui son talent et son caractère rendront facile de continuer l'œuvre paternelle.

A. Dechambre.

Une dernière réflexion, mon cher confrère, qui m'est suggérée par la nouvelle découverte qui fait si grand bruit en Belgique.

Est-ce que cette inoculation, préservatrice contre la pneumonie épizootique des bêtes bovines, ne serait pas une cousine de la syphilisation, comme l'inoculation préservatrice essayée dans le dernier siècle n'était, je crois, qu'une émanation de l'inoculation de la vaccine, qui en était encore à ses débuts. L'observation a fait connaître depuis bien longtemps que, parmi les maladies contagieuses exanthématiques, plusieurs n'attaquent ordinairement qu'une fois le même individu. L'incertitude du moment où elles se déclarent, les différentes dispositions dans lesquelles le corps peut se trouver alors et le danger qui est une suite nécessaire de ces vicissitudes, ont dû faire présumer qu'il était possible de se préparer à cette invasion, d'en déterminer l'époque et de diriger l'action des molécules contagieuses vers des organes qui ne soient pas essentiels à la vie ; on pourrait joindre à l'avantage de l'éprouver d'une manière plus légère, celui d'en être également préservé par la suite. Telle a été sans doute l'idée qui a conduit à la pratique de l'inoculation que l'on employait avec succès pour la petite vérole et pour la rougeole (1) dans l'espèce humaine, et pour la picotte parmi les moutons.

Le docteur BOINET.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE OU PARTIELLE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. DAVAINE.

(Suite. —Voir le numéro précédent.)

HOMME DE 34 ANS; PARALYSIE GÉNÉRALE INCOMPLÈTE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE, SANS CAUSE CONNUE; MUSCLES DE LA FACE PEU EXCITABLES; DYSPHAGIE LÉGÈRE, NASONNEMENT, DIFFICULTÉ A PRONONCER LES LETTRES LINGUALES; TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME; INSUCCÈS.

OBS. VII. — Dans le courant de l'année 1851, je fus consulté par M. le baron ***. La singularité et l'obscurité du cas m'engagèrent à réclamer l'avis de mon ami M. Claude Bernard qui a constaté comme moi les phénomènes dont je donnerai la relation. M. le baron *** me remit la note suivante : « J'ai 34 ans. Mon père est très-sain ; il souffre seulement de glaires. Ma mère jouissait aussi d'une bonne santé, mais elle était sujette à un rhume presque constant. A part l'affection dont je parlerai, je suis très-bien portant et je n'ai jamais fait de grandes maladies ; je n'en ai pas eu de syphilitique; je n'ai eu que deux gonorrhées très-bénignes, qui ont été facilement guéries avant 1838, époque où ma maladie actuelle s'est déclarée.

» En avril 1838, à l'Université de Saint-Pétersbourg, où je faisais mes études, un jour en discourant j'éprouvai tout à coup, et c'est encore le cas aujourd'hui, une difficulté à parler distinctement. Depuis lors j'ai toujours senti que le siége du mal était en arrière du nez, dans l'endroit où les fosses nasales s'ouvrent dans le pharynx. Si un doigt pouvait y pénétrer, je pourrais dire très-précisément : C'est ici ! Néanmoins je n'y ai jamais senti la moindre douleur.

» Voici les symptômes de mon mal : j'ai dit que le principal était de ne pouvoir parler distinctement. Ceci s'applique surtout à de certaines lettres et combinaisons de syllabes ; il m'est surtout difficile de prononcer l'L ; cependant je parle tout à fait distinctement en commençant. Lorsque je parle beaucoup, je sens que les parties malades s'irritent ; je crache beaucoup, et quand mon langage devient indistinct après avoir parlé quelque temps, je le rends de nouveau plus clair en expectorant, ne fût-ce qu'une fois. Plus ma maladie a empiré, moins j'ai eu de rhumes, lesquels étaient très-fréquents autrefois ; il m'arrive rarement de me moucher, en revanche j'éternue bien fréquemment et violemment.

» Je sens aussi souvent une espèce de paralysie dans la langue, qui s'étend même quelquefois aux lèvres, de façon à ne pas pouvoir contenir l'eau quand je me gargarise ; en avalant des liquides, il en sort quelquefois par le nez, si je suis un peu penché en avant. J'ai aussi de la difficulté à avaler, mais ceci a surtout empiré depuis l'été 1850 ; cela m'a fait contracter l'habitude de mâcher très-soigneusement ; mais souvent les plus petits morceaux, qui ne m'empêchent nullement de respirer, s'arrêtent dans le gosier, et je bois alors de l'eau pour les faire descendre. Ce symptôme est fait pour impressionner l'imagination, et il est possible que j'avale mieux quand je n'y pense pas.

» Il y a des époques, mais cela ne m'arrive qu'en me couchant et avant de m'endormir, où je sens le sang se porter à la tête. A moitié endormi, je m'éveille aussi quelquefois en sursaut ayant le sentiment que l'air manque, et il n'en est rien ; ceci ne date que de l'année 1849 ou 1850. Je souffre jusqu'à un certain degré de constipation, mais cela ne dure jamais plus de deux jours ; c'est un symptôme très-variable. J'ai aussi quelquefois senti un rhumatisme dans un des pieds, du reste très-peu douloureux et passager. J'avais avant ma maladie une voix de ténor forte et haute qui s'est perdue ; j'ai aussi souffert un peu des yeux plus ou moins depuis.

» Je dois dire que tous ces symptômes sont très-variables, et que souvent les uns empirent, tandis que d'autres disparaissent. Il y a aussi des époques où j'étais presque comme tout à fait rétabli, et elles ont duré quatre à six mois, mais alors même je n'aurais pu faire sans interruption une lecture à haute voix de trois à quatre pages ; il est vrai que dans un mauvais état de santé, je puis à peine lire distinctement cinq à six lignes. Aucun climat n'a influé sur mon état, et j'ai vécu à Pétersbourg, en Égypte, en Perse et en Portugal.

» J'ai remarqué qu'un gros rhume me rétablissait pour quatre à six semaines au moins. Telle a été aussi l'influence de grands voyages. J'étais parfaitement bien portant aussi longtemps qu'ils duraient, et l'effet s'en faisait sentir encore six semaines à deux mois après. J'ai été une fois violemment amoureux, et en conséquence tout à fait bien portant pendant plus d'une année. En général, quand j'ai mené une vie agitée et mondaine, je me suis mieux porté, tandis qu'une vie retirée a empiré mon mal. Je m'en suis surtout aperçu pendant une année de deuil. J'ai aussi observé que mon état empirait considérablement en été et plus particulièrement dans les pays méridionaux, par exemple à Lisbonne et à Naples ; mais à part cela et malgré une observation constante, je n'ai jamais pu découvrir les causes qui me font parler distinctement aujourd'hui, indistinctement demain et qui produisent même des variations d'un moment à l'autre.

» Je dirai maintenant ce que j'ai fait en treize ans pour me guérir.

» 1838. Commencement de la maladie. *Cautère au bras.* Amélioration instantanée, mais qui n'a duré qu'autant que le cautère.

» 1839. *Un peu d'iode,* mais comme essai seulement. *Bains d'eau salée et chaude à Ischl.* Aucun effet.

» A *Vienne*, on déclare mon mal syphilitique, et l'on me fait faire *la cure complète de mercure par voie de frottement.* Pas d'effet.

» 1840. A *Berlin, quatre semaines de salsepareille ;* puis en été *deux mois de cure d'eau froide.* Même état.

» A *Paris*, on me touche les parties malades avec *la pierre infernale*, deux fois par semaine pendant quatre mois. Je me porte tout à fait bien, mais aussi longtemps seulement que dure cette opération. Gilet de flanelle pendant huit mois.

» 1841. *Cure d'eau froide pendant cinq mois.* Je me rends ensuite à *Naples*, où je passe deux ans et demi.

» 1842. *Cure de rob Laffecteur*, quarante jours, avec diète excessivement sévère. *Bains d'Ischia.* Puis voyage de cinq mois *en Orient*, pendant lequel je me porte parfaitement bien.

» Depuis lors jusqu'en 1849, je n'ai rien fait pour ma santé ; mais je me suis en général assez bien porté, et j'ai même pu me croire quelquefois tout à fait rétabli, car c'est dans cette période que tombent de fréquents et longs voyages, de même que la passion amoureuse dont j'ai parlé.

» 1849. Mon mal étant attribué en partie à une fausse circulation du sang, je pris en été *des bains et des eaux sulfureuses en Russie*, mais à une source d'une efficacité médiocre.

» 1850. A *Naples, bains artificiels de soufre et eaux sulfureuses de Castellamare.*

» 1851. Liq. cup. amm. de Kœchlin.

» Pendant un séjour de deux ans à *Naples*, on m'a appliqué tous les quatre mois quelques *sangsues* à l'anus, et j'ai pris de temps en temps *de la poudre de soufre avec de la crème de tartre* pour agir contre la constipation. »

On le voit, pour M. *** la maladie a eu longtemps son siége au voile du palais, dans le pharynx, et les accidents qu'elle produisait consistaient principalement dans le nasonnement, dans la difficulté d'avaler et quelquefois de lire pendant un certain nombre de minutes d'une manière soutenue. D'un autre côté, on remarquera que cette affection nerveuse, quoique disparaissant quelquefois presque complétement sous l'influence de rhumes ou d'excitations physiques et morales, a été regardée comme grave par des médecins successivement consultés, les uns ayant conseillé l'application d'un cautère, d'autres un traitement antisyphilitique, d'autres des cures d'eau minérale de diverse nature.

Quant à l'expression de la face qui me frappa tout d'abord, et dont je vais parler, ni les médecins consultés ni le malade lui-même, avant que je lui eusse fait faire certains exercices des muscles faciaux, n'en avaient eu la plus légère idée. Pour moi, frappé de l'immobilité de sa figure et de la large ouverture de ses yeux, il me vint à la pensée d'examiner le jeu des principaux muscles de la face. J'engageai le malade à froncer les sourcils et à contracter les muscles du front, il ne put le faire que d'une manière très-incomplète ; je lui dis de mouvoir les ailes du nez, cela lui fut à peu près impossible ; je lui demandai de siffler, il avança les lèvres et ne put produire qu'un son faible et nasonné, l'orifice de la bouche restant assez largement entr'ouvert. Enfin, ayant engagé M. le baron *** à essayer de grimacer, je fus de plus en plus frappé du peu de mobilité des traits de la face.

Ayant été conduit de la sorte à examiner avec soin les divers phénomènes de l'affection de ce malade, je puis ajouter aux renseignements donnés par lui les détails suivants :

M. le baron *** parle en nasonnant, comme on l'observe pour une division ou une destruction du voile du palais. Lorsqu'il lit à haute voix, les premières phrases sont distinctes, les suivantes s'affaiblissent de plus en plus, en même temps que le nasonnement augmente et la lecture finit par une sorte d'épuisement. Lorsqu'il essaye de faire une gamme, le son s'éteint bientôt en se perdant dans les narines ; il en est de même lorsqu'il siffle ; mais si, dans ce cas, le malade se pince le nez, le nasonnement cesse, et le son peut être soutenu un certain temps avec un degré de force proportionné au peu d'énergie des lèvres ; une semblable

(1) On inoculait la rougeole en Écosse. Voir le docteur Home à ce sujet.

épreuve aurait sans doute produit le même effet sur la voix, si l'occlusion complète des narines ne la rendait naturellement nasillarde.

Quant à la prononciation des lettres, le nasonnement ne permet pas, en général, de bien juger de leur netteté. L'L et l'R sont surtout mal articulées; aussi les mots où il entre plusieurs de ces linguales, *Londres* par exemple, sont quelquefois inintelligibles.

A la paresse de la déglutition s'ajoute une difficulté d'expulser les mucosités qui se forment dans l'arrière-gorge; pour les en extraire et cracher, le malade jette fortement la tête en avant.

Par l'inspection des parties, on constate que le voile du palais tombe directement en bas, sans former la voûte qu'on lui connaît; la luette n'est point déviée. Dans le bâillement ou dans les efforts pour faire agir le voile du palais, cet organe reste dans une immobilité absolue; mais les piliers se tendent et se contractent d'une manière bien évidente, sans cependant se porter en dedans aussi fortement que chez un homme sain.

La langue est très-mobile et se porte avec facilité entre les arcades dentaires et les joues de chaque côté. Le malade la sort droite hors de la bouche sans pouvoir la porter très en avant. Hors de cette cavité, il peut lui faire exécuter divers mouvements, mais il ne peut la recourber en haut. Quelque effort qu'il fasse, la pointe de cet organe n'arrive jamais à recouvrir la lèvre supérieure; lorsqu'il essaye de faire ce mouvement, la lèvre inférieure vient au secours de la langue dont elle soulève la pointe, néanmoins celle-ci ne peut atteindre que le bord libre de la lèvre supérieure.

Bien que les joues, les paupières, etc., puissent se mouvoir sous l'influence de la volonté, ces parties ne remplissent qu'imparfaitement leurs fonctions. La physionomie est sérieuse, les lèvres font une saillie très-prononcée en avant et restent habituellement un peu entr'ouvertes, les joues sont amincies et semblent, lorsqu'on les touche, n'être formées que par la peau. Les aliments séjournent en partie entre elles et les arcades dentaires; pour les en retirer le malade se sert habituellement de la langue ou d'un cure-dent et quelquefois du doigt. M. *** ne peut nullement élargir les ailes du nez, il leur communique seulement un léger mouvement en bas. Les paupières se ferment naturellement, mais avec peu d'énergie. On les ouvre sans éprouver la moindre résistance pendant que le malade s'efforce de les contracter fortement; même dans ce moment, lorsqu'on soulève la paupière supérieure et qu'on la laisse retomber, elle s'arrête pour ainsi dire en chemin et ne recouvre pas complètement l'œil. Il y a, sous ce rapport, une différence entre les deux côtés. Les paupières de l'œil droit ont encore moins d'énergie que celles de l'œil gauche, et le malade ne peut les fermer en maintenant celles-ci ouvertes.

Du côté des organes des sens, on ne constate rien de particulier. L'ouïe n'est point altérée, la vue est bonne; l'odorat et le goût paraîtraient également intacts, quoique sous ce rapport l'appréciation soit difficile. En effet, l'on n'a point ici pour terme de comparaison, comme dans l'affection bornée à un seul côté de la face, l'impression normale du côté resté sain. Un simple affaiblissement, survenu lentement dans la perception des odeurs et des saveurs, pourrait être difficilement apprécié par le malade; j'en dirai autant de la sensibilité cutanée de la face qui paraît normale. Les muscles masticateurs qui reçoivent l'influence nerveuse de la branche motrice de la cinquième paire, ont conservé toute leur énergie. Du reste, chez M. le baron ***, dont l'esprit est cultivé, les fonctions intellectuelles s'exécutent très-librement. Il n'y a aucun indice de paralysie, soit dans les membres inférieurs, soit dans les membres supérieurs, soit dans tous les autres organes qui dépendent de la moelle épinière. Les fonctions de la circulation, de la respiration, s'exécutent avec une grande régularité.

De sorte, qu'en résumé, le médecin ne peut constater chez lui qu'une paralysie incomplète des deux côtés de la face, du pharynx, du voile du palais et de la langue.

Cette paralysie m'a été démontrée en outre par le peu d'irritabilité des muscles de la face et du voile du palais, sous l'excitation électro-magnétique. Pour ne point avoir à me répéter sur ce sujet, j'en parlerai à propos du traitement.

D'après l'inutilité de tous les traitements précédents, et la pensée que j'avais affaire à une paralysie des deux nerfs de la septième paire, j'eus recours immédiatement à l'application de l'électro-magnétisme aux parties affectées, me fondant sur l'efficacité fréquente de ce moyen dans la paralysie de l'un des deux nerfs de la face. Chaque jour des excitateurs humides furent successivement portés sur les divers muscles de la face et sur le trajet des principales branches du facial. Pour le voile du palais et la langue, l'un des excitateurs étant appliqué sur les parties voisines du conduit auditif externe, l'autre excitateur (qui consistait en une tige métallique protégée par un tube de verre et terminée par une olive) était porté sur divers points du voile du palais ou de la langue. Pendant les premières applications de l'électro-magnétisme, les muscles de la face se contractaient très-faiblement sous un courant aussi énergique que la sensibilité des parties pouvait le permettre; il en était de même du voile du palais qui ne se relevait pas. Lorsqu'on faisait passer le courant électro-magnétique exclusivement par le tronc du nerf facial, à la sortie du trou stylo-mastoïdien, l'on produisait dans les muscles de la face des contractions aussi apparentes que lorsqu'on appliquait l'électricité à ces muscles eux-mêmes. L'on constatait ainsi que le nerf facial n'avait pas perdu sa faculté conductrice, d'où l'on pouvait induire, comme je l'expliquerai ailleurs, que la cause de la paralysie résidait dans les centres nerveux.

Après une dizaine de séances, l'irritabilité musculaire avait augmenté notablement; le côté gauche surtout s'était amélioré sous ce rapport. Le voile du palais se relevait par l'excitation électro-magnétique, mais non volontairement. A partir de ce moment, les progrès furent très-lents ou nuls, et à la trente-cinquième séance, le malade présente l'état suivant.

Les joues sont plus fermes au toucher et moins amaigries. La paupière supérieure gauche étant fermée offre plus de résistance au doigt lorsqu'on veut la soulever; la droite n'a rien gagné. La langue se porte avec plus d'énergie entre les joues et les arcades dentaires pour en retirer les aliments qui s'y amassent; le voile du palais, quoique plus excitable par l'électricité, ne paraît pas avoir éprouvé d'amélioration dans ses fonctions.

Le traitement ayant été suspendu à cette époque n'a pas été repris depuis lors.

FEMME DE 25 ANS, PARALYSIE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE ET DES DEUX HYPOGLOSSES, PAR SUITE D'AFFECTION CÉRÉBRALE; ABOLITION DE LA PAROLE ET DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES DES MUSCLES DE LA FACE ET DE LA LANGUE, ACTIONS RÉFLEXES REMARQUABLES; MORT; AUTOPSIE (1).

La malade dont il va être question a été vue par le docteur Magnus (de Berlin). L'observation se trouve dans Müller (ARCHIV. FUR PHYSIOLOGIE HEFT, II, 1837); elle a été reproduite par le LONDON MEDICAL GAZETTE (vol. XX, année 1837, p. 42). Nous l'avons empruntée à l'ouvrage de Romberg, où cette observation est plus détaillée et complétée par le résultat de l'autopsie faite par Froriep.

OBS. VIII. — « Une veuve, âgée de 25 ans, avait éprouvé deux attaques apoplectiques avec perte de la parole et paralysie du côté gauche; la première étant en couches, à la suite d'un accouchement difficile et d'une cessation des lochies; la deuxième, après une suppression des règles par refroidissement. A la dernière, la paralysie des extrémités cessa, mais la parole ne fut pas recouvrée, comme cela avait eu lieu à la première attaque.

» La malade a le visage lisse, sans la moindre ride et la moindre expression. L'ensemble des muscles de la face a perdu tout mouvement volontaire. La malade ne peut mouvoir ni la peau du front ni les sourcils; elle ne peut relever les ailes du nez, ni agiter le menton et les joues; elle est hors d'état de fermer volontairement les paupières; loin enjoint-on de le faire, elle s'aide de ses doigts ou porte les regards à terre, ce qui dirige le globe de l'œil en bas, relâche l'élévateur des paupières et détermine la chute de la paupière supérieure. Cependant les paupières se ferment complétement aussitôt que l'on touche le voisinage des yeux de la malade avec les doigts ou qu'on les expose tout à coup à une lumière vive; ou bien dans l'éternument. Dans le sommeil, les paupières sont également fermées.

» La malade ne peut ni ouvrir ni fermer les lèvres, de sorte que la bouche est généralement ouverte; il en coule une salive abondante qu'il est nécessaire d'enlever constamment avec un mouchoir. La mâchoire inférieure est mobile; la malade peut l'écarter ou la rapprocher de la supérieure. Cependant ces mouvements eux-mêmes ne sont pas tout à fait dans l'état normal, car la bouche ne peut être largement ouverte; et même les mouvements rapides de la mâchoire inférieure contre la supérieure sont si peu possibles, que la malade ne peut faire frapper fortement une des rangées dentaires contre l'autre.

» La langue n'obéit pas du tout à la volonté; la malade ne peut ni la tenir entre les dents, ni la mouvoir en haut ou de côté. Elle repose sans mouvement, comme un coin, dans la cavité buccale, ce qui fait qu'une déglutition volontaire est impossible, et que la mastication est rendue difficile; car si la malade a porté les aliments entre les dents, il lui faut les porter encore avec les doigts çà et là, puisque la langue est immobile, et une fois mâchés, les reporter en arrière de la langue, toujours avec les doigts, jusque dans le pharynx; il s'ensuit une déglutition involontaire accompagnée de tous les mouvements de la langue, qui peuvent se faire volontairement dans l'état normal. La même chose se montre dans la préhension des boissons. La tête doit être renversée et le liquide poussé dans le gosier, ou bien porté directement dans la gorge à l'aide d'une cuiller, sans quoi le liquide s'échappe de la bouche. De temps en temps aussi, sans qu'il y ait eu préhension d'aliments, une déglutition involontaire de la salive sécrétée se fait; la quantité de cette salive étant devenue peu si grande qu'elle remplit la bouche comme un bol alimentaire.

» Le sens du goût, ainsi que la sensibilité de la langue, sont conservés.

» La parole est détruite; néanmoins il n'y a pas aphonie complète, car la malade peut produire des sons inarticulés, mais elle ne peut leur donner des tons soit aigus, soit graves; aussi ce bruit n'est-il pas clairement vocal, mais bien un *ang* ou *ohg*. Car cette femme ne peut pas, la bouche étant largement ouverte, dire clairement *a* et encore moins toute autre voyelle.

» Le rire a encore lieu, qu'il soit excité par la lecture ou la parole. La malade rit et sourit, et possède tous les intermédiaires sans difficulté. Alors les lèvres, les joues, les ailes du nez font tous les mouvements qu'un homme sain peut faire volontairement; mais, dans ce cas, ils sont tout à fait indépendants de la volonté de la malade. Aussi, quelque faible que soit une excitation extérieure, le pincement ou la piqûre des joues, ces mouvements sont excités. La malade produit dans le *rire* des sons autres que ceux qui ont été dits plus haut. Ces sons sont encore inarticulés; cependant ils sont, suivant la nuance de l'impression, modifiés en acuité ou gravité. On reconnaît combien ces sons sont involontaires dans le rire fort; car alors on entend une sorte de bruit, de grognement d'animal, dont la *malade rougit*, et qu'elle voudrait faire cesser en cessant de rire.

» La malade mourut dans l'épidémie du choléra de 1837.

» A l'ouverture du corps, faite par Froriep, on trouva dans l'hémisphère droit du cerveau, au bord externe, là où le lobe antérieur et le moyen se confondent, un kyste hémorrhagique par lequel deux circonvolutions étaient détruites; sa cavité pouvait contenir une petite noix; sa face interne était tapissée par une

(1) Romberg et Henoch, LEHRBUCH DER NERVEN KRANKHEITEN DES MENSCHEN, t. I, p. 49.

membrane jaune. Le *septum lucidum* était épaissi. Hypertrophie des parois du ventricule gauche du cœur. »

Cette observation présente un haut degré d'intérêt, non-seulement sous le rapport de la paralysie des deux nerfs de la septième paire, mais encore sous celui des mouvements réflexes qui accomplissaient certains actes sans et même malgré la volonté de la malade.

La paralysie paraît avoir été bornée aux deux nerfs de la septième paire et aux deux grands hypoglosses; en effet, tous les symptômes observés chez la malade peuvent être ramenés à ceux que produit la paralysie de ces deux nerfs; car, d'une part, il n'y avait pas absence dans la production de la voix; d'une autre part, la difficulté des mouvements rapides de la mâchoire inférieure ne tenait pas à une paralysie de la cinquième paire, comme je vais essayer de le faire voir : la malade pouvait produire des sons, mais ce qu'elle ne pouvait pas faire, c'était d'articuler ces sons ou de les modifier à volonté. Or ces diverses modifications de la voix s'obtiennent non dans le larynx, mais par l'élévation ou l'abaissement de cet organe, par les mouvements de l'isthme du gosier, de la langue et des lèvres; mais les muscles qui élèvent l'os hyoïde, et par suite le larynx et l'isthme du gosier, ceux qui donnent le mouvement aux joues, aux lèvres et à la langue, étant sous la dépendance des nerfs hypoglosse et facial, il en résulte que l'on peut expliquer chez cette femme les désordres de la voix par la paralysie de ces deux nerfs, sans supposer, ce qui n'existait certainement pas, une paralysie des muscles intrinsèques du larynx.

Quant au défaut de rapidité dans les mouvements de la mâchoire inférieure, il s'explique parfaitement par la paralysie du facial; en effet, pour que les mouvements d'élévation de la mâchoire inférieure se succèdent rapidement, il faut que la mâchoire inférieure soit rapidement abaissée. Ce mouvement d'abaissement, comme celui d'ouvrir fortement la bouche, est produit par le muscle digastrique dont le ventre postérieur reçoit un rameau du facial. La paralysie de ce nerf, et par suite d'une partie du muscle digastrique, explique suffisamment l'impossibilité d'ouvrir largement la bouche et la difficulté à exercer rapidement des mouvements de la mâchoire inférieure, sans paralysie de la cinquième paire. D'ailleurs, la conservation du goût, de la sensibilité cutanée de la face, l'intégrité de la vue, etc., viennent confirmer la pensée que la cinquième paire n'était pas affectée.

Nous ne devons donc voir chez cette femme qu'une paralysie des deux nerfs de la septième paire, jointe à celle des deux hypoglosses; celle-ci se manifestait par l'absence complète des mouvements volontaires de la langue. Il est à remarquer cependant que cet organe restait dans la cavité de la bouche, contrairement à ce que l'on observe sur des animaux auxquels on a coupé les deux hypoglosses, en laissant intacts les deux nerfs de la face, car, dans ce cas, la langue paralysée est pendante entre les lèvres.

J'appellerai l'attention sur un autre fait digne de remarque, c'est que, quoique la face eût perdu tout mouvement d'expression volontaire, elle rougissait par une impression morale, phénomène observé également chez la malade de M. Magendie (obs. 6).

Les mouvements réflexes par lesquels s'accomplissaient encore la déglutition et le clignement des paupières indiquaient que la paralysie n'avait pas sa cause sur le trajet des nerfs, mais dans les centres nerveux; l'autopsie, tout en confirmant cette déduction, ne donne cependant point la raison de la localisation de la paralysie et des phénomènes remarquables qui l'accompagnaient. Plusieurs de ces phénomènes n'ont pas reçu d'explication satisfaisante. Voici quelques-unes des réflexions qui se trouvent à ce sujet dans le LONDON MEDICAL GAZETTE (t. XX, p. 492) :

« Que l'orbiculaire des paupières agisse involontairement par action réflexe après qu'un stimulus a été porté au cerveau par le nerf optique, les observations de MM. Marshall-Hall et Müller l'ont prouvé clairement; mais cela manquait de confirmation pathologique.

» Que certaines affections de l'esprit puissent mettre en mouvement des muscles qui ne répondent pas actuellement à la volonté des malades (quoiqu'ils y soient soumis à l'état normal), comme dans ce cas, ou pendant le rire, les muscles animés par la septième paire produisaient l'expression du visage propre à cet acte, mais étaient insensibles à tout autre stimulant : voilà ce qu'il faudrait expliquer.

» La seule manière d'y arriver est de supposer que les idées qui produisent le rire amenaient une plus forte action de volonté que ne le pouvait aucun autre stimulant; ainsi, dans les cas de paralysie légère partielle, un grand effort peut produire quelques mouvements des muscles affectés. Cette opinion paraît certainement la plus probable. Si elle est exacte, ce cas serait rangé sous ce rapport auprès de ceux où, sous l'influence de vives affections de l'esprit, des actes remarquables de force ont été produits par des malades qui ne pouvaient pas, avec un effort ordinaire de volonté, faire la plus légère action.

» Que la malade fût incapable d'arrêter son sourire ou les sons produits par le larynx dans le véritable rire, c'est la même chose que ce qui existe dans les paralysies incomplètes, où le malade ne peut pas arrêter le mouvement qu'il a commencé, celui qui emporte le bras, etc., par exemple. Il faut, dans tous les cas, autant de force de volonté pour arrêter le mouvement que pour lui donner naissance. »

Ces explications, quoique très-ingénieuses, ne nous paraissent point justes. Pour nous, le rire, les bruits involontaires qui l'accompagnent, aussi bien que le bâillement, les sanglots, etc., sont des *actions réflexes*, que la volonté peut être impuissante à empêcher comme elle est impuissante à les produire; seulement dans *cet ordre d'actions réflexes* l'excitation qui les produit naît dans le cerveau lui-même au lieu d'être transmise aux centres nerveux par un nerf. Un fait expérimental prouve qu'une excitation directe des centres nerveux peut produire des *actions réflexes*. C'est la production du sucre dans le foie par une excitation portée sur un point déterminé de la moelle allongée, de même que si l'excitation était portée sur le nerf pneumo-gastrique. Ici l'excitation, des centres nerveux qui produit *l'action réflexe* est mécanique, tandis que pour le rire, les bruits involontaires du larynx, etc., l'excitation résulte d'un sentiment, d'une idée.

HOMME DE 35 ANS; COMMOTION VIOLENTE DU CRANE; LÉSION DES DEUX ROCHERS; PERTE DE L'OUÏE; IMPERFECTION DE LA PAROLE; DIMINUTION DE L'ODORAT ET DU GOUT; PARALYSIE PARTIELLE DE LA LANGUE (1).

OBS. IX. — « Un militaire sourd et muet, nommé Silvain Dubois, âgé de 35 ans, fourrier à l'ex 22e régiment d'infanterie de ligne, est rentré dans le courant de 1820 en France, venant de Russie, où il avait été conduit captif après la mémorable bataille de Leipsick en 1813. Les malheurs qu'éprouva cette victime de nos désastres, durant les premières années de son séjour dans ce pays, out comblé pour lui la coupe de l'adversité : le récit qu'il en fait est presque incroyable. Après avoir vu périr en grand nombre, dans des souffrances inouïes, les prisonniers avec lesquels il traversait les vastes déserts de l'empire moscovite, il rencontra enfin, dans la province d'Astracan, une terre hospitalière. Ce fut de ce point éloigné qu'il entreprit seul, sans guide, muni d'une ardoise, interprète de ses besoins, et sur laquelle il dut savoir successivement écrire le russe, le polonais, l'allemand, qu'il entreprit, dis-je, de regagner le sol de la patrie.

» En attendant des renseignements dont l'administration veut s'éclairer, il est envoyé au Val-de-Grâce; il s'y présente portant encore son ardoise; mais c'est dans sa langue maternelle qu'il s'exprime maintenant.

» Je vais le laisser s'expliquer sur cet événement de sa vie longtemps agitée :

« Le dernier jour de la bataille de Leipsick, 18 octobre 1813, au moment de » la plus terrible canonnade, deux boulets venus en sens opposé se heurtèrent » près de ma tête. Le choc de ces deux corps avait distinctement frappé mes » oreilles; mais la révolution qui se fit subitement en moi bouleversa toutes mes » sensations et me laissa sans connaissance. Je ne fus retiré de cette léthargie » que par la douleur que me causèrent des cosaques qui vinrent me dépouiller. » Revenu insensiblement à moi, me soulevant à peine, quelle fut mon affliction » de me voir nu parmi les morts et les blessés dont la plaine était jonchée! Jugeant d'après le cours du soleil du temps que j'avais passé dans cet état voisin » de la mort, il me parut qu'il pouvait y avoir cinq ou six heures. Un spectacle » tout nouveau pour moi m'était offert par les soldats des armées ennemies, qui » s'agitaient de tous les côtés dans un effrayant silence, et dont quelques-uns » me maltraitaient sans paraître me parler. Je voulus leur parler moi-même, » me plaindre, mais, hélas! ma langue, comme lice dans ma bouche, ne put » articuler un seul mot. L'état de mon âme dans ce fatal moment n'est pas à » décrire : il ne m'était que trop prouvé que je venais de perdre la parole et » l'ouïe. Du sang avait jailli de ma bouche, de mon nez, de mes oreilles; j'en » avais le corps couvert. Des caillots restés dans ma bouche obstruaient le passage de l'air et me menaçaient d'une nouvelle suffocation. Un officier des cosaques, plus humain que ceux qu'il commandait, me fit jeter un vieux manteau dont je m'enveloppai, et je suivis la masse des prisonniers. On nous fit » traverser l'Allemagne, la Pologne, la Russie; de temps en temps, dans ce long » trajet, les blessés aux jambes montaient sur quelques voitures; le plus souvent nous étions tous obligés de marcher, et quoique je n'aie jamais obtenu » une place sur la plus mauvaise charrette, je pus supporter toutes ces fatigues » et résister aux accidents qui me survinrent. Je souffris beaucoup de la tête » qui a même été enflée; j'éprouvai des tiraillements dans la poitrine, et surtout » des douleurs lancinantes dans l'intérieur des deux oreilles. Ces souffrances se » calmèrent peu à peu et cessèrent avec le temps tout à fait, à l'exception d'une » douleur de tête bien faible en comparaison et dont je suis encore souvent » tourmenté. Les ouvertures des oreilles ont fourni pendant dix-huit mois à peu » près une matière fétide, d'abord assez abondante, et qui a diminué insensiblement, puis s'est arrêtée. Mais si mon accident a si fortement agi sur le physique, il n'a pas moins altéré les facultés mentales et principalement la mémoire. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine que je me rappelle les choses qui » m'ont autrefois intéressé : le passé est pour moi une espèce de chaos. Je n'ai » fait aucun traitement, et on ne m'a donné aucun soin dans le plus fort de mes » maux. Ce ne fut que plus tard, pendant mon séjour dans la province d'Astracan, que les médecins de ce pays épuisèrent sur moi leurs talents sans pouvoir changer ma position. Voici une partie des moyens que ces messieurs ont » employés : Premièrement, ils m'ont appliqué beaucoup de vésicatoires au cou

(1) Gama (J. P.), TRAITÉ DES PLAIES DE TÊTE. 2e éd. Paris, 1835; p. 161.

» et aux bras, puis ils m'ont fait prendre un grand nombre de bains de vapeurs » sulfureuses. Après ces bains ils m'ont électrisé souvent, et m'ont introduit » différents instruments acoustiques dans les oreilles ; ils en ont varié les formes » à l'infini. J'ai pris intérieurement beaucoup de remèdes, tant liquides qu'en » pilules, entre autres l'extrait alcoolique de noix vomique. On m'a envoyé aux » eaux thermales de Katschut, petit bourg à sept lieues sud-ouest d'Astracan ; » ces eaux n'ont produit sur moi aucun effet. Après tous ces essais infructueux, » on m'a dit que j'avais les organes de la langue et ceux de l'ouïe paralysés. »

» Mais l'abolition de l'ouïe est l'accident particulier qui assigne ici une place à cette observation, quoiqu'on ne puisse en séparer la perte de la parole. Ce double état pathologique a pu résulter de l'ébranlement que les parties osseuses ont communiqué à l'encéphale. Cependant si on examine l'état actuel des choses, après un long intervalle durant lequel elles auront pu éprouver diverses modifications, peut être la paralysie de l'ouïe paraîtra-t-elle, non l'effet de l'impuissance de percevoir les sons, mais la suite du dérangement que l'accident apporta dans l'appareil acoustique. Ce qui donne quelque probabilité à cette opinion, c'est que si le blessé place le bout d'un tuyau métallique sur un forté-piano, tenant l'autre bout entre ses dents, il distingue faiblement l'air que l'on joue. La vibration des cordes de cet instrument est communiquée dans cette circonstance par le même mécanisme que le bruit particulier au mouvement d'une montre, qu'il sent aussi lorsque la montre est placée entre ses dents ; mais la perception distincte des sens, quoique faible, est une opération différente du cerveau, et fait penser que le nerf acoustique, soit encore dans l'oreille, soit au delà avant son insertion centrale, n'est pas assez altéré pour ne pas recevoir quelques-unes des impressions sonores que lui transmet aussi le tuyau métallique. Les grands bruits, comme les violents coups de tonnerre, les détonations, etc., ne lui sont point perceptibles ; il n'entend rien non plus avec les cornets acoustiques les plus forts.

» Quant à l'appareil de la parole, la cause du désordre qu'il présente existe évidemment dans le cerveau. La langue ne peut dépasser le rebord des dents, mais ses mouvements sont assez libres dans l'intérieur de la bouche. Les lèvres n'ont rien perdu de leur mobilité, et cependant il est impossible au malade de prononcer une seule syllabe labiale, comme *ma*, *pu*, *pru*, etc. Il produit, au contraire, à volonté les sons gutturaux qu'il varie du grave à l'aigu, et parmi lesquels il fait entendre la différence qu'il sait exister entre les voyelles. Toutefois cet exercice lui est pénible ; le travail qu'il exige ne peut le dédommager en rien de la perte de la parole.

» La perte simultanée de deux fonctions, exécutées autrefois avec aisance et régularité, n'est pas la seule lésion qui soit résultée du même accident chez ce sujet ; en le questionnant, en l'examinant, on en découvre d'autres dont il ne se plaint pas ordinairement, parce qu'elles l'affligent et le gênent moins. Déjà sa narration fait mention de l'affaiblissement de la mémoire ; une égale faiblesse paraît exister dans le goût et l'odorat. Les aliments ordinaires, tels que le pain, les légumes, le bœuf bouilli, etc., sont pour lui presque sans saveur. Les odeurs peu pénétrantes ne sont point distinguées ; il ignore, par exemple, celle qu'exhalent les aliments chauds. Dans l'espoir de réveiller l'olfaction, il s'est habitué à l'usage du tabac, qui produit sur la muqueuse nasale l'impression qu'on lui connaît ; cependant la sensibilité de cette membrane paraît diminuée, ainsi que celle des autres parties de la face. »

Je crois devoir rapporter la plupart des phénomènes observés chez ce malade à une paralysie générale des deux nerfs de la septième paire, mais incomplète dans quelques-unes de leurs branches. Je vais exposer les raisons qui me font adopter cette opinion.

Il y avait chez cet homme perte de l'ouïe, imperfection de la parole, diminution de l'odorat et du goût, intégrité de la vue, paralysie partielle de la langue. On ne peut admettre, avec M. Gama, que ces désordres provenaient d'une encéphalite : il suffit de lire la relation claire et lucide du malade pour se convaincre que cette affection n'a jamais existé chez lui. En effet, aussitôt après son accident, il a fait à pied, sans qu'il ait jamais obtenu une place sur la plus mauvaise charrette, le trajet de Leipsick à Astracan. La perte de l'ouïe a été causée évidemment par une lésion profonde des deux rochers, les oreilles ayant fourni d'abord beaucoup de sang et pendant dix-huit mois une matière fétide et abondante. Peut on supposer que la commotion, la lésion des rochers aient laissé intacts la corde du tympan et le nerf facial ? Les désordres de diverses fonctions qui dépendent de ces nerfs sont d'accord avec le raisonnement pour prouver qu'il n'en a pas été ainsi. L'imperfection de la parole ne doit pas davantage être rapportée à une lésion cérébrale, puisque les idées étaient rendues clairement par l'écriture, ni à une lésion du larynx ou de ses nerfs, puisque cet organe formait les sons à la volonté du malade. Ces sons même étaient modifiés par l'isthme du gosier, mais les articulations linguales et labiales manquaient, et, comme je l'ai fait remarquer à l'occasion de l'observation précédente, ces articulations des sons se forment par les mouvements de diverses parties animées par le nerf facial. La diminution de l'odorat peut s'expliquer de même par la paralysie de ce nerf ; car la faculté seule de flairer était détruite chez cet homme, puisque le tabac faisait sur la muqueuse nasale son impression ordinaire ; d'un autre côté, la destruction probable de la corde du tympan suffit à expliquer la diminution du goût. Si le malade ignore l'odeur qu'exhalent les aliments chauds, il est sous ce rapport dans le même cas que les animaux auxquels on a coupé les deux nerfs de la septième paire qui n'éprouvent plus d'aversion pour aucun aliment. (Voy. Romberg, *ouvr. cité*, 3ᵉ partie, p. 36.)

Les mouvements volontaires de la langue prouvent que les hypoglosses n'étaient point paralysés ; mais comment expliquer l'impossibilité de sortir cet organe de la bouche ? Ce fait, comme je chercherai à l'établir dans la seconde partie de ce mémoire, trouve une explication satisfaisante dans la paralysie des élévateurs de la base de la langue qui reçoivent des rameaux du facial. Si l'on considère que l'intégrité de la vue, des mouvements de la mâchoire inférieure témoignent de l'intégrité de la cinquième paire (car la diminution légère de la sensibilité cutanée de la face, encore paraissait-elle douteuse chez ce soldat, peut se rencontrer dans les paralysies anciennes de la septième paire), on verra, dans l'ensemble des phénomènes offerts par ce malade, l'effet d'une paralysie des deux nerfs de la face.

On est donc porté à penser que dans ce cas, comme dans celui de l'obs. 7, il y avait une paralysie générale des deux nerfs de la septième paire, mais qui, étant incomplète dans leurs branches externes, n'a point été reconnue.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOTE SUR LA RÉDUCTION D'UNE LUXATION ANCIENNE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE AU MOYEN DU LEVIER A PLAQUES PARABOLIQUES ; lue à l'Académie des sciences, le 17 octobre 1852, par M. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les exemples de réduction des luxations anciennes de la mâchoire inférieure sont encore très-peu nombreux ; on n'a en surtout que de rares occasions d'employer le levier à plaques paraboliques que l'on doit à M. Stromeyer. Nous pensons que l'observation suivante, en ajoutant un fait nouveau et démonstratif au petit nombre de ceux que possède la science, encouragera les praticiens à ne pas renoncer trop prématurément aux tentatives de réduction dans les cas de luxation ancienne de la mâchoire. La thérapeutique des luxations anciennes est entrée dans une voie nouvelle et progressive, et l'on reconnaîtra de plus en plus que la prétendue irréductibilité de ces luxations tenait moins à la nature des obstacles à vaincre qu'à l'imperfection des moyens employés. Aujourd'hui l'application de la méthode anesthésique permet d'aller plus loin qu'on n'osait le faire autrefois, et elle multiplie les chances de succès, à la condition d'agir sur l'os luxé dans des directions convenables et avec des instruments ou des moyens d'action propres à remplir les véritables indications. Nous nous bornerons à appuyer cette proposition par l'exemple suivant.

LUXATION DOUBLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE DATANT DE DEUX MOIS ; TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE RÉDUCTION PAR LES PROCÉDÉS ORDINAIRES ; RÉDUCTION AU MOYEN DU LEVIER A PLAQUES PARABOLIQUES ET SOUS L'INFLUENCE DU SOMMEIL ANESTHÉSIQUE ; GUÉRISON IMMÉDIATE ET EXEMPTE D'ACCIDENTS.

OBS. — Françoise Arnaud, née Astier, de Saint-Laurent (Gard), est entrée à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 16 février 1852. Cette femme, âgée de 31 ans, a toujours joui d'une bonne santé ; elle est d'un tempérament lymphatique peu prononcé. Interrogée sur ses antécédents, elle fait mention d'une circonstance dont elle n'avait pas tenu grand compte, et qui prouvait qu'elle était disposée aux luxations de la mâchoire. Cette femme a raconté, en effet, qu'il y a environ cinq ans, elle fut prise, après un bâillement intense et prolongé, d'une immobilité soudaine de la mâchoire inférieure qui lui laissa la bouche largement ouverte. Ignorant ce dont il s'agissait, mais voulant y remédier au plus tôt, elle appuya, dit-elle, fortement le menton sur la poitrine, s'aida instinctivement de ses mains et réussit à faire disparaître le mal. Cette première luxation, pour laquelle la malade ne consulta pas de chirurgien, n'eut aucune suite fâcheuse.

Le 20 décembre 1851, Françoise Arnaud voulant mordre sur une poire qu'elle avait eu la malheureuse idée d'enfoncer dans la bouche par le gros bout, éprouva le même écartement et la même immobilité des mâchoires que dans l'occasion précédente ; mais cette fois il y avait douleur très-vive vers l'articulation temporo-maxillaire, s'irradiant vers la tempe et vers l'orbite, et la malade, qui habitait un village du département de Vaucluse, dut requérir l'assistance du médecin le plus voisin. Ne pouvant parler que très-difficilement, elle négligea de rappeler son premier accident au médecin peu expérimenté qui avait été appelé. Celui-ci méconnut la nature de la lésion, s'imagina qu'il existait quelque affection nerveuse et ne fit aucune tentative régulière de réduction. Il se borna à prescrire une application de 10 sangsues au-dessous de chaque oreille, dans le creux parotidien ; des cataplasmes émollients furent appliqués ensuite. Mais au-

cun soulagement ne suivit et ne devait suivre l'action de ces moyens, dont on réitéra l'emploi avec une aveugle constance.

Trois semaines environ après l'accident, la malade, lassée de se trouver toujours dans le même état, fit appeler un second médecin, qui malheureusement entra dans les vues de son confrère et fit reprendre l'emploi des sangsues, depuis quelque temps abandonné. Peut-être des symptômes inflammatoires ou une douleur profonde avec gonflement des parties suggéraient l'idée de ce traitement antiphlogistique, prescrit avec persévérance; mais les assertions de la malade ne sont même pas favorables à cette supposition. La nature de la lésion fut toujours méconnue, et on ne se livra à aucune tentative de réduction.

Le 1er février 1852, Françoise Arnaud se décida à aller à Avignon pour réclamer d'autres soins. Le chirurgien consulté reconnut une double luxation du maxillaire inférieur, et se livra aussitôt à des tentatives de réduction. Ces manœuvres n'ayant pas été suffisantes pour dégager les condyles, on fit pratiquer une saignée et on prescrivit des frictions belladonées sur les régions masséterines, afin d'amoindrir la résistance musculaire. La malade retourna à son village, où ces frictions furent employées pendant quelques jours. La réduction fut essayée, et pour agir plus fortement sur la mâchoire, on se servit, d'après le récit de la malade, d'un couteau dont le manche introduit dans la bouche, entre les arcades dentaires, servait de levier pour abaisser l'os. Ces tentatives firent perdre à la patiente trois dents molaires à la mâchoire supérieure et une à la mâchoire inférieure du côté droit, sans profit pour la réduction. Françoise Arnaud revint alors à Avignon se confier aux soins éclairés de M. le docteur Pamard. Notre confrère et ami se livra à son tour à des tentatives de réduction avec l'habileté qui lui est familière; mais la résistance était telle qu'il fut impossible de faire perdre à l'os maxillaire sa position nouvelle. M. Pamard, qui n'avait pas à sa disposition l'instrument de M. Stromeyer, pensa que la malade trouverait à Montpellier toutes les ressources convenables, et l'engagea à entrer dans mon service chirurgical. Elle y fut admise le 17 février.

La malade présentait les signes les plus évidents d'une luxation des deux condyles de la mâchoire. La bouche était béante. Mesuré dans le plus grand rapprochement des mâchoires, l'intervalle qui les sépare était de 2 centimètres en avant, et allait en diminuant jusqu'aux dernières dents molaires, qui étaient presque au contact. La mâchoire inférieure proéminait en avant de la supérieure d'environ 2 centimètres. Les dents ne se correspondaient plus; les lèvres ne pouvaient se rapprocher; l'articulation des sons était difficile. La malade ne prenait que des aliments mous ou liquides. En avant de l'oreille, au niveau des condyles du maxillaire inférieur, on remarquait une dépression. Les muscles temporaux étaient tendus et formaient une saillie assez prononcée. En introduisant le doigt dans la bouche, on sentait les apophyses coronoïdes portées en avant. L'état général de la malade était satisfaisant, bien qu'elle eût un peu maigri depuis l'accident. Elle ressentait de légères douleurs au niveau de l'articulation luxée et dans les tissus environnants.

Aucun doute ne pouvant exister sur la nature de cette lésion, je me livrai, dès le premier jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, à des tentatives de réduction. Ces essais furent exécutés soit d'après le procédé ordinaire, soit d'après celui qui consiste à dégager les apophyses coronoïdes de leurs rapports avec les tubérosités malaires. Pour mieux agir dans le but que je me proposais, la malade fut placée sur un siége très-bas, afin d'exercer une pression plus commode et plus efficace sur les deux côtés de la mâchoire; mais celle-ci fut à peine ébranlée, et je ne réussis qu'à me fatiguer et à occasionner de la douleur à la malade. Aussi je résolus, dès le lendemain, d'appliquer l'instrument de Stromeyer comme pouvant seul vaincre la résistance des muscles, et peut-être celle de liens fibreux nouvellement organisés autour des condyles déplacés.

Cet instrument, fabriqué en acier, se compose de deux branches terminées à leur extrémité buccale par une plaque en fer à cheval à laquelle on donne la courbe parabolique des arcades dentaires et qui doit être convenablement matelassée en peau de chamois. Les branches superposées s'articulent à la partie moyenne sans se croiser. Cette articulation représente un point d'appui qui permet au chirurgien d'agir à la manière d'un levier du premier genre sur l'extrémité opposée de ces branches qu'un ressort tient habituellement écartées. La pression, en rapprochant les extrémités postérieures de l'instrument, écarte nécessairement les extrémités antérieures, et permet en conséquence d'utiliser ce simple mécanisme pour agir sur les arcades dentaires entre lesquelles on porte les plaques rapprochées par leur extrémité buccale et pour opérer l'abaissement de la mâchoire inférieure. Afin d'agir plus graduellement et de déployer plus de force dans l'action de l'instrument, on exerce la pression au moyen d'une cheville à vis et d'un écrou. La cheville repose par une de ses extrémités sur un trou borgne pratiqué sur la branche inférieure, et s'y trouve retenue par une vis de pression. L'autre extrémité traverse librement un trou pratiqué à la branche supérieure, et l'écrou placé par-dessus sert à opérer la pression et le rapprochement. L'instrument doit être introduit fermé dans la bouche. Quand il est convenablement placé, on fait agir l'écrou jusqu'au degré voulu on veut porter l'écartement des plaques paraboliques, et comme il serait peut-être douloureux pour l'opéré qu'après l'abaissement de la mâchoire l'instrument fût retiré ouvert, on relâche la vis de pression qui agit sur l'extrémité inférieure de la cheville. Le ressort reprend alors son action; il rend brusquement à leur premier écartement les extrémités postérieures des branches, et ferme en conséquence l'instrument à l'autre bout, ce qui permet de le retirer de la bouche opportunément et sans difficulté.

J'empruntai à l'arsenal chirurgical de la Faculté l'instrument précédemment décrit, et le 18 février pendant la visite du matin j'en fis l'application à la malade. Je jugeai tout aussitôt de sa puissance et de son efficacité; car je pus écarter les dents molaires auxquelles l'action des pouces n'avait pu imprimer aucun déplacement. Mais cette action était très-douloureuse et suscitait une contraction violente des masséters et des temporaux. Je crus prudent de suspendre l'opération et de provoquer le sommeil anesthésique, afin de triompher plus facilement de l'action musculaire et d'épargner des souffrances à la malade. L'opération fut différée jusqu'à la fin de la visite.

OPÉRATION. — Françoise Arnaud fut conduite à la salle des opérations. On la plaça dans la position horizontale, et je la soumis à l'action du chloroforme. Le sommeil anesthésique fut poussé assez loin, de manière à déterminer à la fois l'insensibilité et un relâchement musculaire complet. Au bout de trois minutes, ce résultat était obtenu. J'introduisis alors dans la bouche l'instrument de Stromeyer, et après avoir poussé entre les dents molaires ces plaques rapprochées, j'en opérai l'écartement à l'aide de la vis de pression. La mâchoire inférieure céda et s'abaissa peu à peu; lorsque cet abaissement fut suffisant, je confiai l'instrument à un aide, et agissant à la fois sur le corps de l'os et sur ses branches pour le repousser en arrière, je parvins à lui rendre en quelques instants sa position normale. Aussitôt que l'instrument fut retiré, la mâchoire inférieure reprit ses rapports réguliers avec la supérieure, et il fut facile de voir par la correspondance et le rapprochement des arcades dentaires que la réduction était à la fois régulière et complète. La bouche était fermée, les lèvres se touchaient naturellement. Ce résultat fut obtenu sans la moindre douleur et à l'insu de la malade, qui se réveilla heureuse et étonnée de se voir ainsi instantanément guérie.

Le pansement a consisté dans l'emploi d'une fronde et dans des applications de compresses imbibées d'eau blanche sur les régions temporo maxillaires. Une sensation médiocrement douloureuse et contusive a été éprouvée dans ces régions le jour et le lendemain de la réduction; mais il n'est survenu ni gonflement ni inflammation. La malade a été mise à la diète liquide, et on lui recommanda de ne pas ouvrir largement la bouche. Dès le troisième jour, les douleurs étaient presque nulles. Les mouvements de la mâchoire s'exécutaient librement. Des aliments furent permis. La malade a séjourné encore quelques jours à l'hôpital, afin qu'on pût s'assurer de la solidité de la guérison. Le 26, toute douleur avait disparu et rien ne gênait les mouvements de la mâchoire inférieure; la malade pouvait mâcher des aliments solides. Elle sortit de l'hôpital.

Nous n'ajouterons que peu de réflexions à ce fait assez probant par lui-même. Jusqu'à ce jour les livres de chirurgie n'ont guère enregistré que trois ou quatre exemples de réduction de luxation ancienne de la mâchoire inférieure. Le plus long délai compris entre la production de l'accident et le moment de la réduction a excédé à peine un mois, époque après laquelle le plus grand nombre des chirurgiens déclarent la luxation irréductible et conseillent de s'abstenir de toute tentative. Dans le cas même où M. Stromeyer a employé pour la première fois le levier à plaques paraboliques, l'accident ne datait que d'un mois. Dans le second exemple que nous fournissons, un temps deux fois plus long s'était écoulé depuis la luxation, et l'action de l'instrument s'est montrée tout aussi prompte et tout aussi efficace. Les résultats de notre observation, facilités par l'intervention de la méthode anesthésique, tendent à agrandir le cercle d'action chirurgicale applicable au traitement des luxations anciennes et, dans l'espèce particulière de luxation qui nous a occupé, justifient les conclusions suivantes :

La réduction de la luxation de la mâchoire inférieure est non-seulement possible, mais facile deux mois après la production de l'accident;

Le meilleur moyen d'opérer la réduction consiste à se servir du levier à plaques paraboliques;

L'emploi de la méthode anesthésique ajoute une condition majeure au succès de l'opération.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

III. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros du premier semestre de 1852 contiennent : 1° *Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituantes de l'appareil optique ou organisation de l'œil et de ses annexes*; par M. Vallez. 2° *De l'utilité de l'analyse de l'air, des eaux et des sols arables de la Belgique*; par M. de Hemptinne. 3° *Porte-caustique nouveau pour le canal de l'urètre*; par M. Dugniolle.

PORTE-CAUSTIQUE NOUVEAU POUR LE CANAL DE L'URÈTRE; par M. DUGNIOLLE.

L'instrument perfectionné par M. Lallemand est entre les mains de la plupart des médecins, et suffit à toutes les exigences de la pratique, soit pour le traitement des strictures urétrales, soit seulement pour porter sur la surface du canal, chroniquement enflammée, une action caustique modifi-

catrice. Néanmoins M. Dugniolle soulève contre l'emploi de ce porte-caustique les objections suivantes :

D'abord il ne permet l'usage que de quelques caustiques solides, du nitrate d'argent en particulier. Et même cette substance, faiblement adhérente à la cuvette, s'en détache parfois avant d'être arrivée au point sur lequel elle doit agir; de là danger pour le canal et insuffisance ou inefficacité de l'action médicatrice.

D'autre part, la cuvette, quand on la pousse en avant, ne continue pas la courbure de la sonde, et par conséquent n'enfile pas aisément la direction du canal, alors même qu'il a sa capacité normale. Cet inconvénient est bien plus fort encore lorsqu'il s'agit d'engager la cuvette dans une partie rétrécie; aussi durant les tâtonnements qu'occasionne cette manœuvre, le caustique se fond-il souvent, de manière à agir sur les portions saines de l'urètre.

C'est en vue de parer à ces causes d'insuccès, de corriger ces imperfections, que M. Dugniolle propose son nouveau porte-caustique, dont nous ne nous flattons pas d'avoir parfaitement saisi le mécanisme, mais que nos lecteurs pourront apprécier, du moins dans son ensemble, d'après la description suivante, que nous empruntons textuellement à l'auteur :

« Cet instrument consiste en une sonde ordinaire à calibre variable, présentant une très-légère courbure vers son bec. Elle est composée de trois pièces : le corps de la sonde, une virole reliée au corps par trois fils métalliques placés à égale distance, et longs d'un centimètre et demi environ; de sorte que, vers son extrémité, la sonde présente trois fenêtres largement ouvertes et séparées par les fils de jonction. La virole terminale présente un pas de vis dans lequel viennent s'engager les bouts de la sonde. Ces bouts sont différents, selon que l'on veut cautériser d'avant en arrière ou latéralement. Pour la cautérisation d'avant en arrière, le bout est conique et percé à son extrémité; l'autre est arrondi et plein.

» Le mandrin, d'un à 2 centim. plus long que la sonde, est garni à son extrémité de deux petits écrous, entre lesquels on place un peu de fil de lin ou de coton, que la substance caustique doit imprégner et qui fait l'effet d'un piston, que l'on peut à volonté placer en face des ouvertures pratiquées entre les fils métalliques ou pousser dans l'extrémité conique, de manière à comprimer le tissu contenu dans le bout conique et en faire sortir le liquide caustique qui y est contenu. »

IV. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Le premier semestre de 1852 contient les articles originaux suivants : 1° *Rapport sur l'état sanitaire des troupes campées pendant la période de 1851*; par M. Deconde. 2° *Sur une recrudescence de l'ophthalmie observée à Anvers*; par M. Gouzée. 3° *Perte subite de la vue à la suite d'un coup de tonnerre chez un sujet portant au cou une chaîne galvanique*; par M. Henrotay. (Le titre de cette observation en exprime tout le côté intéressant, si l'on ajoute qu'un vésicatoire à la nuque fit recouvrer la vue au bout de six jours.) 4° *Remarques sur la fièvre typhoïde observée à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le second semestre de 1851*; par M. Gouzée. 5° *Traitement rapide de la gale*; par MM. Dechange et Delatte. 6° *Falsification de la graine de lin par des semences de crucifères*. 7° *Rapport médical sur Santo-Tomas; étude générale sur la nature, la marche et les causes de l'épidémie de 1850*; par M. Célarier. 8° *Traitement de l'hydarthrose par la pommade ammoniacale, l'étoupe et le taffetas gommé*; par M. Anache. 9° *Note sur deux cas de farcin chronique traités par l'extrait d'aconit*; par M. Hamoir.

TRAITEMENT RAPIDE DE LA GALE; par les docteurs Ch. Dechange et E. Delatte.

La méthode de M. Dechange est, comme il ne manque pas de le reconnaître, une modification de celle que M. Hardy a imaginée et instituée à l'hôpital Saint-Louis. On sait que, dans cet hôpital, les galeux sont d'abord frictionnés sur tout le corps avec du savon noir, puis plongés dans un bain où ils sont de nouveau frictionnés pendant environ une heure. Immédiatement après, commencent les frictions avec la pommade d'Helmeric, lesquelles durent une demi-heure et doivent porter, comme les premières, sur tout le corps. Pendant cette opération, on procède à la désinfection des vêtements; de telle sorte que le malade peut quitter immédiatement l'hôpital. Il reste encore un peu de démangeaison due aux vésicules débarrassées de l'acarus, et sans doute aussi à l'action directe de la pommade; mais elle disparaît spontanément, et il n'est aucunement nécessaire de continuer les onctions pendant plusieurs jours. Or la modification proposée par M. Dechange consiste à substituer à la pommade sulfuro-alcaline du sulfure calcaire liquide, à la dose de 120 grammes. Cette substance a l'avantage de coûter moins cher que la pommade d'Helmeric, puisque le prix du kilogramme ne dépasse pas 12 centimes. Quarante-quatre malades, traités à l'hôpital militaire d'Anvers, ont été débarrassés en une seule friction, et un mois s'était écoulé sans récidive quand ils ont été perdus de vue. Trois d'entre eux seulement ont présenté des plaques d'érythème furfurant et des papules de lichen, dont le siége sur la face externe des avant-bras et sur le dos des mains attestait qu'elles avaient été produites par les frictions savonneuses. Ces éruptions peuvent être évitées, sans nuire au succès du traitement, en ne frottant pas trop rudement avec le savon et en employant le liquide sulfuro-calcaire plutôt en lotions qu'en frictions.

Ces expériences ayant été communiquées à une conférence de médecins d'hôpitaux, M. Delatte en a pris occasion de faire connaître les résultats que lui a donnés, à l'infirmerie et à la prison d'Ypres, la méthode de M. Hardy. Ils sont extrêmement favorables. Constamment, dans 21 cas, la démangeaison a cessé immédiatement; les vésicules n'ont pas tardé à se flétrir et à disparaître. Il y a eu deux récidives après dix et vingt jours et une guérison douteuse. Ces deux récidives, survenues si longtemps après la guérison apparente, peuvent être dues à une contagion nouvelle, ainsi que l'auteur le fait remarquer.

Tout le monde connaît la méthode de Pihorel, dans laquelle on ne frictionne que la paume des mains, et qui, dit-on, guérit parfaitement la gale, alors même que celle-ci occupe une grande partie du corps. Y a-t-il absorption du médicament, comme le pense M. Dechange, ou sont-ce les gaz sulfureux et sulfhydriques répandus dans l'atmosphère à la suite des frictions qui vont tuer directement l'acarus sur toute la surface de la peau, ainsi que l'a soutenu M. Jorris? C'est une question qui ne nous paraît pas encore résolue.

TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE PAR LA POMMADE AMMONIACALE, L'ÉTOUPE ET LE TAFFETAS GOMMÉ; par M. Anache.

Quatorze cas, tous terminés par la guérison, autorisent M. Anache à préconiser comme souverainement efficace contre l'hydarthrose le traitement dont nous allons indiquer, d'après lui, le mode d'application.

On étend sur une compresse assez grande pour couvrir les parties latérales et antérieures de l'articulation une pommade ainsi composée :

Axonge.	30	grammes.
Ammoniaque liquide. . .	4	—

Il faut surveiller soigneusement l'effet de cette application, afin d'éviter qu'elle produise la vésication; la rubéfaction suffit, et elle a ordinairement lieu au bout de dix à quinze minutes. On enlève alors la compresse, et on absterge avec précaution toute la pommade qui reste attachée à la peau. On couvre ensuite la tumeur d'étoupe en assez grande quantité, et on la maintient en place au moyen d'une pièce de taffetas gommé et d'une bande.

Il survient immédiatement une chaleur considérable, mais très-supportable, et il s'établit localement une transpiration qui humecte parfois l'étoupe comme si elle avait été trempée dans un liquide. Cette opération se renouvelle tous les jours jusqu'à la résolution complète de l'épanchement.

Le repos au lit est d'une grande importance pour le succès de ce traitement.

Il se produit quelquefois des vésications sur quelques points, malgré le soin qu'on met à les éviter. On couvre alors ces parties d'un peu de diachylon, et on continue sur les autres l'application de la pommade.

M. Anache fait observer qu'il n'a employé ce moyen, à l'exception d'un seul cas, que pour des hydropisies articulaires dues à une cause externe. Mais il faut prendre en considération que chez l'un de ces malades, après avoir mis en usage pendant deux mois une infinité de moyens sans obtenir la résolution de l'épanchement, on avait fini par pratiquer la ponction à laquelle on ajouta sans plus de succès l'injection iodée. — C'est donc là incontestablement un fait très-probant en faveur de la méthode.

Quand l'hydarthrose tient à une métastase érysipélateuse, au rhumatisme aigu ou chronique, et qu'elle s'accompagne d'une grande douleur, de chaleur et de rougeur, la médication ci-dessus ne lui est point applicable; mais elle reprend toute son efficacité et son indication redevient rationnelle après la cessation de l'état aigu.

DEUX CAS DE FARCIN CHRONIQUE TRAITÉS PAR L'EXTRAIT D'ACONIT; par le docteur Hamoir.

La science a été jusqu'à présent si radicalement impuissante contre le farcin chronique, l'effet des médications a été si douteux dans les rares exemples de guérison cités par MM. Rayer, Tardieu, Monneret, etc., que nous ne pouvons qu'accueillir avec empressement deux observations où l'art ne paraît pas avoir été stérile. M. Hamoir a imaginé d'employer contre

le farcin un remède depuis longtemps vanté par M. J.-P. Tessier contre l'inflammation purulente, c'est-à-dire l'extrait d'aconit. Voici un abrégé des deux observations.

Obs. I. — Un soldat de 27 ans, qui avait déjà passé par l'hôpital en 1848 pour une diarrhée et une variole, et en 1849 pour une contusion à la jambe, suite d'un coup de pied de cheval, y revint en 1850 pour un abcès situé au niveau de l'omoplate gauche. Cet abcès était volumineux, et la peau qui le recouvrait avait une teinte violette. Le malade n'assignait aucune cause spéciale à sa maladie; mais il raconta qu'il était employé depuis onze mois à l'infirmerie des chevaux farcineux. C'était lui qui lavait les abcès des chevaux; il a eu pendant très-longtemps des gerçures aux mains, alors qu'il avait deux ou trois chevaux farcineux à soigner. L'abcès fut ouvert. La plaie, loin de diminuer, s'agrandit; ses bords étaient blafards, renversés, irréguliers, son fond grisâtre; la suppuration était fétide. On administra alors l'iodure de potassium; on cautérisa avec le nitrate d'argent; on eut recours aux injections avec la teinture d'iode, avec celle de myrrhe; on lotionna avec le chlorure de chaux liquide. La plaie diminua beaucoup, mais ne cicatrisa pas complétement; il resta une fistule.

Sur la demande du malade, il sortit de l'hôpital; mais il y revint cinq mois après, le 21 mai 1851.

Depuis sa sortie il avait été replacé à l'infirmerie des chevaux. Il se plaignait actuellement d'une névralgie frontale très-violente, du côté droit seulement. Purgatif; vésicatoire pansé à la morphine; sulfate de quinine uni au carbonate de fer. Aucune amélioration. La douleur fut enlevée par un emplâtre émétisé sur le lieu malade.

Le sujet était en pleine convalescence, lorsqu'il s'aperçut qu'il portait un abcès un peu au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, à la partie externe de chaque bras. Il n'avait jamais eu de coryza et la peau n'avait jamais offert d'éruption. Quelques jours après, nouvelle tumeur au sommet de la tête. Le pus des deux poches fut évacué; il était fétide, semblable à de l'albumine, trouble et sanieux. On revint à l'iodure de potassium; on administra concurremment l'huile de foie de morue; régime tonique. Le 22 novembre, les deux plaies n'étaient pas cicatrisées. La plaie de l'épaule suppurait toujours (elle datait de vingt-sept mois).

C'est à ce moment (1er décembre) qu'on eut recours à l'extrait d'aconit, à dose progressivement croissante; on arriva rapidement à celle de 75 centigr. par jour. Au commencement de janvier, la provision d'aconit étant épuisée à la pharmacie, on fut obligé d'en suspendre l'emploi; une amélioration notable avait été obtenue. On revint à l'aconit à la fin de février, mais seulement pour quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital le 1er mars dans l'état suivant: Embonpoint très-marqué, figure dénotant une bonne santé, caractère très-gai; les abcès du bras et ceux de l'épaule sont complétement cicatrisés; celui de la tête laisse encore suinter tant soit peu d'un liquide séro-purulent. « Depuis cette époque, ajoute l'auteur, le malade, que nous avons été à même de revoir souvent, a repris son service. »

Obs. II. — Un soldat de 24 ans entre à l'hôpital de Namur le 27 septembre 1851. Après quelques jours de malaise, une tumeur s'était formée, depuis six jours, vers le milieu de la jambe droite. Cette tumeur ouverte donne issue à du pus mélangé de sang. Le malade accusait également une douleur le long du nerf sciatique. On apprit alors qu'il avait été employé à l'infirmerie des chevaux farcineux pendant un mois; mais il ne peut dire s'il avait eu des écorchures aux mains. L'ulcère présente un aspect tout particulier; le tissu cellulaire ressemble au parenchyme de la rate; les bords de la plaie se sont renversés. Quelques jours après, nouveaux abcès un peu au-dessous du précédent; il en sort un pus d'un blanc sale, abondant et fétide. Iodure de potassium et régime tonique (11 novembre).

Six jours plus tard, une tumeur fluctuante à la partie externe de chaque cuisse; on applique un bandage ouaté; les tumeurs disparaissent d'elles-mêmes, laissant des indurations assez volumineuses. A quelque temps de là, deux nouvelles tumeurs à la partie externe de l'avant-bras gauche. Bandage ouaté. Le 1er décembre il n'existait plus qu'une tumeur qui fut ouverte et laissa couler un liquide semblable à de l'albumine.

C'est ce jour-là, 1er décembre, qu'on commença l'emploi de l'extrait d'aconit. Le lendemain et les jours suivants jusqu'au 18, trois nouvelles collections en différents points du corps. A la fin de décembre, une amélioration notable était survenue. Toutes les plaies bourgeonnaient et marchaient à la cicatrisation. La constitution devenait meilleure. Le 1er janvier, le manque d'aconit oblige à suspendre le traitement. A partir de ce moment, le mal s'aggrave, les ulcères se renversent, la peau se décolle, une suppuration sanieuse s'établit. En février, on revient à l'aconit à la dose de 40 centigr. Le 18, on est tout étonné du changement opéré; les ulcères prennent de nouveau un bon aspect et marchent à la cicatrisation. Bientôt le malade peut se lever et se promener dans les corridors. L'extrait d'aconit était toujours continué; on en augmentait progressivement la dose au point que le 17 mars cette dose était de 2 gr. 25 c. par jour. A cette époque les ulcères étaient cicatrisés, à l'exception d'un seul. Les forces étaient revenues, ainsi que l'embonpoint; tout allait pour le mieux quand le malade fut pris d'une fièvre typhoïde qui l'emporta le 8 avril.

A l'autopsie, on constate: 1° abcès non encore cicatrisé à la cuisse gauche, donnant à l'incision du pus mêlé de sang noir; 2° plusieurs onces de sérosité claire à la base du cerveau, et une sorte d'infiltration du cerveau par un liquide semblable; 3° *état sain des fosses nasales*; 4° poumons d'une teinte livide et marbrée en noir; *cinq petites ulcérations dans la trachée*; 5° corps charnu, ressemblant à un polype, à l'entrée du larynx; luette infiltrée (la voix du malade était devenue rauque dès le début du farcin); 6° aspect très-noir et fluidité du sang contenu dans les gros vaisseaux; 7° lésions intestinales propres à la fièvre typhoïde.

Nous ne croyons pas qu'on puisse élever de doutes sur l'existence du farcin, principalement chez le second sujet. Or, chez celui-ci plus encore que chez le premier, l'action de l'aconit a paru bien tranchée. Le premier usage qui en a été fait a été suivi d'une amélioration très-marquée et très-rapide. On le suspend, tous les accidents reprennent une nouvelle intensité; on y revient, et l'amélioration se prononce de nouveau, et presque immédiatement. Sans méconnaître toutes les déceptions qu'amène trop souvent l'expérimentation un peu prolongée des remèdes les plus vantés, il nous semble que ces résultats sont du moins de nature à appeler sérieusement l'attention.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La première et la seconde livraison de 1852 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Mémoire pour servir à la topographie médicale de l'arrondissement administratif de Thielt*; par M. Dauby. 2° *De la revaccination dans l'armée belge*; par M. Decondé. *Analyse*; par M. Retsin. 3° *Observations de chirurgie*; par M. Verhaeghe. (Amputation partielle du maxillaire supérieur, nécessitée par une carie étendue de l'os; guérison prompte et solide. —Luxation en haut et en dehors du fémur chez un jeune homme très-vigoureusement constitué; réduction pratiquée peu de temps après, et facilement obtenue à l'aide de la chloroformisation. —Luxation de l'humérus datant de six semaines; insuccès de la méthode ordinaire de réduction par les tractions directes; réduction facilement obtenue immédiatement après cet insuccès, au moyen du même procédé secondé par l'emploi du chloroforme —Luxation du pied en arrière. —Plaie de tête avec fracture du crâne et sortie d'une portion de substance cérébrale; enlèvement de larges esquilles; guérison. —Opérations de taille bilatérale. — Dystocie par coarctation du vagin; débridement multiple; délivrance facile et heureuse.)

LUXATION DE LA CUISSE EN BAS ET EN AVANT; FRACTURES MULTIPLES; par M. VERHAEGHE.

Cette observation, curieuse en raison du nombre considérable de fractures survenues simultanément chez le sujet, offre un intérêt scientifique particulier, à cause de la facilité qu'elle a offerte au chirurgien de constater anatomiquement, d'une manière précise, le siége que la tête fémorale occupe dans la luxation en bas et en avant.

Obs. — Un charpentier âgé de 52 ans tomba du haut d'un échafaudage, et fut de suite transporté à l'hôpital. On reconnut chez lui:

1° Une plaie contuse à la région sourcilière droite, avec fracture du frontal;

2° Une fracture comminutive des os du nez;

3° Une fracture de la voûte palatine, s'étendant dans toute la longueur de la ligne médiane et séparant les deux maxillaires supérieurs, de manière à laisser entre eux un espace d'un demi-pouce;

4° Une fracture compliquée de l'humérus droit;

5° Une fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche, s'étendant dans l'articulation;

6° Enfin une luxation en bas et en avant de la cuisse droite.

Malgré le nombre et la gravité de ces lésions, il n'y avait que très-peu de symptômes de commotion cérébrale.

Passant sous silence le diagnostic des autres lésions, ainsi que le traitement local qui leur fut appliqué, nous mentionnerons plus en détail ce qui concerne la luxation fémorale.

On la reconnut aux signes suivants: le membre était dans une forte abduction, et l'on ne pouvait le ramener à sa direction normale; le moindre essai tenté dans ce but causait de vives douleurs; l'axe du membre, dévié, était fortement oblique en haut et en dedans; allongement de plus d'un demi-pouce et rotation en dehors. On sentait manifestement la tête fémorale plus en dedans que la cavité cotyloïde. Le grand trochanter était sur une même ligne verticale avec l'épine iliaque antéro-supérieure. Fesse très-aplatie. Le membre, dans le décubitus dorsal, était fléchi sur l'abdomen, par suite de la tension des muscles psoas et iliaque.

A l'aide d'une chloroformisation légère, on obtint la réduction de cette luxation avec la plus grande facilité.

Le troisième jour, des symptômes d'encéphalite se déclarèrent, et la mort eut lieu cinq jours après l'accident.

L'autopsie permit de reconnaître la cause qui produisait l'écartement des deux maxillaires supérieurs, et qui, pendant la vie, avait mis obstacle à ce qu'on pût les rapprocher: c'était un fragment détaché de la voûte palatine, qui s'était placé de travers entre les deux os.

La région coxo-fémorale droite fut disséquée avec soin. Il existait une ecchymose sous-cutanée en haut et en dedans. Aucun des muscles n'était déchiré. Une

infiltration assez considérable de sang existait dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe; une portion du tissu cellulaire, en cet endroit, était lacérée, ce qui fit soupçonner, et avec raison, que la tête du fémur avait occupé cet endroit pendant la luxation. Ces deux muscles étaient ramollis et se laissaient déchirer avec la plus grande facilité. Le ligament qui ferme le trou obturateur était intact, et le tissu cellulaire qui le sépare du muscle obturateur externe n'était que peu infiltré de sang. La capsule articulaire était largement déchirée à sa partie externe, et le ligament rond était complètement rompu à son point d'insertion sur la tête du fémur. Le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse était assez fortement ecchymosé; et il y avait un épanchement de sang dans celui qui sépare les muscles moyen et petit fessiers.

Si l'on parcourt les traités classiques, on remarquera avec surprise la différence d'opinion qui existe entre les divers auteurs au sujet des lésions anatomiques de cette espèce de déplacement. Ainsi Boyer croit que le ligament rond ne se rompt point dans les luxations ordinaires en bas et en avant. A. Cooper enseigne, au contraire, qu'il est toujours déchiré. — Au sujet de la situation de la tête luxée, les uns la font reposer immédiatement sur le ligament ovalaire, tandis que d'autres la disent placée entre le muscle obturateur externe et le périnée. — Ces dissidences prouvent la rareté des observations où l'on a pu prendre la nature sur le fait dans une luxation récente, et montrent toute l'importance du cas que M. Verhaeghe a étudié et rédigé avec tant de soin.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

M. Lebert lit un mémoire sur les kystes dermoïdes et sur l'hétérotopie plastique. (Voir le numéro précédent.)

NOUVELLE MÉTHODE CURATIVE EXTERNE POUR LES RHUMATISMES.

M. Poggiali, ex-chirurgien aide-major, lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe pour les rhumatismes.

L'auteur fait connaître, dans ce mémoire, un nouveau topique pour combattre la douleur; en voici la composition :

Un sel de morphine (hydrochlorate);

Eau distillée;

Extrait de belladone ou atropine;

Onguent populéum, c'est-à-dire bourgeons de peuplier, feuilles de pavot noir, de belladone, de jusquiame et de morelle noire;

Axonge macérée dans feuilles de datura stramonium.

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise.

L'auteur rapporte 17 observations dans lesquelles ce nouveau moyen a produit des résultats aussi prompts qu'avantageux.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA SUEUR CHEZ L'HOMME.

M. Favre communique des recherches sur la composition chimique de la sueur chez l'homme.

Les analyses dont M. Favre expose les résultats ont été faites sur des masses de sueur considérables, et recueillies avec des soins de nature à garantir l'absence de mélange et d'altération du produit.

La quantité totale de sueur qui a fait l'objet d'une série d'expériences n'a pas été moindre de 40 litres. Lors de la transpiration du sujet, on avait soin de fractionner la sueur recueillie; on a pu ainsi constater que sur 2 litres, par exemple, le premier tiers est toujours acide, le second neutre ou alcalin, le troisième constamment alcalin. L'odeur, très-légère, n'a rien de désagréable, et ne rappel e nullement l'odeur repoussante de l'acide butyrique ou des acides volatils, qui s'exhalent toujours de la sueur fermentée. On a remarqué que la partie acide de la sueur perdait, dès les premières gouttes vaporisées, sa réaction acide, qui faisait place à une réaction fortement alcaline.

En séparant l'analyse en plusieurs parties, l'auteur a constaté :

Une partie insoluble dans l'alcool absolu. — La fraction de ce résidu insoluble dans l'eau pure et dans l'eau acide consiste en fragments insignifiants d'épithelium; la fraction soluble dans l'eau acide ne fournit que des traces de phosphates alcalino-terreux; enfin la partie soluble dans l'eau pure contient de fortes proportions de sel marin, une certaine quantité de chlorure de potassium, très-peu de sulfates et d'albuminates alcalins, des traces de phosphates alcalins, des sels calcaires et pas de magnésie.

L'ensemble des matières insolubles dans l'alcool absolu ne contient pas d'acide urique. L'existence de l'ammoniaque n'a pas été reconnue dans la matière.

Dans *la partie soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther*, l'analyse a signalé l'existence de deux acides organiques combinés avec la soude et un peu de potasse. Le premier est l'acide lactique. Le deuxième acide n'a été analysé que sous forme de sel d'argent. Cet acide ne possédant pas de propriétés susceptibles de le rapprocher d'aucun acide connu, l'auteur propose de le désigner sous le nom d'*acide hydrotique* (de ἱδρώς, sueur).

L'auteur résume en ces termes les résultats généraux de ses recherches :

La sueur, recueillie à des jours différents sur le même individu, présente, sinon une identité dans les proportions des matériaux qui y sont contenus, du moins peu de variations dans les éléments qui s'y retrouvent constamment.

Voici les résultats d'une analyse faite sur 14 litres :

	Sur 14 litres.	Sur 10,000 gr.
Chlorure de sodium.	31,227	22,305
Idem de potassium.	3,412	2,437
Sulfates alcalins	0,161	0,115
Phosphates alcalins	traces	»
Idem alcalino-terreux. . .	traces	»
Sels calcaires.	traces	»
Albuminates alcalins.	0,070	0,050
Débris d'épithelium	traces	»
Lactates de soude et de potassse.	4.440	3,171
Hydrotate de soude et de potasse.	21,873	15,623
Urée	0,599	0,428
Matières grasses.	0.191	0,136
Eau.	13,938,027	9,955,733

En comparant cette constitution à celle d'autres sécrétions, on voit que la matière minérale la plus prépondérante est le sel marin, comme cela a lieu pour l'urine. Il n'en est plus de même pour les sulfates, beaucoup plus abondants dans l'urine que dans la sueur, où l'on n'en trouve que des traces. Cette circonstance ressortira clairement de la comparaison suivante, faite sur des poids égaux de sueur et d'urine appartenant au même individu et recueillis à la même époque.

Remarquons aussi que la proportion de soude et de potasse éliminée par la sueur à l'état de combinaison avec des acides organiques, dépasse beaucoup la proportion que l'on pourrait rencontrer dans l'urine, ainsi que j'ai pu le constater par des essais alcalimétriques comparés sur des extraits calcinés.

Il semble résulter de ces faits que les sels minéraux ne sont pas indistinctement éliminés par les divers émonctoires de l'économie. Quant aux matières organiques de la sueur, il en est qui existent dans l'urine. Une autre paraît spéciale à la sueur; mais tous ces matériaux présentent le caractère de substances fortement oxygénées et ayant déjà subi, dans le torrent de la circulation, une combustion assez avancée, et comparable jusqu'à un certain point à celle des éléments éliminés par le rein. (Comm. : MM. Pelouze et Bussy.)

ABLATION DE DEUX LOUPES TRÈS-VOLUMINEUSES PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS A L'AIDE DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE.

M. A. Legrand transmet à l'Académie une observation rédigée par deux médecins de Fribourg (Suisse), relative à un cas d'ablation de deux loupes très-volumineuses pratiquée avec succès à l'aide de la méthode de la cautérisation linéaire, remplaçant l'action du bistouri.

—M. Gaetan Giovanini (de Bologne) communique la description du trépan-scie, de la scie ostéotomique et de la cuiller ostéotomique de son invention.

— M. Lesauvage (de Caen) communique une note sur les diphlogénèses monovariennes. (Nous résumerons ce travail dans le prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Manouvrier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes sur l'épidémie de fièvre typhoïde dont la commune d'Hériu a été atteinte cette année. (Commission des épidémies.)

2° Une demande de rapport sur un buse mécanique. (Commissaire : M. Bouvier.)

3° Un échantillon d'un remède secret contre l'hydrophobie. (Commission des remèdes secrets.)

— M. Maccartan fait hommage à l'Académie d'un buste de Haller pour être joint à la collection des médecins célèbres qu'elle possède.

SUR UN PROCÉDÉ D'URÉTROTOMIE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

M. James Syms, professeur royal de clinique chirurgicale à l'Université d'Édimbourg, adresse au sujet du rapport de la commission d'Argenteuil une réclamation relative à la manière dont son procédé a été apprécié par cette commission. L'auteur résume sa lettre en énonçant les propositions qui suivent :

1° Qu'il n'y a point de rétrécissement réellement *infranchissable*, et qu'avec du temps et des soins on peut, dans tous les cas, faire passer à travers un instrument qui serve de guide au bistouri;

2° Que dans les rétrécissements qui ne peuvent être guéris par la simple dilatation, on ne peut produire de soulagement efficace qu'au moyen d'une division étendue de la partie centrale du canal;

3° Que cet objet ne peut être atteint avec certitude et sûreté que par une incision externe sur une ligne correspondant au raphé du périnée et avec l'aide d'un conducteur cannelé passé dans le rétrécissement;

4° Que le seul traitement consécutif nécessaire est l'introduction pendant quarante-huit heures d'un cathéter, et l'usage subséquent à des intervalles éloignés d'une bougie de volume ordinaire;

5° Que si l'opération est convenablement faite, il n'y a rien à craindre ni hémorrhagie, ni extravasation de sang ni ouverture fistuleuse. (Commissaires: MM. Larrey et Robert.)

— M. Boulland (de Limoges) adresse un mémoire sur la stomatite mercurielle employée comme traitement prophylactique des accidents qui surviennent à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement. (Commissaires: MM. Roux et Langier.)

EMPLOI DU CÉDRON DANS L'ÉPILEPSIE ET LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Lelut communique le résultat de quelques expériences qu'il a faites il y a quinze ou dix-huit mois, dans son service de la Salpêtrière, sur les vertus médicales du cédron. Ce résultat est à peu près nul.

M. Lélut a donné le cédron à une femme qui était atteinte de fièvre tierce, très peu régulière. Mais cette malade, épileptique du reste, était en outre atteinte de paraplégie dynamique. Il y avait beaucoup d'autres phénomènes nerveux. La rate était fort développée, etc. Chez cette malade l'administration du cédron a été sans résultat. — Chez une autre malade, les accès d'épilepsie étaient constitués en partie par un frisson des plus violents tout à fait pareil au frisson d'une fièvre intermittente. Le cédron a été encore, dans ce cas, sans résultat. (Commission nommée, M. Chevallier, rapporteur.)

M. Rabot, interne des hôpitaux, adresse une notice sur le même sujet, jointe à la lettre de M. Lélut. (Même commission.)

COMPOSITION CHIMIQUE DES HUILES DE FOIE DE MORUE.

M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse un deuxième mémoire sur les huiles de foie de morue, dans lequel il se propose de démontrer:

1° Que contrairement à l'opinion de M. Wenckler, les huiles de foie de morue contiennent de la glycérine et qu'elles ont une constitution chimique analogue à toutes les autres huiles;

2° Que toutes les huiles pures contiennent du phosphore;

3° Que toutes celles qui sont dans le commerce sont fraudées, et il donne à l'appui de cette assertion les moyens nécessaires pour reconnaître la falsification. (Commissaires, MM. Grisolles, Guibourt et Bouchardat.)

— M. le docteur Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, adresse un mémoire sur des pilules hydrargiro-ferrées pour guérir la syphilis et prévenir les accidents mercuriels. (Commissaires, MM. Lagneau, Boullaye et Ricord.)

LE CHOLÉRA EN POLOGNE.

M. Gérardin lit un rapport sur les documents communiqués à l'Académie sur le choléra épidémique qui sévit en Pologne, par M. le docteur Tschetgrbin, inspecteur en chef du service de santé et président du conseil médical du royaume de Pologne.

Outre leur mérite scientifique, les documents fournis par M. Tschetgrbin signalent, dit M. le rapporteur, un fait capital et inattendu, une grande, mais bien triste vérité: c'est que non-seulement le choléra peut s'élever des rives du Gange pour se précipiter et s'abattre sur l'occident, mais encore il peut naître spontanément dans des lieux précédemment envahis, faire une irruption secondaire, revêtir le caractère épidémique, se propager dans toutes les directions, et dans quelques mois envelopper, comme dans un vaste réseau, la population d'un royaume comme celui de la Pologne.

M. le rapporteur termine en soumettant à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes:

1° Remercier M. Tschetgrbin de son importante communication, déposer honorablement son rapport dans les archives de la compagnie, inscrire son nom sur la liste des correspondants étrangers, inviter ce savant confrère à transmettre les nouveaux documents qu'il pourra recueillir sur l'épidémie actuelle et le prier d'être l'interprète des sentiments sympathiques de l'Académie pour le corps médical de la Pologne.

2° Adresser également une lettre de remerciments à M. le ministre des affaires étrangères; soumettre à son jugement éclairé la gravité de la question et des circonstances, afin d'obtenir par ses soins et son intermédiaire des renseignements précis sur la marche actuelle et les progrès du choléra en Europe.

M. Dubois (d'Amiens) propose de renvoyer le travail de M. Tschetgrbin à la commission du choléra.

Les conclusions du rapport sont adoptées avec cette modification.

— M. O. Henry lit en son nom, et celui de M. Auguste Delondgre, un travail intitulé: Quelques notes sur la quinine, la quinidine et les quinquinas.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre plusieurs rapports des commissions de prix.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de toxicologie; par M. Orfila. — Cinquième édition. — 1852.

Médecine légale théorique et pratique; par M. A. Devergie; avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par Dehaussy de Robécourt, conseiller à la Cour de cassation, etc. — Troisième édition. — 1852.

Manuel complet de médecine légale ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière; par J. Briand, D. M., et Ernest Chaudé, avocat à la Cour d'appel; contenant un Traité élémentaire de chimie légale; par H. Gaultier de Claubry. — Cinquième édition. — 1852.

Les éditions successives de la Toxicologie de M. Orfila datent de 1815, 1818, 1826, 1842; c'est assez dire le succès d'un livre qui est une autorité dans la main des maîtres et qui présente l'enseignement le plus complet pour les praticiens et les élèves. L'illustre toxicologiste est arrivé depuis longtemps à cette période de la vie des inventeurs où leurs jugements deviennent des arrêts, et où leurs découvertes sont à l'abri des discussions passionnées de la critique. Aussi doit-on lui savoir gré du temps qu'il consacre, en dehors de toute préoccupation personnelle, à la révision d'une œuvre dont le premier jet a excité jadis tant de colères, et dont les perfectionnements successifs ne font que traduire les progrès de la chimie médicale et de la médecine judiciaire, qui sont dus en grande partie à ses travaux particuliers. L'édition de 1852 se distingue de la précédente par les additions matérielles qu'elle a subies (plus de 400 pages), et qui portent, soit sur des chapitres nouveaux, tels que celui de « l'empoisonnement considéré sous le point de vue médico-légal, » celui de « l'action de l'éthylamine et de l'amylamine sur l'économie animale, » celui de « la nicotine et des recherches médico-légales de l'affaire Bocarmé, » celui des « maladies qui résultent de l'abus du tabac, » celui des « questions médico-légales relatives à l'action du chloroforme; » soit sur une foule de questions médico-légales, d'expertises, d'arrêts des tribunaux rendus depuis 1842, qui mettent ce livre au niveau des découvertes les plus récentes de la chimie et en rapport avec l'état actuel de la jurisprudence. Quant aux procédés d'analyse et à la méthode générale, ils n'ont pas varié, et voici comment M. Orfila les résume dans les deux dernières éditions:

« J'ai apporté de grands changements aux procédés indiqués jusqu'à ce » jour pour découvrir les substances vénéneuses qui auraient été mêlées » ou combinées avec des matières organiques, ou qui auraient été décom» posées par elles. Ce travail, poursuivi sans relâche depuis plusieurs » années, en ouvrant un champ nouveau à la médecine légale, m'a encore » permis de simplifier la plupart des procédés dont je parle, et de donner » aux opérations analytiques un degré de précision et de certitude qu'elles » n'avaient pas eu jusqu'alors. Ainsi, pour ne citer qu'un fait, je suis par» venu à l'aide d'un même procédé, la carbonisation par l'acide azotique, à » constater facilement dans les organes et dans les matières solides la » présence du cuivre, de l'étain, du plomb, du bismuth, de l'argent, de » l'or, etc.

» . . . . Dans les nombreuses expériences que j'ai tentées, constamment, » dans une première série d'essais, j'ai mélangé de très-petites quantités » de la substance vénéneuse que j'étudiais avec des proportions considé» rables de matières alimentaires, telles que le lait, le bouillon, le café, le » vin, etc.; puis j'ai agi sur une quantité au moins aussi forte de la même » matière alimentaire, sans addition de la substance vénéneuse. J'ai ensuite » expérimenté comparativement sur les matières trouvées dans le canal » digestif, ainsi que sur ce canal, dans les viscères et dans l'urine d'ani» maux que j'avais empoisonnés avec des doses variables d'un toxique, et » sur les mêmes parties d'animaux de même espèce que je tuais quelques » heures après leur avoir fait prendre des aliments et qui n'avaient avalé » aucun poison. »

On connaît les résultats auxquels l'auteur est arrivé en suivant cette voie; la Toxicologie est tout entière dans l'application de ces procédés, et je ne pense point qu'on puisse lui donner une méthode plus sûre et plus sévère.

La MÉDECINE LÉGALE DE DEVERGIE, dont la dernière édition remontait à 1840, a déjà été analysée longuement dans la GAZETTE MÉDICALE. L'édition de 1852 était attendue avec impatience par toutes les personnes qui s'occupent de médecine judiciaire. Elle a subi des changements notables dans la classification des matières et présente, sur un grand nombre de sujets, des additions considérables. Je citerai entre autres, dans le premier volume, un chapitre nouveau sur la « responsabilité médicale. » Je ne partage pas entièrement les idées de M. Devergie sur ce sujet ; à mon sens, des réparations civiles et des peines criminelles pourraient être appliquées dans l'exercice de la médecine, non-seulement au point de vue de la négligence, mais encore à celui du défaut d'instruction, *sans rendre notre profession moins libre, moins indépendante, moins consciencieuse.* Je ne parle ici bien entendu qu'en faveur du principe et nullement de telle ou telle application particulière ; je pense même que dans ces circonstances l'intervention des tribunaux a pu être fautive ou inintelligente. Cela tient à un vice de forme et à des imperfections dont notre procédure se débarrassera du jour où le législateur inscrira dans la loi qu'à côté des garanties que la société demande sur l'exercice de la profession médicale, cette profession a droit en retour à telle protection, tel appui, tels avantages.

Les lecteurs trouveront dans le second volume un article très-remarquable sur la « combustion humaine spontanée. » Après avoir rapporté en détail la majeure partie des faits relatifs à ce sujet, M. Devergie insiste sur les particularités suivantes qui sont communes à toutes les observations : l'étendue des brûlures, l'abus des liqueurs spiritueuses, l'âge et le sexe des individus, l'existence constante d'une cause accidentelle déterminante, les résidus particuliers à ce genre de combustion, la conservation des objets inflammables situés au voisinage du corps. « Si tous ces phénomènes, dit-il, peuvent être expliqués comme des brûlures ordinaires, il n'y a pas à admettre de combustion spontanée dans le sens que nous attachons à ce mot. Mais si, au contraire, la physique et la chimie sont impuissantes à résoudre de tels problèmes, il faut alors invoquer d'autres formes et soulever des hypothèses qui rendent compte d'un phénomène extraordinaire. » Cette hypothèse la voici : par suite de l'absorption et du transport dans l'économie de l'alcool journellement employé, il survient dans les tissus une modification particulière en vertu de laquelle ces substances deviennent plus combustibles soit par elles-mêmes, soit par une transformation inconnue de l'alcool absorbé.

Mais, objectent MM. Bischoff et Liébig, cette absorption est chimiquement impossible, car on ne saurait admettre *à priori* que le corps étant imbibé d'alcool, la vie puisse continuer un seul instant. A cela il faut répondre que l'alcool absorbé par les capillaires du tube digestif n'est point dans les mêmes conditions que l'alcool injecté dans le système veineux d'un animal. Quelle est cette modification ? C'est là toute la question, c'est là ce qu'il faut déterminer avant de rayer de la science des faits qui peuvent être inexplicables, mais qui sont authentiques.

Le troisième volume, consacré en grande partie à la toxicologie, se termine par des considérations étendues sur les *falsifications des aliments et des boissons*, et sur l'*examen des diverses espèces de taches.* Les auteurs, en mettant cet ouvrage au courant de la science, ont rendu un véritable service aux médecins, aux magistrats et aux avocats, qui ont besoin d'un guide sûr et complet pour la solution des questions médico-légales.

Sous un moindre volume, le MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE de MM. Briand et Chaudé passe en revue toutes les matières traitées dans le grand ouvrage de M. Devergie. Les éditions successives de ce manuel ont été de tout temps d'un grand secours aux étudiants, par la manière dont les sujets y sont présentés sous une forme nette et facile à saisir. S'agit-il de l'interprétation du texte des lois, M. Chaudé, qui est très-complet sur cette matière, a soin de mettre en relief, en tête de chaque chapitre, les dispositions capitales, celles qui en font l'esprit de la loi ; il les fait suivre de commentaires dont la portée est toujours philosophique ; c'est dans des notes étendues qu'il traite toutes les questions incidentes ou expose les faits complémentaires. Cette manière est surtout remarquable dans les articles relatifs « aux attentats à la pudeur, au duel, à la législation et à la jurisprudence relatives à l'homicide et aux coups et blessures, à l'homicide par empoisonnement, à la législation relative à l'aliénation mentale, à l'infanticide, etc.» — Les mêmes observations s'appliquent à la méthode adoptée pour l'exposition de la partie purement médicale ; au milieu d'une foule de faits, il fallait choisir les plus importants ; parmi tous les signes des lésions ou des états morbides qui sont du domaine de la médecine judiciaire, il fallait prendre les plus probants et les plus démonstratifs. Là où la multiplicité des détails essentiels ne se prête à aucun choix et ne souffre aucune suppression, les auteurs ont réuni en tableaux toutes ces pièces diverses, ou bien ils les ont classées dans un ordre logique et qui en rend la lecture facile et la place sans effort dans la mémoire. Il y a, sous ce rapport, des chapitres entiers d'une grande difficulté d'exposition, celui de l'*infanticide*, celui des *blessures*, dont la lecture est devenue facile et même attrayante. Il y avait un grand obstacle à surmonter, dans la dernière partie de l'ouvrage, pour l'exposition des procédés chimiques, des analyses, des manipulations nécessaires aux recherches toxicologiques. Chacun a pu remarquer combien les questions de chimie sont indépendantes, dans ces investigations, des questions purement médicales ou judiciaires. La chimie a une méthode d'exploration excellente pour cet objet ; mais tout, dans ces procédés, appartient à la chimie, et rien à la médecine. Ce sont les mêmes réactions, les mêmes principes que pour les recherches de chimie industrielle, physiologique ou purement analytique. Il s'ensuit que cette partie de la science pouvait très-bien former un manuel à part et tout à fait distinct. — Alors l'étude de la toxicologie se trouve divisée en deux parties. *Dans la première*, les poisons sont étudiés d'une manière générale au point de vue de leur classification et des symptômes et lésions qu'ils déterminent ; vient ensuite l'étude particulière de chaque substance toxique ; dans cette étude, on s'applique à déterminer principalement l'action de ces corps sur l'économie, les symptômes qui sont propres à chacun d'eux et qui caractérisent les divers empoisonnements, les altérations anatomiques qui suivent leur ingestion ou qu'on trouve sur les parties avec lesquelles ils ont été en contact. La *seconde partie*, comprise sous le titre de *Chimie légale*, détermine le mode de conservation des substances recueillies dans les cas d'empoisonnement ; s'occupe des vases, appareils et autres objets nécessaires pour la recherche des poisons, des réactifs et des divers produits employés dans les expertises, des caractères physiques et chimiques des substances vénéneuses retrouvées en nature, et de la recherche des poisons dans les matières suspectes dans les produits des vomissements, etc. — Par ce classement des matières, on a tout de suite sous les yeux l'ensemble des opérations chimiques nécessaires dans tout cas indéterminé d'empoisonnement, on évite maintes répétitions, et l'exposition de ce sujet, vu d'ensemble, gagne beaucoup en profondeur tout en devenant plus élémentaire.

Je me suis abstenu à dessein, dans cette courte analyse, d'entrer dans aucune des questions controversées de toxicologie et de médecine légale ; ces sujets sont trop explorés et maniés par des hommes trop compétents pour qu'il y ait lieu de les aborder ici. — Si malgré des observations nombreuses, malgré des expériences multipliées sur les animaux, les questions judiciaires ou purement médicales relatives aux empoisonnements laissent encore à désirer sur quelques points, il faut attendre, pour résoudre ces difficultés, les lumières que la physiologie expérimentale et la chimie organique apportent chaque jour. Il faut en même temps que des observateurs attentifs démêlent les effets produits par les substances toxiques dans les cas d'empoisonnement, et retrouvent, dans cette symptomatologie si obscure, les caractères propres à l'ingestion de telle ou telle substance. Quand ces deux ordres de recherches auront abouti à des résultats analogues, alors la médecine légale prêtera aux tribunaux un secours bien autrement important, et l'on verra s'effacer quelques dissidences qui sont plutôt dans les esprits que dans le fond du sujet.

TROLOZAN.

VARIÉTÉS.

— L'association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône est définitivement organisée. Sa première assemblée générale a eu lieu le 15 novembre 1852, sous la présidence de M. le docteur de Polinière, nommé président par le président de la République, conformément au décret du 26 mars 1852 sur les Sociétés de secours mutuels. Du reste, M. de Polinière était en quelque sorte désigné au choix du gouvernement, soit par le suffrage unanime de ses confrères qui l'avaient élu président en 1846, lors du premier essai d'association de ce genre à Lyon, soit par l'intelligente initiative et les soins persévérants qu'il avait pris pour la fondation de la société actuelle.

Dans cette séance, le bureau s'est constitué par la nomination, au scrutin, de M. Rougier, vice-président ; de M. Pétrequin, trésorier ; de M. Diday, secrétaire général ; et de M. Lacour, secrétaire adjoint.

Ont ensuite été tirés au sort les membres de la *commission générale* chargée à l'instar de celle de Paris, de représenter la Société et d'agir en son nom.

Le nombre des adhésions recueillies dans cette première assemblée générale s'élève à plus de cent.

— Le parlement anglais ne compte, depuis les élections dernières, que trois députés médecins, MM. Hume, M. Michel (de Bodmin), et M. J. Brady (de Leitrim). Le rédacteur de la LANCETTE ANGLAISE, M. Wakley, s'est désisté de sa candidature à cause du mauvais état de sa santé.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Il est curieux de suivre, à l'Académie de médecine de Belgique, la discussion d'une question délicate qui a fort agité l'Académie de Paris il y a sept ou huit mois : la question de l'avortement provoqué. Chez nos voisins comme chez nous, la pratique rationnelle de l'avortement rencontre toujours des oppositions convaincues; mais, là comme ici, elle gagne évidemment et gagnera de jour en jour du terrain. Les maîtres de l'obstétrique et de la chirurgie belges, M. Van Huevel, M. Seutin, s'y sont ralliés; un accoucheur d'un grand mérite, feu le docteur Simonart, l'a défendue avec force dans une dissertation souvent citée, et il appert du débat actuel qu'elle a au sein de l'Académie de très-zélés partisans.

On se rappelle peut-être notre sentiment sur le rôle d'un corps savant amené en présence de semblables questions; nous réduisons ce rôle à la détermination des éléments scientifiques. — Quel est le degré de rétrécissement du bassin au-dessous duquel l'enfant ne peut venir viable par les voies naturelles? Ou, plus généralement, quelles sont les conditions, inhérentes à la mère ou au fœtus, dans lesquelles le salut de la mère devra être nécessairement payé au du sacrifice de l'enfant ou des immenses dangers de l'opération césarienne? — Nous ne concédons au corps savant que le droit de fixer les termes de la solution pratique, et nous lui dénions formellement celui de poser comme obligatoire une règle de conduite quelconque, par la raison que cette règle, fût-elle écrite en gros caractères dans les données expérimentales, a besoin de l'être plus visiblement encore dans la conscience, pour être appliquée. C'est pour cela uniquement que nous avons regretté, dans le temps, de voir l'approbation d'un acte particulier (l'avortement pratiqué par M. Lenoir) transformé en précepte, dans le rapport, d'ailleurs très-remarquable, de M. Cazeaux. L'Académie belge n'avait pas besoin de ce détour pour aborder la question générale; elle y a été placée d'emblée par l'envoi d'un mémoire de M. Hubert, l'un de ses membres correspondants, et par le rapport de M. Marinus. C'est l'explication du tour et de la portée donnés à la discussion; ce n'en est pas précisément l'excuse. Là, en effet, les inconvénients de cette sorte d'intrusion dans le domaine canonique ne pouvaient guère être moins sensibles qu'à l'Académie de Paris. Il était à présumer que, dans un pays où l'esprit religieux est très-vivace, très-actif, très-répandu, le catholique ne se détacherait pas du médecin. Le mémoire de M. Hubert est presque autant une dissertation de casuiste, où le père Liguori joue en effet son rôle, qu'une œuvre médicale. Plusieurs publications récentes des journaux belges ont le même caractère, et l'exemple a gagné l'honorable rapporteur et les orateurs de l'Académie.

Nous ne cesserons de le demander, est-ce ainsi que la question peut être posée devant des médecins? Ont-ils qualité pour la résoudre? Ont-ils même les lumières suffisantes? Et s'ils avaient ces lumières, que vaudrait leur décision en matière religieuse? Les pères de l'Église sont divisés, on le reconnaît; saint Ambroise contredit Tertullien; aurons-nous la prétention de prononcer entre eux? Mais alors, allons jusqu'au bout; que l'*exercitation théologique* soit du moins complète. On verra jusqu'où mène cette voie, dès qu'on n'a pas craint de s'y engager. Un membre, dont nous ne partageons pas la répulsion pour l'avortement provoqué, mais qui a tenté, selon nous, avec raison, d'arrêter ou de changer le cours du débat, M. Lebeau, a fait allusion à la vie spirituelle du fœtus : nous complétons peut-être sa pensée en disant que ceux-là restent à moitié chemin, partisans ou adversaires de l'avortement, qui, après avoir examiné si le fœtus est ou non indépendant de la mère, s'il a des droits propres, et s'être appuyés des pères de l'Église, ne recherchent pas si le produit de la conception a une âme et à quelle époque il commence à la posséder. On s'en défendrait en vain. Il est clair que la présence ou l'absence d'une âme changent notablement les termes de la question; sans âme, le fœtus est une masse de chair végétante, moins qu'un ver de terre; avec une âme, il est homme. Et n'allez pas afficher le dédain! Plusieurs des autorités ecclésiastiques que cette difficulté a préoccupées gravement sont de ceux-là même qui se sont prononcés, plus ou moins directement, pour ou contre l'avortement provoqué. Saint Augustin, par exemple, qui a écrit : *Desinunt esse peccata, quæ propter graviora vitanda suscipiuntur*, s'inquiète très-sérieusement de la vie spirituelle du fœtus à propos de l'avenir qui lui est réservé à la fin des temps. Des casuistes considérables ont précisé l'âge auquel le fœtus, devenu membre de la famille de Dieu, est marqué pour la résurrection. Au-dessous donc de cet âge, il ne doit pas ressusciter, et il n'est guère plus sacré, dans le moment, que la semence d'où il est sorti. Quel mal dès lors de le sacrifier par l'avortement?

Laissons cela. Les opinions des Pères de l'Église sont des opinions, et non des articles de foi. Celui qui prend la grave résolution de provoquer un avortement ou de broyer le fœtus pour sauver la mère obéit à quelque chose de plus impératif; à ce sentiment irrésistible qui le prend aux entrailles, en même temps que l'époux, les parents, les amis, tous ceux devant qui le problème est actuellement posé. Dans cette heure suprême, il se fait dans la conscience une lumière devant laquelle se dissipent, comme l'ombre d'un nuage, toutes les obscurités du casuisme. On pèse d'une main le fœtus, masse inerte, ébauche à peine commencée, et de l'autre la mère de famille en pleine activité sociale, source des affections les plus pures, centre des plus chers intérêts, utile, nécessaire dans le coin du monde où Dieu l'a placée; et sentant une si énorme différence entre les deux, ou ne raisonne plus, on ne consulte ni Liguori ni saint Ambroise, on se rend à la voix qui vous crie de sacrifier l'enfant. Et cette voix, nous le croyons sincèrement, est la conscience du genre humain. C'est elle qui inspire les masses dont le bon sens est le seul guide en pareille matière; c'est elle qui sauvegarde la réputation du provocateur consciencieux de l'avortement, et c'est elle qui impose silence à la justice en face d'un acte réputé criminel. Deux orateurs, MM. Vleminckx et Didot, ont défendu avec courage la légitimité de ces sentiments, la pureté de cette lumière qui sort du cœur même de l'homme pour éclairer sa voie. Le premier surtout a, dans une argumentation pressante, amené les adversaires les plus décidés de l'avortement, M. Lebeau, M. Hubert lui-même, non pas à des concessions positives, le mot serait trop fort, mais à de visibles hésitations. Il a montré irrésistiblement qu'il y a, en dehors du rétrécissement du bassin, des cas où le praticien se trouve dans la nécessité absolue de choisir entre la mort immédiate du fœtus et la mort plus ou moins prochaine du fœtus et de la mère; que, si l'on admettait, comme on semblait le faire, le droit de sacrifier alors l'enfant à la mère (et qui laissera jamais périr deux êtres, pouvant en sauver un?), le principe du fœticide était donc accepté, et la difficulté ne portait plus que sur l'application. Quant à M. Didot, d'accord avec M. Vleminckx sur le droit du médecin, il l'a

---

Feuilleton.

LETTRES SUR VICHY.

(Première lettre.)

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette Médicale.

Mon cher et très-honoré confrère,

J'ai souvent entendu répéter que les médecins ne connaissent pas les eaux minérales : ceci n'est pas parfaitement exact. J'ai eu plus d'une occasion de reconnaître que beaucoup de nos confrères se faisaient une idée très-juste des ressources que l'on peut tirer de cette grande classe d'agents thérapeutiques, et vous-même avez prouvé que l'on peut, sans avoir pratiqué cette médecine spéciale, exposer les idées les plus justes et les plus élevées sur la thérapeutique thermale.

Cependant, il est incontestable que le plus grand nombre des médecins se plaignent avec juste raison du peu de lumières qu'ils possèdent sur une médication qu'ils sont appelés fréquemment à mettre en usage, et que la facilité des communications, les habitudes actuelles du public, les progrès mêmes de la science tendent chaque jour à vulgariser davantage.

Ce n'est pas que la littérature médicale soit plus pauvre sur le sujet qui nous occupe, que sur tant d'autres; on a beaucoup écrit sur les eaux minérales, trop sans doute, et de gros livres et de courtes brochures. Mais la plupart de ces ouvrages, et nous n'entendons parler ici que des plus sérieux, sont consacrés, ou au développement de vues théoriques ou à l'exposition de vertus curatives, qui laissent rarement dans l'esprit du lecteur une connaissance un peu précise de la médication qu'il cherche à étudier.

L'étude pratique, celle de la mise en œuvre des eaux minérales elles-mêmes, des procédés usités, ne se trouve à peu près nulle part; et cependant, n'est-ce pas en mettant, si je puis ainsi parler, le malade aux prises avec une médication que les ressources et les effets de celle-ci peuvent surtout s'étudier, que les indications et les contre-indications ressortent, que les applications se découvrent et qu'une pratique assurée se constitue? Et lorsqu'il s'agit d'une médication lointaine dont les effets ne se peuvent observer qu'à distance, aux chances de laquelle il faut abandonner un malade, sans espoir et sans possibilité de la manier ou la diriger soi-même, c'est alors surtout que les médecins ont besoin d'être initiés aux secrets de l'expérience, aux détails de la pratique, à ce je ne sais quoi enfin qui constitue l'art au plus haut degré, c'est-à-dire l'application intime des données de la science, c'est-à-dire la médecine appliquée.

Tel est l'objet de ce travail : faire assister autant que possible le lecteur à la

pourtant renfermé dans de certaines limites. Suivant lui, l'avortement *préventif*, c'est-à-dire pratiqué dans les premiers mois de la grossesse, doit être rejeté « parce qu'il entraîne la destruction de l'œuf avant qu'un sache si, pendant la grossesse, il ne surviendra pas tel changement, telle éventualité qui permette d'obtenir le fœtus vivant, » et parce que le fœtus peut toujours être broyé au terme de la gestation. Cette réserve a-t-elle un fondement bien solide? La question se pose dans l'hypothèse d'un rétrécissement du bassin trop considérable pour donner passage à un fœtus viable. Qu'une erreur de diagnostic soit possible, à la bonne heure, et nous approuvons fort le précepte de M. Didot dans les cas où subsiste le plus léger doute. Mais il en est d'autres où le calcul est absolument certain, et le problème de l'avortement revient alors dans toute sa rigueur. Or, dans ces conditions, que peut-on espérer de l'expectation? Un avortement spontané avant cinq ou six mois; mais l'avortement à cet âge, c'est la mort du fœtus. Nous concevons bien qu'on aime mieux laisser le fœtus mourir que de le tuer de ses propres mains; mais, au point de vue moral, la différence n'est pas grande du moment où l'on a la ferme intention de le couper en morceaux s'il parvient à terme. Ajoutez, sous le rapport pratique, que l'embryotomie offre pour la mère beaucoup plus de dangers que le simple avortement.

On le voit, la question obstétricale a été à peine touchée dans la discussion. Nous le regrettons d'autant plus que les bases posées dans le mémoire de M. Hubert nous paraissent fort contestables. Les statistiques établissent, dit-on, que l'opération césarienne pratiquée en temps opportun, c'est-à-dire avant ou fort peu de temps après l'écoulement des eaux, sauve *une femme sur deux* et *neuf enfants sur dix*. Les statistiques ne peuvent répéter que ce qu'on leur dit; tel est en effet le résultat qu'on obtient de la supputation des observations publiées. Mais toutes les observations d'opérations césariennes sont-elles publiées? Il s'en faut de beaucoup, et nous sommes convaincu, avec la plupart des accoucheurs, qu'on dissimule les cas les plus malheureux. Puis, jusqu'à présent, l'issue de l'opération a varié singulièrement de pays à pays, en raison sans doute de circonstances hygiéniques locales; les données générales de la statistique ne sauraient donc avoir la même signification partout. Ce sont là des éléments dont il importerait de se préoccuper plus que de théologie.

Néanmoins, bâtons-nous de le reconnaître, dans ce qui a été dit jusqu'ici, le droit d'avortement médical a été fermement maintenu. Il triomphera vraisemblablement. Nous n'avons qu'un regret, et nous ne le dissimulerons pas, car nous ne pouvons approuver à Bruxelles ce que nous avons blâmé à Paris; c'est qu'on ne veuille pas se maintenir dans la défense du droit et qu'on prétende tracer pour les praticiens une règle impérative. M. Vleminckx a déposé quatre conclusions dont la dernière est ainsi conçue: « Le médecin qui, dans ce cas (celui où le fœticide est nécessaire au salut de la mère), refuse les secours réclamés de son art, *manque aux devoirs que sa profession lui impose*. » Nous donnerions plutôt notre assentiment à cette formule de M. Didot: « Le médecin est *autorisé*, dans certains cas exceptionnels, *et en s'entourant de garanties suffisantes*, à sacrifier l'enfant pour sauver la mère..... » Ou mieux encore, celle de l'honorable secrétaire perpétuel, M. Sauveur: « L'Académie, *laissant à l'appréciation judicieuse et consciencieuse de l'accoucheur* les cas où l'avortement peut être provoqué, met fin aux délibérations ouvertes sur le travail de M. Hubert. »

On sait que l'Académie de Paris, placée dans une position analogue, a eu recours à un compromis; en sera-t-il de même de l'Académie de Bruxelles? C'est ce que nous aurons soin de dire, car la discussion n'est pas terminée.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE OU PARTIELLE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. DAVAINE.

(Suite. — Voir les nos 46 et 47.)

DEUXIÈME PARTIE.

EXAMEN DE QUELQUES-UNS DES PHÉNOMÈNES DE LA PARALYSIE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE.

Les observations que nous venons de rapporter nous montrent que l'expression symptomatique de la paralysie des deux nerfs de la septième paire est bien différente de celle de la paralysie bornée à l'un de ces nerfs. Dans l'une, en effet, la distorsion de la bouche, l'irrégularité des traits, le contraste entre le côté gauche et le côté droit de la face frappent les yeux les moins attentifs; dans l'autre, au contraire, cette expression bizarre et caractéristique est remplacée par la régularité de la face, la symétrie des traits, l'*immobilité de la physionomie*; d'une autre part, le nasonnement, l'imperfection de la prononciation, la dysphagie, phénomènes de la paralysie générale des deux nerfs de la face, n'existent pas ou passent fréquemment inaperçus dans la paralysie d'un seul de ces nerfs; en sorte que, soit que l'on considère les symptômes apparents du visage, soit que l'on considère ceux qui proviennent du désordre de quelques fonctions relatives à la parole, ces deux affections semblent avoir une origine essentiellement différente. Il n'en est rien cependant: nos connaissances physiologiques sur les fonctions des nerfs de la septième paire donnent parfaitement la raison de la distorsion des traits dans un cas, de la régularité de la face dans l'autre, et pour trouver les *symptômes extérieurs* de la paralysie double d'après les phénomènes de la paralysie simple, il suffit, pour ainsi dire, de poser la question.

Il en serait de même pour les *phénomènes internes* si les fonctions des *branches internes* des nerfs de la septième paire étaient aussi bien connues que celles des *branches externes*. Mais ici le flambeau de la physiologie nous manque. L'action du facial sur le pharynx, sur le voile du palais, sur la langue est à peu près inconnue; avant donc de donner, d'après les observations rapportées plus haut, une description générale de la paralysie des deux nerfs de la face, il faut déterminer quels sont les phénomènes qui, dans ces observations, appartiennent à la paralysie des nerfs de la septième paire. C'est à cela que cette seconde partie sera consacrée.

Nous examinerons successivement si l'on doit quelquefois rapporter à la paralysie du nerf facial la dysphagie, le nasonnement, la difficulté à articuler certaines lettres. Ces dérangements fonctionnels ont été plus ou moins apparents dans trois de nos observations; l'état de complication de

---

pratique de Vichy, pratique très-peu connue, si j'en crois ceux de nos confrères qui n'ont jamais approché de nos sources, et ceux surtout qui viennent les visiter. J'ai choisi la forme de lettres, pour exprimer le but modeste que je me propose: les théories, les doctrines chimiques ou pseudochimiques, les rencontres des acides et des alcalis tiendront peu de place dans ces lettres, où nous aborderons successivement les diverses questions de pratique qui s'offriront à nous. Le lecteur curieux des études sur les eaux minérales, et qui voudra bien nous suivre dans ce simple exposé d'un praticien à d'autres praticiens, se reposera des réactions, des dissolutions, des désagrégations que l'on a tant fait opérer aux eaux de Vichy, depuis un certain nombre d'années.

Sans doute, rien n'est plus attrayant qu'une explication, bonne ou mauvaise, et combien d'honorables esprits, aimant mieux croire que d'y aller voir, n'acceptent-ils pas ce qu'on leur offre, pour le moindre vraisemblance qu'ils y trouvent; mais s'il est un sujet où l'observateur doive encore attendre en silence que la science ait dit son mot et formulé ses théories, c'est surtout l'emploi médical des eaux minérales.

Il ne sera peut-être pas hors de propos d'insister quelque peu sur ce point et d'en fournir quelques exemples.

La médication thermale des affections chroniques des bronches et du larynx se partage à peu près exclusivement entre les eaux d'Ems, alcalines comme celles de Vichy, les eaux du Mont-Dore, salines comme celles de Néris, les Eaux-Bonnes, sulfureuses comme celles de Barèges. Et cependant, quoi de plus antipathique à cette même médication que les eaux de Vichy, de Néris et de Barèges, bien que les deux premières n'offrent, à quelques proportions près, presque aucune différence analytique avec leurs congénères? Et d'un autre côté, quel rapport thérapeutique la chimie nous laisse t-elle soupçonner entre Ems, le Mont-Dore et Bonnes, ou bien entre ces eaux et les affections des bronches et du larynx? Et quel parti la thérapeutique ordinaire peut-elle tirer, si nous en exceptons les Eaux-Bonnes, des éléments qui les constituent? On se gardera cependant d'attribuer à la nature des localités qui les renferment les propriétés reconnues à ces eaux thermales, car il s'en faut qu'elles offrent les conditions réputées favorables aux affections qu'on y traite avec le plus de succès.

Nous en sommes donc réduits, à ce sujet, à l'empirisme et aux données que fournit la pratique pure.

La constitution des eaux de Vichy avait fait supposer qu'on pourrait se rendre compte de leur action par les données de la chimie ordinaire. Rien de mieux sans doute que de chercher à tirer parti de cet élément d'analyse thérapeutique. On a pensé que les eaux de Vichy, par la grande proportion de bicarbonate de soude qu'elles renferment, dissolvaient les graviers d'acide urique, ce qui peut, après tout, se soutenir, et même les calculs dans la vessie, ce qu'on a bien fait d'essayer, bien qu'on n'y ait pas réussi. Mais on ne s'en est pas tenu là. Voyant les gonflements et les tophus de la goutte diminuer ou disparaître sous leur influence, comme les exostoses sous celle du mercure, comme les tumeurs strumeuses sous celle de l'iode, on a assuré que le bicarbonate de soude les dissolvait, comme le sable urique dans l'urine, sans se demander par quelle voie la solution alcaline pénétrait jusqu'à eux pour les dissoudre. Puis on a prétendu saturer de bicarbonate de soude le sang des goutteux, pour y neu-

l'un de ces cas, l'absence de détails suffisants dans un autre, ne nous permettront pas de les envisager toujours d'une manière générale.

§ Ier. — GÊNE DE LA DÉGLUTITION.

Nous avons vu que le malade de l'observation 7 éprouvait une gêne plus ou moins marquée dans l'acte de la déglutition. La paralysie des rameaux du facial qui, s'anastomosant avec des branches du glosso-pharyngien, viennent avec ces derniers se rendre au pharynx, peut expliquer le trouble de la déglutition dans ce cas. On ne peut douter en effet que ces filets anastomotiques du facial (nerf moteur) ne se distribuent à quelques-uns des muscles du pharynx. Cette opinion, d'ailleurs, se trouve confirmée par une pièce anatomique que M. Richet a déposée dans les collections du musée de la Faculté de médecine de Paris. Sur cette pièce, un rameau du facial va directement se distribuer aux muscles glosso-staphylin et pharyngo-staphylin d'un côté sans contracter, comme dans l'état ordinaire, d'anastomose avec le glosso-pharyngien. Or, comme les fonctions distinctes dévolues à chaque nerf crânien ne permettent pas de croire qu'ils puissent se suppléer, il faut admettre que cette anomalie, quant aux connexions, n'en est pas une quant à la distribution; les muscles glosso-staphylin et pharyngo-staphylin reçoivent donc normalement une influence du facial. Ce fait anatomique est d'accord avec le peu d'énergie observée dans les contractions des piliers du voile du palais et la gêne de la déglutition chez notre malade (obs. 7).

Il ne sera pas hors de propos de rappeler ici qu'un muscle (comme M. Cl. Bernard l'a démontré par ses beaux travaux sur le spinal) peut recevoir de différents nerfs des influences appropriées à des actes distincts. Je ne prétends donc pas que les muscles glosso-staphylin et pharyngo-staphylin, ou les autres faisceaux musculaires du pharynx animés par des rameaux anastomotiques du facial ne reçoivent de filets nerveux et d'influence motrice que du nerf de la septième paire exclusivement; je veux seulement dire que le pharynx, dans la paralysie du facial, a perdu une partie de ses mouvements d'où résulte la *dysphagie*.

Une autre cause encore peut contribuer à la gêne de la déglutition, c'est la paralysie du ventre postérieur du digastrique et celle du stylo-hyoïdien qui reçoivent un rameau du facial. En effet, ces muscles, dans l'état sain, élèvent la base de la langue et aident ainsi aux mouvements de la déglutition.

La dysphagie pourrait même quelquefois dépendre de la paralysie de l'un des nerfs de la septième paire; c'est au moins ce qui semble résulter d'un fait rapporté par Descot, fait dans lequel il paraîtrait que le facial du côté paralysé était le seul nerf affecté. Voici, en extrait, cette observation :

HOMME DE 46 ANS; SUPPURATION DE L'OREILLE GAUCHE; PARALYSIE FACIALE DU MÊME CÔTÉ; DYSPHAGIE; MORT; CARIE DU ROCHER; DESTRUCTION DU NERF FACIAL. (Observé par BOGROS) (1).

OBS. X. — Jean-Marie Loger, âgé 46 ans, était tourmenté depuis un an par une toux opiniâtre. Il éprouvait de temps en temps une forte douleur de tête. A la fin d'août 1817 le malade s'aperçut qu'il s'écoulait du conduit auditif de l'oreille gauche une certaine quantité de pus; peu de temps après, on lui fit apercevoir que la joue du même côté était paralysée. Loger entra à l'hôpital de la Pitié le 28 novembre 1817. La céphalalgie, devenue très-intense, était presque continuelle; il y avait immobilité presque complète de tous les muscles de la joue gauche, de ceux du pharynx du même côté. Le malade éprouvait de grandes difficultés soit pour articuler les sons, *soit pour exécuter les mouvements de déglutition*. On administra des pilules d'extrait de noix vomique depuis un demi-grain et successivement jusqu'à la dose de trois grains, etc. L'emploi de ces moyens n'ayant point arrêté les progrès du mal, la fièvre hectique et la consomption terminèrent la maladie.

AUTOPSIE. — Les cellules mastoïdiennes et la cavité du tympan étaient remplies de pus. La carie avait altéré en plusieurs points la cavité du tympan; il y avait destruction presque totale du canal spiroïde, de la portion du nerf facial qui y est contenue, des osselets de l'ouïe et de la membrane du tympan.

§ II. — NASONNEMENT; PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS.

Chez trois des malades dont nous avons rapporté l'observation (obs. VII, VIII, IX), on a remarqué une altération plus ou moins profonde de la voix. Chez l'un de ces malades (obs. VII), dont l'affection paraissait plus simple, l'altération de la voix consistait dans un nasonnement très-prononcé; or ce symptôme dépendait d'une paralysie des élévateurs du voile du palais, qui a été constatée par l'inspection des parties. Cette paralysie des élévateurs du voile du palais se rattachait-elle à l'affaiblissement que l'on remarquait en même temps aux paupières, aux joues, aux lèvres, etc., organes qui reçoivent l'influence motrice du facial? ou, pour poser la question d'une manière plus générale : la paralysie des élévateurs du voile du palais est-elle déterminée par la paralysie des nerfs de la septième paire? C'est ce que nous allons examiner.

Malgré de nombreuses recherches, les anatomistes n'ont point décidé de quel nerf proviennent les filets qui se rendent aux muscles élévateurs du voile du palais. Les muscles péristaphylin interne et palato-staphylin, élévateurs du voile du palais, reçoivent des filets nerveux du ganglion de Meckel. Ce ganglion est lui-même en rapport avec le nerf facial par le grand nerf pétreux superficiel; mais le nerf grand pétreux superficiel est-il un filet émané du facial qui, après avoir communiqué avec le ganglion de Meckel, se rend aux muscles élévateurs du voile du palais (Bidder, Cruveilhier, etc.), ou n'est-il qu'un filet rétrograde émané de la cinquième paire qui, du ganglion de Meckel, vient s'unir au facial (Meckel, Bichat, etc.), ou qui, simplement accolé à ce nerf, s'en sépare ensuite pour former la corde du tympan (H. Cloquet, Hirzel, Ribes, etc.)? Toutes ces opinions ont été soutenues, mais aucune n'a été appuyée de preuves suffisantes.

Bidder (ARCH. DE MULLER, 1837) et M. Longet (ANAT. ET PHYS. DU SYST. NERVEUX, t. II) ont rendu très-vraisemblable la première de ces opinions par cette considération que, dans certains cas de paralysie de l'un des nerfs de la septième paire observée chez l'homme, il y avait en même temps une déviation de la luette. Il est, en effet, impossible d'expliquer la déviation de la luette avec la paralysie de l'un des nerfs de la septième paire, si le nerf grand pétreux superficiel n'émane pas du nerf facial.

La question paraissait jugée, lorsque M. Debrou (THÈSE INAUGURALE, 1841) fit remarquer que la déviation de la luette est un fait assez commun chez des personnes saines et que, dans les cas d'hémiplégie faciale où cette déviation avait été observée, il pouvait n'y avoir eu qu'une simple coïncidence. Il sembla même résulter, d'expériences faites sur des chiens par

(1) Descot (P. J.), DISSERTATION SUR LES AFFECTIONS LOCALES DES NERFS, 1825, p. 329.

---

traliser l'excès d'acide urique, dont la présence semblait constituer l'essence ou la cause prochaine de la goutte.

Poussant plus loin le système, on a soutenu que si les engorgements du foie, de la rate et des autres viscères cédaient à l'emploi des eaux de Vichy, c'est que l'albumine et la fibrine, qui sont la base de ces engorgements, se dissolvaient dans le bicarbonate de soude charrié par le sang dans les extrêmes confins de la circulation, et comme on traite surtout avec avantage, à Vichy, ces affections des voies digestives, que l'on désigne sous le nom de *dyspepsie*, *gastralgie*, *entéralgie*, etc., on a supposé que l'estomac était alors épaissi, et laissait dissoudre par le même agent ses parois indurées. On ne s'en est même pas tenu là. Exhumant des théories oubliées dans les livres du siècle dernier, touchant la part que les acides peuvent prendre au développement de certaines affections, comme le cancer, le rachitisme, on a donné à entendre que les alcalins ne seraient pas tout à fait impropres à en combattre le développement, et on a invoqué (sur quelle autorité?), non pas la plasticité, mais le défaut d'alcalinité du sang dans l'inflammation, pour lui opposer les propriétés chimiques inhérentes aux eaux de Vichy.

Tout ceci est textuellement extrait des écrits de M. Petit, dont la longue pratique à Vichy et les nombreuses publications ne permettent pas de passer les opinions sous silence. Mais voyez où conduit un système? Tout cela n'est rien encore. Renchérissant sur son prédécesseur, un plus jeune et très-estimable confrère, M. Nicolas, vient de publier un long mémoire où il annonce : « qu'au moyen des eaux de Vichy, il dissout l'hypertrophie du cœur, les épaississements et indurations des valvules et orifices du cœur, pourvu qu'ils ne soient pas trop anciens, les caillots spontanément formés dans le cœur, cause fréquente de mort subite, etc. »

M. Barthez va plus loin encore : il nous montre les eaux de Vichy dissolvant les muscles eux-mêmes, ce qui ne l'empêche pas de conseiller d'alcaliser fortement les malades. « Les forces musculaires, dit-il, se trouvent bien plus affaiblies par suite de l'usage de bains alcalins que par les bains d'eau douce. Des exemples nombreux sont venus confirmer mon opinion à cet égard. Cet effet est dû sans aucun doute à l'action hyposthénisante des eaux. Ceci, dans tous les cas, n'a rien qui doive nous surprendre, puisque leur propriété dominante est de *dissoudre la fibrine et l'albumine qui constituent la trame de nos organes*, et de rendre par conséquent les tissus plus mous et plus perméables. La graisse, qui ne renferme aucun de ces éléments, *se trouve par ce moyen non-seulement respectée*, mais encore augmentée, et cela devait être, puisque l'assimilation se trouve plus parfaite. »

Tout cela est logique. Le premier pas fait dans la voie, nous ne voudrions cependant chagriner personne, dans la voie de cette chimie informe (quel autre nom donner à cette chimie de laboratoire appliquée à l'économie, sans aucun souci de ce que la chimie organique nous a enseigné depuis vingt ans et de ce qu'elle nous a laissé ignorer?), devait mener, de conséquence en conséquence, à tout guérir, même l'anévrisme du cœur, avec les eaux de Vichy, ce qu'il a de plus propre à déconsidérer une médication, et à tout expliquer dans le mode d'action de ces eaux, ce qui équivaut à ne rien expliquer du tout.

Je m'étais promis cependant de laisser là les dissolutions, les réactions, et l'alcalisation et la saturation de l'économie, expressions que le chimisme local

M. Debrou, que la septième paire est totalement étrangère aux mouvements du voile du palais, qui seraient au contraire sous l'influence directe du nerf glosso-pharyngien.

Après avoir ouvert la cavité du crâne sur cinq chiens, et avoir mis à découvert l'origine des nerfs que fournit la moelle allongée, M. Debrou appliqua le galvanisme successivement au nerf facial et au nerf glosso-pharyngien dans la cavité même du crâne. Sur quatre de ces chiens, l'application du galvanisme au facial ne produisit aucun mouvement dans le voile du palais; au contraire, sur tous ces animaux, l'excitation galvanique du glosso-pharyngien provoqua des mouvements très-forts dans le voile du palais et dans ses piliers.

Nous admettons, comme un fait acquis, que l'*excitation directe* des nerfs de la septième paire ne provoque point de mouvements dans le voile du palais. Quant à ceux qui ont été produits par l'excitation des nerfs glosso-pharyngiens, ils trouveront leur explication ci-après. Nous ferons seulement remarquer ici que, dans la relation de ses expériences, M. Debrou ne dit pas qu'il eût séparé de la moelle allongée le facial et le glosso-pharyngien. Nous pouvons assurer que M. Debrou ne l'a pas fait, car il eût ainsi rendu l'application du galvanisme à l'origine de ces nerfs beaucoup plus difficile, sinon impossible.

De nouvelles connaissances, récemment acquises sur quelques propriétés des nerfs, nous ont permis d'envisager ces faits à un autre point de vue et d'en tirer des conclusions différentes que nous avons confirmées par des expériences sur des animaux. Après les avoir exposées, nous rapporterons des cas de paralysie de l'un des nerfs de la septième paire par lesquels nous espérons établir que la déviation de la luette dans l'hémiplégie faciale n'est point une simple coïncidence, mais qu'elle est l'effet de la paralysie du nerf facial (la paralysie devant nécessairement exister alors sur le nerf facial avant la seconde partie de son trajet dans le canal de Fallope.)

Pour faciliter l'intelligence des expériences que nous allons exposer, il sera utile de donner quelques explications préliminaires : des travaux récents de M. Claude Bernard tendent à faire regarder comme une loi générale que, dans ce genre de phénomènes auxquels on a donné le nom d'actions réflexes, les actions ou les mouvements sont déterminés par une excitation directe des centres nerveux ou par une excitation communiquée au centre nerveux par un nerf de sensibilité ; mais jamais ces actions ou ces mouvements ne sont déterminés par l'excitation directe du nerf qui rapporte l'excitation du centre nerveux aux parties. Ainsi, comme l'ont montré les expériences bien connues d'Herbert Mayo sur les nerf de l'œil (ANAT. AND PHYSIOL. COMMENTARIES, n° 2, 1823, p. 5), si l'on coupe le nerf optique et si l'on excite le bout central (celui qui tient au cerveau), le nerf moteur oculaire commun étant intact, la pupille se rétrécit; mais si l'on porte l'excitation sur le bout central du nerf optique, après avoir coupé le nerf moteur oculaire commun, cette excitation ne produit plus aucun mouvement dans la pupille. C'est donc le nerf moteur oculaire commun qui conduit l'excitation du cerveau à l'iris. Eh bien! une irritation quelconque portée directement sur le nerf moteur oculaire commun ne produit aucun mouvement dans l'iris (1). Plusieurs faits analogues ont été mis dernièrement en lumière par M. Claude Bernard, qui a déterminé en outre certaines conditions anatomiques des nerfs qui président à ces actions réflexes; ainsi il existe toujours sur le trajet du filet nerveux qui ramène l'excitation du centre nerveux aux parties un ganglion du grand sympathique. En somme, l'on voit que l'excitation directe d'un nerf est insuffisante pour faire juger de l'aptitude de ce nerf à produire des mouvements, lorsque ces mouvements rentrent dans la catégorie de ceux qu'on a désignés sous le nom de réflexes; car ici, à l'inverse de ce qui se passe pour les nerfs de mouvements volontaires, l'excitation portée sur le nerf de sensibilité produit des mouvements; portée sur le nerf du mouvement, elle n'en produit aucun (les deux nerfs étant en communication avec les centres nerveux).

Si l'on considère à ce point de vue et la nature des mouvements du voile du palais et les nerf qu'il reçoit, l'on remarquera, d'une part, que les fonctions de cet organe s'accomplissent sans la participation directe de la volonté, par action réflexe; d'autre part, l'on verra un filet nerveux qui, des muscles élévateurs de cet organe, se rend au nerf facial en communiquant avec un ganglion du grand sympathique. Il sera donc permis de présumer que le mécanisme, si l'on peut dire ainsi, par lequel s'accomplissent certains mouvements du voile du palais, est analogue à celui par lequel s'accomplissent certains mouvements de l'iris, c'est-à-dire que nous aurons un nerf de sensibilité (soit le glosso-pharyngien) agissant comme le nerf optique, en portant une excitation au centre nerveux et un nerf de mouvement (soit le nerf facial) communiquant avec un ganglion du grand sympathique (le ganglion de Meckel) et rapportant l'excitation centrale aux parties, semblable en ces deux points au moteur oculaire commun.

Les expériences suivantes, entreprises pour vérifier ces analogies, les ont pleinement confirmées.

EXP. I. — Sur un chien de forte taille, l'os hyoïde fut incisé dans sa partie moyenne et l'incision prolongée jusqu'au larynx, afin de mettre en évidence toute la face antérieure du voile du palais. Ensuite, le nerf glosso-pharyngien fut mis à découvert au cou, peu après sa sortie du trou déchiré postérieur, et l'animal fut tué par la section de la moelle épinière au-dessous de l'origine des nerfs crâniens. Cela fait, les pôles d'une pile furent mis en contact avec le nerf glosso-pharygien, des contractions violentes agitèrent le voile du palais, ses piliers et une partie du pharynx du même côté. Cette manœuvre ayant été répétée à plusieurs reprises avec le même résultat, le nerf glosso-pharyngien fut coupé. Les pôles de la pile appliqués alors sur le bout périphérique, c'est-à-dire sur celui qui aboutissait au pharynx et au voile du palais, aucun mouvement ne se manifesta dans ces organes; au contraire, le galvanisme ayant été porté sur le bout central du nerf glosso-pharygien, c'est-à-dire sur celui qui tenait à la moelle allongée, les contractions du voile du palais, de ses piliers et du pharynx furent tout aussi vivement excitées que lorsque le nerf était intact.

EXP. II. — Un chien de forte taille ayant été préparé, comme dans l'expérience précédente, pour laisser à découvert le voile du palais; la partie postérieure du crâne fut enlevée par un trait de scie. Le nerf facial du côté droit fut ensuite coupé à son entrée dans le conduit auditif interne. On s'assura que la section avait bien porté sur ce nerf par la perte des mouvements de la face du même côté, et plus tard par l'autopsie. Le nerf facial gauche fut laissé intact. L'animal ayant été tué par la section de la moelle épinière, au-dessous de l'origine des nerfs crâniens, les nerfs pneumogastrique, glosso-pharyngien, grand hypoglosse

(1) D'après Herbert Mayo, l'excitation du nerf moteur oculaire commun produirait le resserrement de la pupille chez le pigeon. Il est possible qu'il en soit ainsi chez les oiseaux; mais chez les mammifères, l'excitation de ce nerf ne produit aucun effet sur la pupille, lorsque l'on a garanti l'œil de tout tiraillement par la section des muscles animés par le moteur oculaire commun.

---

a mises à la mode à Vichy; mais il était bon aussi de montrer ce que la *science* avait produit jusqu'à présent à Vichy, avant de nous engager simplement dans les méandres de la pratique. En faisant cette exposition, que sa concision n'altère ni n'exagère en rien, je n'ai pas eu l'intention de jeter un blâme facile sur des théories dont le plus grand tort est peut-être dans le trop de laisser-aller avec lequel on les a développées et reproduites. Elles appartiendront pour un temps, ces théories, à l'histoire de Vichy, et sous ce rapport devaient trouver une place dans cette sorte de préface ou d'avant-propos. Quant à leur critique, nous l'abandonnons au lecteur, n'ayant, après tout, à réclamer que pour nous-même l'indulgence dont toute plume a besoin, et à laquelle nous voudrions nous trouver quelques droits.

On nous permettra, avant d'aller plus loin, quelques mots encore sur la thérapeutique thermale considérée d'une manière générale.

La multiplicité des sources minérales sera toujours un grand embarras pour le praticien. Le manuel de M. Pâtissier, lequel est bien loin d'être un ouvrage complet, surtout aujourd'hui, mentionne plus de deux cent cinquante eaux minérales différentes : comment s'y reconnaître au milieu de ces analyses chimiques qui se rapportent toutes à quelques types peu nombreux, de ces propriétés médicales presque toujours identiques, pour les eaux les plus variées?

Mais si l'on a dit que toute la médecine pouvait se faire avec trois médicaments, l'opium, le sulfate de quinine et l'émétique, et s'il est vrai qu'il peut suffire de quinze à vingt médicaments pour faire une médecine active et bienfaisante, il est surtout vrai que toute la médecine thermale peut se faire avec un petit nombre de sources minérales. Le jour où l'on voudra bien se convaincre de cette vérité, où les médecins, mieux guidés dans leurs études et mieux instruits par les livres, au lieu de se charger la mémoire d'une foule de noms propres d'établissements thermaux, de sources, de principes minéralisateurs, de propriétés magnifiques, concentreront leurs études sur un petit nombre d'établissements choisis pour l'excellence de leurs eaux, la multiplicité des ressources qu'ils offrent, les travaux qui les ont fait connaître, alors seulement les eaux minérales seront véritablement à la portée des médecins, comme les chemins de fer et les habitudes du jour les mettent à la portée des malades; elles auront leur place dans les formulaires et les traités de thérapeutique, comme des agents connus, vulgaires, et que l'on ne prescrira plus qu'avec connaissance de cause.

Pour faire ce choix d'eaux minérales, aura-t-on égard d'abord à leur composition chimique prédominante? Ainsi prendra-t-on tant d'eaux alcalines, sulfureuses, ferrugineuses, salines, etc.? Ce mode de classification, dont la nécessité ne peut être contestée s'il s'agit d'étudier les eaux minérales en elles-mêmes, ne saurait avoir la même signification dès qu'on vient à les considérer sous le rapport de leur action thérapeutique.

Quand nous savons que les eaux de Vichy, celles d'Ems et celles d'Évian sont alcalines, à des degrés divers, nous n'en avons pas appris davantage relativement aux propriétés thérapeutiques distinctes qui appartiennent à chacune d'elles. Les sels de chaux, de soude et de magnésie que renferment les eaux de Louesche ne sauraient donner une idée de l'usage qu'on en fait dans les maladies de la peau. L'analyse chimique des eaux minérales ne fournit qu'une donnée première, laquelle permet de se guider d'après l'action des sources analogues, d'après les notions de la thérapeutique ordinaire, mais qui est en tout soumise à

et lingual furent mis rapidement à découvert de chaque côté, peu après leur sortie de la base du crâne. Alors les pôles d'une pile furent portés sur le nerf glosso-pharyngien du côté droit (côté où le nerf facial était détruit), des mouvements se produisirent dans les piliers du voile du palais de ce côté et dans les parties voisines ; mais le voile lui-même n'éprouvait que quelques légers mouvements produits évidemment par le tiraillement des parties environnantes. Le galvanisme ayant été ensuite appliqué au glosso-pharyngien du côté gauche (côté où le facial était intact), les mouvements du côté correspondant du voile du palais furent beaucoup plus forts et plus étendus que ceux qui avaient été produits de l'autre côté. Non-seulement les piliers étaient agités, mais le voile lui-même offrait des mouvements évidemment indépendants du tiraillement des parties voisines et qui se manifestaient par un froncement qui remontait très-haut sur la moitié du voile du palais correspondante au nerf excité.

Le galvanisme appliqué aux nerfs pneumogastrique, grand hypoglosse et lingual de chaque côté ne produisit aucun mouvement dans le voile du palais ni dans ses piliers.

La première expérience prouve que le nerf glosso-pharyngien n'est pas le nerf moteur du voile du palais, mais qu'il provoque des mouvements réflexes par l'excitation qu'il transmet au centre nerveux, excitation qui est ramenée aux parties par un autre nerf.

La seconde expérience prouve que les mouvements réflexes du voile du palais provoqués par l'excitation du glosso-pharyngien, sont en partie transmis par le nerf facial, les mouvements des piliers de ce voile n'étant pas communiqués par ce nerf.

Ces résultats, en mettant en lumière le mode d'action du glosso-pharyngien et du facial sur le voile du palais, expliquent suffisamment les expériences de M. Debrou. Loin d'être en opposition avec les faits pathologiques observés chez l'homme, ils viennent plutôt les confirmer. Mais l'expérimentation sur le chien suffit-elle pour mettre à l'abri de toute contestation chez l'homme l'influence du facial sur le voile du palais? Malgré la forme un peu différente de cet organe et l'absence de la luette chez le chien, peut-on ici conclure par analogie de cet animal à l'homme? Cela ne nous paraît point douteux. Néanmoins, afin de ne laisser aucune incertitude sur ce sujet, nous rapporterons des faits d'hémiplégie faciale avec déviation de la luette, dans lesquels on ne pourrait invoquer une coïncidence, et qui montreront, au contraire, que le nerf facial a une action bien réelle sur les muscles élévateurs du voile du palais.

Avant d'aller plus loin, nous ferons remarquer que la déviation de la luette que l'on observe normalement, chez un certain nombre de personnes, n'est en général, comme nous nous en sommes assuré, qu'une simple inclinaison de cet appendice, inclinaison qui peut même varier avec les diverses positions que l'on donne à la tête. En outre, dans cette déviation de la luette, le voile du palais reste parfaitement normal, et les arcades que forment ses piliers sont égales et régulières. Dans la paralysie du facial, ce n'est plus une simple déviation de la luette que l'on observe, mais une courbure en arc de cet appendice. Nous avons plusieurs fois constaté ce fait, et il a été indiqué par les observateurs qui sont entrés dans quelques détails sur ce sujet. Du côté du voile du palais, l'on observe en même temps des changements non moins notables : les arcades palatines ne sont plus bien symétriques ; elles n'ont plus une largeur et une hauteur égales pour chaque côté, et le désaccord se fait surtout remarquer sur les piliers postérieurs.

En voici un exemple que nous avons récemment observé à l'hôpital de la Charité.

HOMME DE 29 ANS; SYPHILIS; PARALYSIE FACIALE A DROITE; IRRÉGULARITÉ DU VOILE DU PALAIS; COURBURE DE LA LUETTE; NASONNEMENT; TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE; ÉLECTRO-MAGNÉTISME; AMÉLIORATION; RETOUR DE LA RÉGULARITÉ DU VOILE DU PALAIS.

OBS. XI. — Le nommé Arnoux (Édouard), âgé de 29 ans, commis, est entré à l'hôpital de la Charité le 17 février 1852; il est couché salle Saint-Michel, n° 27. Il y a environ huit ans, il eut un chancre et ensuite deux blennorrhagies. Quatre ans après, il éprouva des douleurs nocturnes dans les membres. Il y a sept ou huit mois, il ressentit des douleurs aiguës dans l'oreille droite, accompagnées de céphalalgie. Enfin, il y a trois mois, il s'aperçut d'une paralysie du côté droit de la face. De ce côté, il ne pouvait ni rider le front, ni fermer les paupières, ni contracter ses traits. L'angle des lèvres était pendant et la bouche tirée à gauche. Le malade ne pouvait siffler ni prononcer avec précision certaines lettres qui nécessitent le resserrement des lèvres, comme *p*, *b*, *m*, ou une certaine résistance des joues, comme *f*, *o*, *u*. Cependant cette imperfection de la prononciation, très-apparente lorsque le malade articule une de ces lettres isolément, l'est beaucoup moins dans la conversation. A son entrée à l'hôpital, tous ces phénomènes persistent, et l'on constate en outre les suivants : l'ouïe, normale à gauche, est très-dure de l'oreille droite; le mouvement d'une montre, placée à 1 centimètre de cette oreille, n'est point perçu. Néanmoins, les sons forts ou aigus l'impressionnent douloureusement. Le malade assure que les sensations auditives qu'ils produisent sont plus longues et plus persistantes du côté paralysé que du côté sain. L'odorat paraît ne point offrir de différence entre les deux côtés; cependant la narine droite est moins ouverte que la gauche. Le goût, au contraire, est sensiblement affaibli sur la moitié droite de la langue; l'impression causée sur cette partie par un courant électro-magnétique est aussi moins forte que de l'autre côté. Le malade peut porter la langue hors de la bouche, la recourber sur la lèvre supérieure, la diriger facilement à droite ou à gauche; mais si, par un mouvement forcé, il veut lui faire toucher le milieu du menton, elle se dévie constamment à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie.

Le voile du palais n'est pas régulier; l'arcade formée par le pilier antérieur droit est moins élevée que la gauche. Le pilier postérieur du même côté droit tombe directement en bas, sans s'incurver comme celui de l'autre côté. *La luette est recourbée en arc;* sa pointe est dirigée en avant et vers le côté paralysé, tandis que sa base est un peu portée vers le côté sain.

La voix de ce malade est *légèrement nasonnée.* Ce nasonnement, qui n'est pas assez prononcé pour éveiller l'attention d'un étranger, a pu être apprécié par le malade lui-même et remarqué par ses parents et ses amis. Les mouvements de la mâchoire inférieure n'ont rien perdu de leur énergie; la sensibilité de la face est intacte.

L'électro-magnétisme, appliqué aux muscles de la face du côté paralysé, provoque des contractions à peine appréciables; un courant dirigé sur le nerf facial du même côté, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, laisse tous les muscles de la face dans la plus complète immobilité.

TRAITEMENT. — Pendant les six semaines qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital de la Charité, il a pris chaque jour de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium. Depuis son entrée, on lui a prescrit des pilules de Sédillot et la tisane de Feltz. A dater du 5 mars, les parties paralysées ont été soumises tous les jours à un courant électro-magnétique, par les soins de M. le docteur Bonnefin.

Aujourd'hui 25 mars, après dix-huit séances d'électro-magnétisme, le côté paralysé offre l'état suivant : les muscles se contractent sous le courant électrique; la paupière supérieure s'abaisse plus complétement; les aliments séjournent moins entre la joue et les dents; la bouche est moins déviée. Cependant les mouvements volontaires des joues et du front ne sont pas encore possibles. La langue

---

l'expérience.

Mais si l'on étudie les eaux minérales d'après l'ensemble de leurs effets thérapeutiques connus, d'après la clinique qui s'y fait, si je puis ainsi dire, on aura aussitôt un cadre tout tracé et pour l'étude et pour la pratique. Que l'on me permette d'esquisser, pour mieux rendre ma pensée, le tableau suivant :

Dans les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes, c'est-à-dire dans la plupart des maladies chroniques de l'abdomen, peuvent convenir les eaux de Vichy, de Plombières, de Carlsbad, de Kissingen; dans les maladies cutanées, Bareges, Bagnères-de-Luchon, Louesche; dans les affections de l'appareil respiratoire, Bonnes, le Mont-d'Or, Ems; dans celles de l'appareil urinaire, Vichy, Contrexeville, Evian; dans les affections rhumatismales, Bourbon, Baréges, Aix, Néris, etc.

Ceci n'est qu'un spécimen de ce que je comprends et de ce que je conseille de faire : restreindre le champ de la thérapeutique thermale dans la limite de ce que l'expérience et la notoriété ont consacré; offrir à cette même thérapeutique un cercle assez étendu pour satisfaire aux exigences variées et complexes des états pathologiques divers, et des constitutions et des âges et des diathèses différentes.

Mais que ferons-nous de ces sources innombrables qui jaillissent de tous côtés, qui semblent sortir de terre chaque jour, faisant valoir avec une égale énergie et la supériorité de leurs vertus et leur droit aux malades? Toutes ces sources, secondaires ou par leur valeur réelle, ou pour leur réputation, ou pour la quantité des eaux dont elles disposent, ou pour la nature des ressources qu'elles offrent, peuvent rendre de grands services aux localités qui les avoisinent, tout le monde le comprend. Mais si quelqu'une d'entre elles possédant une supériorité réelle ou propre à quelque application nouvelle, mérite de fixer l'attention de la généralité des praticiens, ce ne sera ni par des prospectus ni par des certificats de complaisance qu'elle y parviendra; le temps et les études des médecins consciencieux qui en auront éprouvé la valeur y suffiront. En résumé, si l'on veut que la thérapeutique thermale prenne dans la médecine le rang qui lui appartient, il faut à tout prix la simplifier.

Et, d'ailleurs, n'est-il pas vrai que, malgré le luxe et l'abondance de nos traités de matière médicale, tout médecin un peu expérimenté finit par s'habituer à un nombre limité de médicaments et de formules dont il a reconnu la convenance au plus grand nombre des cas soumis à son observation. Eh bien! ce choix raisonné et raisonnable, car il est seul compatible avec une saine pratique, voilà ce que nous demandons pour les eaux minérales. Seulement, comme il n'est généralement pas permis d'expérimenter à sa guise ces médications lointaines et d'en observer à loisir les effets, il est naturel qu'on s'attache de préférence à celles pour lesquelles l'expérience a prononcé, et dans le cercle plus restreint desquelles il est seulement permis d'acquérir des lumières personnelles.

DURAND-FARDEL,

médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy.

se dévie toujours à gauche. La luette offre encore une courbure à droite ; mais *le voile du palais a repris sa régularité; les arcades formées par les piliers antérieurs sont égales des deux côtés*; le pilier postérieur gauche est encore un peu tombant. *Le nasonnement a diminué très-notablement.*

L'irrégularité du voile du palais; son retour à l'état normal, coïncidant avec une amélioration dans les phénomènes extérieurs de la paralysie; la diminution de nasonnement, sont certainement d'un grand intérêt pour la question qui nous occupe.

Il est à regretter que les observateurs n'aient pas accordé à l'examen du voile du palais la même attention qu'à celui de la luette, et que, même sous le rapport de cet organe, la plupart se soient bornés à indiquer simplement sa déviation, sans faire mention de sa forme. Nous ne rappellerons pas ces observations incomplètes; les cas suivants, dans lesquels on a signalé la courbure en arc ou une grande torsion de la luette, nous paraissent suffisamment concluants.

HOMME DE 38 ANS; PARALYSIE FACIALE GAUCHE PAR IMPRESSION DU FROID; COURBURE DE LA LUETTE; GUÉRISON DE LA PARALYSIE; REDRESSEMENT DE LA LUETTE (1). (Observé par ROMBERG, ainsi que les 3 cas suivants.)

OBS. XII. — « Un homme de 38 ans, parfaitement sain, fut atteint, par suite d'un refroidissement subit, d'une paralysie de tout le nerf facial gauche. Il se plaignit en même temps d'une douleur dans l'oreille gauche, jointe à une difficulté d'entendre et à une sensation de sécheresse dans la partie gauche de la bouche. La luette était oblique, *courbée en arc*, la pointe tournée à gauche. Le siége de la maladie était évidemment dans le rocher. Contre mon attente, la guérison fut rapide; elle s'opéra au bout de quinze jours, à la suite d'applications de sangsues derrière l'oreille gauche, de frictions avec l'onguent napolitain et d'une solution de sulfate de magnésie avec teinture de colchique.

» *La luette reprit sa position normale* un peu plus tard que les muscles de la face. »

PARALYSIE FACIALE GAUCHE; COURBURE DE LA LUETTE (2).

OBS. XIII. — « Le second malade présentait une paralysie complète du nerf facial gauche, consécutive à une affection de la base du cerveau et accompagnée d'une paralysie des nerfs voisins, cinquième et sixième paire; l'acoustique et le nerf pneumo-gastrique avaient cependant conservé toutes leurs fonctions. Ici encore le voile du palais n'était pas dans sa position normale. La luette était oblique, *courbée vers la partie gauche.* »

OTORRHÉE; PARALYSIE FACIALE DROITE; COURBURE DE LA LUETTE (3).

OBS. XIV. — « A la suite d'une otorrhée, une fille de 13 ans, scrofuleuse, fut atteinte d'une paralysie du nerf facial droit, d'une surdité de l'oreille droite, avec hémiplégie du voile du palais. *Courbure en arc de la luette* et direction de sa pointe vers la partie droite. »

OTORRHÉE; PARALYSIE FACIALE GAUCHE; TORSION DE LA LUETTE (4).

OBS. XV. — « Une fille de 8 ans est atteinte depuis son enfance d'une paralysie complète du nerf facial gauche. De profondes cicatrices au niveau du trou stylo-mastoïdien auraient pu aisément me conduire à admettre que là résidait la cause de la paralysie; mais *la grande torsion de la luette* vers la partie gauche me fit soupçonner une cause cachée dans l'intérieur du rocher, et la déclaration de la mère qui m'apprit qu'au septième mois l'enfant avait souffert d'une violente otorrhée de l'oreille gauche, qui avait laissé échapper de petits fragments d'os de forme spéciale, confirma pleinement mes soupçons. Lors de la présentation de cet enfant à la clinique, nous remarquâmes la bouche tournée à gauche, contrairement aux symptômes d'une paralysie du nerf facial gauche. La cause de ce phénomène était purement mécanique. Un gonflement scrofuleux de la joue droite avait refoulé la bouche vers la gauche. »

Dans l'observation 12 on a constaté le redressement de la luette après la guérison de la paralysie faciale. Or ce retour de la luette à son état normal prouve de la manière la plus évidente l'intervention du nerf facial dans les mouvements de cet appendice. Un cas semblable a été observé par M. Diday, qui en a suivi la marche avec beaucoup d'attention, dans la pensée que si le redressement de la luette s'opérait avec la guérison de la paralysie faciale, ce fait serait d'un grand poids dans la question qui nous occupe. En voici l'extrait :

HOMME DE 25 ANS; SYPHILIS; PARALYSIE FACIALE DU CÔTÉ GAUCHE; DÉVIATION DE LA LUETTE; GUÉRISON DE LA PARALYSIE; REDRESSEMENT DE LA LUETTE (5).

OBS. XVI. — « Le nommé Fontaine, âgé de 25 ans, affecté de syphilis constitutionnelle, fut reçu dans le service de M. Ricord le 13 août 1842. Il se plaignait d'étourdissements et d'une surdité commençante; il avait, en outre, une hémiplégie des plus caractérisées du côté gauche de la face; diminution de l'odorat et du goût du même côté. *La luette était un peu portée en avant et fortement déviée à droite*, et elle se maintenait dans la même direction quels que fussent les mouvements du voile du palais que le malade exécutât pendant que la bouche demeurait ouverte. (*Traitement :* Sangsues, vésicatoires, iodure de potassium.)

» Le 14 septembre, après un mois de traitement, les caractères extérieurs de la paralysie faciale sont presque tous effacés. *La luette est droite* et elle conserve la rectitude dans tous les mouvements que le malade lui imprime. »

A propos de ce dernier cas, nous ferons observer qu'il serait nécessaire, lorsqu'on parle du côté vers lequel la luette est déviée, de spécifier s'il s'agit de sa pointe ou de sa base. C'est sans doute à cette omission que l'on doit attribuer le désaccord de quelques observations sur ce point.

En résumé, ces observations de paralysie de l'un des nerfs de la septième paire, dont la cause existait sur le nerf avant sa sortie du trou stylo-mastoïdien, nous ont offert soit une irrégularité du voile du palais, soit une courbure de la luette, soit une grande déviation de cet appendice. On doit surtout remarquer le retour de la régularité du voile du palais dans un cas, le redressement de la luette dans deux autres, coïncidant avec la guérison de l'hémiplégie faciale.

On ne peut expliquer ces divers phénomènes ou leur succession, dans ces cas de paralysie de l'un des nerfs de la septième paire, par une simple coïncidence. Le défaut de symétrie du voile du palais ou de la luette dépend évidemment de la paralysie de quelques-uns des muscles de ces organes d'un côté. C'est la répétition de ce qui se passe à l'extérieur pour les traits du visage.

Ainsi la pathologie chez l'homme, l'expérimentation chez le chien, témoignent de l'action du facial sur le voile du palais, et déterminent l'origine des filets nerveux qui aboutissent aux muscles péristaphylin interne et palato-staphylin.

Que fût-il arrivé dans ces cas de paralysie faciale d'un côté, avec déviation du voile du palais ou de la luette, s'il était survenu une paralysie semblable du côté opposé ? Évidemment un retour à la symétrie du voile du palais et de la luette, ainsi qu'on l'eût observé en même temps pour les traits du visage; mais alors, tout mouvement ayant été aboli dans les muscles péristaphylin interne et palato-staphylin des deux côtés, le voile du palais fût resté immobile et dans l'impossibilité de se relever : de là serait résulté le passage de l'air dans les narines pendant l'émission de la voix et le nasonnement symptomatique. C'est donc à la paralysie des deux nerfs de la septième paire que nous devons rapporter ces divers phénomènes, qui ont été constatés dans notre obs. VII de paralysie générale de ces deux nerfs. C'est encore à la paralysie des élévateurs du voile du palais, consécutive à celle de ces nerfs, qu'il faut rapporter le passage des liquides du pharynx dans les fosses nasales observé chez le même malade, et la difficulté qu'il éprouvait à expulser hors du pharynx les mucosités qui s'y amassaient. En effet, c'est par une expiration brusque que l'on amène dans la bouche ces mucosités avec l'air expiré; cet air se perdant en partie dans les narines lorsque le voile du palais ne le dirige plus vers la cavité buccale, l'effort doit être beaucoup plus considérable.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS, APRÈS L'INCISION; CAUTÉRISATIONS RÉPÉTÉES SANS PANSEMENTS; par M. le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, etc.

Quand on se rappelle le temps où les caustiques, la ligature, les syringomes et plusieurs autres moyens occupaient grandement le praticien pour le traitement des fistules à l'anus, on reconnaît avec satisfaction combien l'art a fait des progrès à ce sujet. Maintenant la méthode de l'incision est généralement adoptée et appliquée à la plupart des cas. Si les praticiens diffèrent encore, c'est sur le mode de pansement. Est-il nécessaire d'interposer une forte mèche de charpie entre les lèvres de l'incision, comme nous l'avons toujours vu faire dans les plus grands hôpitaux de France? Est-il préférable d'insérer quelques brins de charpie, on de se borner même à l'application d'un plumasseau sur l'ouverture anale, suivant les conseils de Pouteau? Telle est la question qui divise encore les cliniciens en Eu-

(1) Romberg (M. H.), LEHRBUCH DER NERVEN KRANKHEITEN DER MENCHEN. Berlin 1851; 3e partie, p. 45.
(2) Romberg, *ouvrage cité.*
(3) Romberg, *ouvrage cité.*
(4) Romberg, *ouvrage cité.*
(5) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1842, p. 833.

rope. « Je conclus, écrit le célèbre chirurgien de Lyon (1), que dans le pansement ordinaire des fistules à l'anus, pour lesquelles on a fait l'opération, l'usage d'introduire dans le fondement des plumasseaux est inutile, incommode et dangereux. » Cette opinion nous paraît exagérée et défavorable à la guérison des malades. Quoique les matières muqueuses et intestinales semblent propres à empêcher l'accolement des lèvres de l'incision récemment pratiquée, néanmoins l'expérience apprend que ce fâcheux résultat a plusieurs fois suivi un pansement négligé. Ainsi, nous avons vu un accident pareil chez un opéré du professeur Lallemand à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi et sur un autre traité vers la fin de 1847 à l'hôpital Saint-Louis, par M. Jobert de Lamballe. « J'ai éprouvé une fois ce désagrément, écrit Sabatier (2). » « J'ai vu plusieurs fois, dit Boyer (3), l'opération n'avoir point de succès par cela seul qu'on avait négligé l'usage de la mèche. »

On croit communément que les chirurgiens anglais préconisent le précepte de Pouteau et condamnent le traitement généralement adopté en France, qu'ils qualifieraient de *routine française* (4). Ce n'est pas cependant ce que nous lisons dans les principaux ouvrages anglais. « On nous blâme, dit S. Cooper (5), de ce que nous ne bourrons pas la plaie de charpie et de ce que nous ne faisons qu'introduire une pièce de linge. » Nous ne voyons pas là que les praticiens anglais rejettent à peu près tout pansement, et il nous semble bien permis de croire qu'une languette de linge interposée avec soin entre les lèvres de l'incision procurerait les mêmes avantages que nos tentes et nos bourdonnets. Mais ce n'est pas contre l'emploi de ces derniers que Pott s'est élevé, mais bien contre l'emploi des divers escarrotiques dont on avait l'habitude de les oindre dans l'époque précédente. « Aussitôt après l'opération, dit le célèbre chirurgien anglais (6), il faut introduire entre les lèvres divisées des incisions un léger bourdonnet de linge fin, tant pour réprimer la petite hémorrhagie qui peut avoir lieu que pour empêcher la réunion immédiate de ses lèvres. Il faut laisser le premier pansement jusqu'à ce qu'une suppuration commençante le rende assez lâche pour l'extraire aisément, et les autres doivent être aussi doux, aussi légers, aussi faciles qu'il est possible, et composés uniquement de substances propres à exciter par degrés une bonne suppuration. »

Critiquant ensuite l'usage des pâtes, des injections, des huiles, des baumes, enfin des substances qui, quoique employées sous les noms spécieux de digestifs, de détersifs, enflamment réellement, irritent les parties, et retardent la bonne suppuration que l'on doit désirer au lieu de la favoriser, Pott ajoute : « Je n'ai pas vu un seul cas qui n'ait guéri par la simple division suivie d'un pansement doux et léger, et je n'ai pas employé un seul grain de *précipité* ou de quelque autre escarrotique. » Telle est évidemment l'idée qui dirige aujourd'hui tous les praticiens en France : empêcher l'adhésion des bords de la plaie, produite par l'instrument tranchant, à la faveur d'une pièce de linge. Le volume, et l'espèce du corps interposé, est une différence manifestement très secondaire.

Pour pratiquer le pansement exigé, il faut une certaine habitude, une certaine instruction dont ne sont pas toujours pourvus les aides auxquels ce soin se trouve ordinairement confié. C'est même la véritable source des insuccès signalés précédemment. Ce pansement est, du reste, incommode et assujettissant pour les malades, qu'il oblige à garder la chambre et même le lit. Afin d'éviter tous ces inconvénients, nous avons eu recours à un nouveau procédé dont le fait suivant montrera la première réussite.

BLENNORRHAGIE ; FISTULE A L'ANUS ; INCISION ET CAUTÉRISATION RÉPÉTÉE A L'AIDE DE NITRATE D'ARGENT, SANS PANSEMENT ; GUÉRISON.

OBS. I. — Le 1er octobre 1851 vint dans mon service à l'hôpital Saint-Éloi, M. B....., âgé de 27 ans, lieutenant au 12e régiment d'infanterie légère. Cet officier est atteint d'une blennorrhagie pour laquelle je prescris les divers remèdes communément employés en pareil cas. Déjà l'urétrite est près de disparaître, quand cet officier se plaint d'une petite tumeur située au côté gauche de l'anus. L'examen de cette partie ne tarde pas à me faire découvrir une fistule dont l'ouverture interne est placée à un centimètre environ en dehors de la muqueuse du rectum, et dont l'orifice profond s'élève à la même hauteur, au-dessus du sphincter externe de l'anus.

Le 20 octobre, ce militaire est apporté sur le lit de la salle d'opération. Les inhalations de chloroforme le plongent dans une profonde anesthésie. J'introduis au sein de la fistule une sonde cannelée dont le bout est ramené à travers l'anus, et d'un coup de bistouri, poussé dans la cannelure de la sonde, j'incise le point charnu qui sépare la cavité du rectum de celle de la fistule. Un peu de sang étant fourni par les lèvres de l'incision, je l'arrête au moyen d'une forte mèche et d'un bandage compressif.

(1) OEuvres posth., t. III, p. 138, 147.
(2) MÉD. OPÉRAT., 2e éd., t. I, p. 33?; 1810.
(3) TRAIT. MAL. CHIR., t. X, p. 123, nouv. éd.
(4) DICT. EN 30 VOL., t. III, p. 340; 1833.
(5) DICT. DE CHIR., t. I, p. 181.
(6) OEUV. CHIR., éd. 1778, t. II, p. 334, 336.

Cet appareil reste en place pendant vingt-quatre heures; alors l'hémorrhagie a cessé. J'enlève l'appareil et cautérise les lèvres de l'incision avec le nitrate d'argent. Dès ce moment aucun pansement n'est appliqué; le malade quitte le lit et se promène dans la salle. Chaque matin et puis chaque deux jours, le nitrate d'argent est promené sur les lèvres de la plaie.

Tel est le seul traitement employé pour amener la guérison de cette fistule à l'anus, suivant le mode ordinaire de cicatrisation. Il me semble présenter une simplification remarquable : point de tentes, point de mèches, point de bandages, point de gêne pour les malades, qui peuvent quitter le lit et vaquer à des occupations sédentaires le lendemain de l'opération.

L'introduction d'une mèche et l'application d'un bandage en T est seulement utile pendant le premier jour, afin de faire cesser toute perte de sang. Ensuite l'aide le moins instruit et le malade lui-même peuvent suffire à l'emploi du léger caustique sur les lèvres de l'incision pratiquée la veille. Le succès, du reste, justifie une pareille conduite thérapeutique; en voici une deuxième preuve.

FISTULE ET ABCÈS A LA MARGE DE L'ANUS; INCISION ET CAUTÉRISATION POUR TOUT PANSEMENT. (Observation de M. le docteur ALDROVANDI.)

OBS. II. — Faure Pierre, âgé de 23 ans, né à Nîmes (Gard), célibataire, domicilié à Montpellier (Hérault), sculpteur, est entré à l'hôpital Saint-Éloi le 2 juin 1852.

Ce jeune homme est d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin ; né de parents sains. Il a eu une variole discrète à l'âge de 2 mois. Sa santé a été toujours excellente; seulement, il y a sept ans, il eut à la marge de l'anus un abcès qui se déclara sans cause connue et ne dura pas plus d'une quinzaine de jours; il fut ouvert à l'aide du bistouri.

Il y a un mois ce jeune homme ressentit des douleurs assez vives à la région anale; bientôt une tumeur survint à la marge de l'anus; les souffrances étaient exaspérées par la pression, la marche, les efforts de la défécation, l'éternument; elle devint pulsative et aiguë. La tumeur apparut fluctuante, et l'on put reconnaître un abcès assez considérable. Le malade avait un sommeil agité et fréquemment interrompu.

Quinze jours après son apparition, l'abcès a été ouvert avec le bistouri; il en sortit beaucoup de pus très-fétide et mêlé de sang. Peu à peu l'abcès se remplit de nouveau. Le malade eut une deuxième fois recours à son médecin qui dilata avec un stylet l'ancienne ouverture. Aujourd'hui le malade présente à la place de l'abcès une fistule complète, située à la partie latérale gauche de la marge de l'anus; cette fistule a près de 3 centim. de profondeur; plus un abcès à la partie latérale droite de l'orifice anal. Cet abcès date de dix jours. Jusqu'à présent il n'a pas été très-douloureux; seulement la douleur augmente par la marche et les mouvements brusques et étendus. La fluctuation y est apparente. L'état général du malade est satisfaisant; le pouls est régulier et l'appétit ne laisse rien à désirer. On remarque une légère tuméfaction de la paupière droite, suite d'un coup d'air. L'apparition de ces divers abcès s'explique tout d'abord par une prédisposition bien marquée chez l'individu, et les deux derniers abcès reconnaissent, en outre, pour cause occasionnelle le genre d'occupation de Faure; en effet, la région anale a été soumise à une forte pression, car le malade travaillait continuellement assis sur des pierres, depuis quelque temps, au palais de justice.

4 juin. Le professeur Alquié a procédé à l'ouverture du trajet fistuleux au moyen d'un stylet cannelé et du bistouri; il a ensuite introduit entre les lèvres de la plaie une mèche de charpie. Le malade vient de passer une assez bonne nuit; le pouls est normal, la paupière est tuméfiée; on y applique des compresses trempées dans une décoction émolliente. (Prescription : quart d'aliments, tis. orge.)

5 juin. La douleur s'exaspère vers l'abcès qui grandit; la paupière est toujours enflée. Cautérisation de la fistule; on n'y met plus de mèche. Compresse émolliente sur l'œil droit. (Même prescription.)

6 juin. La fistule suppure peu, mais l'abcès grandit, et devient de plus en plus douloureux; il rend le sommeil agité; la paupière est moins tuméfiée. Cautérisation du trajet fistuleux; compresses émollientes. (Même prescription.)

7 juin. Les selles sont rares et difficiles ; la fistule est douloureuse, mais elle fournit du pus en petite quantité et de bonne nature; l'abcès est plus volumineux; le gonflement de la paupière a disparu. Cautérisation de la fistule. (Même prescription.)

8 et 9 juin. Le malade est toujours dans un état satisfaisant, mais il souffre toujours à cause de l'abcès qui s'est de plus en plus développé. La constipation continue. (Même prescription.)

11 juin. Faure se trouve très-soulagé. La constipation a cessé; il souffre bien moins. Cautérisation. (Même prescription.)

12, 13, 14, 15 juin. Le mieux continue; la suppuration des deux plaies est peu abondante et la douleur est bien moins vive; les selles sont normales; l'appétit est toujours bon. Cautérisation. (Même prescription.)

Du 16 au 20 juin. La cicatrisation commence à s'opérer aux deux plaies; on aperçoit des bourgeons charnus à leur partie profonde. Le pus est peu abondant. Les diverses fonctions s'exercent très-régulièrement. Cautérisation. (Mêmes prescriptions.)

21 et 22 juin. Même état satisfaisant. (Mêmes prescriptions.)

23 et 26 juin. A partir du 23 juin, Faure a été de mieux en mieux; la cicatrisation a toujours fait des progrès. L'appétit est très-bon; il a été mis aux trois

quarts, et il est sorti aujourd'hui de l'hôpital tout à fait guéri, la cicatrisation étant complète.

Dans ce cas, il existait comme complication un abcès sur le côté de l'anus opposé à celui où se trouvait la fistule, ce qui a déterminé des douleurs prolongées que l'incision du foyer n'a pas tardé à faire cesser. Le traitement de la fistule anale par l'incision et la cautérisation répétée a eu un succès complet et assez prompt. L'idée qui nous a dirigé dans l'emploi de ce mode de traitement, c'est l'état des plaies touchées avec l'azotate d'argent. Recouvertes immédiatement d'une pellicule blanchâtre, légère escarre éliminée un ou deux jours après, ces surfaces sont impropres à contracter la moindre adhérence avec les parties voisines. Ainsi cette cautérisation superficielle suffit pour empêcher l'accident que les tentes ou les mèches sont destinées à prévenir dans le pansement ordinaire. Il est inutile de porter le crayon de nitrate d'argent sur le trajet fistuleux lui-même; il faut se borner à le promener sur les lèvres de l'incision, d'abord chaque jour pendant la première semaine, et tous les deux jours ensuite. Tapissées par une légère escarre, les lèvres de l'incision tolèrent avec indifférence le contact des matières intestinales; de sorte que le malade ne redoute pas d'aller à la selle. La plupart de nos opérés ont supporté la cautérisation sans accuser de souffrances vives et prolongées; cependant certains ont dit éprouver des douleurs intenses, comme le fait suivant nous en offre un exemple.

FISTULE A L'ANUS; EMPLOI DE LA CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT; DOULEURS TRÈS-VIVES; GUÉRISON. (Observation de M. DELPECH, chef de clinique.)

OBS. III. — Imbert (Gabriel), âgé de 54 ans, né à Arles et domicilié à Meze, exerçant la profession de marin.

Le malade est entré à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier le 8 mai 1852. Il portait une fistule anale.

Interrogé sur l'histoire de sa maladie, il donnait les renseignements suivants :

Le 1er janvier 1852, il contracta une maladie dont il nous a rendu compte d'une manière très-vague, mais dont les principaux symptômes étaient : symptômes généraux du catarrhe; dégoût et constipation; en même temps il se produisit des hémorrhoïdes. A la suite de cette maladie, le 12 février 1852, pendant que les hémorrhoïdes existaient encore, on s'aperçut de la formation d'un abcès à la marge de l'anus. Des sangsues, des cataplasmes et des bains de siége avec le son, tels furent les moyens employés contre l'inflammation des environs de l'anus. Le malade usa aussi de lavements avec le son. Au bout de six jours, l'abcès se perça et donna jour à une fistule. C'était donc depuis le 19 février qu'Imbert avait sa fistule, lorsqu'il est entré, le 8 mai, à l'hôpital de Montpellier.

Quant aux autres maladies dont le sujet a garde le souvenir, elles se réduisent aux suivantes :

Imbert, qui a vécu longtemps dans les colonies intertropicales, est sujet aux épistaxis et au flux hémorrhoïdal. Il n'a pourtant pas un tempérament sanguin, mais plutôt lymphatico-bilieux (grande stature, chairs flasques, teint plombé, cheveux noirs). Il a eu plusieurs points de côté; deux fois les accès de fièvre; une fois avec délire; un érysipèle à la face il y a six ans; la syphilis à plusieurs reprises, savoir :

En 1819, un bubon, traité par une liqueur inconnue au malade; en 1828, un bubon traité par les frictions mercurielles; en 1834, une gonorrhée.

Il a eu la gale en 1816, et des douleurs rhumatismales en 1813.

Imbert a été opéré de la fistule le 14 mai 1852. Une mèche et le pansement ordinaire ont été appliqués. Ce pansement a été enlevé le 16 par le malade lui-même, qui en était gêné pour aller à la selle.

Le 17, le trajet fistuleux, ouvert par l'opération, fut cautérisé avec le nitrate d'argent. Le malade en ressentit une très-vive douleur pendant une grande partie de la journée. On continue les cautérisations avec le nitrate d'argent tous les jours suivants. Le malade en ressent chaque fois de très-vives douleurs. Une fois la douleur fut si vive que le malade fut sur le point de tomber en syncope, et qu'il fallut lui faire sur la figure des aspersions d'eau froide.

19, sixième jour. Le malade, laissé à la diète les premiers jours de l'opération, reprend progressivement des aliments et est mis au quart aujourd'hui.

21, huitième jour et jours suivants. On permet au malade de se lever; mais la douleur qui suit chaque jour la cautérisation le force à rester au lit jusqu'à trois ou quatre heures de l'après-midi.

Le 1er juin, dix-neuvième jour, le toucher rectal démontre la guérison de la fistule. En même temps on s'aperçoit d'un commencement de hernie inguinale. Le malade sort de l'hôpital muni d'un bandage.

Les souffrances que cet homme a éprouvées tiennent sans doute à la cautérisation, d'abord faite peut-être avec trop d'intensité. Aussi les dernières applications du nitrate d'argent ont-elles été beaucoup moins douloureuses. La susceptibilité nerveuse n'a pas été sans doute étrangère à ces souffrances excessives que cet homme a manifestées, et que la plupart de nos opérés n'ont point accusées. Ainsi les deux personnes dont nous avons d'abord rapporté l'histoire ont ressenti des douleurs fort tolérables; il en a été de même d'un jeune militaire atteint d'un catarrhe vésical et d'une fistule à l'anus, que j'opérai vers la fin du mois de mai dernier. Un autre assez jeune soldat, couché au n° 16 de la salle Saint-Côme, ne ressentit pas de souffrances vives de ce mode de traitement, pas plus qu'un autre militaire, couché au n° 23 de la même salle, et qui avait une fistule avec décollement considérable des tissus ambiants. Tous ces malades ont été soumis au procédé si simple dont nous venons de parler, et tous ont obtenu une guérison aussi courte que par le mode ordinaire de pansement, sans en avoir subi les divers inconvénients.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA CAUTÉRISATION DANS SES RAPPORTS AVEC LA RÉSORPTION PURULENTE, EN RÉPONSE A CELLE DE M. LE DOCTEUR BOURGUET SUR UN CAS D'INFECTION PURULENTE SURVENUE A LA SUITE DE LA CAUTÉRISATION; communiquée par M. le docteur R. PHILIPEAUX.

Dans le numéro du 28 août dernier de la GAZETTE MÉDICALE, M. le docteur Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix, a publié un cas d'infection purulente survenue à la suite de la cautérisation d'un bubon, et s'est servi de ce fait pour avancer que, contrairement à l'opinion de M. Bonnet (de Lyon), cette manière d'opérer ne met pas constamment à l'abri de cette terrible maladie.

Avant de discuter la valeur réelle de ce fait, résumons en peu de mots les conditions nécessaires sur lesquelles M. Bonnet a appelé, à plusieurs reprises, l'attention des chirurgiens pour que la cautérisation puisse jouir d'une complète innocuité. Je suis d'autant plus porté à débuter de la sorte que beaucoup de praticiens, croyant réellement connaître les idées de M. Bonnet à cet égard, lui en attribuent, au contraire, de tout à fait opposées à celles qu'il a avancées. Parce que ce chirurgien s'est efforcé de démontrer l'innocuité de la cautérisation, est-ce à dire pour cela qu'il faille, toutes les fois que des accidents se manifesteront à la suite de l'emploi des caustiques, y croire trouver une preuve que cette méthode de traitement n'est pas innocente, et que l'on a eu tort d'en conclure autrement? Évidemment non. Il en est de la cautérisation comme de la méthode sous-cutanée : de même que cette dernière est innocente, à la condition essentielle qu'elle soit exécutée en suivant toutes les règles formulées par M. Jules Guérin, de même la cautérisation, pour être innocente, doit être exécutée suivant des principes dont on ne saurait dévier impunément.

Quelles sont donc les conditions que M. Bonnet a indiquées pour assurer à la cautérisation une complète innocuité?

1° Dans la série de publications qu'il a faites sur la cautérisation, et notamment dans le mémoire inséré en 1843 dans la GAZETTE MÉDICALE, M. Bonnet a soutenu et démontré que les plaies faites uniquement par la cautérisation ne devenaient jamais le point de départ de l'infection purulente.

S'il a fait toutefois une exception à cette règle, c'est lorsque, voulant détruire par la cautérisation une tumeur qui offre une cavité, le caustique l'ouvre sans dessécher toutes les matières qu'elle contient et sans cautériser toute sa surface interne. « Si, dans ce cas, dit-il (MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION, GAZ. MÉD., 1843, p. 252), des phénomènes plus ou moins graves viennent à se manifester, ce n'est pas à la cautérisation qu'il faut s'en prendre, mais bien à ce que l'on a ouvert une cavité qui a échappé à la cautérisation, et dans laquelle se sont produits les mêmes phénomènes que si l'ouverture eût été produite par un instrument tranchant. Si l'on ouvrait une grande cavité naturelle, celle de la plèvre, du péritoine ou du genou, sans aucun doute les accidents seraient aussi graves que si l'ouverture eût été faite par des caustiques ou l'instrument tranchant; mais il ne faudrait pas citer ces cas comme des exceptions à cette règle, que les surfaces cautérisées ne sont point le point de départ des résorptions purulentes ni de tout autre accident analogue; car, dans tout ce que je dis sur la cautérisation, je suppose qu'aucune partie n'est mise à nu sans avoir été cautérisée, ce qui n'a pas lieu dans l'ouverture d'une grande cavité. »

2° Les plaies faites avec l'instrument tranchant, et que l'on cautérise ensuite, peuvent offrir les mêmes avantages que celles produites directement par la cautérisation, aux conditions suivantes :

1° Toute plaie par instrument tranchant, cautérisée, aussitôt qu'elle est produite, avec un caustique très-énergique, tel que le chlorure de zinc, jouit de la même innocuité que celles produites directement par cautérisation, si toutefois l'on cautérise profondément et en entier toute sa surface. Mais si l'on se contente d'une cautérisation légère avec un caustique qui dissout le sang, tel que la pâte de Vienne, ou bien si l'on ne cautérise qu'une partie de la surface de la plaie, il ne faut plus compter alors sur

une innocuité complète, et ne pas être surpris s'il arrive ensuite des accidents redoutables.

Ces principes se trouvent consignés dans presque tous les écrits de M. Bonnet sur la cautérisation, et comme confirmation de ce que j'avance, je me contenterai de citer les deux passages suivants :

« M. Langier, dit M. Bonnet (mémoire cité, p. 233), dans le but de rendre l'opération de la cautérisation des varices plus simple, a proposé de découvrir la veine variqueuse par une incision longitudinale de la peau, et d'appliquer la pâte de Vienne sur la plaie. Lorsque j'eus connaissance de ce fait, je fus loin de l'approuver, et je déclinai par avance toute la responsabilité qu'on pouvait faire peser sur la cautérisation des résultats fâcheux que pouvait produire la méthode de M. Langier. Je n'étais pas convaincu que la cautérisation, si elle était faible ou retardée, pût arrêter les phlébites extensibles auxquelles exposait l'incision préalable. L'événement a justifié ces craintes, et si les rapports qui m'ont été faits sont justes, après une série encourageante de succès, M. Langier aurait obtenu des phlébites mortelles. J'ai cru devoir faire ces observations afin d'éloigner par avance les objections qui pourraient être faites aux propositions que j'émets sur la localisation des phlébites produites par les caustiques, et qui seraient tirées de la pratique de M. Langier. »

Autre citation : « Si l'on opère la cautérisation du varicocèle suivant le procédé de M. Rigaud (*Parallèle entre la cautérisation et l'enroulement du varicocèle*, BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE), une partie de la plaie, celle qui est en arrière du corps protecteur, n'est point cautérisée, et peut dès lors être le point de départ des accidents que produisent les simples incisions, au voisinage des veines et dans un tissu cellulaire lâche. Le caustique de Vienne tend à faire saigner les veines sur lesquelles on l'applique directement ; car, au lieu de faire coaguler le sang comme le chlorure de zinc, il le dissout à la manière des alcalis. »

3° Les plaies que l'on ne cautérise pas immédiatement jouissent-elles de la même innocuité que les précédentes ? Non certainement. M. Bonnet ne l'a jamais écrit ni pensé. En se comportant de la sorte, c'est-à-dire en ne cautérisant une plaie que quelques jours après qu'elle a été produite par le bistouri, on peut bien espérer, si la cautérisation est profonde et si elle embrasse toute la surface de la plaie, que des accidents tels que la résorption purulente ne surviendront pas ; mais, dans ce cas, on ne peut avoir qu'une espérance de succès, et non une certitude complète.

Apprécions maintenant, à la lumière de ces données théoriques, la valeur du fait cité par M. le docteur Bourguet.

Il s'agit, comme les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE le connaissent, d'un bubon du pli de l'aine qui, ayant résisté à une foule de moyens locaux et généraux, fut attaqué par trois cautérisations successives au moyen de la pâte de Vienne. Quelques jours après la dernière, c'est-à-dire lorsque l'escarre à laquelle elle avait donné lieu commençait à se détacher, le malade fut pris des symptômes d'infection purulente, à laquelle il succomba.

Ce fait prouve sans aucun doute que l'infection purulente peut survenir à la suite de la cautérisation d'une plaie ; mais cette observation est-elle contraire aux idées qu'a émises M. Bonnet sur l'innocuité de la cautérisation ? Non évidemment ; en voici la preuve :

1° M. Bourguet a-t-il attaqué de prime abord le bubon par la cautérisation ? Non ; car avant d'en faire usage, il a pratiqué plusieurs ponctions pour donner issue à du pus. Dès lors, appliquant un caustique sur des plaies quelque temps après qu'elles avaient été produites, il ne s'est plus trouvé dans les conditions voulues pour que la cautérisation fût complètement innocente.

2° M. Bourguet a-t-il cautérisé à la fois toute la surface des tissus malades, comme le recommande M. Bonnet ? Non ; car pour accomplir cette cautérisation, il a été obligé d'y revenir à trois reprises différentes.

« La première cautérisation, dit-il, fut pratiquée au centre du bubon, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Quelques jours après, à la chute de l'escarre, tous les tissus malades n'ayant pas été atteints, une nouvelle application de caustique eut lieu dans une moindre étendue. Enfin, un point induré restant à la partie supérieure de la plaie, nous prescrivîmes une troisième application de poudre de Vienne, dans une étendue qui ne dépassait pas la largeur d'une pièce de 5 centimes.

3° La cautérisation a-t-elle attaqué tout le mal ? Non ; car à l'autopsie on a trouvé, sous le bord inférieur du ligament de Poupart, un fragment de ganglion lymphatique induré, de la grosseur d'une petite aveline, n'ayant pas été atteint par le caustique.

4° M. Bourguet a-t-il fait une cautérisation profonde avec un caustique puissant ? Non ; car il a fait usage de la pâte de Vienne, c'est-à-dire d'un caustique dans lequel il est impossible d'avoir confiance pour pouvoir espérer de jouir complétement des bénéfices de la cautérisation. En effet, la pâte de Vienne est un de ces caustiques qui ont le grand inconvénient de dissoudre le sang, d'exposer aux hémorrhagies et de ne pas toujours amener dans les veines la formation de ce caillot sanguin, si nécessaire pour prévenir les phlébites suppuratives ou l'infection purulente. Le chlorure de zinc, au contraire, de même que le chlorure d'antimoine, dont les anciens faisaient un grand usage, sont des caustiques énergiques sur l'action desquels on peut compter ; car loin de dissoudre le sang, ils le coagulent et amènent toujours, par suite, la formation du caillot sanguin qui oblitère les veines coupées par la cautérisation ou par l'instrument tranchant.

De tout ce que je viens de dire, il résulte que M. Bourguet ne s'était pas placé dans les conditions voulues pour que la cautérisation fût innocente, il n'est pas étonnant qu'il ait eu un revers à la place du succès qu'il attendait.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

VI. LA PRESSE MÉDICALE.

Les numéros du premier semestre contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations pratiques sur les tubercules utérins*; par M. Thiry. 2° *Nouvelles expériences sur la composition du pus avec des applications à la thérapeutique*; par M. Pétrequin. 3° *Nouveau mode d'emploi de la morphine et de la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Hannon. 4° *Quelques considérations sur l'emploi du tartre stibié*; par M. Delvaux. 5° *Urétrite aiguë simple, épididymite, phlegmon périnéal superficiel, éruption furonculeuse consécutive guérie par le copahu*; par le même. 6° *Note sur un empoisonnement par la digitale, substitution de la digitaline aux autres préparations de digitale*; par M. Hannon. 7° *Recherches nouvelles sur la nature des affections blennorrhagiques*; par M. Thiry. 8° *Observation de pharmacie pratique sur la teinture d'ipécacuanha*; par M. Leroy. 9° *Tumeur encéphaloïde du testicule droit; castration* (service de M. Seutin); par M. Hyernaux. 10° *De l'emploi du kousso dans le traitement des affections vermineuses des enfants*; par M. Hannon. 11° *Cystite chronique guérie par les injections d'eau de goudron dans la vessie*; par M. Petit. 12° *Renversement de la matrice, ligature et ablation de cet organe*; par M. Derouhaix. 13° *De l'avortement médical, de l'opération césarienne et de l'embryotomie.* 14° *Revue de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Pierre* (service de M. Seutin); par MM. Depotter et Hyernaux. 15° *Plaie de poitrine par instrument piquant, présence de l'instrument vulnérant dans la plaie, emphysème consécutif, guérison*; par M. Bary. 16° *Leçon clinique donnée à l'hôpital Saint-Pierre le 10 mai 1852*; par M. Thiry; recueillie par M. Hyernaux. 17° *Observation de pneumonie aiguë du poumon droit, ayant pris la forme de fièvre intermittente pernicieuse pneumonique*; par M. Derraux.

NOUVEAU MODE D'EMPLOI DE LA MORPHINE ET DE LA QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES ; par le docteur J. HANNON.

Le travail de M. Hannon embrasse trois côtés du traitement des fièvres intermittentes : l'époque à laquelle il convient d'administrer le sulfate de quinine, la dose à employer, la médication adjuvante.

Avec Sydenham, avec M. Bretonneau, l'auteur rappelle que le sulfate de quinine administré près de l'accès rend fréquemment celui-ci plus intense, sans couper plus sûrement la fièvre, et il conclut dès lors à ce que le médicament soit administré le plus loin possible de l'accès à venir. C'est du reste le sentiment des meilleurs auteurs.

Relativement à la dose, il soutient, avec grande raison, qu'on la porte généralement beaucoup plus loin que le mal ne l'exige, non-seulement sans bénéfice aucun, mais au détriment du malade, qu'on expose à la surdité, à la gastralgie, etc. Il fait à cet égard le calcul suivant : on extrait des quinquinas de première qualité quatre grains environ de sulfate de quinine par gros ; or, des fièvres intermittentes très-décidées sont coupées radicalement avec six gros de quinquina Calisaya, dont on administre un gros chaque jour dans un peu de vin, immédiatement après l'accès. A cette dose correspondent donc vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prescrire par quatre grains après chaque accès. Or tout le monde sait qu'on en emploie d'ordinaire une dose double ou triple. — Ce calcul est peut-être un peu trop rigoureux, car, d'une part, il suppose que

quatre grammes de quinquina par jour suffisent presque toujours à la guérison de la fièvre, ce qui laisse quelques doutes; d'autre part, il réduit toute l'action du quinquina à celle du sulfate quinine, tandis que la cinchonine paraît, quoi qu'on en ait dit, douée de vertus antipériodiques, et que l'astringence du quinquina en nature n'est pas non plus sans quelque action. Cette réserve faite, nous sommes également d'avis qu'une dose de sel de quinine très-inférieure à celle qu'on emploie communément suffit dans la très-grande majorité des cas. Huit à dix grains pour un adulte sont une dose convenable, qui n'expose à aucun accident et garantit un effet positif. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que certaines fièvres intenses ne cèdent qu'à une action assez forte pour produire un léger degré d'ébriété. C'est l'avis de M. Bretonneau, dont l'auteur invoque quelque part la grande autorité. (V. GAZ. MÉD., 1845, p. 396.)

Enfin, et ce pourrait être une dernière raison de ne pas trop se fier à l'action isolée des quatre grains de sulfate auxquels il réduit la médication fébrifuge, M. Hannon associe à cette médication l'emploi des opiacés et des antispasmodiques. Sa formule est la suivante : 1° sulfate de quinine, 20 grains; sucre, q. s. *pour faire cinq paquets*; 2° extrait gommeux d'opium, 5 grains; hydrochlorate de morphine, 1 grain ; extrait de valériane, 20 grains, pour 15 pilules. On prend, au début de l'accès, 1 pilule ; immédiatement après l'accès, un paquet de poudre ; pendant l'apyrexie, jusqu'au moment de l'accès, un nombre de pilules opiacées en rapport avec la constitution du malade. Cette combinaison non-seulement lui réussit à peu près constamment, mais encore a triomphé de beaucoup de fièvres contre lesquelles avaient échoué de fortes doses de sulfate de quinine ; et il en cite un exemple frappant.

Ajoutons que, suivant lui, l'efficacité de la médication s'explique par la nature de la maladie. Le miasme des marais stupéfie le système nerveux ganglionnaire et arrête ou pervertit les sécrétions, et l'accès n'est que la réaction du système cérébro-spinal contre la prostration du système ganglionnaire. L'opium tend à les prostrer tous deux ; mais le ganglionnaire est relevé par le sulfate de quinine ; et ainsi, les deux systèmes sont affectés par la médication suivant un mode opposé au mode pathologique ; excitation du système stupéfié, et apaisement du système surexcité.

RECHERCHES NOUVELLES SUR LA NATURE DES AFFECTIONS BLENNORRAGIQUES; par M. THIRY.

Quoique ces recherches ne soient pas encore entièrement publiées, M. Thiry nous excusera, nous l'espérons, de ne pas attendre jusque-là pour nous en occuper. L'importance du sujet, la nouveauté de la thèse qu'il avance, le talent remarquable qu'il a consacré à son développement, voilà les motifs qui doivent nous justifier d'un empressement qui, dans tous les cas, ne peut tourner qu'au profit de la science, en appelant plus tôt les travailleurs à vérifier les données émises par le savant professeur.

Suivant M. Thiry, il existe une blennorrhagie simple, catarrhale, bénigne, et une blennorrhagie virulente ou granuleuse. Une troisième espèce, tout à fait distincte, comprend les écoulements entretenus par la présence d'un chancre dans l'urètre. Enfin, il range dans une quatrième — dont nous n'avons rien à dire pour le moment — des blennorrhagies syphilitiques.

Le seul point sur lequel nous devions insister aujourd'hui, parce que c'est le seul que M. Thiry ait traité *in extenso* jusqu'à présent, c'est la différence qu'il établit entre deux espèces de blennorrhagies, toutes deux incapables d'engendrer l'infection syphilitique constitutionnelle. Cette opinion, opposée à celle de M. Ricord qui ne voit partout qu'une inflammation de la muqueuse urétrale, mérite d'être étudiée avec détail dans toutes ses preuves.

La première espèce, blennorrhagie simple, analogue pour sa nature au coryza, se développe sous l'influence de toute cause irritante, soit à la suite de relations sexuelles, soit en dehors de ces relations. Comme ces diverses influences n'agissent qu'en vertu de leur puissance irritante, l'acuité de cette forme de blennorrhagie est toujours en rapport avec l'énergie de la propriété irritante que la cause possédait. Cependant c'est ordinairement à la suite du coït que la blennorrhagie paraît, parce qu'il est rare de ne pas rencontrer dans les organes génitaux de la femme quelque cause d'irritation indépendante de toute altération morbide, de toute spécificité, parce que, aussi, les organes sont, pendant le coït, dans un état de turgescence vitale des plus favorables à la production d'une inflammation.

Quel que soit le degré d'acuité des blennorrhagies simples, on ne voit que bien rarement la matière de leur écoulement produire de l'irritation sur les parties saines qu'elle touche, se compliquer de balano-posthites, de phimosis, ni de paraphimosis, à moins d'une grande malpropreté.

La conformité de texture des muqueuses urétrale et oculaire permet de vérifier cette bénignité de nature par l'observation de ce qui se passe lors du contact de la matière morbide de l'une sur l'autre. Ainsi le liquide d'une blennorrhagie simple déposé sur la conjonctive y peut déterminer une inflammation tout à fait identique par sa nature à celle qui lui a donné naissance, c'est-à-dire une ophthalmie catarrhale. Cette inflammation peut être très-intense ; mais jamais elle n'ira jusqu'à produire immédiatement, en peu d'heures, la fonte de l'œil, ainsi que cela arrive ordinairement dans les blennophthalmies virulentes.

De même une femme enceinte, affectée d'un écoulement leucorrhéique simple transmet quelquefois à son enfant, pendant l'accouchement, une blennophthalmie avec sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, mais non une blennophthalmie purulente destructive du globe de l'œil.

L'écoulement, dans la blennorrhagie simple, varie depuis une matière muqueuse diffluente, d'une couleur blanche grisâtre, demi-transparente, jusqu'à un liquide épais présentant des globules inflammatoires nombreux, des débris de cellules. On y a quelquefois constaté des globules purulents; mais en général ils n'y existent que quelques jours après le début de la maladie, lorsqu'elle a déjà pu être compliquée d'érosion, d'exulcération de la muqueuse, ou plus tard, quand il se forme quelques engorgements folliculaires dont la suppuration s'épanche dans l'urètre.

Le tableau symptomatologique de la blennorrhagie virulente ou granuleuse est entièrement opposé à celui qui précède. D'abord l'expérimentation, le transport du liquide urétral sur une autre muqueuse donne un résultat tout différent. Entre plusieurs faits dû même genre dont M. Thiry a été témoin, nous citerons ceux-ci :

OBS. I. — Un homme entra dans son service en avril 1852, atteint d'une conjonctivite granuleuse virulente très-intense du côté gauche, chimosis très-développé, comprimant l'œil, granulations, sécrétion purulente très-abondante. Depuis neuf semaines, il était affecté d'urétrite virulente, de la sécrétion de laquelle on constata la nature purulente, ainsi que l'engorgement noueux du canal. La veille de son entrée à l'hôpital, il avait porté le doigt chargé de cette sécrétion purulente à l'œil gauche, l'action contagieuse s'était opérée ; et vingt-quatre heures après, l'ophthalmie virulente granuleuse s'était produite avec les symptômes les plus redoutables.

OBS. II. — M. Thiry ayant témoigné le désir de répéter l'expérience en sens inverse un malade de la même salle se dévoua volontairement et se mit à sa disposition. L'auteur prit, avec une spatule, du muco-pus qui s'écoulait de l'œil du granuleux, et le déposa dans la fosse naviculaire de celui-ci. Quarante-huit heures après, une violente urétrite avec écoulement puriforme s'était déclarée chez lui.

Il existe donc, selon M. Thiry, un virus blennorrhagique spécial, qui n'a aucune analogie avec le virus chancreux ; il n'est pas autre que celui qui produit l'ophthalmie purulente contagieuse dite des armées; sa principale propriété distinctive est sa contagiosité, c'est-à-dire la faculté qu'il a, quelle que soit la muqueuse avec laquelle on le mette en contact, de développer sur elle des altérations toujours les mêmes. Pour bien préciser sa pensée à cet égard, l'auteur dit : Les blennorrhagies simples sont aux muqueuses génito-urinaires ce que les ophthalmies catarrhales sont à la conjonctive, et les blennorrhagies virulentes sont aux muqueuses généto-urinaires ce que l'ophthalmie purulente granuleuse est à la conjonctive. Il n'y a que le siége et l'importance organique de changés.

La forme que revêt l'urétrite virulente est, il est vrai, la forme phlegmasique ; mais elle ne ressemble en rien au type inflammatoire ordinaire. Quant à la nature de cette blennorrhagie virulente, on ne peut la pénétrer dans ce qu'elle a de mystérieux et de caché. Il suffit au praticien de la voir se révéler dans sa cause et dans ses effets pour que cette nature spéciale soit à ses yeux une vérité incontestable. Or ces effets sont les granulations, qui reproduisent indéfiniment le virus. Cette cause et ces effets, virus et granulations, sont impossibles l'un sans l'autre, quel que soit le degré auquel on élève l'inflammation.

Un dernier point reste à examiner, véritable pierre de touche pour toute théorie qui prétend donner l'explication des faits de cet ordre : c'est la question de contagion. Voici comment M. Thiry la traite.

Nous venons de voir que, pour lui, la seconde espèce de blennorrhagie, celle qu'il appelle virulente ou granuleuse, est essentiellement contagieuse. Quant aux blennorrhagies simples, « il est évident, dit l'auteur, que ces blenorrhagies ne sont point contagieuses, comme on l'a trop longtemps prétendu. » Il ajoute un peu plus loin : « La sécrétion d'une blennorrhagie simple n'est nullement contagieuse. » — Il convient, à la vérité, un peu plus bas que les relations avec une personne affectée de cette maladie ne sont pas toujours sans danger.

— Conçue en ces termes, et malgré les restrictions dont l'auteur l'entoure, une théorie a plus que les inconvénients, d'une erreur scientifique ; elle offre toute la gravité d'un danger matériel. Aussi demandons-nous à

l'honorable auteur la permission d'en faire suivre l'exposé, sans attendre qu'il l'ait terminé, de quelques réflexions critiques.

Nous n'insisterons pas pour démontrer la méprise où est tombé M. Thiry quand il avance que la blennorrhagie simple n'est pas contagieuse. Évidemment un écoulement peu inflammatoire se transmet moins souvent qu'un écoulement très-inflammatoire; mais il se communique cependant assez souvent et à la suite de rapports sexuels assez modérés pour qu'on ne puisse pas voir dans la maladie communiquée à cette occasion le résultat d'une simple cause irritante mécanique. Mais il y a plus: l'observation démontre tous les jours qu'une femme affectée de leucorrhée simple (et reconnue telle par le spéculum) peut donner à un homme une blennorrhagie inflammatoire, purulente, ayant la même durée et s'accompagnant de tous les signes que M. Thiry assigne à son espèce dite granuleuse ou virulente.

Pourquoi cela? C'est que tout n'est pas dans la qualité du pus infectant. Certes la nature de la matière sécrétée a bien son importance, et l'on doit plus sûrement s'attendre à une blennorrhagie aiguë quand on a vu une femme affectée d'écoulement inflammatoire que lorsqu'elle avait seulement des flueurs blanches indolentes. C'est même cette différence qui donne à la théorie de M. Thiry une apparence de vérité. Mais, nous le répétons, tout n'est pas là, et il faut aussi prendre en sérieuse considération les *conditions vitales* de l'individu qui s'expose. Ce qui prouve l'influence majeure de ce second élément sur la gravité de la maladie, c'est ce fait si contraire à l'opinion de M. Thiry, et qui suffit pour la réfuter, savoir:

Que, presque toujours, la première blennorrhagie que prend un homme est la plus aiguë, la plus inflammatoire de toutes celles qu'il aura plus tard, n'importe la source, simple ou supposée virulente, *honnête ou non*, où il l'aura puisée;

Que, chez lui, les blennorrhagies ultérieures vont successivement en diminuant d'intensité à quelque espèce de cause d'infection qu'il s'expose ensuite.

Nous nous en tenons là pour aujourd'hui, nous réservant de reprendre cette intéressante question à l'occasion de la suite des recherches si savamment approfondies de M. Thiry.

RENVERSEMENT DE LA MATRICE; LIGATURE ET ABLATION DE CET ORGANE; par M. DEROUBAIX.

Les annales de la science contiennent un nombre assez considérable de cas où la matrice, à l'état d'inversion et irréductible, a été enlevée; mais, chose remarquable, et, à un point de vue, regrettable! presque tous ces faits sont des exemples de succès. Nous disons regrettable parce que, publier exclusivement les guérisons, c'est encourager une pratique qui, si elle est rationnelle, si elle est même obligée dans beaucoup de circonstances, expose cependant les malades à des dangers réels et sérieux. Sous ce rapport, il nous semble extrêmement opportun de reproduire l'observation suivante, où, malgré toute l'habileté et la prudence de l'honorable chirurgien, la terminaison fut contraire à ses espérances.

OBS. — Huit jours après un second accouchement, accompli lentement et sans aucune violence, Adèle de M., âgée de 26 ans, sentit, en se levant, une tumeur sortir de la vulve. Ne pouvant la repousser, elle reçut divers soins qui restèrent infructueux, et entra, au bout de cinq mois environ, le 21 septembre 1851, à l'hôpital Saint-Jean.

On constata une tumeur pyriforme, de 2 pouces de diamètre, dont la base, située en bas, descendait jusqu'à l'orifice vaginal externe. Très-sensible au toucher, elle était couronnée à son sommet par un bourrelet circulaire assez régulier; c'était donc la matrice renversée.

Des exsudations sanguines fréquentes se faisant par la surface de cette tumeur, avaient réduit la malade à un état anémique, d'où on chercha à la tirer par un régime analeptique et l'emploi des ferrugineux; mais comme, malgré le repos où elle restait, les hémorrhagies se renouvelèrent encore plusieurs fois et l'avaient rendue pour ainsi dire exsangue; comme d'ailleurs les tentatives de réduction, variées et précédées de la compression la plus méthodique, avaient échoué, on dut, en face du péril urgent qui menaçait, recourir à un moyen extrême, et pratiquer l'ablation de l'organe déplacé, au moyen de la ligature.

Le 28 janvier 1852, M. Deroubaix appliqua aussi haut que possible sur le corps de la matrice, jusque près de l'orifice interne du col, une ligature, composée de trois fils de chanvre et trois fils de soie, bien cirés et réunis en cordonnet. Il la serra avec le treuil qui termine le porte-ligature à polypes ordinaire, jusqu'à ce que la malade accusât de la douleur. Une douleur très-vive, avec syncope et vomissements, obligea de la relâcher au bout de quelques heures. Le calme se rétablit.

Le 31 janvier, on la serra de nouveau; il en résulta des douleurs très-intenses dans l'abdomen et les cuisses. La syncope menaçant, on dut desserrer un peu la ligature, ce qui procura un soulagement instantané; quelques vomissements néanmoins persistèrent dans la journée.

Le 2 février, on serre la ligature. Cette manœuvre est répétée le 3; il n'en résulte aucun accident.

Le 5, le 6, et le 7, on serre de nouveau la ligature. Le doigt, porté dans le vagin, plonge comme dans un putrilage.

Le 9 février, à dix heures du matin, on serre encore la ligature; une douleur vive en résulte, croissant à mesure qu'on augmente la striction. On entend un craquement; elle pousse un cri: la ligature se rompt. La douleur devient atroce; vomituritions; syncope imminente. Dans la journée, la figure se décompose; le pouls devient filiforme, le ventre extrêmement sensible au toucher.

Le 10, le pouls s'est un peu relevé, mais la fièvre se développe.

Le 11, les vomissements reviennent, et se répètent chaque fois que la malade boit. On oppose à ces accidents le laudanum à haute dose.

L'état s'aggrave de plus en plus; douleur très-vive dans le côté droit de l'abdomen. Enfin elle succombe le 19 février.

AUTOPSIE. — Épanchement purulent et fausses membranes dans le petit bassin et le flanc droit. Le reste du péritoine est sain. Le siége de l'épanchement est circonscrit par des adhérences. Une ouverture de la grosseur d'une plume à écrire met en communication le vagin avec la cavité péritonéale. Il n'y a plus de matrice; seulement, au fond du vagin, reste le col, ce qui indique que la ligature avait été appliquée sur l'orifice interne du col de la matrice. Le vagin est sain, ainsi que les principaux viscères.

— En cherchant à déterminer la cause des accidents mortels qui se sont déclarés si subitement, il nous semble fâcheux que l'extrême sensibilité des organes ait obligé l'opérateur à serrer en plusieurs fois, ainsi qu'il a dû le faire, la ligature. Une striction exercée sur des parties déjà entamées et rendues friables par des strictions précédentes a bien pu les diviser, et produire la rupture des adhérences qui jusque-là avaient préservé le péritoine de tout épanchement. De là sans doute vient la péritonite, qu'on aurait évitée s'il eût été possible d'étreindre, en une seule et unique fois, au degré suffisant l'organe dont on voulait provoquer la séparation.

OBSERVATION DE PNEUMONIE AIGUE, AYANT PRIS LA FORME DE FIÈVRE INTERMITTENTE PNEUMONIQUE; par le docteur PROSPER DELVAUX.

Cette observation, qu'il n'est pas nécessaire de reproduire textuellement, est très-remarquable en ce qu'elle offre l'exemple assez rare d'une fièvre intermittente quotidienne bien tranchée, avec localisation pulmonaire. Les symptômes pathognomoniques de la pneumonie, râle crépitant, crachats visqueux et brunâtres, disparaissaient complétement pendant la période apyrétique qui était de vingt heures et plus. Les accès se sont répétés assez souvent pour ne laisser aucune incertitude; il y en a eu cinq, très-réguliers (à une ou deux heures près). Ils ont diminué graduellement d'intensité et ont disparu sous la seule influence du sulfate de quinine; et la pneumonie a cédé en même temps que les accès.

L'affection pulmonaire avait été d'abord continue; les accidents intermittents ne se sont présentés que le troisième jour. Cette circonstance pourrait faire supposer qu'il ne s'est agi que d'une fièvre d'accès ordinaire, surajoutée à une pneumonie, sans relation directe entre les deux états morbides. Mais comment comprendre alors que l'addition d'une fièvre intermittente ait eu pour résultat de suspendre les accidents pneumoniques pendant l'apyrexie; que, bien au contraire, l'exaspération produite à chaque accès, et qui se révélait par les signes rationnels à l'auscultation et même à la percussion, n'ait pas précipité la marche de la phlegmasie locale? Il est probable que cette dernière maladie était, dès son début et alors même qu'elle était continue, sous la dépendance de l'influence miasmatique qui régnait, à la même époque, à Bruxelles. C'était une *pneumonie à quinquina*.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros du premier semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Mémoire sur l'asthme*; par M. Pulegnat. 2° *Considérations médicales sur les érysipèles des typhisés et des vieillards, au point de vue de leur cause et des moyens d'en prévenir le développement*; par M. Helin. 3° *De l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, ou recherches sur le typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre à rechute et la febricula*; par M. Jenner. 4° *De la dépilation graduelle dans le traitement du favus*; par M. Henriette. 5° *Tumeur formée, chez la femme seulement, par le décollement d'une partie du cuir chevelu sus-occipital, et attribuée au tiraillement journalier des cheveux pour la coiffure*; par M. Thirion. 6° *Un mot encore contre les maximes anticaccinales de M. Bayard*; par M. Debourge. 7° *De l'organisation de la médecine des pauvres dans les campagnes, considérée au point de vue administratif, hygiénique et thérapeutique*;

par M. Cazin. 8° *Du choléra asiatique au point de vue de ses causes, et des moyens d'en prévenir le retour;* par M. Helin. 9° *Procédé pour porter l'extrait de belladone sur le col utérin seulement, partant pour faire éviter les accidents généraux qui résultent de l'absorption de ce médicament;* par M. Thirion. (C'est une espèce de seringue qui, au lieu d'un bec, se termine par une extrémité évasée. Au-dessus de son piston est une éponge fixe sur laquelle on place de l'extrait de belladone. De cette manière, en engageant d'abord le col dans l'extrémité évasée de la seringue, et en poussant ensuite le piston dont l'éponge a été préalablement chargée de belladone, on met ce médicament en contact avec l'orifice seulement.) 10° *Une journée de pratique médicale;* par M. Liégey. 11° *Anévrisme spontané du tronc brachio-céphalique;* par M. Joly. (Aucune opération n'a été tentée.) 12° *Topographie et statistique médicales du canton de Haeght;* par M. Sweron. 13° *Mémoire sur le forceps assemblé; nouveaux principes de construction et d'application du forceps, réunis aux principes en vigueur;* par M. Camille Bernard. (Premier article.)

CONSIDÉRATIONS MÉDICALES SUR LES ÉRYSIPÈLES DES TYPHISÉS ET DES VIEILLARDS, AU POINT DE VUE DE LEUR CAUSE ET DES MOYENS D'EN PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT; par le docteur Hélin.

M. Hélin applique un excellent principe de philosophie médicale en cherchant à saisir la subordination réciproque des phénomènes si nombreux, si variés, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle fièvre typhoïde. Il y a fort à faire encore avant d'arriver à une formule complète de cette maladie. Sur le point spécial qui a fixé l'attention de notre confrère, est-il arrivé à une interprétation exacte? Oui et non. Oui, en donnant la rétention d'urine chez les vieillards et les typhisés comme cause possible d'érysipèle et d'érythème; non, en plaçant dans la rétention d'urine la cause presque exclusive des érysipèles et des érythèmes des typhisés.

L'auteur se fonde sur les remarques suivantes:

1° Il a constamment observé chez les individus atteints de fièvre typhoïde que la rétention d'urine précédait l'érythème de la face, du cou et du haut de la région sternale; 2° il n'a jamais rencontré l'érythème avant la fin du premier septénaire; 3° il a vu fréquemment l'érysipèle se développer chez les vieillards affectés de rétention d'urine. Un d'entre eux auquel il a donné des soins éprouvait trois ou quatre érysipèles de la face chaque année, et l'apparition du premier était postérieure à une rétention d'urine. Le cathétérisme ayant été pratiqué avec soin, l'habitude d'érysipèle disparut.

La conclusion est que c'est l'urine absorbée avec ses principes délétères, qui, chez les vieillards et les typhisés, va déterminer dans la peau, le plus souvent au cou et à la face, des troubles de circulation.

Or voici, croyons-nous, comment on doit envisager cette question. L'érysipèle est l'effet commun de tous les états pathologiques qui aboutissent au passage de principes délétères dans le sang. L'infection purulente, suite de plaies ou de métrites puerpérales, amène fréquemment l'érysipèle; il en est de même dans un très-grand nombre d'affections cachectiques; il n'est pas rare de l'observer dans les scrofules, la phthisie, le cancer, etc. La cause signalée par M. Hélin ne nous semble pas moins active, et elle a de fréquentes occasions de s'exercer. Rien donc ne s'oppose à ce que la rétention d'urine soit considérée comme un point de départ plus ou moins fréquent d'érysipèle. Mais est-ce à dire qu'elle en soit la cause presque unique chez les typhisés? Voilà ce qui n'est pas démontré. L'état du sang qui est propre à l'état typhoïde suffit parfois pour expliquer la formation de stases sanguines, d'érythèmes, d'érysipèles, sans intervention d'autres éléments étiologiques. Et comme cet état ne se prononce qu'après un certain nombre de jours, à l'époque précisément où l'on observe la rétention d'urine, la coïncidence entre cette rétention et l'affection cutanée n'a pas toute la conséquence qui lui est attribuée dans le mémoire. Seulement la rétention, quand elle existe, ne peut qu'ajouter à l'état morbide du sang et rendre plus active son action délétère sur la peau.

TUMEUR FORMÉE, CHEZ LA FEMME SEULEMENT, PAR LE DÉCOLLEMENT D'UNE PARTIE DU CUIR CHEVELU SUS-OCCIPITAL, ET ATTRIBUÉE AU TIRAILLEMENT JOURNALIER DES CHEVEUX POUR LA COIFFURE; par M. Thirion.

L'auteur a constaté chez trois malades l'existence de cette singulière affection, et il l'a vue à deux degrés différents.

Chez l'une, depuis trois ans on remarquait, chaque fois qu'on la coiffait, qu'en tiraillant les cheveux pour le démêler, il se formait une tuméfaction molle et allongée transversalement; mais dès que la coiffure était terminée et la masse des cheveux fixée, elle disparaissait. Cette tumeur alla peu à peu en croissant; lorsqu'on la montra à M. Thirion, elle avait exactement le volume et la forme d'un pancréas.

En soutenant la masse des cheveux d'une main, et de l'autre, en pressant sur la tumeur, on l'aplatissait jusqu'à un certain point; mais on ne faisait disparaître ni l'excédant ni l'hypertrophie de cette partie du cuir chevelu.

M. Thirion fit raser les cheveux, fit pratiquer sur la tumeur des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium, et exerça une compression exacte avec une bande amidonnée. Ce traitement, suivi pendant six semaines, ramena le cuir chevelu à son volume normal et lui rendit ses adhérences naturelles.

Chez une seconde femme, âgée de 25 ans, M. Thirion observa une tumeur placée transversalement sur l'occiput, et ayant la forme, le volume et la densité d'une petite rate. Sa surface était abondamment pourvue de cheveux; elle était très-mobile, et son bord crânien avait au moins quinze fois plus d'étroitesse que son bord libre ou postérieur. Le premier était dur, et formait obstacle à l'aplatissement de la masse, quand on la comprimait.

La dureté de ce bord et l'impossibilité de réduire la tumeur ne permettaient pas d'espérer que les moyens employés sur l'autre malade eussent chez celle-ci le même succès. L'auteur proposa donc à la malade de cerner cette tumeur par deux incisions semi-elliptiques, et d'en faire l'ablation; mais elle préféra conserver son incommodité, malgré la gêne qui en résultait soit pour se coiffer, soit pour se coucher.

M. Thirion, éclairé par les faits qui ont passé sous ses yeux, signale avec raison la cause de cette tumeur dans les tiraillements que chaque jour on exerce en arrière et de bas en haut sur la masse des cheveux pour les démêler et les préparer à la coiffure; mais attendu que cette cause existe chez toutes les femmes, tandis que l'existence d'une pareille tumeur est rare, on doit admettre que, dans les cas où on l'observe, il y avait, comme cause prédisposante, le poids d'une forte chevelure, et une laxité particulière du tissu cellulaire épicrânien.

— Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer une disposition de ce genre chez une villageoise de 19 ans, assez coquette de caractère, et qui, pour égaler la coiffure enviée des dames de la ville, tiraillait impatiemment et avec une opiniâtreté plus que quotidienne l'épaisse chevelure blonde dont la nature l'avait douée. Mais chez elle, soit en vertu d'une adhérence circonscrite de l'aponévrose épicrânienne avec le péricrâne, soit pour toute autre cause inappréciée de nous, il y avait deux tumeurs, situées à l'occiput, l'une au-dessus de l'autre, et séparées par un sillon résultant de l'adossement de leurs faces contiguës.

La mère, inquiète de ce développement exagéré du cuir chevelu, nous consultait spécialement pour en arrêter l'augmentation graduelle. Nous nous bornâmes à conseiller des frictions avec une pommade au tanin, et pour la coiffure, des habitudes plus en rapport avec la simplicité des mœurs champêtres. La guérison eut lieu lentement, mais devint complète au bout de quelques mois.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 NOVEMBRE.

La dernière séance ne contient aucune communication qui ait trait aux sciences médicales. Nous saisissons cette occasion pour reproduire l'extrait suivant du mémoire de M. le docteur Lesauvage (de Caen), que le défaut d'espace ne nous avait pas permis d'insérer dans le dernier numéro.

RECHERCHES SUR LES POLYGÉNÈSES MONOVARIENNES.

M. Lesauvage (de Caen), correspondant de l'Académie, communique sur ce sujet un mémoire qu'il a résumé lui-même dans l'extrait suivant:

« Les œufs doubles ou multiples chez les mammifères sont un fait acquis à la science, et les caractères que je leur ai assignés lèvent toute espèce de doute à ce sujet. Dans l'œuf constitué comme je l'ai établi, les fœtus sont compris dans un seul et même chorion, et ils sont constamment de même sexe. Je me propose d'appeler plus particulièrement l'attention sur quelques particularités qui, chez l'homme, résultent de cette primitive organisation.

» J'observe d'abord que, dans les cas assez nombreux soumis à mon observation, chaque fœtus était isolément inclus dans son amnios; de sorte que la cloison interfœtale était uniquement formée par l'adossement de ces membranes. J'ai peine à croire, ainsi que l'ont avancé Vogel, Meckel et Burdach, qu'on

ait rencontré plusieurs fœtus plongés dans les mêmes eaux, on cette particularité, bien exceptionnelle, serait le résultat de la destruction des membranes amnios à leur point de contact, et par l'effet de leur rapide développement, que ne pourrait suivre le système celluio-vasculaire intermédiaire. C'est ce qui arrive dans les mêmes circonstances aux allantoïdes, ainsi que je l'ai exposé dans mon mémoire sur les annexes du fœtus humain.

» Les particularités si spéciales qui accompagnent les générations multiples à un seul chorion me paraissent capables de jeter quelques lueurs sur les mystères si cachés de la fécondation et de la détermination des sexes.

» Les physiologistes admettent que l'ovule est l'élément reproducteur par excellence; que la fécondation résulte d'un rapport immédiat entre le sperme et cet ovule, et que c'est à son intérieur qu'a lieu la mise en contact des deux éléments dont la mixtion constitue, à proprement parler, l'acte fécondant; mais quand plusieurs embryons sont contenus dans une enveloppe commune, serait-il rationnel d'admettre qu'ils étaient primitivement compris dans un seul ovule? ou peut-il paraître plus probable que cette disposition est un résultat de la rencontre fortuite, accidentelle de deux ovules ou de leur produit?

» Le mode de rapport des deux germes ou embryons, dans le cas précité, peut facilement servir à éclairer la question. En effet, ils se développent alors avec des conditions qui excluent toute idée de hasard, de réunion accidentelle entre deux ovules. C'est surtout dans les diplogénèses monstrueuses qu'on est frappé d'un mode d'adhérence qui se produit avec une constante régularité. J'ai fait valoir ailleurs l'influence que doit avoir sur cette disposition symétrique des engénèrres la réunion préalable de leur système vasculaire ombilical, ou, si l'on veut, allantoïdien. Ainsi, dans la classe si nombreuse des monophaliens régulièrement constitués, et ainsi que l'a remarqué M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, on n'a jamais rencontré deux fœtus réunis en sens inverse, et de telle sorte que les deux pieds de l'un répondissent à la tête de l'autre. Il y a, dans le plus grand nombre de ces cas, une disposition qui décèle un arrangement primitif, une organisation primordiale dont on pourrait facilement se rendre compte avec la supposition que les deux germes auraient été symétriquement disposés dans une seule enveloppe, enfin dans un même ovule. D'après cette supposition, qui réunit le plus de probabilités, il y aurait nécessité d'admettre que plusieurs espèces d'ovules seraient générés dans les ovaires, que les uns seraient *monembryonnaires*, les autres *polyembryonnaires*.

» Ces points posés, si l'on considère, en second lieu, que dans les diplogénèses à chorion unique, et quel que soit le mode de rapport entre les conjoints, il y a constamment identité de sexe, ne doit-on pas en inférer que le fluide spermatique n'a aucune faculté pour la détermination des sexes? En effet, que les embryons monovipares soient accolés comme dans les diplogénèses monstrueuses, ou qu'ils soient libres d'adhérence, l'action du sperme doit être isolée et particulière pour chacun d'eux, et, qu'il agisse par l'influence directe des spermatozoaires ou par toute autre moyen, il est impossible de comprendre que cette influence, qu'on aurait volontiers appelée *dominatrice*, ne puisse influer directement sur la sexualité, qui reste constamment la même pour les deux conjoints; alors il serait plus facile d'admettre que le sexe est déterminé dans l'ovule, et que préalablement à l'acte générateur, il existe à l'ovaire des ovules mâles et des ovules femelles.

» En admettant cette détermination du sexe, préalablement à la fécondation, je réduis de beaucoup l'influence de cette dernière sur le développement du nouvel être, et il devient plus facile peut être de se rendre raison de ces ressemblances si frappantes, dont je rapporte dans ce mémoire des exemples si remarquables. On peut plus volontiers expliquer cette exacte similitude dans toute l'organisation par l'identité des conditions de leur évolution dans l'œuf, et indépendamment de toute influence du sperme sur la production des organes de la génération.

» Des réflexions exposées dans ce travail, il résulterait :

» 1° Qu'il existe à l'ovaire des ovules monembryonnaires et des ovules polyembryonnaires;

» 2° Que la fécondation n'a aucune influence sur la détermination de la sexualité;

» 3° Qu'avant la fécondation, il existe dans l'ovaire des ovules mâles et des ovules femelles;

» 4° Enfin que, dans les ovules polyembryonnaires, et quel que soit le nombre des conjoints, l'unisexualité est constante. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre par laquelle M. le ministre du commerce transmet, avec un exemplaire du rapport fait par M. le préfet d'Ille-et-Vilaine au conseil général de ce département, sur l'état de la santé publique pendant les années 1851 et 1852, huit autres rapports rédigés par les médecins des épidémies, au sujet des maladies épidémiques qui ont régné dans leurs arrondissements respectifs. (Comm. des épid.)

Le même ministre transmet un mémoire par lequel M. le docteur Lalagade, médecin à Albi, propose d'appliquer la vaccine comme préservatif et comme moyen curatif à un certain nombre de maladies autres que la petite vérole. (Comm. de vaccine.)

Plus deux autres lettres relatives aux remèdes secrets.

M. le ministre d'État accuse réception du rapport sur les remèdes proposés contre la rage.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Leblanc, faite par l'Académie dans la dernière séance.

— M. Leblanc, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

— MM. SCHAEUFFELE et BOUQUET annoncent à l'Académie, à l'occasion du mémoire lu par M. O. Henry, dans la dernière séance, sur la quinidine, qu'ils ont en ce moment sous presse un mémoire sur le même sujet, qui comprend un historique complet sur la quinidine, une discussion des faits publiés, tant en Allemagne qu'en France, sur ce sujet, enfin des expériences nouvelles. Cette communication n'a d'autre but que de sauvegarder, sinon la priorité, du moins la simultanéité de leur travail.

— M. DELOTZ (de Saint-Flour) adresse un mémoire intitulé : DE L'ÉTAT PUERPÉRAL CONSIDÉRÉ COMME CAUSE D'ENDOCARDITE. (Comm. : MM. Cazeaux et Bouillaud.)

SCARIFICATEUR URÉTROTOME.

D

E

C

A

B

M. CHARRIÈRE fils adresse à l'Académie un scarificateur urétrotome qui a pour but de réunir dans un seul instrument les avantages que présentent les urétrotomes agissant d'avant en arrière et ceux agissant d'arrière en avant.

A l'extrémité de l'instrument se trouve une tige conductrice d'un petit volume E; le volume de cette tige est tel, que celle-ci peut s'engager facilement dans le rétrécissement; de plus, cette extrémité sert de gaîne à la pointe de la lame conique de l'urétrotome, qui incise le rétrécissement d'avant en arrière, sinon complétement, du moins assez pour faire pénétrer l'olive. La figure D représente la lame que l'on fait glisser hors de la gaîne.

Lorsque l'incision est faite, on peut ramener la lame dans sa gaîne E; on fait franchir à l'olive le rétrécissement; il est alors possible de s'assurer, au moyen du point d'arrêt de l'olive, si l'on est sur le point rétréci; ceci constaté, si on veut inciser le rétrécissement d'arrière en avant, il est facile de faire basculer la lame en faisant descendre le point indicateur. La lame est disposée d'après les principes posés par M. Civiale pour la confection de son urétrotome.

A. Vis de pression servant à limiter la course de la lame.

B. Manche de l'instrument.

C. Curseur pour indiquer le siége du rétrécissement. (Comm. déjà nommée, M. Larrey, rapporteur, plus M. Ségalas.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la note lue dans la dernière séance par M. O. Henry, en son nom et celui de M. Delondre, sur la quinine et la quinidine.

QUININE ET QUINIDINE.

M. O. HENRY résume en ces termes le but et l'esprit de ce travail :

Lorsque MM. Pelletier et Caventou découvrirent la quinine dans les écorces de quinquina calysaïa, il fut aisé de prévoir toute l'importance que devait avoir cette belle découverte. Je fus assez heureux quelques mois après pour aider à son application en donnant un procédé prompt et facile à l'aide duquel on put obtenir en grande quantité le principe fébrifuge du quinquina. Dès lors, en effet, son emploi devint général et fut en quelque sorte popularisé. Bientôt tous les pharmaciens préparèrent la quinine et ses sels, et de grands établissements furent créés pour l'extraction de cette base organique si intéressante. On peut, sans craindre d'être démenti, dire que cette industrie, de création toute française, resta longtemps le monopole de notre pays, et rendit les étrangers nos tributaires pour les produits du quinquina. Depuis, il s'est créé en Italie, en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, aux États-Unis, plusieurs nouvelles fabriques de quinquina, et par suite de cette concurrence, ainsi que du monopole établi en Bolivie par une compagnie anglaise et bolivienne sur le quinquina calysaïa, les écorces en sont devenues chez nous plus rares ou d'un prix bien plus élevé. On pouvait même craindre pour nos approvisionnements, un jour, une sorte de disette de quinquina dans notre pays.

Il devenait donc important non-seulement pour l'industrie française de la quinine, mais surtout pour les besoins de l'art de guérir, de parer à de pareils dangers, et d'éviter que le quinquina devenu d'un prix trop haut cessât d'être à la portée de toutes les classes de la société. Persuadés en conséquence que la quinine est identique quand elle est amenée à l'état de pureté, nous avons cherché à remplacer pour son extraction le véritable calysaïa par les écorces

d'autres sortes de quinquinas réputés plus médiocres, et dès lors d'une valeur commerciale moindre, ces quinquinas pouvant d'ailleurs nous être envoyés en tout temps, sans difficultés et en telle quantité que ce soit. Ainsi après avoir soumis à des épreuves répétées avec des soins divers et variés les quinquinas du Perou, de la Nouvelle-Grenade, de la Colombie, nous avons obtenu, après le départ de la cinchonine, prescrite à tort peut-être, des produits du sulfate de quinine parfaitement beaux et parfaitement cristallisés. Ces produits furent employés avec succès dans la médecine en proportions considérables, soit dans le service des hôpitaux militaires, soit dans celui des hôpitaux civils, etc. Nous nous croyons donc en droit de nous applaudir d'avoir rendu un bon service à tous en parant ainsi les éventualités de la disette du calysaïa, lorsqu'il y a quinze ou seize mois on annonça en Angleterre et en Allemagne que les écorces des quinquinas des provenances citées tout à l'heure, c'est-à-dire de latitudes plus septentrionales que celles d'où vient le vrai calysaïa, ne fournissaient pas un sulfate de quinine pur, que ce sel renfermait un alcaloïde différent auquel on donnait le nom de *quinidine*, qu'en conséquence il fallait proscrire à la fois ce sulfate et les écorces qui le fournissaient. C'est cette proscription, messieurs, que nous venons combattre en défendant franchement la cause de *l'industrie française de la quinine*. Tel est le but de notre travail et l'esprit dans lequel il est dirigé.

Messieurs, ce n'est pas pour faire accepter notre produit qu'on pourrait croire mêlé de quinidine. Non certes; car pour répondre aux exigences actuelles. Nous co avons écarté d'abord toute la cinchonine, même cette soi-disant substance nouvelle, quand elle s'y est accidentellement rencontrée. Le produit que nous livrons partout n'est entièrement composé que de sulfate de *quinine primitive*. Il pouvait donc nous être indifférent de voir les fabricants étrangers se déchaîner contre cette *base organique nouvelle*, puisque leurs attaques ne nous atteindraient pas; mais nous croyons, dans l'intérêt général et dans celui de la vérité, devoir ne pas garder le silence et protester hautement en répétant que la quinidine n'est rien autre chose que de la quinine hydratée ou un état particulier de cristallisation de cet alcaloïde. Qu'est-ce, en effet, que la quinidine? La même substance que nous avons découverte il y a vingt ans dans les produits du calysaïa pur. En comparant ce que nous avons publié en 1833 et 1834 à ce sujet, avec ce que les chimistes anglais et allemands ont écrit depuis peu, on verra qu'il n'y a presque aucune différence. Tout se résume à ceci: la quinidine est un hydrate de quinine à deux atomes d'eau au lieu de 3,3, et la dissemblance ne porte que sur un peu moins de solubilité dans l'éther sulfurique; d'ailleurs même poids atomique, même composition élémentaire, même état de saturation avec les acides; sels semblables aussi dans leurs proportions, etc. Or cette quinidine, abandonnée il y a vingt ans comme substance nouvelle, n'a pas cessé de faire partie du sulfate de quinine livré au commerce et à la médecine, puisque le quinquina calysaïa lui-même en fournit. Eh bien! a-t-on signalé quelques inconvénients dans l'emploi de ce sulfate? Jamais certainement. Ajoutons encore que si les quinquinas dits de médiocre valeur paraissent, d'après les fabricants allemands, plus riches en cette modification cristalline, on ne peut réellement citer que l'espèce de quinquina rouge de la Nouvelle-Grenade qui la fournit d'une manière plus prononcée à côté de la cinchonine et de la quinine primitive. Les autres espèces n'en produisent qu'à peine. Mais c'est un point sur lequel nous ne nous arrêtons pas, et nous nous bornerons à présenter comme conclusions les propositions suivantes:

1° N'y a-t-il pas lieu d'examiner si la cinchonine mérite réellement la défaveur qu'on lui fait subir comparativement à la quinine.

2° On peut obtenir d'un grand nombre d'écorces de quinquina autres que celles du calysaïa, de la quinine et des sulfates très-purs.

3° L'emploi de ces écorces peut assurer la fabrication de ce précieux médicament et parer aux désavantages qu'offraient sa rareté, et dès lors son prix fort élevé.

4° La matière appelée *quinidine*, qui n'est qu'un état de cristallisation différent de celui de la quinine, paraît exister dans toutes les écorces de quinquina, mais plus particulièrement dans celle du quinquina rouge de la Nouvelle-Grenade; c'est de la quinine à l'état d'hydrate et la même substance qui fut découverte il y a vingt ans avec cette dénomination.

5° Il n'y a aucun motif sérieux de la proscrire, ainsi que les quinquinas de nature réputée médiocre, et en agissant ainsi, c'est servir moins la vérité que les spéculations commerciales des fabricants étrangers et conduire la France, créatrice de l'industrie de la quinine, à se voir un jour leur tributaire pour ce produit, l'un des plus grands bienfaits de la chimie organique.

Après une courte discussion, le travail de MM. Henry et Delondre est renvoyé, sur la proposition de M. Henry lui-même, à la commission des succédanés du quinquina.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

VARIÉTÉS.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une perte bien regrettable. Un de ses anciens doyens, M. le professeur Dubrueil, à peine âgé de 63 ans, a succombé à une longue et cruelle maladie, contre laquelle les secours de l'art devaient malheureusement rester impuissants.

Ses obsèques ont été célébrées samedi dernier, au milieu d'une foule émue et recueillie. Les Facultés de médecine, des sciences, des lettres, l'École de pharmacie, les élèves en médecine sont venus rendre un dernier hommage à l'éminent professeur dont l'art médical pleure la perte.

M. le professeur Bouisson a prononcé, sur la tombe de son collègue et ami, un discours profondément senti où il a rappelé les services qu'il a rendus et ses éminentes qualités.

— La mort vient de frapper un médecin et géologiste distingué, M. Mantell, qui, pendant plus de cinquante ans, n'a cessé de travailler à la propagation des saines doctrines géologiques. M. Mantell avait réuni, de 1812 à 1815, une magnifique collection de fossiles qui se trouve aujourd'hui au Musée britannique, et qui lui fut achetée par ce musée la somme environ de 125,000 francs.

— Les trois agrégés de la Faculté, qui doivent siéger en qualité de juges ou de suppléants au prochain concours de l'agrégation, sont choisis par le ministre de l'instruction publique, sur une double présentation faite par les professeurs de l'École. La Faculté, qui, dans une de ses dernières assemblées, n'avait désigné au choix du ministre que trois agrégés, MM. Tardieu, Grisolle et Bean, vient de compléter sa liste par la désignation de MM. Fleury, Vigla et Roger (Henri).

— Par arrêté de M. le préfet, en date du 18 novembre, M. le docteur Noirot est nommé membre du jury médical de la Côte-d'Or, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet, en date du 18 de ce mois, M. le docteur Moyne, professeur adjoint au cours d'accouchement à la Maternité de Dijon, est nommé professeur titulaire, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— M. Le Prédour, premier médecin en chef de la marine au port de Rochefort, admis à faire valoir ses droits à la retraite, vient de remettre la présidence du conseil de santé entre les mains de M. Laurencin, premier chirurgien en chef.

— Bulletin du choléra à Saint-Pétersbourg. — Le 31 octobre au matin, il y avait 195 malades en traitement.

Dans la journée, on a compté 42 nouveaux cas, 6 guérisons et 17 décès.

Restait pour le 1er novembre, 214 malades.

Dans cette journée, le nombre des nouveaux cas n'a été que de 38, celui des guérisons de 8, et celui des décès de 21.

Restait 223 malades pour le 2 novembre.

— Les détails sur la fièvre jaune et ses ravages dans les Antilles sont de plus en plus tristes. Toutes les nouvelles de la Martinique s'accordent sur ce point. Des témoins oculaires rapportent qu'il est ordinaire de voir passer dix ou douze convois en un seul jour dans la ville de Saint-Pierre. La mort surtout décime les indigènes et les colons. La maladie a enlevé aussi plusieurs artistes récemment arrivés de France. Deux actrices, madame Pastelot et mademoiselle Désirée, ont succombé. Les autres artistes sont dangereusement malades. La femme du gouverneur était toujours au Piton. Elle était convalescente.

Au Fort-de-France, l'épidémie a, dit-on, disparu.

— M. Guillaumot, médecin, écrit de Malafretas, au Courrier de l'Ain:

« Le 8 novembre, j'ai été appelé à la Reveyrat, commune de Saint-Didier-d'Aussiat, chez le sieur Givord, dit Mally, fermier de madame veuve Baux. Cette maison compte onze personnes, la mère de Givord, les époux, sept enfants et un domestique. A mon arrivée, je trouvai M. le curé de Saint-Sulpice occupé à donner les premiers soins à dix de ces malheureux que je reconnus en proie à tous les symptômes d'un empoisonnement. J'ai passé plusieurs heures à administrer les contre-poisons, et heureusement les malades ont pu être sauvés.

» Voici les causes de cet empoisonnement:

» En défournant le pain, plus de quinze jours avant l'événement, la ménagère l'a placé sur la planche à cet usage, sans prendre garde que sous le premier se trouvait un paquet d'allumettes chimiques. L'humidité et la chaleur de la pâte ont absorbé le phosphore, et quand, arrivée à la fin de la fournée, la famille a fait usage de ce pain en faisant une panade, tous, à l'exception d'un enfant de 10 ans, ont été pris de subites coliques; c'est alors qu'on me fit appeler; l'enfant préservé s'était refusé à manger de cette panade, ne la trouvant pas à son goût. »

— Il n'est peut-être pas au monde de corps médical qui paye une plus large dette à la mort que celui de l'Irlande. Dans la dernière épidémie de 1849-50, sur 472 médecins, 49 ont succombé; dans cet intervalle, le nombre des personnes soignées par eux a été de 332,462, sur lesquelles 34,622 ont succombé, ou 10 2/5 pour 100.

— L'ivrognerie est le vice le plus ordinaire des basses classes de l'Allemagne: on compte tous les ans 40,000 morts à la suite des excès de boisson. Dans le Zollverein seulement, on vend et consomme 360 millions de quarts d'eau-de-vie, et dans la Hesse on fait servir à la distillation la moitié des grains que produit le sol.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

PROPAGATION ET PERPÉTUITÉ DE LA RACE EUROPÉENNE EN ALGÉRIE.

A la question de l'acclimatement et de la propagation de la race européenne en Algérie, la Gazette Médicale a déjà consacré de longues pages dans le courant de l'année 1848. Les deux camps, les algérophiles et les algérophobes, puisqu'on les appelle ainsi, ont trouvé une égale hospitalité dans nos colonnes. Le débat a cessé lorsque les arguments ont été épuisés de part et d'autre, et que le public médical, saturé de discussions, a semblé désirer qu'on le laissât juger en silence une question suffisamment exposée. Ranimer le conflit serait sans utilité pour la science et sans intérêt pour le lecteur, et Dieu nous garde, pour notre part, de souffler sur les étincelles. Mais les opinions mixtes et conciliatrices interviennent toujours opportunément ; ce sont même elles qui closent presque toujours la discussion et fixent l'opinion, lorsque l'effervescence du premier moment s'est calmée. Qu'elle soit donc la bienvenue, la déclaration de M. Vital, qui connait si bien d'ailleurs les choses algériennes ! Elle est sage, modérée, mais un peu timide. Nous ne pourrions qu'approuver cette timidité, si elle n'était que le fruit de la réserve scientifique d'un esprit juste ; mais comme elle nous semble provenir surtout de ce que des documents complets n'ont pas été compulsés, de ce que des analogies puissamment probantes n'ont pas été invoquées, de ce que, enfin, de grands faits historiques n'ont pas été extraits des annales anciennes et modernes, il nous sera permis de revenir sur ce sujet, pour chercher à modifier l'impression qu'a pu produire l'excellent article du médecin en chef de Constantine.

Pour M. Vital, comme pour nous, l'acclimatement est un dogme : le genre humain, sorti d'une même souche, s'est répandu sur toute la surface du globe, et se perpétue dans les climats les plus opposés, du pôle à l'équateur. La possibilité, la certitude même de l'acclimatement de l'Européen en Algérie est donc incontestable en principe ; seulement cette tolérance complète du climat et la propagation de la race par les naissances ne paraissent possibles à M. Vital qu'à l'une de ces deux conditions : 1° fusion des arrivants avec les indigènes ; 2° progression graduelle des populations qui, déposant, pour ainsi dire, un essaim aux limites du pays occupé et de la terre à conquérir, marchent ainsi successivement, sans se hasarder jamais dans des climats lointains trop différents du ciel de la mère patrie. Ce dernier mode, la migration lointaine, serait funeste à l'homme, selon M. Vital, qui pense appuyer son opinion sur les témoignages historiques.

Certes, ces principes sont vrais en général : la progression graduelle et la fusion des races sont infiniment favorables à l'acclimatement ; mais nous sommes obligé de déclarer, à l'encontre de M. Vital, que l'histoire abonde de faits prouvant que des populations émigrées en masse dans des climats lointains plus différents du ciel de la patrie que l'Algérie ne l'est de nos contrées, se sont cependant implantées et perpétuées, même sans mélanger leur sang au sang des indigènes.

Les îles ne peuvent se peupler par le *vis à tergo*, qu'on me passe l'expression, il faut des emprunts aux populations plus ou moins éloignées, soit dans le sens des parallèles, cas où l'acclimatement ne présente pas grande difficulté, soit dans le sens des méridiens, circonstance où les émigrants ont à subir l'influence de milieux bien différents. Ce n'est que dans la continuité d'une même terre que la population peut s'étendre en procédant par couches successives.

Les Espagnols, dont le sang s'est jusqu'à un certain point mêlé à celui des Guanches, peuplent aujourd'hui les Canaries. Ici il y a fusion des races, et de plus une certaine analogie de climat. Mais il n'en est pas de même pour cette colonie de Normands qui fleurit et se perpétue depuis trois cents ans à Ténériffe, et qu'on reconnait encore, selon de Humboldt et Bonpland (1), à la blancheur caractéristique de sa peau. Pourtant quelle différence entre le climat du nord de l'Europe et celui de la zone cultivée de Ténériffe, dont la température moyenne est de 21 degrés, c'est-à-dire supérieure d'au moins 3 degrés à celle du littoral algérien !

La salubre Madère, trouvée déserte après un incendie qui durait depuis sept années, disent les historiens du temps, est aujourd'hui peuplée de Portugais ; leur race s'y perpétue, les naissances l'emportant de beaucoup sur les décès (2).

Une colonie de juifs hollandais s'expatrie et demande l'hospitalité à la Guyane. A Paramaribo, sur 5,000 Européens on compte 3,000 juifs. Savannah-la-Juive, la nouvelle Sion des Israélites, est à peu près entièrement peuplée de juifs, qui, sans mélanger leur sang avec celui des populations voisines, s'accroissent rapidement sous ce climat si différent du ciel froid et brumeux de la Hollande. On peut dire, du reste, que les juifs se sont acclimatés et se perpétuent partout. Il est vrai qu'on a trouvé tout commode, pour échapper à la pression de ce fait si général, de déclarer que le peuple juif constitue une exception.

La puissante Pentapole, dont la florissante Cyrène était la capitale, n'était autre chose qu'une colonie grecque. On sait quelle a été sa durée et son brillant destin. Or la Cyrénaïque est la voisine de nos provinces algériennes.

Les Gallo-Grecs n'ont-ils pas fondé une puissance nouvelle dans l'Asie Mineure ? Émigrés en 278 avant J.-C., ils se font céder un territoire par Nicomède Ier, roi de Bythinie, et prospèrent si bien qu'ils agrandissent bientôt leur pays par la force des armes. Il est vrai qu'ici rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu fusion avec les indigènes, tandis que le croisement n'a certainement pas eu lieu dans la Pentapole.

Les nombreuses îles de la Polynésie sont peuplées par une race dont on retrouve les principaux caractères (type, religion, langage) aussi bien à la Nouvelle-Zélande, dont le climat ressemble à celui de notre Provence, que dans les groupes équatoriaux de Taïti, de Tonga, de Samoa, etc., dont la température est fort élevée, puisque la moyenne thermométrique est de 25 degrés à Raïatea, l'une des îles taïtiennes. On ne peut pas invoquer les migrations successives pour ces étroits lambeaux de terre, séparés par de larges mers, et éparpillés du nord au sud sur un espace qui ne comprend pas moins de 70 degrés de latitude, des îles Hawaï à la pointe sud de Tawaï-Ponnamou.

Mais l'antropologie et l'histoire de l'humanité nous fournissent des preuves plus significatives encore : nous voulons parler du grand conti-

(1) De Humboldt et Bonpland, Relation du voyage dans l'Amérique méridionale, t. I, p. 192.

(2) Transactions philosophiques, c. 57, p. 461 et seq.

Feuilleton.

LE PROFESSEUR DUBREUIL.

Nous reproduisons ci-après le discours prononcé par M. le professeur Bouisson sur la tombe du professeur Dubreuil (de Montpellier). Nos lecteurs seront heureux de retrouver, dans cette allocution touchante dont le cœur plus encore que l'esprit a fait les frais, un résumé plein d'intérêt de la vie et des travaux de notre regrettable confrère. Par les nombreuses communications dont il a enrichi la Gazette Médicale, M. Dubreuil peut être considéré comme un de ses collaborateurs correspondants. A ce titre qu'il nous soit permis de faire précéder de quelques mots le discours de notre savant ami M. Bouisson.

M. Dubreuil comptait, par la nature de son esprit et le caractère de ses travaux, parmi le petit nombre de médecins qu'on peut appeler *savants* ; non pas de ceux qui possèdent de grands trésors d'érudition, qui savent beaucoup de ce que d'autres ont fait, mais de ceux qui comprennent la médecine et les sciences qui la constituent comme une dépendance de la science générale des êtres. De ce point de vue, il est impossible de séparer l'anatomie et la physiologie humaines de l'anatomie et de la physiologie générales : l'une n'est qu'un cas particulier de l'autre. Aussi Dubreuil, savant anatomiste, savant physiologiste, savant pathologiste, a-t-il toujours su emprunter à l'anatomie et à la physiologie comparées, à la tératologie générale, des aperçus et des faits à l'aide desquels il a éclairé les dispositions les plus spéciales de la structure humaine. Réciproquement il a rendu à ces sciences, par ses inductions ingénieuses, autant qu'il en avait reçu. Ses ouvrages, originaux à ce titre, non moins que par les faits nombreux qu'ils renferment, resteront dans la science, comme le souvenir de ses excellentes qualités confraternelles restera dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu. Mais laissons à notre ami le professeur Bouisson le soin de rendre à sa mémoire toute la justice qu'elle mérite.

DISCOURS DE M. BOUISSON.

« Opprimé par la plus douloureuse émotion, je dois, en présence de la froide dépouille de notre ami, résumer sa vie si digne d'être offerte en exemple. Ce devoir triste, et néanmoins consolant, pourrait, tout en honorant une mémoire bien chère, présenter de solennels enseignements à ceux qui se pressent autour de cette tombe, si la perte, bien que trop prévue, que nous venons de faire, ne portait encore une sorte de stupéfaction dans notre douleur, et ne nous ôtait le pouvoir d'une appréciation réfléchie.

» Quelle existence pleine de sève et d'énergie vient de céder aux coups de la mort ! Il y a peu d'années encore, le rayonnement d'une vie puissante animait cette physionomie ouverte et empreinte de la distinction du caractère et du ta-

nent américain, étendu du pôle boréal aux régions antarctiques, dans lequel la race autochthone, refoulée de plus en plus, disparaît, s'anéantit si rapidement qu'on en est presque à chercher un Caraïbe, et qu'il ne reste peut-être pas un regnicole sur plusieurs grandes terres, à Haïti par exemple. Cette race en dissolution est remplacée par une autre race qui ne se fusionne pas avec elle, mais qui la presse et la tue, par la race caucasique, notamment par les Portugais et les Espagnols, qui envahit tout, prospère, propage, se perpétue par l'excédant des naissances sur les décès, fonde de puissants États et un grand empire dans cette nouvelle patrie. Et ne disons pas que cette immense population a été primitivement formée par des noyaux d'habitants qui, recherchant des contrées analogues à la mère patrie, se sont successivement étendus en rayonnant. Il n'en est rien : les Européens se sont éparpillés d'emblée, soit sur les bords froids du fleuve Saint-Laurent, soit sur les rives brûlantes de l'Amazone et de l'Orénoque, et partout ou presque partout ils ont réussi à implanter définitivement leur race. Ce sont surtout les enfants de la péninsule ibérienne qui sont en pleine prospérité et en rapide accroissement, quoique ne se mêlant pas aux indigènes. Dans les républiques argentines, au Pérou, au Chili, dans la Bolivia, dans les États colombiens, au Brésil, à Guatemala, à Cuba, au Mexique, la population s'accroît, abstraction faite des arrivages. Alcide d'Orbigny (1) pense même que la race s'y améliore. En feuilletant les ouvrages du savant de Humboldt (2), on arrive facilement à formuler en chiffre l'accroissement par excédant des naissances sur la mortalité, dans des régions dont la température moyenne est représentée par les chiffres compris entre 20 et 25. Dans les *tierras templedas* du Mexique, par exemple, les naissances sont aux morts : 170 : : 100. L'acclimatement est facile au Brésil, quoique la moyenne de Rio Janeiro soit de 23,5° ; — tandis qu'en France, d'après l'auteur cité, les naissances sont aux décès : 110 : : 100, dans l'État de New-Jersey (union de l'Amérique du Nord) elles sont : 300 : : 100. Les hommes poussent partout où il en est besoin, a dit l'économiste J. B. Say.

Non-seulement l'homme a su implanter sa race sur presque tous les points du Nouveau-Monde, mais l'âne et le cheval, originaires, dit M. de Humboldt, des plaines froides et arides de l'Asie, s'y sont propagés avec une étonnante rapidité et y vivent aujourd'hui à l'état sauvage sous l'équateur comme dans les régions tempérées, dans les plaines élevées des Llanos, des Pampas et des Campos, comme dans les Basses-Savanes et le long des bords humides des fleuves.

Il n'est donc pas indispensable, pour qu'une race se propage sur un sol étranger, qu'elle se soumette à l'une de ces deux conditions : fusion des races ou progression successive. Ainsi donc, le mélange du sang européen et du sang algérien, que nous regardons comme si désirable, et que nous regrettons, avec M. Vital, de ne pas voir favoriser davantage, ce mélange n'est cependant pas une condition *sine quâ non* de la perpétuité de notre race transportée sans gradations sous le ciel de l'Afrique septentrionale. Les progrès qui ont signalé ces dernières années sont des plus encourageants. MM. Martin et Foley, dans leur livre couronné par l'Institut (3), et

(1) Alcide d'Orbigny, VOYAGE DANS L'AMÉRIQUE MÉRIDIONALE, t. I, p. 362.

(2) *Loc. cit.*, ESSAI D'ÉCONOMIE POLITIQUE SUR LA NOUVELLE-ESPAGNE ; idem SUR CUBA.

(3) Martin et Foley, HISTOIRE STATISTIQUE DE LA COLONISATION ALGÉRIENNE. In-8°. Paris, 1851.

les publications officielles sur les ÉTABLISSEMENTS FRANÇAIS EN ALGÉRIE, prouvent péremptoirement que la mortalité a été en diminuant dans maintes localités, à mesure que la guerre faisait place à la paix, le bien être aux privations, que la culture entourait les habitations d'une zone de plus en plus large, et que les surfaces palustres disparaissaient ou étaient amoindries.

Au premier abord, M. Vital semble avoir envisagé la question sous un point de vue tout nouveau, en considérant à part l'acclimatement de la race et l'acclimatement de l'individu ; mais en réalité il a seulement analysé et scindé en deux, au grand profit de la clarté, un fait qui avait été considéré en bloc et dans son ensemble complet, dans le premier débat soulevé au sujet de la grande question de l'acclimatement. Par ce dernier mot, nous avons toujours compris (1) la propagation et la perpétuité de la race, impliquant de toute nécessité l'acclimatement de l'individu. Le bénéfice de la tolérance du climat par des sujets isolés nous a peu occupé de part et d'autre ; il nous fallait plus, puisque nous envisagions la question sous le point de vue de l'économie politique, de la politique proprement dite et de l'humanité.

Fidèle à son système d'analyse, M. Vital poursuit à peu près ainsi son raisonnement : La race européenne, en procédant graduellement dans la suite des siècles, s'acclimaterait très-bien sur notre conquête africaine ; mais une nation ne peut procéder comme l'humanité tout entière ; pour celle-ci dix siècles ne sont rien, mais ce laps de temps suffit pour voir naître et mourir une grande nation. Certes, ce point de vue est vaste et élevé, mais l'aperçu, juste en lui-même, a le tort d'être trop généralisé. Les nations portugaise et espagnole ont mis peu de temps à s'implanter en Amérique, et les exemples que nous avons exhumés de l'histoire ont établi qu'un noyau primitif jeté sur une terre étrangère a pu souvent entrer presque d'emblée dans la voie de la prospérité et de l'accroissement. Ainsi semble devoir être notre occupation des îles Taïti ; en effet, d'après le MONITEUR du 21 décembre 1848, tandis que nous perdons en France 20 militaires sur 1 000, la mortalité n'a été, en Océanie, que de 17,7 en 1844 et de 12,9 en 1845. Pourtant, nous l'avons déjà dit, la moyenne thermométrique de Raiatea, l'une de ces îles, est de 25°.

Le dogme de l'acclimatement est accepté par M. Vital comme par nous-même : « En vertu d'une force inexplicable, dit notre honorable interlocuteur, inhérente au *nisus formativus*, l'organisation humaine a le privilége de se modifier suivant les climats et de s'équilibrer, en général, avec des milieux très-différents de ceux où elle a vécu. » Mais si des généralités on descend aux particularités, on ne tarde pas à s'apercevoir que certaines contrées dévorent rapidement les émigrants, tandis que d'autres leur laissent presque d'emblée une jouissance paisible et sans danger. La race nègre succombe à Ceylan, dit-on, mais elle se perpétue à Haïti. 300 Allemands débarquent à Cayenne, et, deux mois après, sont réduits à trois individus, mais les juifs hollandais florissent et se perpétuent à Paramaribo, à Savannah, etc., et en maint autre endroit ; une colonie de 4,000 Allemands, fondée à Bombarde, près du môle Saint Nicolas, à Haïti, 1764, était en pleine prospérité lors de la révolution qui a couvert de ruines et arrosé de sang la plus belle des Antilles (2). Enfin il existe au

(1) Voir notre travail complet DE LA COLONISATION ET DE L'ACCLIMATEMENT EN ALGÉRIE, au SPECTATEUR MILITAIRE, 1849 et chez V. Masson.

(2) L'Escalier, EXPOSÉ DES MOYENS DE METTRE LA GUYANE EN CULTURE, 1791.

lent. Mais quel rude passage ! et quelle transformation devait peser sur tant de qualités vraiment brillantes, et les couvrir comme d'un voile, avant l'heure suprême ! Que nos souvenirs émus se rassemblent du moins en ce triste lieu, autour d'un nom vénéré, d'un nom qui saura conjurer l'oubli, autant par les services rendus à la science que par les exemples de vertu auxquels il s'est attaché, et par la douce et profonde attraction qu'il a exercée sur l'amitié.

» Né sous le ciel de la Bretagne, en 1791, d'une famille qui comptait des médecins honorés par leurs talents et des prélats honorés par leurs vertus, Dubrueil témoigna par sa vie entière combien est inspiratrice l'influence de pareils souvenirs. Franchissons la période de son premier âge, où il ne put donner que l'espérance d'un bel avenir, jusqu'au moment où il est entré dans cet avenir avec toute la puissance de ses remarquables facultés. Admis par le concours dans la chirurgie de marine, Dubrueil fut appelé, dès le début de son exercice, à partager les dangers qui, vers la fin de l'empire, ne cessaient d'illustrer les malheurs de la patrie. Il fit, en 1813, la campagne maritime de Hollande sous l'amiral Ver-Huel, et conquit l'estime de ce chef en même temps que la reconnaissance des blessés auxquels il prodigua ses secours. Rentré en France après la paix, il publia ses premiers travaux en anatomie, et mérita la haute et durable amitié de Geoffroy Saint-Hilaire et de Broussais.

» Un rapide avancement fut le prix de sa rare aptitude. Dès 1818, il reçut la mission de partir pour les Antilles et d'opposer les secours de son art à une désolante épidémie de fièvre jaune. Plein de ce zèle courageux qui a tant de droits à l'estime publique, Dubrueil accepta l'honorable et périlleuse tâche qui lui était imposée et dont je le louerais avec plus d'insistance, si ce courage n'était profondément enraciné dans les habitudes du corps médical, et ne faisait braver la contagion et la mort, comme on remplit le plus simple des devoirs. Toutefois le courage de notre collègue, ennobli par le dévouement et par l'amour de la science, ne put rester obscur ; il fut l'objet d'un rapport très-honorable de M. de Mackau, commandant de la station des Antilles, et Dubrueil reçut le titre, alors peu prodigué aux médecins, de membre de la Légion d'honneur. Pourquoi ne rappellerai-je pas que cette distinction fut deux fois obtenue par l'éminent professeur que nous pleurons ? Nommé par le gouvernement, Dubrueil l'a été aussi par ses élèves ; et celui qui remplit ici le douloureux devoir de rappeler ses mérites fut, il y a vingt ans, désigné par ses condisciples pour lui offrir une seconde fois cette croix d'honneur consacrée par une sorte de suffrage populaire.

» Après une carrière maritime qui a laissé de beaux souvenirs, Dubrueil fut successivement nommé à l'enseignement de l'anatomie dans les Écoles de Rochefort et de Toulon. Le talent qu'il déploya dans ses leçons et les succès qu'il obtint le désignèrent naturellement pour la chaire d'anatomie qu'on venait de créer à Montpellier, et son entrée dans l'École fut un événement. L'anatomie, dominée par des sciences plus aimées, se releva sous l'effort de sa parole ardente, de son zèle infatigable, de son caractère organisateur, de son activité communicative. Notre musée, jusqu'alors dénué, se peupla de belles préparations ; l'amphithéâtre anatomique, presque abandonné, se peupla d'auditeurs ; des enseignements particuliers surgirent avec éclat autour de celui qu'il avait heureusement inauguré. Le talent de Dubrueil avait fait naître cette ère nouvelle, et l'histoire détaillée de notre École dira un jour quel effet fut produit ici par l'association de son in-

Brésil des colonies appartenant également à la nation germanique, qui prospèrent et se perpétuent sur cette terre qu'elles cultivent de leurs propres mains. Aux Antilles, d'après M. Rochoux cité par M. Vital, les Européens ne peuvent se propager au delà de la troisième génération; mais, d'autre part, nous avons connu de jeunes Colombiens qui descendent en ligne directe et sans croisement des premiers conquérants, et dont les familles se font gloire de cette noble et antique lignée. Nous pourrions multiplier ces exemples et ces contrastes.

Il semble donc que, soit des circonstances accidentelles arrivant fortuitement dans le cours des années et disparaissant ensuite, par exemple une épidémie ou des vicissitudes météorologiques insolites, soit des conditions permanentes, mais amovibles, liées à l'état actuel de la contrée, soit peut-être même essentielles et faisant partie intégrante du climat, établissent de grandes différences entre les diverses contrées, même à latitude égale, au point de vue de l'acclimatement des races importées. Il faut faire avec le plus grand soin la part de ces circonstances, et ne pas induire des règles générales d'un fait fortuit. Si les 300 Allemands dont il a été question sont débarqués à Cayenne pendant le règne de la fièvre jaune on se sont établis au milieu des marécages, il n'est pas étonnant qu'ils aient été si vite moissonnés. En induirez-vous l'impossibilité de l'acclimatement dans cette contrée? Pas plus que vous n'êtes autorisé à le faire pour Walcheren et les côtes de la Hollande, qui ont dévoré les armées de France et d'Angleterre.

Ne parlons donc jamais de la négation de l'acclimatement pour raisonner sur l'Algérie; mais contentons-nous de rechercher si cette terre, à l'état de pacification, est l'une de celles qui tolèrent d'emblée les peuples importés ou qui leur font payer un tribut de décès pendant un temps plus ou moins long; et, dans cette dernière alternative, enquérons-nous des circonstances funestes qui rendent cette terre inhospitalière, et découvrons-en les remèdes ou au moins les palliatifs.

Nous avons jusqu'ici considéré la question de l'acclimatement au point de vue le plus général : des principes ont été posés, et l'Algérie en a tout simplement reçu l'application.

Envisageons maintenant cette colonie en elle-même, pour suivre M. Vital dans deux genres d'arguments sur lesquels des éclaircissements vous semblent nécessaires.

Le médecin en chef de Constantine trace habilement le parallèle de l'Europe et de l'Algérie, et fait ressortir les nombreuses différences que présentent ces deux régions au triple point de vue de l'espèce humaine, du règne animal et du règne végétal. Signaler ces différences, c'est dire que l'Afrique n'est pas l'Europe; chacun le sait; s'il y avait ressemblance, la question de l'acclimatement de la race humaine ne serait pas même mise sur le tapis. M. Vital ne nous aurait pas dotés de son excellent article, et je ne saisirais pas l'occasion de rendre pleine justice à son talent, tout en différant de lui sous certains rapports.

Si je reviens sur ce parallèle, c'est pour exprimer la crainte que M. Vital n'ait omis de prendre en considération un élément qui a bien son importance.

Quand deux pays situés sur le même continent présentent de profondes différences dans la race humaine, dans la flore et dans la faune, on peut légitimement en induire que le climat diffère considérablement dans ces deux localités, et en tirer des déductions relatives à l'acclimatement; mais si une mer étendue entre ces deux régions a opposé un obstacle à la migration ou au peuplement par la même race, à la propagation du règne végétal et surtout animal, il faut évidemment faire la part de cet obstacle, et ne pas attribuer à des incompatibilités ce qui résulte tout simplement de l'arrêt opposé par une barrière physique. Pourquoi ne trouve-t-on pas l'hyène, le lynx, le chat-tigre, la panthère, le lion, etc., en Bétique et en Sicile? Est-ce parce qu'il y fait trop froid? Non sans doute, car la moyenne de la température de Catane et de Messine, par exemple, atteint 19,6° et 18,8° centigr., chiffres supérieurs à ceux qu'on a obtenus dans la plupart des villes maritimes algériennes; mais en voici la cause : la mer a empêché l'extension de ces races, et l'homme n'a eu garde d'importer dans son domaine ces races méchantes. Les espèces d'outre-mer qu'un intérêt quelconque engageait l'homme à naturaliser chez lui, s'y sont le plus souvent parfaitement acclimatées. Ainsi, dans l'immense ferme de San Rossore, près de Pise, une centaine de chameaux sont employés aux travaux d'exploitation, ou errent en liberté dans les bois et sur les sables du rivage. Les ancêtres de ces chameaux furent amenés sur cette plage du temps des croisades; les plus grandes maisons d'Europe ne remontent pas plus haut, dit un judicieux critique (1). Le fait est que cette espèce a si bien prospéré que non seulement elle se perpétue sans nouveaux arrivages, mais que San Rossore est une véritable pépinière à laquelle viennent s'approvisionner les saltimbanques de presque toute l'Europe.

Les espèces végétales, dont la propagation outre-mer est infiniment plus facile que celle des animaux, ne cessent pas brusquement au rivage algérien, mais se retrouvent en Morée, en Sicile, en Italie et en Espagne. Nous avons été saisi de l'analogie qui existe entre la flore du midi de la péninsule italique et les espèces végétales du Tel algérien. Le chamærops humilis, le dattier, le jujubier, le caroubier, le nerium leander, le lentisque, le grenadier, l'oranger, le citronnier, etc., franchissent la mer et se propagent plus ou moins loin vers le nord, quelques-uns jusque sur le rivage français méditerranéen.

On trouverait peut-être plus de différences entre le Tel algérien et le Sahara, bande de territoire qui lui fait suite et dont la sépare une ligne de montagnes, qu'entre le Tel et le midi de l'Europe. Le dattier croît sur le littoral africain, en Italie, en Espagne, en Morée, mais ses fruits n'y parviennent nulle part à maturité, tandis qu'au delà de l'Atlas, le *phœnix dactylifera* donne en si grande abondance, que la datte remplace le pain dans les oasis et chez les hordes nomades (2). Au midi de l'Espagne et de l'Italie, la température moyenne oscille entre 18° et 19° et dépasse même ce dernier terme; le littoral algérien se présente dans des conditions thermométriques fort analogues. En progressant vers l'intérieur de l'Algérie, l'altitude croît et corrige, et au delà, la longitude, de manière que la température baisse au lieu de monter. Aussitôt la ligne de l'Atlas franchie, la scène change; la moyenne thermométrique de notre poste de Biskra est représentée par 22,72 (3).

La race arabe n'est certes pas la même que la race européenne, et M. Vital fait avec bien de la raison ressortir les différences qui les séparent; mais toutes deux sortent de la souche caucasique. A l'époque où la civili-

(1) Valery, Voyages historiques, littéraires et artistiques en Italie. Livre XI, chap. XVI.

(2) Félix Jacquot, Expédition du général Cavaignac dans le Sahara algérien. Relation scientifique, etc., avec cartes. Gr. in-8°. Paris, 1849.

(3) Gaz. Méd., année 1850, p. 293.

---

fluence avec celle de ses éminents collègues Delpech, Dugès et Lallemand. Ils ont groupé autour d'eux des élèves enthousiastes, et par leurs efforts quelquefois militants, ils ont ajouté le fait à l'idée; ils ont rendu la théorie moins abstraite et l'observation plus féconde. Le développement de ce genre de progrès fut encore le caractère distinctif du décanat de Dubrueil. Quelques années d'une active administration lui suffirent pour obtenir, fonder et assurer des améliorations dont nous n'avons cessé de nous féliciter.

» Abdiquant volontairement les fonctions administratives, Dubrueil, qui venait encore de payer un nouveau tribut de dévouement pendant l'épidémie du choléra qui, en 1835, ravagea le midi de la France, a voulu consacrer le reste de sa carrière à des publications scientifiques. Déjà de nombreux mémoires sur l'anatomie pathologique et l'anatomie comparée avaient donné la mesure de ce qu'on pouvait attendre de lui. Il consacra ses nouveaux loisirs à la rédaction d'un remarquable rapport ou traité sur le choléra, en collaboration avec son collègue et ami M. Rech. Mais c'est surtout pendant les quinze dernières années de sa vie qu'il a déposé dans des mémoires pleins d'intérêt, dans des livres que les élèves liront toujours avec fruit, le produit de ses riches connaissances anatomiques ou de son expérience médicale. Des observations originales sur les caractères ostéologiques des races humaines, des recherches nouvelles sur les lésions organiques du cœur et les anévrismes de l'aorte, et surtout son beau traité des anomalies artérielles : tels sont les ouvrages sur lesquels Dubrueil a su fonder une gloire durable et les titres qui expliquent et justifient les sympathies de ses collègues, la reconnaissance de ses élèves.

» Mais combien ces témoignages de la valeur scientifique étaient relevés chez lui par les qualités du caractère! Bonté, franchise, fierté de bon aloi, dévouement quelquefois empreint d'une telle spontanéité que l'obligé se demandait comment il pouvait en être l'objet, tous ces ornements de l'âme, Dubrueil les possédait dans leur plénitude; et l'âge qui, sous la pression d'une froide expérience, étouffe souvent tant de sentiments expansifs, n'avait pas fait pâlir en lui cette flamme généreuse qui vivifie les belles actions.

» N'est-ce pas une vie exemplaire que celle où ces heureux dons de la nature brillent à côté des efforts de l'intelligence, dont profitent la science et l'humanité? Humbles fruits de ses labeurs, des titres académiques, des distinctions de tout genre avaient été accordés à notre collègue, et sa réputation grandissait sans obstacle. C'est au moment où Dubrueil, dont la santé semblait florissante, voguait à plein courant dans cette vie utile et honorée, lorsqu'il venait de créer, par ses patientes recherches, ces richesses scientifiques, les moins périssables de toutes sur cette terre fragile, qu'il a été soudainement frappé. C'est en vous instruisant, jeunes élèves, qu'il sentit comme Dupuytren, dans une de ses leçons, le trait fatal qui devait l'arracher à ses devoirs et à votre affection. Une défaillance subite arrêta cette parole que vous étiez si avides de recueillir, et votre digne maître, qui fut aussi le mien, ne vint plus dans l'enceinte où tant de fois vous l'aviez applaudi.

» Que ce coup terrible, qui faisait présager une fin lente et tourmentée, fut vivement senti par ses amis et par les personnes affectionnées qui l'entouraient! Mais dans ce moment grave et solennel, où notre cœur épanche ses éloges avec ses regrets, ai-je besoin d'ajouter à la douleur de ceux qui m'écoutent, en peignant les souffrances intimes d'une famille en larmes que nous voudrions con-

sation mère florissait en Afrique et en Espagne, c'est-à-dire dans ces jours de conquête où une population avait fait abstraction de la barrière maritime, on retrouvait la même famille humaine sur le bord des deux continents. Mais, d'ailleurs, comme nous l'avons établi plus haut, les Hispano-Portugais se sont implantés en Amérique aux lieu et place de peuples qui ne différaient pas des conquérants par une simple variété de la même race, mais qui s'en éloignaient de toute la distance qui sépare deux races.

Finalement, nous sommes loin d'infirmer les différences établies par M. Vital entre l'Algérie et l'Europe, mais nous pensons avoir prouvé que beaucoup d'entre elles tiennent à toute autre chose qu'au climat.

Un mot, pour terminer, sur la nature et la constitution des anciennes colonies romaines en Afrique. Si les maîtres du monde, pendant leur occupation de 700 ans, se sont maintenus en procréant sur ce sol étranger qu'ils cultivaient, le problème de l'acclimatement de l'Européen est tout résolu; mais s'ils n'ont fait qu'occuper l'Algérie en y envoyant d'intervalle à intervalle de nouveaux renforts qui ne prenaient pas racine, leur exemple ne saurait être invoqué par les algérophiles. Pour résoudre ces questions, l'histoire n'est peut-être pas aussi muette qu'on pourrait le croire; quelques recherches incomplètes et rapides nous ont déjà fourni certains documents.

« Le territoire de Rome, dit M. Vital, le Latium, l'Italie étaient presque sans habitants à l'époque où furent constituées les colonies romaines en Afrique.... Est-ce donc dans de telles conditions qu'une nation songe à émigrer et à peupler le pays ennemi qu'elle vient de conquérir? »

Oui les Romains songeaient bel et bien à émigrer, à coloniser, à cultiver, à implanter leurs familles sur le sol africain. L'émigration était tellement devenue un besoin que Plutarque nous représente Caius Gracchus et Drusus se disputant la faveur du peuple par la promesse d'édits pour le repeuplement de plusieurs villes d'Italie, de Grèce et d'Afrique. Caius Gracchus partit en effet pour Carthage avec 6,000 familles (1). Plus tard, César-Auguste, pour remplir une promesse faite par Jules-César, envoya un renfort de 3,000 citoyens romains, chefs de famille et conséquemment 3,000 ménages (2), et Plutarque (3) vante l'habileté de cette mesure, l'une de celles qui ont concilié le peuple à l'empereur. Ces citoyens demandaient des terres, περι γης παραιταλωνιων (4). Ils allaient donc en Afrique en habitants; et non en passagers, en occupants pour quelques années. « Le mot *colonia* signifie plantation, dit l'économiste Adam Schmith (5), et chaque colon recevait une part de terre. » Cette opinion est fondée sur des passages très-clairs de maints auteurs anciens. Nous ajouterons que ces fondations étaient si durables que les colons n'avaient le droit de céder leur lot qu'après vingt années (6). Les colons des *coloniæ*, qu'il ne faut pas confondre avec les *municipii*, jouissaient de tous les droits de cité romaine, excepté de ceux de *suffrage* et d'*honneurs*, dont l'exercice les eût forcés à quitter de temps en temps la terre qu'ils cultivaient et dont leur présence assurait la conservation et la soumission à la mère patrie.

Utique, Carthage, etc., étaient des colonies civiles; Strabon (1) dit que César envoya dans cette dernière ville 3,000 citoyens et quelques soldats seulement.

Nous ne pouvons conséquemment répéter avec M. Vital: malgré la dénomination de colonie romaine, la population restait indigène. Avec les peuples conquis on formait les *municipii*, mais non pas les *coloniæ*. Celles-ci étaient essentiellement romaines.

Tacite dit que les colons vétérans mouraient sans postérité, et l'on répète que, jusqu'à Septime-Sévère, le soldat ne pouvait se marier. On a raison si l'on n'envisage que la stricte légalité et la descendance légitime, mais l'on n'est pas tout à fait dans le vrai au point de vue qui nous occupe, car il existait une autre espèce de *mariages tolérés, autorisés*, desquels il pouvait résulter des enfants. Laissons parler Desobry (2) sur ces sortes d'unions. « Le droit de mariage est suspendu pour le soldat. Mais, en même temps, afin de ne point rendre ce célibat trop dur, on lui permet une imitation de mariage, un *matrimonium*, sorte de concubinage légitime, si l'on peut employer ce terme pour une union qui n'a point d'effets civils. Des enfants qui en proviennent suivent toujours la condition de leur mère et naissent étrangers ou esclaves. Cette union, bien qu'autorisée, n'a qu'un caractère éphémère, et le soldat peut en contracter une nouvelle dans tous les lieux où son service le conduit. »

Rien ne dit que l'interdiction du mariage durât encore lorsque le soldat, recevant un lot de terre, devenait colon et s'attachait au sol. Il est évident, du reste, que ces concubinages autorisés dont nous venons de parler devaient très-souvent, surtout lorsque des enfants en avaient été le fruit, se perpétuer chez le soldat-colon sédentaire, et fonder ainsi une famille de sang mêlé, que le père pouvait légitimer par l'adoption. Le concubinage qui *florit* aujourd'hui à un si haut point en Algérie, et qui est trop souvent suivi de mariage civil unissant à tout jamais les plus grands personnages, voire même les généraux, à de peu dignes créatures, nous est un garant de l'extension que prenait certainement le *concubinage autorisé*, dans les colonies de l'ancienne Rome.

Ainsi donc nous sommes autorisé à croire que les colonies militaires ne s'éteignaient pas fatalement avec les concessionnaires du sol, mais se perpétuaient probablement par le *concubinage légitime*, ou même par le mariage civil, si l'interdiction ne pesait plus sur ces soldats devenus colons. A l'égard des colonies politiques ou civiles, *destinées au repeuplement*, on ne saurait élever de doute: des familles émigraient, se fixaient sur le sol étranger, le cultivaient et s'y propageaient.

Si l'Afrique n'avait pas reçu une population romaine permanente fixée au sol, et s'y perpétuant, si ce pays n'avait été que simplement occupé par des envois successifs de vétérans ou par l'arrivée de quelques groupes de marchands ou d'aventuriers s'y rendant pour y tenter la fortune, sauf à retourner dans la mère patrie aussitôt qu'elle leur eût souri, cette terre de passage n'eût point rempli les conditions qui lui valurent l'assimilation au

(1) Plutarque, VIE DE CAIUS GRACCHUS, trad. d'Amyot, p. 549.
(2) Appian Alexandrin, GUERRES DES ROMAINS, liv. XI. Les traducteurs, maistre Claude de Seyssel et le seigneur d'Avenerelles, disent *mesnages*. Paris, MDLXXX, p. 61.
(3) *Loc. cit.*, p. 549.
(4) Appiani Alexandrini, etc. Éd. in-fol. de Henricus Stephanus. Paris, MDXCII, p. 85.
(5) Adam Schmit, RECHERCHES SUR LA NATURE ET LES CAUSES DE LA RICHESSE DES NATIONS, trad. Blavet. Paris, 1807, t. III, p. 29.
(6) Appien, DE BELL. CIV., III.

(1) Strabon, livre XVII, t. V, p. 475 de la traduction de Delaporte du Theil, Coray, etc.
(2) ROME AU SIÈCLE D'AUGUSTE, t. IV, lettre CIX. Desobry s'appuie sur l'autorité de cinq ou six auteurs anciens.

soler, et dont nous partageons invinciblement la tristesse?

» Ah! reportons plutôt nos pensées vers le séjour des immortelles espérances que notre ami n'a jamais méconnues. La science anatomique n'avait pas étouffé la foi dans son cœur. Il reconnaissait, avec Bossuet, que l'homme est un ouvrage d'un grand dessein, créé par une intelligence profonde et pour une destination éternelle. S'il a parfois oscillé dans le choix des théories physiologiques, il n'a du moins jamais été incertain devant l'adoption d'une philosophie sincèrement religieuse; et ce n'est pas sans un attendrissement respectueux que, pendant une trêve de sa maladie, on a remarqué chez lui le retour inattendu de ces idées consolantes. Un moment, le nuage que la maladie avait répandu sur son esprit s'est éclairci, quelques jours de liberté ont lui pendant sa longue agonie; et, sous ces éclairs d'intelligence, la parole divine s'est fait entendre, le signe rédempteur a touché son front, et Dubrueil a pu donner, aux pieds des autels, les preuves de l'humilité triomphante du chrétien, touchante aspiration de l'homme vers le ciel.

» Adieu, noble et bien cher ami, reçois nos derniers devoirs, et que le pieux hommage de la douleur publique adoucisse l'amère affliction de ta famille! »

BANQUET OFFERT A M. VLEMINCKX, INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE BELGE ET PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

A l'occasion de la haute distinction accordée à M. Vleminckx, par S. M. le roi Léopold, pour les éminents services qu'il a rendus au congrès général d'hygiène, comme un des principaux promoteurs et comme président de cette si remarquable réunion, deux des principaux corps de la médecine belge, la médecine militaire et l'Académie, ont offert à notre illustre confrère deux banquets qui font autant honneur à ceux qui les ont donnés qu'à celui qui les a reçus. Une pareille entente, basée sur la haute estime du caractère et la reconnaissance des services rendus est chose si rare et si exemplaire, que nous sommes heureux d'y applaudir et d'y faire participer en quelque façon nos lecteurs.

BANQUET DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE BELGE.

La fête offerte dimanche dernier par le corps du service de santé belge à son chef, M. l'inspecteur général Vleminckx, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de l'ordre de Léopold, a été on ne peut plus splendide.

A cinq heures du soir, plus de cent vingt-cinq officiers du service se trouvaient réunis dans les salons, magnifiquement ornés, du restaurateur Dubost, rue de la Putterie. Il n'était resté dans les garnisons que le personnel strictement nécessaire pour pourvoir, pendant vingt-quatre heures, aux besoins du service.

Le banquet était présidé par M. le médecin en chef, baron Seutin, ayant à sa droite M. l'inspecteur général Vleminckx, à sa gauche M. le médecin en chef honoraire Fallot, qui, quoique retiré du service, avait demandé comme une faveur de pouvoir se joindre à ses anciens camarades pour donner à son ancien chef cette nouvelle preuve de son attachement.

A droite et à gauche étaient assis tous les médecins principaux et de garni-

pays romain lui-même. Un décret de Trajan porte que tout exilé pourra résider partout où il lui plaira hors d'Italie, excepté en Afrique où il eût retrouvé, sans doute, sa patrie avec ses jouissances, ses mœurs, ses relations sociales, etc.

Si l'on suit attentivement l'histoire, on voit que l'Afrique devint, après l'invasion de Rome par les barbares, la plus riche et la plus importante province de l'empire d'Occident, comme le déclarent Théodose et Honorius, dans un décret signé de Ravenne. Dans le concile tenu à cette époque on compta 470 évêques africains orthodoxes présents et 278 donatistes. Il n'est pas douteux que, si le détroit de Gibraltar eût opposé un obstacle à l'invasion des Vandales, l'Afrique ne fût devenue le dernier refuge de la civilisation romaine, morte déjà dans la ville qui fut son berceau, mais survivant dans une colonie qui aurait naturellement pris la place et le rôle de la vraie patrie. C'est l'opinion de graves historiens.

FÉLIX JACQUOT.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS NORMAUX DU CŒUR, POUR ARRIVER AU DIAGNOSTIC DES BRUITS ANORMAUX QUI SE PASSENT AUX ORIFICES DE CET ORGANE; par M. SURMAY, interne des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir le n° 42.)

Les auteurs dont j'adopte la doctrine, doctrine basée sur des observations extrêmement multipliées, faites sur les grands animaux et même sur l'homme, ces auteurs, dis-je, ont-ils bien observé? Voilà la question.

Parmi les adversaires peu nombreux de cette théorie, M. Beau est sans contredit celui qui lui a fait le plus de tort, par le talent avec lequel il a exposé et défendu ses idées, et surtout par les sages conclusions qu'il en a su tirer pour le diagnostic des bruits anormaux du cœur.

Mes observations étant semblables à celles des expérimentateurs qu'a combattus M. Beau, je demande la permission de défendre celles-ci en suivant la discussion qu'en a faite notre éminent adversaire.

Il s'agit d'abord de savoir si la dilatation ventriculaire se fait en une seule fois par la simple action de la systole auriculaire, ou si elle s'accomplit en deux fois, d'abord par l'action de la pesanteur, et puis par celle de l'oreillette.

M. Beau prétend que si les auteurs ont vu la dilatation ventriculaire commencer avant la contraction de l'oreillette, ils ont vu des anomalies. Il pense que le cœur des grenouilles de Hope, qui ne battait que 40 fois par minute, n'était pas dans un état convenable à une bonne observation, et que, s'il y avait eu 20 battements de plus, on aurait bien vu que les premiers résultats étaient des anomalies.

Mais les grenouilles sur lesquelles j'ai expérimenté présentaient 50 et 60 battements par minute, et si la chose a pu n'être pas aussi évidente que possible à 60 battements, elle l'était certainement autant qu'on peut le désirer à 50. Sans rappeler encore une fois les expériences faites sur les grands animaux, on connaît les observations qu'ont pu faire MM. Fauvel et Cruveilhier sur deux fœtus, et rapportées tout au long dans le traité de MM. Barth et Roger. Faut-il que tout cela ne soit qu'anomalies? Au moins faut-il constater, comme une chose fort digne de remarque, que ces anomalies se soient reproduites toujours exactement les mêmes aux yeux de tant d'expérimentateurs observant séparément?

« Si on excise la pointe du cœur, dit M. Beau, on n'en voit pas sortir la » moindre quantité de sang dans l'état de repos ou de pause; ou voit, au » contraire, que le sang ne sort des ventricules qu'immédiatement après la » contraction auriculaire. » D'où l'auteur conclut que la dilatation des ventricules ne se fait que par l'action de la systole des oreillettes.

M. Fauvel a fait la même expérience sur le fœtus affecté d'ectopie du cœur qu'il a eu occasion d'observer, et voici ses propres paroles... : « On » voit qu'à chaque contraction de l'oreillette, le sang sortait plus ou moins » par l'ouverture, suivant l'énergie de cette contraction, tandis que, dans » l'intervalle, *il arrivait jusqu'aux bords de la solution de conti-* » *nuité*, sans avoir de tendance à s'échapper. » (Barth et Roger, p. 332, 2e édition.)

Si l'on trouve que cette expérience laisse quelque chose à désirer, la suivante, du docteur Clendinning, et que j'ai répétée en y faisant une petite modification, comme je l'ai rapporté plus haut, me paraît devoir emporter tous les doutes.

« Un tube de verre est introduit dans le ventricule; on voit alors une » colonne sanguine s'élever rapidement dans l'intérieur du tube lors de la » systole ventriculaire, et puis, pendant la pause, cette colonne s'abaisse » et reste à un niveau fixe, pour remonter encore à la première systole du » ventricule. »

Cette expérience, comme on le voit, est à peu près celle que j'ai faite. Les conclusions sont identiques. La présence du tube dans la cavité ventriculaire empêche les parois de s'accoler, et ce n'est pas la faible résistance que peuvent opposer ces parois relâchées qui peut empêcher la colonne sanguine de tomber dans le vide du ventricule, où l'attire la pesanteur et où le pousse la pression atmosphérique. Si donc elle ne rentre pas tout entière, c'est que le ventricule reçoit du sang de l'oreillette.

Par l'expérience que j'ai rapportée tout à l'heure, M. Beau, pensant avoir prouvé que le sang n'arrive dans le ventricule que par la contraction de l'oreillette, cherche à démontrer que le mouvement placé par les auteurs immédiatement après la systole auriculaire et pris par eux pour la systole du ventricule, n'en est en réalité que la diastole. Il trouve la preuve de cette erreur dans le passage suivant du rapport de Clendinning :

« Un compas d'épaisseur est appliqué sur le ventricule, comme pour » prendre les diamètres du cœur. Dans quelque direction que l'instrument » fût appliqué pour embrasser les ventricules, ou transversalement ou » obliquement, le résultat uniforme était que les jambes de l'instrument » étaient séparées avec force et s'éloignaient l'une de l'autre dans chaque » systole, et se rapprochaient ensuite dans chaque diastole. »

Sect. 2. « Un doigt et le pouce étaient appliqués à des côtés opposés des » ventricules, et étaient poussés en dehors à chaque systole, pour se rapprocher dans chaque diastole. »

« Or, dit M. Beau, si réellement les ventricules augmentaient de volume » dans la systole et diminuaient dans la diastole, comme on vient de le » dire, n'y aurait-il pas là de quoi renverser toutes les idées que l'on se fait » sur l'action des muscles creux? »

son, le pharmacien principal et l'inspecteur vétérinaire; puis venaient successivement et d'après l'ordre des grades les autres médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée.

Toute l'assistance était en grande tenue; le coup d'œil était magnifique.

A neuf heures, M. le baron Seutin s'est levé et a porté un toast au roi en ces termes :

« Messieurs,

» La santé que j'ai l'honneur de vous proposer est celle de notre bon roi et de son auguste famille. Adressons-lui nos respectueux remercîments pour la haute distinction qu'il vient d'accorder à notre corps en élevant son chef au grade de commandeur de son ordre. Regardons cette faveur comme une nouvelle preuve du bienveillant intérêt que notre monarque vénéré ne cesse de porter au service de santé de l'armée.

» Puisse la Providence, en le couvrant de son égide, nous le conserver longtemps pour le bonheur de notre pays et la consolidation de nos institutions. Vive le roi! »

Trois salves d'applaudissements ont accueilli ce toast, qui fut immédiatement suivi de celui porté par M. Fallot à M. Vleminckx dans les termes suivants :

« Monsieur l'inspecteur général,

» C'est un grand honneur pour moi, une distinction d'une valeur inestimable à mes yeux, d'avoir été choisi, par mes anciens bons camarades, MM. les officiers du service sanitaire de l'armée, pour être près de vous, dans cette solennité, l'interprète de leurs sentiments d'affection, de sympathie et de respectueux dévouement.

» Si j'avais écouté les conseils de la prudence, j'aurais sans doute décliné cette mission, que d'autres auraient rempli avec plus de talent; mais j'ai pensé que, pour être bienvenu dans cette enceinte, il suffirait que les paroles vinssent du cœur, et sous ce rapport je ne me suis cru inférieur à personne. (Applaudissements.)

» Monsieur l'inspecteur général, je puis le dire sans crainte d'être démenti, jamais hommage ne fut mieux mérité, jamais il n'en fut de plus spontané et de plus significatif, jamais il n'en fut de plus opportun. (Applaudissements prolongés.) La préoccupation de tous vos instants n'est-ce pas leur bien-être, leur considération, leur dignité? Et cette préoccupation ne s'évapore pas en spéculations vaines, ne se perd pas dans des projets irréalisables.

» L'organisation nouvelle du service de santé de notre armée, organisation qui ne laisse rien à désirer et qui a déjà servi de modèle ailleurs; l'amélioration notable de la condition financière des membres du corps sanitaire, à qui sont-elles dues, sinon à vous, à vos constants efforts, à votre infatigable persévérance, au noble emploi que vous faites du crédit dont, à juste titre, vous jouissez près de l'autorité? (Bravo! bravo!) Tout n'est pas fait, je le sais; le corps n'a pas encore obtenu tout ce qu'il est en droit d'attendre; mais je lis dans les succès du passé les conquêtes de l'avenir, et j'espère vivre assez pour voir luire le jour d'une complète justice. (Applaudissements prolongés.)

» Fut-il jamais hommage plus spontané, plus unanime, moins équivoque? Au premier appel n'a-t-on pas vu de tous les points du royaume arriver tous les

Cette fameuse expérience, je l'ai faite et je l'ai décrite avec le résultat qu'elle m'a donné. Ce résultat, qui n'a pas varié une seule fois et qui a été reconnu par plusieurs personnes, est identique à celui du docteur anglais; j'y crois donc. Mais il faut démontrer qu'il n'a rien d'absurde ni de contradictoire au phénomène auquel on l'a attribué, auquel je l'attribue et dont il est le caractère.

Chacun sait que lorsqu'un muscle se contracte, il se durcit; ses fibres se plissent en zigzag. Si l'un des diamètres du muscle diminue, les autres augmentent. Tout le monde connaît la saillie orgueilleuse que les athlètes donnent à leurs biceps en les contractant. Appliquez la main sur un muscle et contractez-le énergiquement, vous sentirez votre main repoussée par ce muscle, qui se grossit en durcissant. Eh bien! le cœur, pour être creux, n'en est pas moins un muscle qui se contracte comme tous les autres.

Quand les parois ventriculaires se contractent, elles deviennent dures. Si leur longueur diminue, leur épaisseur augmente, et cela peut très-bien se voir quand le cœur se contracte à vide. Supposons donc le ventricule plein et sur le point de se contracter. Qu'il se contracte, et l'épaisseur de ses parois augmente. Par le fait de cette contraction, le liquide que renferme la cavité de ce muscle, qu'on appelle ventricule, est expulsé et les parois se rapprochent, et le volume total de l'organe se trouve à la fin diminué; mais l'épaisseur de la paroi musculaire n'en est pas moins augmentée. Or cette augmentation de l'épaisseur du muscle est le *premier phénomène, le phénomène essentiel* de la contraction, et aussitôt qu'elle se fera, elle s'ajoutera au volume antérieur de l'organe. Comme cette augmentation de volume déterminera aussitôt l'évacuation du ventricule, et partant sa diminution, elle sera trop rapide pour être appréciée à la vue; mais dans un instant extrêmement fugitif, elle sera sensible au doigt qui touchera le ventricule, et comme elle sera brusque et rapide, le doigt sentira une impulsion. Si, au lieu du doigt, c'est quelque chose de léger et de très-mobile qui touche le ventricule, cet objet sera repoussé. Par ce mouvement, le ventricule a pour ainsi dire marqué le commencement du phénomène qui opère son évacuation. Cette évacuation se faisant, le volume total du ventricule diminue, et l'objet qu'il avait repoussé revient. L'évacuation faite, sa réplétion commence, et jusqu'à ce qu'elle soit complète, l'objet qui touche le ventricule ne *paraît* pas bouger, parce que la puissance qui le pousse est sans vigueur, qu'elle agit sans secousse. La réplétion étant complète, cet objet se trouve à l'endroit d'où l'avait chassé la contraction précédente; la nouvelle contraction qui arrive l'en rechasse de nouveau. Voilà comment M. Clendinning a pu dire avec vérité que pendant la systole les branches de son compas étaient écartées, et qu'elles se rapprochaient pendant la diastole; voilà comment cela ne veut pas dire le moins du monde que, *durant tout le mouvement* que cet observateur fort distingué a appelé la systole, les diamètres du ventricule augmentaient.

« Mais, poursuit M. Beau, ce qu'il y a de plus étrange encore, c'est qu'après avoir rigoureusement démontré que le mouvement qu'il appelle systole présente une augmentation de tous les diamètres ventriculaires, le rapport Clendinning adopte en principe que le même mouvement est caractérisé par le resserrement des ventricules. Il y a plus : c'est que, dans l'obs. XIX, sect. 1 (1), on prétend constater l'existence simultanée de ces deux faits.

(1) C'est dans l'obs. XXIII, sect. 1, que j'ai trouvé cela.

» Un fil est passé à travers la pointe du cœur et un autre à travers les parois, au-dessus de l'orifice mitral. Une traction est exercée en haut, perpendiculairement au cœur, et on note ce résultat qu'à chaque systole chaque fil devient plus tendu, et au moment de la tension du fil, le doigt, appliqué au point où il est attaché, perçoit une double sensation : la première, celle de la traction du cœur, indiquant le rapprochement des extrémités; la seconde, d'une impulsion extérieure. »

M. Beau voit dans ces résultats « une contradiction des plus flagrantes et des plus matérielles qui se puissent voir : Car, dit-il, si le doigt placé au point d'insertion du fil éprouve une impulsion extérieure, cette impression doit arriver au fil comme au doigt, et dès lors il est impossible d'admettre que, dans le moment même de l'ondulation, le fil soit tendu. »

Qu'on veuille bien se rappeler que la brusque augmentation de volume à laquelle j'ai attribué l'impulsion est tout à fait fugitive et très-faible. Je voudrais dire que c'est la systole qui n'est pas encore sortie de la paroi musculaire. Ce phénomène est donc aussi instantané que possible. Le rapprochement des deux extrémités du cœur va, au contraire, en augmentant depuis le début jusqu'à la consommation de la systole, et c'est pour cela qu'il a été signalé par tout le monde. Il se substitue si rapidement au phénomène qui le précède que l'effet de celui-ci sur le fil échappe à la vue, et que l'impulsion ne peut être appréciable qu'au toucher. S'il faut s'exprimer avec une rigueur absolue, je dirai, en me servant des expressions de M. Beau : « Il en résulte deux sensations toutes différentes, qu'on est tenté de croire isochrones, tant la succession en est rapide : la première, celle d'une impulsion extérieure; la seconde, celle de la traction du cœur, indiquant le rapprochement des extrémités. » (Beau, p. 279.)

Seulement l'impulsion que M. Beau attribue à la dilatation brusque et violente du ventricule par la contraction énergique de l'oreillette, je la rapporte à la contraction du ventricule, qui marque ainsi son début.

Il n'y a donc nulle contradiction dans les résultats rapportés par le docteur Clendinning, et nulle part on ne voit la singulière prétention de prouver que la dilatation et le resserrement des ventricules sont simultanés.

M. Beau ne conteste ni l'impulsion ni le rapprochement des extrémités; mais il veut que l'impulsion soit le signe de la dilatation ventriculaire, parce que cette secousse est perçue après la contraction de l'oreillette. Cela est sans doute une faute de la plume; car, dans la formule qu'il donne des mouvements du cœur, M. Beau présente comme isochrones la contraction de l'oreillette et la dilatation du ventricule, que suit rapidement la systole ventriculaire : « D'après ma théorie, la succession des mouvements du cœur se fait de la manière suivante : contraction de l'oreillette, dilatation du ventricule, contraction du ventricule; de ces trois mouvements, les deux premiers sont isochrones, et le troisième vient rapidement après eux. » (P. 267.)

Ce qui est exactement vrai, et ce qui justifie les auteurs aussi bien qu'ils peuvent le désirer.

Revenons un peu sur la manière dont se fait la diastole ventriculaire. On a objecté à M. Beau que l'oreillette ne possède pas une force contractile assez grande pour l'opérer à elle seule, et distendre si violemment les parois relâchées du ventricule. Cet argument n'est assurément pas puissant; mais la comparaison suivante, par laquelle on y répond, ne me paraît pas avoir une plus grande force contre la théorie que l'on combat :

officiers de santé disponibles, impatients de prendre une part à cette réunion de famille et d'en fêter le héros!

» Et quel moment plus opportun aurait pu être choisi pour vous offrir cet hommage que celui où, par un témoignage tout spécial de sa munificence, le chef de l'État a proclamé aux yeux du pays et à l'Europe l'approbation qu'il donne à votre gestion et le prix qu'il attache à vos services. (Bravos répétés.)

» Camarades et amis, joignez-vous à moi pour porter un toast à votre digne et respectable chef. Puisse-t-il conserver longtemps encore le poste qu'il occupe avec tant d'éclat; puisse-t-il trouver dans le souvenir du bien qu'il a fait, dans la perspective de celui qu'il pourra faire encore, dans l'estime, la confiance, l'attachement et la reconnaissance de ses subordonnés, dans le suffrage de tous ceux qui connaissent et apprécient le service sanitaire de l'armée, une juste récompense de son dévouement et de ses efforts, et pour terminer par un vœu, dont moi seul dans cette enceinte apprécie toute la sainteté, puisse-t-il, quand l'heure de la retraite sonnera pour lui, rencontrer chez ses anciens collaborateurs cette même sympathie dont ils couvrent l'orateur qu'ils viennent d'écouter jusqu'au bout avec tant de bienveillance, sentiment auquel il doit le bonheur de prendre part à cette fête et l'honneur d'y porter la parole.

» A notre inspecteur général, longue vie, prospérité, bonheur! »

Ce toast est accueilli par les cris répétés de : A notre inspecteur général! Vive notre inspecteur général!

M. Vleminckx s'est aussitôt levé et a fait à ce toast la réponse suivante :

« Mes chers camarades,

» Je commence par réclamer votre indulgence; jamais, je vous l'assure, je n'en eus plus besoin. Les paroles pleines de bienveillance et d'affection que je viens d'entendre me touchent et m'émeuvent à ce point que je ne sais comment vous exprimer les sentiments qui m'oppressent.

» M. le médecin en chef Fallot a bien voulu vous parler des services que j'ai pu rendre au corps à la tête duquel j'ai l'insigne honneur d'être placé, en cherchant à vous faire obtenir le rang et la position auxquels vous aviez des titres incontestables.

» Qu'on mon illustre ami me permette de le lui dire, ce n'était pas là une tâche environnée de bien grandes difficultés.

» Ce rang et cette position, mes chers camarades, mais qui donc eût pu sérieusement les contester à un corps comme le vôtre, à un corps qui porte sur sa bannière les mots sacrés de *dévouement* et *humanité*, à un corps qui compte dans ses rangs les plus grandes illustrations médicales; des hommes qui, par leurs écrits, leur enseignement, leur pratique ou leurs découvertes, font la gloire du pays et lui attirent les respects et les sympathies de l'étranger?

» Les efforts que j'ai pu faire pour qu'on vous rendît la justice qui vous était due, mais en supposant qu'ils n'eussent pas été un des premiers besoins de mon cœur, m'étaient encore commandés par la plus impérieuse et la plus sacrée de mes obligations.

» Sans doute, tout n'est pas fait, comme vient de vous le dire mon hono-

« Il arrive ici ce qui se fait dans les muscles de la vie animale, ceux du » bras, par exemple. Ainsi, en supposant le biceps et le brachial antérieur » raccourcis par la contraction, on ne les verra s'allonger qu'autant que le » triceps se contractera, et cependant la force contractile de ce muscle » est bien moindre que celle des deux fléchisseurs. » (Beau, ARCH. MÉD., 1835, 2e série, t. IX, p. 412.)

Je ne suis pas tout à fait de cet avis. On verra les muscles fléchisseurs s'allonger aussitôt qu'ils ne seront plus contractés, si l'avant-bras est dans une position convenable pour obéir à la pesanteur. Les extenseurs manqueraient qu'il en serait absolument de même, et que l'extension se ferait sans eux. De même pour le cœur : aussitôt que les muscles valvulaires cesseront d'être en contraction — et, selon M. Beau lui-même, ils ne sont point contractés pendant la pause — les valvules obéiront à la pesanteur, et s'abaisseront sous la pression du sang qui pèse sur elles. Il entrera donc plus ou moins de sang dans le ventricule pendant le repos. Ainsi le raisonnement et l'expérience s'accordent pour démontrer que la dilatation ventriculaire commence avant la systole de l'oreillette.

Dans les témoignages fournis par la pathologie, M. Beau et M. Corrigan pensent avoir trouvé la preuve que l'impulsion du cœur est le fait de la dilatation violente du ventricule par la systole énergique des oreillettes. Suivant ces auteurs, l'ouvrage de M. Bouillaud est tout plein d'observations qui prouvent que toutes les fois que des battements énergiques avaient été remarqués pendant la vie, l'autopsie a montré, au lieu d'une hypertrophie ventriculaire, comme on devait s'y attendre, une hypertrophie auriculaire.

J'ai trouvé dans l'ouvrage de M. Bouillaud 27 cas d'hypertrophie partielle ou totale du cœur. 12 de ces observations sont signalées par M. Beau comme lui étant favorables : ce sont les nos XXI, XXIII, LI, LIV, LVIII, LIX, LXXXIII, CXVI, CXXI, CXXIV, CXXXI, CXXXIV.

Le total se répartit de la manière suivante :

A. Hypertrophie ventriculaire et auriculaire, avec excès de l'auriculaire. (Obs. CXXI.)

B. Hypertrophie ventriculaire et auriculaire, avec excès de la ventriculaire. (Obs. CXIII, CXVI, CXXIV, CXXV, XXIII, LIX, LX, LXXVII, CXXXIV.) Dans les trois premières et dans le no XXIII, l'hypertrophie auriculaire est fort légère.

C. Hypertrophie auriculaire et ventriculaires égales. (Obs. XXI, LXIV, LXIX, LXXII, LXXXIII, CXXXI, CXXXII.)

D. Hypertrophie ventriculaire. (Obs. LIII, CXV, CXVIII, CXIX, LXIII, CXXVI, CXXXIII.) Dans les obs. CXIX, LXIII, il est noté un épaississement auriculaire insignifiant.

C. Hypertrophie auriculaire. (Obs. LI, LVIII, CXVII.) Dans l'obs. LVIII, il est noté une hypertrophie auriculaire tout à fait insignifiante.

Si je retranche de ces 28 observations les LIXe, CXXXIIIe, CXVIIe, LXXIIe, dans lesquelles les battements ont été notés modérés, normaux ou peu sensibles, il restera 24 cas d'hypertrophie avec battements plus ou moins violents, savoir :

14 dans lesquels on a noté ou bien une hypertrophie ventriculaire seulement, ou bien une hypertrophie beaucoup plus considérable des ventricules que des oreillettes ;

6 dans lesquels l'hypertrophie a été à peu près également partagée entre les ventricules et les oreillettes ;

2 dans lesquelles les oreillettes seules ou à peu près se sont trouvées épaissies ;

1 dans lequel l'hypertrophie des oreillettes a été plus considérable que celle des ventricules.

Si M. Beau regarde comme lui étant favorables les cas des deux premières catégories, et se croit fondé, d'après eux, à affirmer que l'impulsion forte du cœur a été l'effet de l'action énergique des oreillettes, j'ai au moins autant de droit à dire qu'au contraire ces faits déposent en faveur de l'action énergique du ventricule à laquelle on doit attribuer la violence des battements.

Quant aux trois cas restants, je dirai que la maladie même du cœur a été cause de la vigueur des palpitations, et que, sans hypertrophie auriculaire ni ventriculaire, une endocardite, une péricardite, une pneumonie, une névrose, une émotion quelconque, etc., peuvent déterminer des battements de cœur de la plus grande violence.

« Il faut savoir maintenant, dit M. Beau (ARCHIV., p. 426, 1839, 4), » ce qu'il advient quand cette hypertrophie (des oreillettes) n'existe pas, » et qu'il n'y a que celle des ventricules. L'ouvrage de M. Bouillaud ne » contient que 3 observations de cette dernière espèce : elles portent les » nos LXVII, CXVII, CXXXIII. Dans l'obs. CXVII, l'oreillette droite avait » bien des parois épaisses ; mais la gauche était extrêmement petite en » comparaison du ventricule correspondant, qui avait une capacité triple » de celle qui lui est naturelle et des parois de 6 lignes d'épaisseur. »

Dans l'obs. CXVII, il est dit, en effet, que les battements du cœur sont peu sensibles à la main ; mais on note que les parois du ventricule gauche ont environ 6 lignes d'épaisseur, c'est-à-dire moins que la moyenne normale établie par M. Bouillaud, et qui est de 6 lignes et demie à 7 lignes. On note aussi que le ventricule droit a son épaisseur ordinaire, si ce n'est vers la pointe, où elle diminue un peu. Il est dit que la cavité de l'oreillette gauche pourrait contenir un œuf de poulette ; il n'est pas question de l'épaisseur de ses parois. Enfin « l'oreillette droite, épaisse et charnue, est d'un » bon tiers plus volumineuse que la gauche. »

Ce n'est donc point d'une hypertrophie ventriculaire, sans lésion des ventricules, qu'il s'agit ici, mais d'une hypertrophie bornée à l'oreillette droite. Je ne suis pas surpris que les battements du cœur aient été peu sensibles à la main.

Dans l'obs. LXVII, les parois ventriculaires « *sont un peu épaissies, et » leur tissu brunâtre se déchire avec facilité ;* les cavités ventriculaires » sont un peu dilatées. » Il n'est point parlé de l'épaisseur des parois auriculaires. Il n'est point extraordinaire qu'on ait à peine senti les battements du cœur.

L'obs. CXXXIII nous montre une hypertrophie ventriculaire très-considérable, avec une faible impulsion précordiale.

Mais les obs. CXV, CXVIII, CXXVI, qui se trouvent aussi dans le traité de M. Bouillaud, nous font connaître que des battements de cœur très-violents ne se sont expliqués, à l'autopsie, que par une hypertrophie ventriculaire, et dans les obs. CXIX, LXIII, LXXVII, nous voyons, avec une impulsion précordiale énergique, une très-forte hypertrophie ventriculaire et une hypertrophie auriculaire insignifiante. Voilà les pièces du procès ; le jugement est facile.

Quant à nous, nous ne voyons rien à changer à ce que nous avons formulé sur les mouvements du ventricule, et jusqu'à nouvelles preuves, nous resterons convaincu que c'est la systole ventriculaire qui produit

---

rable ami, mais le passé vous répond de l'avenir. D'ailleurs, vous le savez aussi, rien ne sera négligé pour obtenir la réalisation de vos vœux.

» Dans plus d'une circonstance, mes chers camarades, vous m'avez donné des preuves non équivoques de votre reconnaissance et de votre attachement ; mais j'étais loin, je l'avoue, de m'attendre à cette magnifique ovation dont vous me rendez aujourd'hui l'objet, et qui doublerait, s'il en était besoin, le mérite de la haute distinction que je dois aux bontés du roi ; merci, merci, mes chers camarades, mille fois merci !

» Ce jour, croyez-le bien, comptera parmi les plus beaux de ma vie. Être le chef d'un corps comme le vôtre, et recevoir d'un pareil corps un pareil hommage, c'est, sinon le plus grand, du moins le plus doux et le plus précieux honneur qui pût m'être rendu.

» Je demande à mon tour à M. le président de vouloir bien me permettre de porter un toast — expression de mes vœux les plus chers et de mes plus ardents désirs.

» Au corps de service de santé de l'armée, à ses succès, à son avenir, à sa gloire !

» Puisse-t-il, par l'union de ses membres, par son dévouement, par ses connaissances étendues et variées, continuer à mériter la haute approbation de notre roi vénéré, l'estime et la confiance de l'armée, la reconnaissance de tous nos concitoyens ! »

Des bravos unanimes et plusieurs fois répétés accueillent ce toast, prononcé avec beaucoup d'émotion.

D'autres toasts ont encore été portés par M. le médecin principal Gouzée à M. le baron Seutin, par M. Vleminckx à M. Fallot, par le médecin de régiment Lelong aux commissaires du banquet.

Il était onze heures lorsque la fête s'est terminée. Il nous est impossible d'en raconter tous les détails ; qu'il nous suffise de dire qu'elle a été aussi gaie que belle.

Nous n'avons pas reçu les détails du banquet offert par l'Académie ; mais nous ne doutons pas qu'il n'ait été, sous le rapport de la dignité et de la cordialité, la répétition de celui dont nous avons pu rendre compte avec quelques détails.

— Le roi de Sardaigne vient de décorer de l'ordre civil et militaire de Saint-Maurice-et-Lazare, M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, président de la Société médicale d'emulation, etc.

Le décret qui confère cette distinction est motivé en ces termes honorables :

« Nous voulons récompenser M. le docteur Caffe de ses travaux scientifiques » élevés, de sa pratique médicale honorable et distinguée, et encore des ser» vices importants et désintéressés qu'il a rendus aux sujets de S. M. sarde, à » Paris. »

---

l'impulsion précordiale. L'impulsion que sent le doigt qui touche le cœur en systole sur l'animal sacrifié, est transmise par la paroi pectorale à la main appliquée sur la région précordiale de la poitrine fermée.

Nous continuons aussi à tenir pour vrai que la diastole auriculaire commence en même temps que la systole du ventricule, parce que nous l'avons vu ainsi.

Je répète donc que la formule qui me paraît vraie et complète est la suivante :

Isochrones.	Systole auriculaire. Fin de la dilatation ventriculaire.	1er temps.
Isochrones.	Systole ventriculaire. Commencement de la dilatation auriculaire.	Mouvement.
Isochrones.	Chute du sang sur les valvules sygmoïdes. Suite et fin de la dilatation auriculaire. Commencement de la dilatation ventriculaire.	2e temps. — Repos.

Le deuxième temps est plus long que le premier.

BRUITS DU COEUR.

Je n'ai pas à définir ce qu'on entend par premier et deuxième bruit du cœur, par petit et par grand silence : ces définitions se trouvent partout. La cause exacte des bruits, je ne vois pas la nécessité de la rechercher. Ce qu'il importe d'établir d'une manière aussi exacte que possible, ce sont les rapports des bruits normaux avec les mouvements. Cela suffit au diagnostic des bruits anormaux, qui est la fin de ce travail.

Pour faire cette étude, trois voies se présentent : le raisonnement, les expériences, l'observation clinique et nécropsique. Je vais les suivre successivement.

Tous les auteurs s'accordent à regarder comme exacte la coïncidence du premier bruit avec l'impulsion précordiale, et il suffit d'ausculter une seule fois le cœur pour se convaincre que ce rapport est vrai. Puisque j'ai toujours vu l'impulsion être un des caractères de la systole, je dois donc croire que c'est avec ce mouvement que coïncide le premier bruit.

A quel moment de la révolution du cœur correspond le deuxième bruit ?

Que se passe-t-il après la systole ventriculaire ?

Aussitôt le sang lancé dans les grosses artères, je le vois retomber sur les valvules sigmoïdes, et l'intervalle qui sépare le premier du deuxième bruit, je puis l'estimer égal à celui qui sépare la contraction ventriculaire de l'abaissement des valvules sigmoïdes.

La dilatation auriculaire a commencé pendant la systole des ventricules, et par conséquent avant le second bruit. Ce n'est donc pas avec l'arrivée du sang dans les oreillettes que je puis faire coïncider ce bruit. Lorsqu'il se produit, le sang coule en courant continu dans les oreillettes, et cela ne paraît pas devoir s'accompagner d'aucun son, surtout d'un son aussi brusque, aussi net que celui dont il est question.

En même temps que les valvules sigmoïdes s'abaissent, les ventricules se relâchent, deviennent flasques, et il y a peut-être un petit courant sanguin. Cela peut-il produire un bruit ? Je ne le crois pas. Mais de même que la chute du sang sur les valvules, ces phénomènes, qui lui sont isochrones, peuvent bien coïncider avec le deuxième bruit du cœur.

Quant à la systole auriculaire, elle *précède* de si près la systole des ventricules (premier bruit) qu'il est impossible de lui attribuer un bruit qui *suit* de si près le premier.

C'est donc avec l'abaissement des valvules sigmoïdes qu'il semble que le deuxième bruit doive coïncider. Le timbre sec, la netteté de ce bruit, semblable à celui que produit une membrane brusquement tendue, sont des caractères qui justifient cette hypothèse plutôt qu'ils ne la contredisent.

Mais tout cela n'est qu'hypothèse, et tout cela peut être renversé par les observations expérimentales et pathologiques.

Quant aux expériences, elles ne manquent point ; elles surabondent dans les écrits des docteurs Hope, Williams, Clendinning, Corswill, dans les rapports des comités de Londres, de Dublin, d'Edimbourg, de Philadelphie.

Les résultats de ces expériences et ceux des observations de MM. Rouanet, Bouillaud, Cruveilhier, etc., sont relatés tout au long dans l'ouvrage de MM. Barth et Roger, qui y ont ajouté les leurs.

Eh bien ! tous ces auteurs s'accordent pour établir la coïncidence que j'ai supposée tout à l'heure. Ils diffèrent sur la cause des bruits, non sur les rapports des bruits avec les mouvements.

Pour tous le premier bruit indique la systole des ventricules, le second bruit la diastole. Il est bien entendu que c'est de notre diastole que je parle, et non de celle de M. Beau.

Fidèle à sa formule des mouvements du cœur, M. Beau rapporte le premier bruit à la diastole ventriculaire, et regarde comme la cause de ce bruit le choc de l'ondée brusquement lancée par l'oreillette contre les parois ventriculaires, qu'elles met en vibration. De même, la cause du second bruit se trouve dans la tension brusque et dans les vibrations des parois auriculaires, sous l'influence du choc de l'ondée sanguine qui s'échappe des veines lors du relâchement de l'oreillette. Les observations de cet auteur n'aboutissent qu'à établir l'isochronisme de ce phénomène et de l'abaissement des valvules semi-lunaires.

Si M. Beau s'était borné à établir ces rapports, auxquels on ne peut certainement pas reprocher d'être inconséquents, il n'y aurait qu'à les admettre ou à les rejeter, selon qu'on aurait admis ou qu'on aurait rejeté les observations physiologiques sur lesquelles ils s'appuient ; mais, comme je l'ai indiqué, M. Beau a voulu donner une explication des bruits, et sur ce sujet je suis obligé de le combattre.

« On prend, dit M. Beau (ARCH., 1841, II, 409), une portion de gros intestin longue de 4 décimètres, que l'on sépare complétement du tube intestinal et du mésocolon. On lie circulairement une de ses extrémités avec un fil, et par l'autre extrémité, on remplit d'eau cette portion d'intestin jusqu'à la hauteur de 3 décimètres. De cette manière, il reste dans l'intérieur de l'intestin une étendue d'un décimètre qui ne contient pas d'eau, et qui, pour la réussite de l'expérience, doit être exactement privée d'air ; on lie ensuite avec un fil l'extrémité restée libre jusque-là. Les choses étant ainsi disposées, on exerce avec les doigts une pression circulaire sur l'intestin, entre la portion pleine et la portion vide ; on charge une personne de comprimer d'une manière notable et continue la portion pleine, et si alors on écarte brusquement les doigts qui exerçaient une pression circulaire sur l'intestin, le liquide se porte vivement contre l'extrémité vide, en produisant en ce point un mouvement brusque et un bruit de choc appréciable même à distance.

» Ce fait expérimental nous représente assez exactement le mode de production du mouvement et du bruit supérieurs. »

Je ne crois pas, comme M. Beau, que ce qui se passe dans cet intestin soit en tout comparable à ce qui se passe dans l'oreillette.

La main qui presse la portion pleine de l'intestin en chasse brusquement assez de liquide pour remplir tout d'un coup et avec une certaine force la portion vide. Les parois de celle-ci sont donc brusquement et violemment tendues dans toute leur surface, et on comprend aisément que ce passage subit de toute une membrane du relâchement à la tension produise un bruit ; mais qu'au lieu de remplir ainsi tout d'un coup la portion vide, on y laisse seulement pénétrer d'abord un faible jet de liquide bien insuffisant pour la remplir, et qu'on laisse la réplétion s'achever tout doucement et d'une manière continue, est-ce qu'on obtiendra un bruit ? Un point seul de la membrane pourra être tendu du premier coup ; le reste le sera ensuite peu à peu, et ce ne sont pas là les conditions propres à produire le bruit désiré.

Eh bien ! j'adresse la même question pour le bruit auriculaire ? Croit-on que la petite ondée sanguine — M. Beau sait bien que cette ondée est loin d'être suffisante pour remplir l'oreillette — croit-on, dis-je, que la petite ondée sanguine qui arrive dans l'oreillette lorsque celle-ci se relâche puisse avoir assez de force et assez de volume pour tendre les parois auriculaires sur toute leur surface, et par ce moyen produit un bruit pareil au deuxième bruit du cœur ? Est-ce qu'on peut comparer cette grosse ondée lancée tout d'un coup et avec force dans la cavité de l'intestin, qu'elle distend brusquement et complétement, au courant sanguin qui arrive dans la cavité auriculaire, où il s'étale tout à l'aise en prenant son temps pour la remplir ? Est-ce qu'il est possible d'établir un rapport entre la force qui lance le liquide dans l'expérience en question et celle qui pousse le sang hors des veines ? D'ailleurs, j'ai répété l'expérience de M. Beau. J'ai, en effet, obtenu un bruit assez peu marqué, en poussant tout d'un coup dans la portion vide de l'intestin une ondée capable de la remplir et de la distendre brusquement. Mais toutes les fois que je n'ai laissé arriver en jet brusque qu'une portion de cette ondée, qui se complétait ensuite en coulant sans secousse, je n'ai obtenu aucun bruit, parce que je n'ai pu obtenir ainsi une tension suffisante de l'intestin.

M. Beau compare les parois cardiaques aux parois artérielles, et prétend que le choc du sang contre les premières doit produire un bruit comme la diastole artérielle en produit un. Mais les parois artérielles sont des membranes élastiques, et par conséquent très-disposées à vibrer ; elles sont toujours plus ou moins tendues, puisque le canal artériel est toujours plein. Que ces parois tendues entrent en vibration et donnent un son à chaque impulsion qui leur est communiquée, quoi de plus naturel ? Mais cela ne prouve en aucune façon que les parois cardiaques qui sont flasques, molles, relâchées, charnues, vibrent de la même manière sous la même influence.

Ainsi, si les rapports que M. Beau a établis entre les mouvements et les bruits du cœur ne blessent nullement la logique, la physique ne saurait

avouer l'explication qu'il a donnée de ces bruits. Or ces rapports, qui s'accordent bien avec la formule de M. Beau, je ne puis les regarder comme vrais, puisqu'ils sont tout à fait contraires à ce que j'ai observé après presque tous les auteurs, et je trouve dans sa défectueuse explication des bruits un motif de plus de rejeter la doctrine de ce médecin distingué.

Jusqu'à présent les rapports que je regarde comme vrais sont donc ceux que m'ont démontrés le raisonnement et les expériences des auteurs, et surtout les expériences si multipliées des auteurs anglais, et je le répète, ce sont les suivants :

Premier bruit. — Systole ventriculaire; commencement de la diastole auriculaire.

Deuxième bruit. — Abaissement des valvules sigmoïdes; commencement de la diastole ventriculaire; suite de la diastole auriculaire.

Pendant le grand silence, les deux diastoles se continuent et s'achèvent.

Il est bien entendu que je n'établis ici que des coïncidences, et que je ne veux en aucune façon indiquer la cause des bruits.

Il faut maintenant à cette formule la sanction de la pathologie.

Et d'abord, je dois dire que cette sanction a fait et fait encore la fortune de la théorie de M. Beau, et c'est le mérite de cet auteur d'avoir enfin concilié la théorie physiologique avec les faits pathologiques.

Mais est-ce que je ne viens pas d'avouer l'excellence de la théorie que je combats? Nullement, et je ne veux pas faire un paradoxe en disant que la théorie physiologique de M. Beau me paraît aussi fausse que les conséquents cliniques en sont vrais.

Je vais essayer de démontrer que la doctrine que j'ai défendue jusqu'ici conduit aux mêmes résultats.

Excepté sur un point, toutes les théories s'accordent sur le diagnostic des bruits anormaux qui se passent aux orifices du cœur, et à toutes l'anatomie pathologique donne raison. A quel moment se fait entendre le bruit anormal produit par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire? Voilà le point en litige.

Malgré les démentis fréquemment donnés par l'anatomie pathologique, il a été classique pendant longtemps, et aujourd'hui encore plusieurs médecins distingués pensent que le signe stéthoscopique de la lésion en question est isochrone avec le deuxième bruit normal du cœur. Pour ne pas sortir de la vérité, il suffirait pourtant aux auteurs d'être logiques.

Comment, en effet, ce bruit anormal du rétrécissement auriculo-ventriculaire est-il produit? Par le passage d'une colonne sanguine assez volumineuse dans un orifice trop étroit. Or, à quel moment le sang passe-t-il de l'oreillette dans le ventricule? Il en passe un peu pendant le repos du cœur, mais c'est si peu, avec si peu de force, qu'une toute petite fente lui suffirait; or à ce moment, il n'y a ni la force d'impulsion ni le volume de la colonne sanguine capables de déterminer un bruit. Ces conditions n'existent que lors de la contraction auriculaire, alors qu'une grosse ondée est brusquement lancée de l'oreillette dans le ventricule. Eh bien! cette systole auriculaire, tous les auteurs ne s'accordent-ils pas à dire qu'elle précède si immédiatement la systole ventriculaire, que ces deux mouvements paraissent moins se succéder qu'être un mouvement qui commence à l'une des deux cavités, et se propage rapidement sur l'autre.

Le second bruit du cœur, au contraire, au lieu de précéder la systole ventriculaire, ne la suit-il pas immédiatement?

Comment donc faire coïncider avec lui un phénomène dont la place est toute inverse?

Le deuxième bruit du cœur se fait entendre immédiatement avant la pause ou le silence; la systole auriculaire est le premier mouvement qui suit la pause; c'est la systole auriculaire qui détermine la production du bruit anormal en question; comment a-t-on pu dire que ce bruit est isochrone avec le deuxième bruit du cœur?

En admettant que le premier bruit normal est isochrone avec la systole ventriculaire, la place exacte du signe stéthoscopique du rétrécissement auriculo-ventriculaire serait immédiatement avant le premier bruit.

Plusieurs observations rapportées par M. Fauvel prouvent qu'en effet il en est ainsi dans un certain nombre de cas, et je lis dans la deuxième et dans la troisième édition de l'ouvrage de MM. Barth et Roger, que ce que M. Fauvel a démontré positivement par des observations cliniques et nécroscopiques, ces deux savants médecins l'avaient déjà entrevu. Mais qu'on lise les observations rapportées dans le traité si complet de M. Bouilland, et ce ne sera peut-être pas sans étonnement que l'on y verra noté toujours, ou très-peu s'en manque, un bruit de souffle coïncidant avec le premier bruit du cœur dans les cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire. Je possède trois cas pareils à ceux de M. Bouilland, observés l'an dernier. Je les rapporterai et je les discuterai plus loin.

La théorie de M. Beau s'accorde parfaitement avec cet enseignement de l'anatomie pathologique. Si, en effet, le premier bruit du cœur est l'effet du choc de l'ondée lancée par l'oreillette dans le ventricule, le bruit anormal produit par le passage de cette ondée dans l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci doit nécessairement être isochrone au premier bruit normal et se confondre avec lui.

Mais M. Beau place au même moment le signe stéthoscopique du rétrécissement artériel (aortique ou pulmonaire), et on lui a reproché de confondre dans le même temps deux phénomènes qui se succèdent.

M. Beau a répondu à cette objection en rappelant la quasi-instantanéité avec laquelle le sang passe de l'oreillette dans les artères, en disant que l'ondée sanguine passe si rapidement de l'orifice auriculo-ventriculaire dans l'orifice artériel que les vibrations sonores de ces deux orifices peuvent très-bien se confondre et se confondent en effet pour l'oreille qui ausculte.

Cette réponse me paraît victorieuse, et c'est avec la même arme que je vais me défendre, et je dis :

Pour moi, le premier bruit normal coïncide avec la systole ventriculaire. La preuve pathologique en est l'isochronisme du bruit du rétrécissement aortique avec le premier bruit du cœur, fait qui n'est contesté par personne.

Le passage de l'ondée sanguine à travers les orifices auriculo-ventriculaire et aortique est si rapide que les vibrations sonores de ces deux orifices lors du passage de l'ondée peuvent très-bien se confondre pour l'oreille qui ausculte. Voilà pourquoi les bruits anormaux qui caractérisent les rétrécissements auriculo-ventriculaire et artériel se font entendre sensiblement dans le même moment.

Les observations de M. Fauvel plairont mieux aux théoriciens, et c'est le diagnostic qu'elles commandent que les auteurs du Traité de l'auscultation ont généralisé pour tous les rétrécissements auriculo-ventriculaires qui se révèlent par un bruit anormal; mais ce n'est pas ce qui devrait être qu'il faut croire, c'est ce qui est. Or les observations nous apprennent que dans l'immense majorité des cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, ce n'est pas immédiatement avant le premier bruit normal, mais en même temps que lui que se fait entendre le bruit anormal.

Est-ce à dire pourtant que ces trois bruits, systolique normal, auriculaire, artériel, se confondront si bien qu'il sera tout à fait impossible de les distinguer? La vérité n'est pas dans cette proposition absolue. En auscultant avec grande attention, on pourra *quelquefois* remarquer que le bruit anormal n'a pas exactement commencé avec le bruit normal, mais qu'il s'est fait entendre un peu avant lui, et qu'ils se sont confondus aussitôt; d'autres fois, ce sera le bruit normal qui aura débuté, pour se confondre tout de suite avec le bruit de souffle. Dans le premier cas, on aura affaire à un rétrécissement auriculo-ventriculaire; dans le second, ce sera un rétrécissement artériel. Mais je le répète, ces cas sont bien rares, et presque toujours ce ne sera que par le point où ils auront leur plus grande intensité qu'il sera possible de préciser l'orifice où ils se passent.

La théorie indique ce moyen, la pratique le confirme.

Qu'on arme l'oreille du stéthoscope et qu'on ausculte un cœur malade. S'il y a un bruit anormal, il sera possible, dans l'immense majorité des cas, de distinguer si c'est à la pointe ou à la base qu'il est le plus fort. La localisation peut être plus exacte. J'ai bien des fois entendu des bruits anormaux qui n'étaient nettement perçus que sur un espace extrêmement limité, quelquefois sur une étendue couverte et limitée par le pavillon du stéthoscope. D'autres fois, deux bruits anormaux se succédaient, le stéthoscope les localisait tous deux et donnait à chacun un siége différent.

C'est ainsi que presque toujours le rétrécissement auriculo-ventriculaire sera caractérisé par un bruit de souffle, de râpe, plus ou moins fort, dont le maximum d'intensité sera à la pointe du cœur.

Ce bruit sera de moins en moins sensible, à mesure que l'on approchera de la base. Il sera assez souvent tout à fait limité à la pointe, dans un étroit espace. Au contraire, le bruit artériel se fera entendre à la base du cœur, sur le sternum, se prolongera dans la direction des gros vaisseaux, assez souvent jusque dans les carotides. On l'entendra d'autant moins bien qu'on auscultera plus près de la pointe.

Mais j'arrive à mes trois observations qu'il faut discuter.

RÉTRÉCISSEMENTS AURICULO-VENTRICULAIRES.

Obs. I. — Dans le mois d'avril 1850, il meurt, dans le service de M. Grisolle et dans celui de M. Vernois, deux hommes affectés de maladie du cœur. Tous deux avaient présenté pendant la vie un bruit de souffle au premier temps, dont le maximum était à la pointe. Chez le malade de M. Vernois (22 ans environ), à ce symptôme étaient joints : le pouls veineux dans les jugulaires externes, avec dilatation très-marquée de ces veines et bruit de souffle isochrone avec les battements du pouls sur tout le trajet. Ce bruit se faisait sentir également sur le trajet des carotides, mais immédiatement en dedans de ces artères, il perdait très-notablement de son intensité, tandis que, assez loin en dehors, au niveau des jugulaires externes, il conservait toute son intensité ou à peu près. Le pouls radial était extrêmement petit, les lèvres, le bout du nez étaient violacés, la teinte ictéroïde, les battements du cœur très-forts.

Cet homme meurt presque tout à coup, et à l'autopsie nous trouvons les lésions suivantes :

Cœur énorme, cœur de bœuf. L'augmentation de volume tient surtout à la dilatation des cavités droites. La consistance du cœur est assez molle, il ne paraît pas distendu par le sang.

L'oreillette droite est énormément dilatée et nullement distendue. Cette oreillette étant ouverte, on y trouve du sang noir à peine coagulé en quantité qui est loin de remplir la capacité de la cavité; l'embouchure de la veine cave inférieure partage la dilatation et paraît se continuer avec l'oreillette sans une limite bien marquée.

L'orifice auriculo-ventriculaire est très-large; le médius et l'index y passent sans l'emplir, et n'y sentent aucune altération.

L'endocarde ne présente qu'en quelques endroits une teinte jaunâtre.

Les parois de l'oreillette droite ne sont pas sensiblement hypertrophiées.

L'oreillette gauche est peut-être plus volumineuse qu'à l'état normal, mais son volume n'est point remarquable, peut-être à cause de l'augmentation générale que présente le volume du cœur. On l'incise et on trouve l'endocarde tout entier présentant une couleur jaune très-marquée, très-épaissi et dur.

L'orifice auriculo-ventriculaire se présente sous la forme d'un entonnoir dont on ne voit pas la lumière. Les parois auriculaires de cet entonnoir présentent des concrétions osseuses très-dures et solidement attachées à l'endocarde. Elles ne permettent à l'oreillette de communiquer avec le ventricule que par un petit pertuis. Un peu de sang mollement caillé est attaché à ces concrétions. L'eau versée dans l'oreillette ne passe que lentement de celle-ci dans le ventricule.

La partie ventriculaire du cœur coupée en travers, un peu plus près de la base que de la pointe, les ventricules offrent ce qui suit :

Le ventricule droit a bien une capacité double environ de sa capacité normale. Les parois ont subi une hypertrophie qui pourrait s'exprimer par la même proportion.

L'endocarde est parfaitement sain.

Les valvules présentent une teinte jaunâtre, paraissent un peu épaissies, nullement rugueuses.

L'eau qu'on verse sur leur face ventriculaire ne passe pas dans l'oreillette.

L'anneau auriculo-ventriculaire ne présente rien autre chose qu'un agrandissement en rapport avec celui qu'offrent les cavités qu'il fait communiquer ensemble.

A gauche, la cavité ventriculaire est augmentée, mais proportionnellement beaucoup moins qu'à droite.

Les parois du ventricule sont normales. L'endocarde est sain.

Les valvules auriculo-ventriculaires sont rapprochées et ne laissent entre leurs bords qu'une petite fente obtruée par du sang mollement caillé. Leur rigidité ne permet pas d'agrandir cette fente. Elles sont jaunes, très-épaisses (une ligne à peu près), dures. L'eau qu'on verse sur leur face ventriculaire s'écoule un peu dans l'oreillette.

Le doigt indicateur introduit dans l'orifice aortique y est presque serré, sans sentir pourtant aucune dureté ni rugosité. Ce n'est pas seulement l'orifice qui le serre, mais tout le calibre de l'artère elle-même, qui est étroit.

Le volume de l'aorte est à peu près égal à celui d'une iliaque primitive normale.

Le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche, à leur naissance, ont à peine le volume des carotides primitives au cou.

L'orifice de l'artère pulmonaire est très-large, très-sain.

Le calibre de l'artère pulmonaire est très-large, comme l'aorte chez les vieillards.

RÉTRÉCISSEMENT AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE; SOUFFLE AU PREMIER TEMPS.

OBS. II. — Le 17 juin, meurt dans le service un homme qui a présenté les phénomènes suivants pendant la vie :

Cet homme, entré dans le service pendant mon absence, présentait, m'a rapporté M. Vernois, une dyspnée assez grande, des battements du cœur fort intenses, avec bruit de souffle fort au premier temps. La veille de sa mort, il offre à mon observation l'état suivant : depuis la veille, la dyspnée est devenue extrême; crachats d'un rouge rutilant, lèvres bleuâtres, pouls veineux extrêmement marqué. La respiration est si bruyante que c'est avec beaucoup d'attention que je puis entendre les battements du cœur. Cependant je finis par percevoir d'une manière tout à fait incontestable, et je fais constater par les élèves du service un bruit de souffle fort, au premier temps, qu'il continue plutôt qu'il ne le précède, immédiatement au-dessous et en dedans du sein gauche, près du bord gauche du sternum. Le second bruit du cœur est normal. Le souffle ne se prolonge pas jusqu'à la base du cœur, le long du sternum, ni dans les carotides. Je ne puis l'entendre qu'en un point fort limité, que j'ai indiqué tout à l'heure.

D'après ces symptômes, je soupçonne un rétrécissement auriculo-ventriculaire. La difficulté de l'examen ne me permet pas d'asseoir un diagnostic sur des données certaines.

AUTOPSIE. — Hypertrophie générale.

Parois ventriculaires droites à peu près doublées d'épaisseur.

Parois ventriculaires gauches moins hypertrophiées.

Endocarde ventriculaire sain.

Valvules aortiques très-épaisses, blanc jaunâtre, présentant leur tubercule médian gros comme une très-grosse lentille. Leur tissu est presque cartilagineux.

Le doigt indicateur passe sans peine dans l'orifice, qui ne me paraît guère rétréci. Si on verse de l'eau sur ces valvules, elles la laissent passer fort lentement.

Endocarde auriculaire gauche jaune blanchâtre et fort épais, surtout aux environs de l'orifice.

Vues du côté de l'oreillette, les valvules présentent entre elles une fente qui permet à peine le passage du bout du petit doigt. Ces valvules ont bien une ligne d'épaisseur; leur tissu est presque cartilagineux; il crie sous le scalpel, auquel il résiste. En certains points, on rencontre sur la coupe des points ossifiés. Dans d'autres, c'est un tissu d'une couleur plus foncée que la chair musculaire et aussi dur que le cartilage.

La commissure interne de l'orifice présente une ulcération semblable à un chancre; le fond et les bords en sont aussi durs que le reste de la valvule. Le fond présente en un point cette couleur foncée indiquée plus haut et ayant la même solidité.

Les tendons de la valvule participent à son épaississement. Cependant l'eau qu'on verse dans le ventricule ne passe pas dans l'oreillette.

Les parois ventriculaires sont rapprochées, comme si le cœur était en semi-contraction (point ou peu de sang dans les cavités ventriculaires; plus dans les oreillettes, surtout dans les veines qui s'y dégorgent.)

Le lendemain, après que le cœur est resté dans l'eau toute une journée, toute une nuit, qu'il s'est ramolli, le cavité ventriculaire gauche est plus grande, et les valvules sont un peu insuffisantes.

Vu la longueur des valvules, l'expérience de la veille et l'état du cœur actuellement, je ne pense pas que cette insuffisance ait existé pendant la vie.

OREILLETTE DROITE. — Endocarde épais et blanchâtre (moins qu'à gauche), autour de l'orifice. Orifice de 7 centimètres et demi de circonférence.

Valvules légèrement épaissies et blanches, dont la plus grande hauteur est de plus de 2 centimètres et demi (mesuré). Ces valvules sont par conséquent suffisantes, par leur dimension, à fermer l'orifice. Cependant elles laissent rapidement passer l'eau qu'on verse dans le ventricule. Cela tient à ce que la division interne de la valvule tricuspide reste accolée contre la paroi ventriculaire. Néanmoins, il n'existe aucune adhérence. Pendant la contraction du cœur, cette valvule devait donc être suffisante.

Ces lésions me paraissent démontrer évidemment comme cause du souffle le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche par l'altération des valvules aortiques.

Infiltration sanguine abondante à la base des deux poumons.

Les poumons et le foie sont très-congestionnés.

Entre la face convexe du foie et le péritoine diaphragmatique, il y a des adhérences solides anciennes. Le péritoine de la face convexe du foie est épaissi et opalin en plusieurs endroits.

A la coupe, le foie présente, par places multipliées, des grains jaunes variant du volume de petits pois à celui de grains de chènevis et de millet.

Ce malade m'avait raconté qu'il y a deux ans, je crois, il avait été traité d'une fluxion de poitrine, dans le service de M. Grisolle; que pendant cette maladie il avait ressenti pour la première fois des battements de cœur, en même temps qu'une douleur à la région du cœur; que depuis ses palpitations n'avaient fait qu'augmenter.

OBS. III. — Chez le malade de M. Grisolle, les lésions sont les suivantes :

Rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche; valvules jaunes, épaisses d'une ligne environ, dures, laissant entre leurs bords un orifice qui permet l'introduction de l'extrémité onguéale du petit doigt, mais pas au delà.

L'eau versée sur la face ventriculaire de ces valvules s'écoule peu à peu dans l'oreillette; en effet, on voit que ces valvules laissent entre leurs bords libres une petite fente.

A droite, la moitié droite de la valvule présente, sur sa face auriculaire, un caillot fibrineux solidement adhérent à elle. Ce caillot présente un pertuis irrégulier par où pourrait passer une grosse plume d'oie; mais la lumière en est traversée par de petites crêtes fibrineuses, qui ne vont pas d'un bord à l'autre.

Sur la face ventriculaire de la valvule, on voit un trou d'une capacité un peu moins que double de celle du pertuis auriculaire, et communiquant avec lui.

D'ailleurs il n'y a point de lésion bien sensible des valvules. Ce trou est une seconde communication entre l'oreillette et le ventricule droits. Ce trou se trouve tout près du bord libre de la valvule; son bord interne fait partie de ce bord libre lui-même. Sa disposition infundibuliforme, à orifice ventriculaire plus large, ferait penser qu'il permettait un reflux du sang du ventricule dans l'oreillette.

Dans ce cas il y avait peut-être, en même temps qu'un rétrécissement à gauche, une insuffisance à droite. Dans le cas de M. Vernois, il n'y avait qu'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche. Les symptômes et la dilatation des cavités droites étaient tout à fait en rapport avec ces lésions.

Voilà des rétrécissements auriculo-ventriculaires incontestables; on ne contestera pas non plus que le bruit de souffle accompagnait le premier bruit du cœur. Mais j'entends déjà l'objection qu'on me fait : « Les valvules auriculo-ventriculaires étaient si altérées qu'elles devaient être insuffisantes. » Cette explication du bruit de souffle, on la trouve dans le traité de M. Bouillaud, au sujet de certaines observations de rétrécissement auriculo-ventriculaire. Et c'est celle que MM. Barth et Roger sont disposés à admettre pour les cas analogues, et dans lesquels il n'y aurait pas de rugosités sur

l'endocarde du ventricule ou sur la face ventriculaire des valvules auriculaires.

Il est vrai que, dans deux de mes observations, il est dit que l'eau versée sur la face ventriculaire des valvules s'est écoulée peu à peu, fort lentement, dans l'oreillette; mais cela autorise-t-il à admettre une insuffisance pendant la vie?

Pour répondre à cette question, il faut la solution de la question suivante : Comment se fait l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires?

Si on ouvre le ventricule gauche, on observe sur sa paroi inférieure la disposition suivante : deux colonnes charnues, saillantes à l'intérieur de la cavité ventriculaire, grosses quelquefois comme le petit doigt, naissent par de nombreux faisceaux de la paroi postérieure du ventricule : l'une en dehors vers la jonction de la face antérieure de cette cavité avec sa face postérieure pour former le bord gauche du cœur; l'autre en dedans, un peu en deçà du sinus, où la face postérieure du ventricule vient se continuer avec celle formée par la cloison interventriculaire. De ces deux faisceaux partent de petits tendons qui vont s'attacher aux bords libres des deux lames (artérielle et ventriculaire) de la valvule mitrale.

Les faisceaux musculaires se contractant en même temps que toute la masse du ventricule, ils doivent avoir pour effet de tendre les valvules, de les rapprocher l'une de l'autre de manière à fermer l'orifice auriculo-ventriculaire. Les tendons qui vont à la lame artérielle attirent cette lame vers la lame ventriculaire; ceux qui vont à la lame ventriculaire se détachant de faisceaux musculaires dont le plan est en dedans du plan de la paroi ventriculaire ont pour effet de séparer de cette paroi ventriculaire la lame valvulaire qui s'y était appliquée pendant le passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. De cette façon, les bords libres des deux lames de la valvule vont donc à la rencontre l'un de l'autre, et l'orifice se trouve ainsi fermé.

Mais se trouve-t-il fermé par un plan horizontal? La disposition des muscles et des tendons des valvules ne permet pas qu'il en soit ainsi, puisqu'ils naissent tous de la même paroi ventriculaire. Il faudrait pour cela que les uns vinssent de la cloison interventriculaire et allassent s'insérer à la lame correspondant à la paroi opposée, et réciproquement.

Il ne peut donc résulter de la tension des lames valvulaires qu'un plan incliné ou plutôt qu'un double plan incliné, en dos d'âne; car les deux lames, en mettant en contact leurs bords libres, ne peuvent arriver à faire un seul plan.

En effet, qu'on verse de l'eau sur la face ventriculaire de la valvule mitrale, après avoir coupé la pointe du ventricule et lié l'aorte, on voit les deux lames de cette valvule rapprocher leurs bords libres et l'eau rester dans deux espèces de rigole, l'une à gauche, l'autre à droite de la ligne de conjonction des bords valvulaires. De ces deux rigoles, celle qui correspond à l'orifice aortique est de beaucoup la plus large, et le plus souvent ce n'est que dans celle-ci que séjourne l'eau. La lame correspondant à l'artère est appliquée contre la lame ventriculaire, qui elle-même n'est que très-peu séparée de la paroi ventriculaire, et il y a de cette manière un long plan incliné qui s'étend du bord gauche du ventricule à l'orifice aortique, lequel semble en être la continuation.

Si l'on mesure les deux lames de la valvule mitrale, on trouve que la lame artérielle est de beaucoup plus haute (plus de moitié) que la lame opposée, et qu'il s'en manque peu pour qu'elle ferme à elle seule l'orifice auriculo-ventriculaire : ce qui s'accorde parfaitement avec le mode d'occlusion que je suppose à cet orifice.

Il résulte de cette disposition des lames de la valvule mitrale, lorsqu'elles se rapprochent, que l'ondée sanguine chassée par la contraction du ventricule laisse à sa gauche et n'a aucune tendance à forcer le petit interstice qui pourrait rester entre les bords contigus des lames valvulaires. Elle glisse sur le plan incliné et arrive directement dans l'orifice aortique qui le continue.

Il en est de même dans le ventricule droit, quoique la chose soit moins tranchée.

Sur un cœur sain que j'ai sous les yeux, le diamètre de l'orifice auriculo-ventriculaire droit est de 4 centimètres.

Des trois portions de la valvule tricuspide, la grande ou antérieure a 3 centimètres de hauteur et plus de 4 centimètres, selon sa plus grande diagonale; la petite, ou portion droite et postérieure a un centimètre et demi dans sa plus grande hauteur; elle est dentelée et sa hauteur la plus petite est de moins d'un centimètre; la portion interne et postérieure, tout près de la paroi interventriculaire, a 2 centimètres moins quelque chose.

La grande lame antérieure reçoit des tendons de la cloison interventriculaire pour son bord gauche et la portion gauche de son bord inférieur; du bord droit du ventricule pour la portion droite de son bord inférieur; de la paroi postérieure du ventricule pour son bord droit.

La petite lame, ou lame droite et postérieure, reçoit ses tendons de la paroi ventriculaire postérieure.

Le lambeau gauche et postérieur, ou juxta-infundibulaire, reçoit ses tendons de la cloison interventriculaire. Sous ce lambeau, l'endocarde est lisse, luisant, glissant. C'est manifestement le commencement de l'infundibulum.

Il résulte de cette disposition que, lors de la contraction des muscles valvulaires, les lames de la valvule tricuspide sont tirées vers l'axe longitudinal du ventricule. Par le rapprochement des bords et des tendons valvulaires, l'orifice est fermé.

Mais les tendons de la lame antérieure la tirent non-seulement en bas vers l'axe longitudinal, mais aussi un peu en arrière.

De plus, cette lame a une hauteur double de celle des autres, qui égale presque le diamètre de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle présente donc un plan obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, qui en dedans se perd dans l'infundibulum, et qui à lui seul occlut en grande partie l'orifice.

La lame interne est séparée par la contraction de ses petits muscles de la cloison interventriculaire et va à la rencontre de la lame antérieure. Il résulte de la rencontre de ces deux lames un double plan qui s'incline à droite et à gauche, dont l'axe est de haut en bas et d'avant en arrière, et dont les deux parties se réunissent en haut pour commencer l'infundibulum.

Quant aux portions postérieure et droite de la valvule, elles sont étroites et servent à compléter l'occlusion de l'orifice.

Que l'ondée sanguine soit pressée par le ventricule contracté, elle sera directement poussée dans l'infundibulum en glissant sur les deux plans que lui présentent les deux grandes divisions antérieure et interne de la valvule, et surtout sur le plan antérieur. Elle n'aura aucune tendance à forcer l'interstice des bords valvulaires, qui d'ailleurs sera gardé par les tendons rapprochés en faisceau.

Ce mode d'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires doit donc rendre bien difficile et bien rare le reflux du sang dans les oreillettes.

Mais je prévois une objection. Si, à l'état normal, les choses se passent comme vous le prétendez, me dira-t-on, il n'en est peut être pas de même à l'état pathologique. Lorsque le rétrécissement est produit par l'altération des valvules qui sont raccornies, elles restent constamment séparées des parois ventriculaires, aussi bien avant que pendant la systole, et alors leur position étant inverse par rapport aux muscles valvulaires, l'action de ces muscles est peut être également inverse, et si ces muscles rapprochent les valvules lorsque celles-ci sont normales, ils les écartent peut-être dans le cas que nous vous opposons. Je réponds à cette objection, qui en apparence présente une certaine valeur.

Dans l'état normal, au moment où va commencer la systole, les valvules sont appliquées contre les parois ventriculaires; si le sang devait par son seul effort opérer le déplacement de ces valvules, il n'y parviendrait certainement pas assez vite pour se fermer complétement le large passage que lui offrent les orifices auriculo-ventriculaires, et l'état normal serait une *insuffisance*. Aussi la nature a-t-elle détaché des parois internes des ventricules des muscles qui, en se contractant en même temps que le sang est expulsé, séparent les valvules des parois contre lesquelles elles étaient accolées. L'effort du sang se joint alors à celui des muscles, les valvules se rapprochent, se touchent, et l'occlusion des orifices est complète. En même temps la contraction des muscles tend les valvules, et en fait deux plans qui, par leur résistance et leur inclinaison, permettent au sang de glisser facilement sur eux.

Eh bien! que les valvules altérées, épaissies, rigides, restent constamment séparées des parois ventriculaires, qu'arrivera-t-il? Au moment de la systole, ces valvules seront précisément dans la position que leur aurait donnée la contraction des muscles. Le sang par son effort n'aura donc qu'à les rapprocher. Si les muscles agissent encore sur les valvules, ce sera pour les tendre, sinon pour les mettre en contact, et cette tension sera encore un obstacle à l'insuffisance, en offrant au courant sanguin un lit suffisamment résistant.

Mais si la contraction des muscles ne peut dilater l'orifice que les valvules rigides et épaissies laissent entre elles du côté du ventricule, peut-être qu'elle sera suffisante pour maintenir cet orifice béant. Il est certain que dans quelques cas les valvules seront tellement rigides, tellement racornies, raccourcies, ainsi que les tendons qui s'y insèrent, que ni les muscles ni le sang ne pourront obtenir d'elles qu'elles ferment l'orifice auriculo-ventriculaire; aussi je n'ai pas la pensée de nier la possibilité de l'insuffisance : elle peut se produire de bien d'autres manières encore. Mais je crois que dans la très-grande majorité des cas de rétrécissement auriculo-ventriculaires, cette lésion n'est pas accompagnée d'insuffisance, ou du moins d'une insuffisance telle qu'on doive lui attribuer le bruit anormal.

J'ai insisté sur ce mécanisme de l'occlusion auriculo-ventriculaire parce que je le crois vrai et que je ne sache pas qu'il ait déjà été signalé.

Je reviens maintenant à mes observations. Chez le premier malade

avait-il pendant la vie une insuffisance auriculo-ventriculaire? L'obliquité, si je puis dire ainsi, du courant sanguin et du lit sur lequel il devait être lancé lui permettait-il d'entrer dans le petit interstice laissé entre les bords valvulaires, à supposer que la contraction du ventricule ne l'ait pas comblé par le rapprochement plus complet des valvules?

Le sang ne devait-il pas bien plutôt glisser sur les plans inclinés de ces membranes tendues?

Mais supposons qu'un petit interstice soit resté libre, est-ce que le si faible filet de sang qui aurait pu y passer aurait produit un bruit aussi fort?

N'est-il pas plus naturel d'attribuer ce bruit au frottement si intime pour ainsi dire de l'ondée sanguine lancée par l'oreillette contre la paroi si dure et si rugueuse de l'orifice aurico-ventriculaire?

Lorsqu'une issue aussi large que l'orifice aortique se présentait au courant sanguin lancé dans sa direction, peut-on affirmer que le sang allait s'engager dans cette fente de l'orifice auriculaire si étroite que après la mort, — alors qu'elle a nécessairement sa plus grande dimension, — ce n'est qu'avec une extrême lenteur qu'elle laisse passer le liquide qu'on verse directement sur elle?

Et puis, vu l'étroitesse de l'orifice auriculo-ventriculaire et la rapidité avec laquelle se succèdent la systole auriculaire et ventriculaire, l'oreillette n'était probablement pas entièrement vidée quand la systole du ventricule commençait déjà; d'autre part, nous savons qu'en même temps que se fait la contraction du ventricule commence la dilatation de l'oreillette par le sang venant des veines. Le sang relancé dans l'orifice auriculaire devait donc rencontrer un courant en sens contraire, ou du moins au-dessus de cet orifice une masse de sang capable de l'arrêter. Pour que ce courant rétrograde pût s'établir, il faudrait une très-large insuffisance. Et tout cela s'applique à la très-grande majorité des rétrécissements auriculo-ventriculaires.

Dans la seconde observation, on dira encore qu'une insuffisance a été constatée après la mort. Oui; mais je veux m'en faire un argument. Vingt-quatre heures après la mort, alors que le cœur était encore très-évidemment resserré, alors qu'il était un peu rigide, il n'y avait pas la moindre insuffisance à gauche. Le lendemain, il y en avait une; mais le cœur était resté dans l'eau pendant vingt-quatre heures et par un temps assez chaud pour avoir déterminé un commencement très-sensible de putréfaction. Le cœur était très-mou; les parois cédaient si facilement à sa distension qu'on les écartait très-considérablement l'une de l'autre par le moindre effort; et c'est après les avoir écartées violemment qu'on constata l'insuffisance des valvules. Pour moi, il est évident que cette insuffisance fut tout à fait artificielle, et ce fait prouve qu'il ne faut jamais conclure d'une très-légère insuffisance sur le cœur inerte à la même lésion sur le cœur vivant et contracté.

Une partie de la valvule auriculaire droite du même cœur ne s'abaissait pas sous l'eau, qui passait librement dans l'oreillette. Mais cette portion de la valvule n'était nullement adhérente au ventricule; de plus, les dimensions de la valvule tout entière étaient suffisantes et au delà pour fermer complétement l'orifice. Il fallait la contraction des muscles valvulaires pour opérer cette occlusion. Cela prouve encore qu'il ne faut pas toujours prendre ce qui se passe sur le cœur inerte pour l'image de ce qui se fait dans le cœur vivant; et, pour le dire en passant, cela prouve peut-être aussi que le sang tout seul est impuissant à séparer des parois ventriculaires les valvules qui y sont accolées; il faut pour cela l'action des muscles vasculaires.

Enfin, dans la troisième observation, il existait véritablement une communication anormale entre le ventricule et l'oreillette. Je ne dis pas que cette lésion n'ait pu se manifester par aucun signe stéthoscopique; mais le rétrécissement auriculo-ventriculaire devait aussi en déterminer un, et à plus forte raison; où était-il? Le bruit anormal ne peut être attribué au frottement de l'ondée contre des rugosités des faces ventriculaires des valvules ou du reste de l'endocarde ventriculaire. Ces rugosités n'existaient pas.

Je crois donc que dans ces trois cas, c'est le rétrécissement auriculo-ventriculaire qui a été la cause du bruit anormal, et je crois que dans presque tous les cas, c'est par ce signe que se révèle cette lésion.

Je ne dis pas dans tous les cas, parce qu'il se trouve dans le traité de Laennec une observation de rétrécissement auriculo-ventriculaire avec souffle au deuxième bruit du cœur. Des concrétions polypiformes couvraient la face auriculaire de la valvule auriculaire gauche, ainsi que l'endocarde de l'oreillette du même côté.

Je lis aussi dans le livre de MM. Barth et Roger que M. Andry publia un fait semblable en 1843.

Comment expliquer ces deux exceptions (qui sans doute ne sont pas les seules) à la règle que j'ai posée? Je hasarde l'explication suivante: Lorsque les battements du cœur sont précipités, il arrive — comme cela est normal chez le fœtus — que l'inégalité des silences a disparu. La contraction des oreillettes se fait alors immédiatement après la systole du ventricule, et juste au moment du relâchement de ces cavités. Une hypertrophie auriculaire, ou une excitation nerveuse, ou quelque autre cause, peut hâter la contraction de l'oreillette; alors l'ondée sanguine est *poussée* dans le ventricule avec une énergie variable, et elle y entre avec une *certaine force* au moment où les valvules sigmoïdes s'abaissent et où se produit le deuxième bruit. Celui-ci se trouve alors être isochrone avec le bruit anormal qui résulte des vibrations de la valvule auriculo-ventriculaire.

Quelle que soit la valeur de cette explication, les faits qui l'ont provoquée n'infirment nullement la règle établie par M. Beau et que j'adopte entièrement, parce qu'elle est conforme à la physiologie du cœur, et que presque tous les faits la confirment. Seulement je ne crois pas que, pour être vraie, elle doive être absolue.

J'ai dit que sur les autres points du diagnostic des bruits anormaux toutes les théories sont d'un unanime accord, et qu'à toutes l'anatomie pathologique donne raison.

En effet, tout le monde reconnaît que le signe du rétrécissement artériel est un souffle au premier bruit du cœur, ayant son maximum à la base; que l'insuffisance des valvules sigmoïdes se révèle par un souffle au deuxième bruit normal, dont le maximum est aussi à la base, et qu'enfin le signe stéthoscopique de l'insuffisance auriculo-ventriculaire dans les cas très-rares où elle existe, est le même que celui des rétrécissements du même orifice.

Voilà ce que disent les théories, voilà ce que confirme toujours l'anatomie pathologique, et ces faits sont aussi la sanction de la théorie que je défends et que je crois vraie.

Il n'y a dans cette théorie rien de nouveau; je le sais, et ce n'est pas le nouveau que j'ambitionne. Si je suis parvenu à faire triompher avec ses propres ressources la doctrine ancienne des attaques spécieuses d'une doctrine dont une inconséquence de son ennemie a fait le succès, je n'en demande pas plus; car c'était mon seul but.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

OBSERVATION SUR DES TUMEURS ÉRECTILES VEINEUSES MULTIPLES, OPÉRATIONS FAITES POUR LES DÉTRUIRE, LEUR ÉTUDE SOUS LE POINT DE VUE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE; par M. DUCHASSAING.

Me trouvant à Kiel, j'eus l'occasion de voir, dans le service du professeur Stromeyer, la femme qui fait le sujet de cet article. Je dois dire d'abord que, n'ayant pu suivre assez régulièrement la malade, j'ai eu recours pour tous les détails à M. le docteur Esmarch, dont le nom reviendra plus d'une fois sous ma plume.

OBS. — Élisabeth Blacker est âgée de 29 ans; elle est d'une assez belle stature et offre un assez grand développement dans son système musculaire; elle paraît être d'une bonne santé; ses parents étaient, dit-elle, d'une bonne constitution.

Lorsqu'elle n'avait que 6 ans, une petite tumeur apparut dans la paume de sa main gauche, entre les éminences thénar et hypothénar; elle semblait dépendre d'une veine sur laquelle elle était fixée, et elle était quelquefois le siége d'une douleur légère toutes les fois qu'il y avait des changements de temps. Pendant les années qui suivirent, il y eut une augmentation de volume dans cette tumeur, et un certain nombre de tumeurs semblables se manifestèrent sur les doigts et sur la main.

Enfin lorsqu'elle eut l'âge de 17 ans, un médecin fit la ligature de l'une de ces tumeurs, qui était située sur l'index. Il n'y eut pas d'hemorrhagie, et la cicatrisation était complète au bout de quinze jours. Quelque temps après, le même praticien enleva avec le bistouri une autre tumeur qui était située dans la paume de la main; mais il y eut une hémorrhagie abondante, et la plaie mit plus de trois semaines pour se guérir. Un an après, ce médecin fit une nouvelle opération, il enleva la dernière phalange du médius; car cette portion du doigt était complétement envahie par le tissu anormal; cette fois la plaie ne fut cicatrisée qu'après un mois. Enfin un an après, on fit la ligature d'une tumeur, qui était située sur l'index, au devant de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Cependant la maladie, loin de diminuer, prenait tous les jours un nouvel accroissement, et des tumeurs se montrèrent vers le coude et dans la région de l'épaule; celles qui existaient à la main et aux doigts prirent un plus grand développement. Ce fut alors que la malade se présenta à M. le professeur Stromeyer, qui la fit recevoir dans son service.

Voici ce que montra l'examen de la malade:

La main ainsi que les doigts étaient couverts de tumeurs, dont le volume oscillait entre la grosseur d'un œuf de pigeon et celle d'un pois. Quelques-

unes de ces tumeurs étaient lobulées et paraissaient résulter de la réunion de plusieurs petites. La peau qui les recouvrait était mobile et saine en certains endroits, tandis que dans d'autres elle était adhérente, très-mince, et offrait alors une couleur bleuâtre.

La consistance de ces masses était très-variable; car les unes présentaient la mollesse du lipome et une sorte de fluctuation; les autres semblaient bien plus consistantes et donnaient la même résistance que le stéatome. Presque toutes étaient mobiles, excepté quelques-unes qui étaient adhérentes à la peau, aux tendons et même aux os sous-jacents; enfin un certain nombre étaient évidemment fixées sur des veines assez volumineuses. La compression de ces tumeurs produisit l'engorgement et la distension des veines sous-cutanées, qui devenaient bien plus apparentes; mais la turgescence de ces vaisseaux cessait dès que l'on cessait la compression. Quand on appliquait sur le bras une ligature, les tumeurs augmentaient de volume, et des veines sous-cutanées se montraient alors avec un aspect variqueux sur la main et l'avant-bras. Enfin si, laissant toujours la ligature en place, on prenait la mesure de la main, on trouvait que cette mesure surpassait de 9 lignes celle que l'on obtenait après avoir retiré la ligature et avoir laissé le bras élevé en l'air.

La malade porte encore trois tumeurs sur la portion antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne, une autre à sa partie postérieure, au-dessus des tendons de l'extenseur commun des doigts. La région interne du coude offre aussi trois de ces masses morbides. Enfin il en existe trois autres à la région postérieure de l'épaule, au niveau de l'articulation scapulo-humérale, et une autre dans le creux sous-claviculaire.

Nous apprenons, en outre, de la malade qu'à l'époque de ses règles les productions morbides prennent une turgescence, qui disparaît lorsque le flux périodique arrive à sa fin; du reste elle n'éprouve qu'un simple fourmillement dans les parties affectées; elle y a aussi senti quelquefois de fort légères douleurs; elle se plaint seulement de ce qu'elle ne peut travailler à cause des tumeurs qui ont envahi ses doigts et qui, étant souvent exposées à se blesser, donnent alors beaucoup de sang.

Ce fut le 23 juin 1852 que M. le docteur Esmarch fit, sous les yeux de M. le professeur Stromeyer, une première opération dans laquelle il enleva les trois masses morbides qui se trouvaient situées à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras. La peau fut incisée et disséquée au-dessus de chacune d'elles, et alors on put les énucléer. Pendant cette opération, on put voir que ces tumeurs prenaient naissance sur une veine qui donna une hémorrhagie assez abondante. Cependant le sang s'arrêta spontanément et l'on fit des points de suture aux trois plaies, ce qui cependant ne procura pas la réunion par première intention; les plaies ne se cicatrisèrent qu'au bout de trois semaines. Pour traitement, on s'était contenté de faire l'application de compresses imbibées d'eau froide.

L'examen fait de ces tumeurs montra qu'elles étaient enveloppées par une membrane fort mince; quand on les eut incisées, il en sortit beaucoup de sang, et elles s'affaissèrent en diminuant de volume. L'intérieur de ces masses était entièrement érectile et représentait assez bien la structure des corps caverneux du pénis.

En examinant la coupe de ces tumeurs, on voyait des cavités irrégulières, dans l'orifice desquelles étaient des phlébolithes ronds et blanchâtres, d'une consistance cartilagineuse et d'un volume qui variait entre celui d'un pois et celui d'un grain de millet. Ces concrétions rappelaient la fibrine coagulée; quelques-unes, parmi les plus petits et les moyens, étaient entourés d'un caillot de sang et présentaient une couleur rougeâtre, qui était due sans aucun doute à de la matière colorante du sang. Ces phlébolithes étaient formés de couches concentriques, et contenaient dans leur intérieur un noyau dur, lequel était composé de granules de carbonate de chaux, qui se dissolvaient facilement dans l'acide azotique. Ces granules étaient généralement arrondis, mais les plus gros étaient irréguliers.

Tels sont les résultats que fournit l'examen microscopique de ces corps; ajoutons que la superficie des cellules, qui formaient ces tumeurs, ne présentait qu'un épithélium très-mince, et les cloisons étaient non-seulement composées de tissu cellulaire, mais de fibres musculaires organiques.

La guérison des plaies ayant eu lieu, ainsi que je l'ai dit, au bout de trois semaines, M. le docteur Esmarch enleva (14 juin) deux grosses tumeurs lobées qui étaient sur le dos de la main, et celle qui se trouvait sur la face dorsale du bras, au-dessus du poignet. Les premières étaient adhérentes aux tendons des extenseurs et au périoste des os métacarpiens; quelquefois même cette adhérence avait lieu avec la peau, qui alors était amincie. Aussi l'on eut beaucoup de peine à disséquer ces tumeurs, et l'hémorrhagie fut considérable. Quand l'opération fut terminée, on réunit les plaies par des sutures; cependant ces plaies ne se réunirent pas par première intention: leur guérison n'arriva qu'au bout de trois semaines.

Le 20 août, le docteur Esmarch disséqua et enleva trois groupes de tumeurs et trois tumeurs isolées qui se trouvaient dans la paume de la main. L'un de ces groupes, situé sur la face palmaire du second métacarpien, remontait entre l'index et le médius jusque sur la face dorsale de la main. On conçoit donc que l'opérateur eut beaucoup de difficultés à vaincre et eut bien de la peine à conserver assez de peau, dont il fallait souvent sacrifier les portions amincies. L'hémorrhagie était forte, parce qu'il fut impossible d'éviter les artères collatérales, que l'on dut lier. On réunit la plaie, et l'on employa les irrigations continues d'eau froide, sans encore obtenir la réunion par première intention.

Le 9 octobre, les plaies étant cicatrisées, M. le docteur Esmarch fit une quatrième opération, dans laquelle il enleva, en les disséquant, les tumeurs qui étaient sur les doigts. On eut beaucoup de difficultés à vaincre, surtout pour l'index, dont l'extrémité était complétement envahie par les tumeurs, et dont la peau était tellement amincie en beaucoup d'endroits qu'il fut très-difficile de conserver assez de peau pour faire des lambeaux.

Pendant l'opération, on put voir que la dernière phalange de l'index était altérée, et avait déjà subi une diminution dans son volume; cependant on conserva cette partie du doigt. L'hémorrhagie fut peu considérable. On fit des sutures nombreuses, et l'on employa des irrigations continues d'eau froide sur le membre.

Le 28 octobre, aucune des parties opérées n'offre l'apparence d'une tendance quelconque à la repullulation des tumeurs. L'état général de la malade est bon; elle ne semble nullement affaiblie par les pertes de sang qu'elle a éprouvées; il ne lui reste plus que ces tumeurs que j'ai mentionnées à la région du coude et à l'épaule.

Le 3 novembre, le docteur Esmarch fit l'ablation des tumeurs qui se trouvaient à la région du coude. La malade perdit environ 6 onces de sang. Les plaies furent réunies par première intention.

Enfin aujourd'hui, c'est-à-dire deux jours après l'opération, la malade est aussi bien qu'on peut le désirer; cependant on ne pense pas que les plaies du coude puissent se réunir par première intention. La main de la malade est revenue à sa forme normale, et l'on n'y observe plus qu'un peu de gonflement, qui dépend d'un reste d'inflammation persistant autour des dernières cicatrices. On se propose d'enlever bientôt les tumeurs qui restent à l'épaule.

Ces faits, communiqués par M. le docteur Esmarch, sont donc excessivement curieux; d'abord nous voyons le développement successif d'une maladie sur laquelle nous avions bien peu de détails, puisque le cas représenté par M. Cruveilhier dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE (t. II, liv. XXIII, pl. 3) est le seul dont nous avions une bonne description. Mais M. le docteur Esmarch a poussé plus loin les recherches: il nous apprend que ces tumeurs sont enkystées; il nous donne des détails d'anatomie microscopiques très-importants, et nous enseigne quelle est la composition chimique des phlébolithes que l'on trouve dans ces tumeurs.

La table 5 de la trentième livraison de l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Cruveilhier nous donne une autre variété fort remarquable de cette maladie: mais, dans ce cas, le tissu des muscles, les os eux-mêmes, sont profondément convertis en tissu érectile veineux. Dans ce cas, il n'y a donc pas moyen d'enlever le mal; au contraire, dans le cas de M. le docteur Esmarch et dans celui de la vingt-troisième livraison de M. Cruveilhier, la maladie est superficielle et n'attaque pas les tissus profonds; en sorte que l'extirpation est possible. Il convient donc, dans la pratique chirurgicale, de distinguer ces deux variétés d'une même maladie.

Boyer, dans son TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES, que je n'ai pas en ce moment sous les yeux, rapporte, d'après Lamoirier, l'histoire de la maladie d'un pèlerin castillan qui me paraît devoir être rapportée à la dégénérescence profonde des parties en tissu érectile veineux. Ce cas devra donc être rapproché de celui dont M. Cruveilhier parle dans sa trentième livraison (t. II, pl. 5).

Quant au résultat postérieur réservé à l'opérée de M. Esmarch, il est à craindre que la maladie ne vienne à repulluler. J'ai eu, en effet, occasion d'observer l'une de ces tumeurs, qui existait à la main d'un jeune nègre; elle avait augmenté très-lentement. Elle fut enlevée; mais trois ans après elle avait reparu à la même place. Son volume avait doublé et égalait celui d'une pomme. La peau était amincie, et adhérait à la tumeur dans presque toute son étendue. Le malade ne voulut pas consentir à tenter une nouvelle opération.

Je dois enfin ajouter que M. le docteur Esmarch a bien voulu me remettre un moule en plâtre représentant le bras de la malade avant qu'elle n'eût subi les opérations. Ce plâtre doit être déposé au musée Dupuytren.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES, communiquée par M. EUG. RENAULT, directeur de l'École d'Alfort, membre de l'Académie.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher collègue,

Je viens de lire dans le numéro du 20 novembre de votre excellent journal un article, sous forme épistolaire, intitulé: « RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES. »

Dans le 1er paragraphe de cette lettre, dont le signataire est M. le docteur Boinet, il est dit:

« Sans vouloir rien préjuger de la valeur des procédés d'inoculation em-

» ployés par les médecins belges, il m'a paru intéressant de *rechercher* » jusqu'où la méthode est nouvelle. C'est *le résultat de ces* RECHERCHES » que j'ai l'honneur de vous adresser aujourd'hui. »

Et en effet, avec quelque attention qu'on lise, dans toute son étendue, cet article qui n'est pas guillemeté, il semble que les faits intéressants qu'il renferme aient été ainsi rassemblés par les soins de M. le docteur Boinet.

Or, il n'en est rien; et, pour être exact, le titre que je viens de rappeler aurait dû être ainsi conçu:

« *Examen impartial des avantages que l'inoculation de la* MALADIE » ÉPIZOOTIQUE à produits en Hollande et en Allemagne et de ceux que » l'on peut en attendre en France; par VICQ-D'AZYR. »

Car, pour rendre à César ce qui appartient à César, je dois dire que l'article de M. le docteur Boinet n'est, d'un bout à l'autre, que la copie littérale, que la transcription mot pour mot, d'un mémoire que Vicq-d'Azyr a fait paraître sous ce titre dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE (volume des années 1777-1778, pages 163 et suivantes).

Je me trompe, une différence existe. Le paragraphe qui est le premier dans le mémoire de Vicq-d'Azyr se trouve placé le dernier dans la lettre de M. Boinet.

Ceci dit pour la question littéraire, j'arrive à vous signaler quelque chose de beaucoup plus grave au point de vue médical, et qui appartient en propre à l'auteur de la lettre.

L'inoculation, dont Vicq-d'Azyr a si savamment tracé l'histoire dans l'article qu'a signé M. Boinet, s'appliquait, non pas à la *pneumonie épizootique*, comme le croit et l'avance votre correspondant, mais bien au TYPHUS CONTAGIEUX des bêtes bovines (*pestis bovina* des Italiens, *rinderpest* des Allemands), maladie aussi différente de la pneumonie par ses symptômes, sa marche, sa durée, la nature et le siége des lésions qui la caractérisent etc., que la pneumonie de l'homme, par exemple, diffère de la peste. M. Boinet aurait dû s'en apercevoir dans ses recherches.

Vous voyez bien, mon cher collègue, que, quel que puisse être le résultat de l'idée belge appliquée aux tentatives qui se font en ce moment sur une grande échelle pour préserver les bêtes bovines de la péripneumonie épizootique, cette idée, du moins dans cette application spéciale, semble bien appartenir à notre époque.

Agréez, etc.

RÉPONSE DE M. BOINET.

Dans l'article que j'ai adressé à la GAZETTE MÉDICALE je n'ai fait que transcrire les recherches des autres, non pour m'en emparer, car l'article est présenté de telle sorte qu'il est impossible de le penser, mais bien pour *rappeler que l'inoculation préservative dans les épizooties des bêtes bovines n'est pas chose nouvelle*, comme on semblait le croire. Il m'est avis qu'il eût été bien préférable pour les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE de voir le célèbre professeur employer son immense talent à démontrer les différences si grandes qu'il connaît entre le typhus des bêtes bovines et la pleuro-pneumonie épizootique, au point de vue de l'inoculation préservative bien entendu, car je n'ai pas voulu parler d'autre chose, en disant que je ne voyais aucune différence entre les maladies épizootiques observées autrefois et la pleuro-pneumonie d'aujourd'hui, que de faire remarquer que l'article que je vous ai adressé n'était pas guillemeté, que le commencement était à la fin et *vice versâ*, que ces recherches n'étaient pas miennes, etc., ce qui était visible pour tout le monde. Il me semble pourtant que je vous dis dans cette lettre que toutes ces expériences, que tous ces travaux datent de 1765 à 1780.

Je m'empresse donc de lui répéter, pour le délivrer de tous ses scrupules, qu'en rappelant les travaux de Vicq-d'Azir, qu'en les transcrivant dans ma lettre *sans guillemets*, mon but était de rappeler que l'inoculation préservative dans les épizooties des bêtes bovines n'était pas chose nouvelle. Ce but a été atteint, je crois, et il n'est venu à la pensée de personne, si ce n'est un savant professeur d'Alfort, que mon intention a été de donner les travaux des autres comme miens.

Selon M. Renault, ce qui est plus grave que d'avoir rappelé les travaux des autres sans les guillemeter, c'est d'avoir confondu la pneumonie épizootique avec le typhus contagieux des bêtes bovines. Me serais-je donc fourvoyé dans cette question des bêtes à cornes? La chose serait possible, d'autant mieux que je n'en fais pas une étude spéciale... Cependant examinons un peu les faits: en disant qu'il n'y a aucune différence entre l'inoculation préservative de la pneumonie épizootique d'aujourd'hui et l'inoculation des maladies épizootiques d'autrefois, je ne crois pas être dans l'erreur et je crois pouvoir dire qu'il en est ainsi de toutes les maladies contagieuses.

M. Renault change la question et me dit: la pneumonie épizootique d'aujourd'hui n'a rien de commun avec les maladies décrites par Vicq-d'Azir, maladies qui n'étaient autre chose que le typhus contagieux des bêtes bovines, et qu'il y a autant de différence entre ces deux maladies qu'entre la pneumonie et la peste chez l'homme. Je ne puis, pour mon compte, accepter cette manière de voir de M. Renault, qu'il n'y a pas chez l'homme plus de différence entre la pneumonie et la peste qu'entre la pneumonie épizootique et le typhus contagieux; mais la différence est sensible, capitale, visible. Chez l'homme, la pneumonie n'est jamais contagieuse, tandis que la pneumonie ou la pleuro-pneumonie épizootique l'est malheureusement toujours, et par conséquent, sous ce point de vue, elle a donc une fameuse ressemblance avec le typhus contagieux.

Mais, si nous voulions aller plus au fond des choses et rappeler les observations de ceux qui ont écrit sur le typhus contagieux de 1711, 1772, 1777, etc., et sur tous les typhus contagieux des bêtes bovines auxquels ils ont donné différents noms, suivant les symptômes dominants qu'ils présentaient, on verrait qu'il ne serait pas difficile de trouver bien des ressemblances avec les épizooties de ces époques et la pleuro-pneumonie de nos jours, aussi bien dans les causes, les symptômes, la marche, la durée, que dans les lésions anatomiques. Je ne prétends pas que la ressemblance soit parfaite de point en point, et la chose serait difficile, puisque les épizooties appelées alors typhus contagieux différaient déjà souvent entre elles et offraient bien des variétés. Ainsi l'éruption varioleuse était un caractère dominant de l'épizootie de 1711, décrite par Lancisi et Remazzini, *tandis que l'affection catarrhale des membranes muqueuses* se montrait principalement dans la même maladie sur les bords de l'Oder. Suivant la description de Munnick, en Hollande, l'épizootie était souvent accompagnée de dépôts considérables à la bouche, avec gonflement de la langue. *L'inflammation du poumon compliquait aussi cette maladie.* Les aphtes étaient surtout un des caractères dominants de l'épizootie du Condemois dont Vicq-d'Azir a tracé l'histoire... La diarrhée et la dyssenterie accompagnaient presque toujours la dernière période de la maladie dans l'épizootie de 1814. Ces différences et plusieurs autres qui ont été observées dans les épizooties du typhus contagieux des bêtes à cornes ne changent rien aux caractères généraux de la maladie. Est-ce que ces différences ne se rencontrent pas dans nos fièvres typhoïdes et les lésions anatomiques, les symptômes variant suivant que la maladie envahit de préférence tel organe plutôt que tel autre, suivant les constitutions des années, suivant le génie épidémique et un je ne sais quoi qui reste à expliquer? Aussi les uns ont-ils appelé cette maladie fièvre cérébrale, quand les symptômes prédominaient de ce côté, fièvre putride, gastro-entérite, etc., etc. Pourquoi, dans certains cas, les muqueuses sont-elles le siége principal de la maladie, landis que, dans d'autres, c'est le système nerveux, etc? En fisant les observations des épizooties observées par les anciens et dans les différents pays, on voit que les symptômes, les lésions anatomiques différaient souvent.

L'auscultation, la percussion n'étaient pas connues à cette époque, ou au moins on n'en faisait pas usage, les autopsies étaient faites avec beaucoup moins de soin et étaient beaucoup plus rares; et cependant à quoi rapporter les symptômes suivants observés dans les typhus contagieux? L'animal toussait assez souvent, avait une respiration plus ou moins accélérée, fréquente, embarrassée, courte, plaintive.... des inspirations très-courtes et comme incomplètes.... il y avait de l'oppression...., la respiration faisait entendre un bruissement remarquable à chaque expiration...; à l'autopsie des animaux qui succombaient du deuxième aux troisième et quatrième jours, on trouvait de l'écume sanguinolente dans la trachée-artère.... toutes les muqueuses (1814) étaient le siége d'une affection catarrhale.., souvent des taches gangréneuses sur les plèvres, les poumons, les bronches remplies de mucosités sanguinolentes, la muqueuse qui les tapisse est ordinairement rouge. Vicq-d'Azir a vu quelquefois des parties de poumon gangrenées.

J'avoue que toutes ces descriptions qui j'en conviens sont incomplètes, et ne peuvent avoir la précision des investigations anatomiques et du diagnostic d'aujourd'hui, sont de nature à jeter du doute dans l'esprit.

Pour ne pas m'attirer encore une fois la critique de M. Renault, je lui dirai que toutes ces recherches que je n'ai pas guillemetées, sont dans tous les auteurs qui se sont occupés des épizooties, dans le dictionnaire des sciences médicales, dans les mémoires de l'Académie des sciences, dans ceux de la Société royale de médecine, etc., et qu'elles ne m'appartiennent pas.

En résumé, que la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines de nos jours ne soit pas la même chose que le typhus contagieux d'autrefois, peu m'importe pour la question que j'avais en vue; ce que j'ai voulu rappeler, c'est que l'inoculation préservative dans les maladies épizootiques n'était pas chose nouvelle, ce qu'on semblait oublier.

Dans tous les cas nous attendrons que la description de la pleuropneumonie épizootique qui règne aujourd'hui en Belgique, soit publiée, pour voir en quoi elle diffère ou ressemble aux épizooties de 1772, 1778, 1779, etc.

Nous espérons que le savant directeur d'Alfort voudra bien élucider l'importante question des différentes variétés des maladies épizootiques, suivant les pays, les années, et nous dire pourquoi les lésions anatomiques varient de siége quand les caractères généraux de la maladie ne diffèrent pas. C'est un service immense qu'il aura rendu à la science et que nous serons heureux d'avoir provoqué. Personne, mieux que lui, n'est capable de le faire; alors nous verrons si la pleuropneumonie épizootique est si différente du typhus contagieux, au point de vue de l'inoculation préservative.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Nouvelles recherches sur la curabilité du ramollissement cérébral*; par M. Durand-Fardel. 2° *Nouvelles recherches pratiques sur les causes, le pronostic et le traitement de la suraité*; par M. Marc d'Espine. 3° *Relation de l'épidémie de variole qui sévit à Paris, et notamment à l'Hôtel-Dieu, depuis le mois de janvier* 1852: par M. Empis. 4° *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur l'action particulière et les usages des muscles qui meuvent le pouce et les doigts de la main*; par M. Duchenne (de Boulogne). 5° *Mémoire sur l'exploration sous-cutanée des tumeurs; proposition d'un nouvel instrument pour le diagnostic des tumeurs solides*; par M. Bouisson. 6° *Du pansement par occlusion dans les fractures compliquées*; par M. Trastour. (Premier article.). 7° *Sur une forme d'atrophie partielle (trophonévrose de Romberg)*; par M. Lasègue. 8° *Mémoire pour servir à l'histoire de la colique nerveuse endémique des pays chauds (colique sèche, colique végétale, des barbiers, colique de Madrid, névralgie du grand sympathique, etc.)*; par M. Fonssagrives. 9° *Étude anatomique sur un fœtus acéphalien*; par M. Adolphe Richard. 10° *Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne*; par M. Triquet.

MÉMOIRE SUR L'EXPLORATION SOUS-CUTANÉE DES TUMEURS; PROPOSITION D'UN NOUVEL INSTRUMENT POUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS SOLIDES; par M. BOUISSON.

L'ingénieux perfectionnement que M. Bouisson vient proposer est, en quelque sorte, le fruit des travaux récemment accomplis sur la signification microscopique des cellules cancéreuses. Si elle n'en est pas l'émanation directe, on peut dire du moins que ces travaux ont hâté l'avénement de la découverte, en montrant à la fois sa nécessité et ses avantages. Longtemps, en effet, la chirurgie se contenta d'apprécier le volume, la densité des tumeurs; elle se tenait pour satisfaite quand elle avait pu déterminer si leur contenu était liquide ou solide. Aussi les ponctions exploratrices suffisaient-elles alors à remplir ses desiderata les plus ambitieux.

Mais avec de nouveaux éléments de diagnostic ont surgi de nouveaux besoins. La détermination d'un cancer pouvant désormais s'établir d'après l'inspection du tissu suspect, l'idée devait naturellement s'offrir d'amener au dehors, pour l'examiner à loisir, une portion de ce tissu altéré. Aussi M. Bouisson nous apprend-il que, après l'initiative qui lui appartient incontestablement, divers médecins cherchèrent à féconder la même idée et imaginèrent pour son exécution des instruments plus ou moins parfaits. Mais de tous ces essais, celui qui nous paraît seul digne de rester dans la pratique est le dernier dont M. Bouisson donne la description, et qu'il nomme, d'après ses usages, *trois-quarts kélectome.*

Cet instrument se compose, comme le trocart ordinaire, d'une canule et d'une tige intérieure, supportée par un manche. La canule, en argent, est terminée par un cylindre en acier, dont le rebord rendu tranchant lui permet d'agir comme un emporte-pièce. L'autre extrémité de la canule supporte un bouton dont la partie évasée dépasse le cylindre de la canule de quelques millimètres et dont l'intérieur présente une rainure spiroïde destinée à se visser avec la partie correspondante de la tige.

Celle-ci doit avoir la même longueur que la canule; elle est en acier et présente à son extrémité libre une lame double, disposée en spirale dans la hauteur de 6 millim. Cette lame rappelle celle de certains tire-bouchons, avec cette différence que, à l'origine, au lieu d'une pointe, on trouve deux saillies tranchantes qui opèrent une section complète des tissus pénétrés par l'instrument. L'autre extrémité de la tige présente une saillie spiroïde pour s'adapter à la rainure de la canule.

Le mode d'action du kélectome est très-facile à comprendre : la canule emporte-pièce est destinée à détacher un cylindre de la substance de la tumeur. On peut l'enfoncer à la profondeur qu'on veut atteindre pour retirer du tissu pathologique dans ses différentes couches. Dans ce but, une petite ouverture est préalablement pratiquée à la peau avec une lancette; la peau est déplacée par glissement, et la canule est enfoncée au point où l'ouverture de la peau a été amenée; un mouvement de giration imprimée à la canule aide à sa pénétration. Quand elle est arrivée à la profondeur désirée, un fragment cylindrique de la tumeur remplit sa cavité; mais le fragment adhère au reste de la tumeur par son extrémité profonde; il s'agit de le détacher, et c'est ce qu'on exécute facilement avec la tige à double spire tranchante. Cette tige est poussée dans la gaîne jusqu'à ce qu'on apprécie la résistance du tissu cerné par l'extrémité tranchante de la canule; on fait alors tourner la tige pour accrocher ce tissu et le couper à mesure que le mouvement de vrille fait pénétrer la tige. Lorsque celle-ci remplit entièrement sa gaîne, la section est terminée; on retire le tout, et l'on est sûr d'amener une quantité suffisante de substance de la tumeur pour pouvoir l'examiner et s'assurer de sa nature.

Il est tout aussi aisé de prévoir le genre et la portée des services que cette nouvelle opération est appelée à rendre. La sécurité qui en résulte pour le diagnostic, les données certaines qu'on peut obtenir de l'inspection microscopique et des épreuves chimiques, la simplicité et la rapidité de son exécution, l'innocuité de ses résultats, tout se réunit pour en justifier et pour en généraliser l'emploi.

C'est principalement pour distinguer les tumeurs cancéreuses des pseudo-cancéreuses que l'excision sous-cutanée a été imaginée : c'est là, en effet, que son usage est à la fois le plus sûr et le plus précieux. On comprend combien la possibilité d'analyser la structure d'une tumeur douteuse peut donner d'assurance au chirurgien et éclairer sa conduite intérieure. Si l'inspection lui signale une masse lipomateuse ou fibro-plastique, il lui est licite de temporiser. Mais la contre-partie est de prescription absolue, impérieuse (et c'est là un précepte qu'on doit savoir gré à M. Bouisson d'avoir promulgué bien haut); s'il devient prouvé par l'opération exploratrice qu'on a affaire à un véritable cancer, il faut être prêt à l'opérer, à l'opérer presque immédiatement; car il est d'observation que sous l'influence de ponctions semblables, les encéphaloïdes dégénèrent plus rapidement. En pareille circonstance, le chirurgien ne devra donc, s'il prévoit la possibilité que la tumeur dont il s'agit soit cancéreuse, ne jamais se décider à l'opération exploratrice, sans être bien certain que l'ablation de toute la partie dégénérée est praticable, et complétement praticable.

Nous n'avons donné jusqu'ici qu'une idée partielle des indications pratiques contenues dans le mémoire de M. Bouisson. Envisageant d'une manière générale les avantages de toutes les méthodes d'exploration sous-cutanée, il signale deux genres de service nouveaux de l'acopuncture sous-cutanée. Le premier est celui par lequel elle peut faire apprécier les corps tenus en suspension dans le liquide d'une tumeur. L'auteur a réussi de cette manière à reconnaître des corps étrangers fibro-cartilagineux flottant dans le liquide d'une hydarthrose, et dont l'aiguille révéla la présence en allant heurter contre eux.

En second lieu, un stylet d'acier pointu peut fournir sur la densité de certains tissus des notions extrêmement utiles en chirurgie pratique. Ainsi, si un cancer siége sur le maxillaire inférieur, ou parvient, en enfonçant à plusieurs points distants, l'instrument dans l'épaisseur de l'os, à déterminer s'il résiste ou s'il se laisse pénétrer, jusqu'où par conséquent l'os participe à la dégénérescence morbide, et dans quelles limites la resection en devra être faite.

— Quant au point principal de l'objet de ce mémoire, nous n'avons à formuler pour l'auteur que des éloges sans restriction, et pour nos lecteurs que le pressant conseil d'appliquer dans l'occasion le précieux moyen dont M. Bouisson vient d'enrichir le diagnostic des tumeurs douteuses. Pourtant — où n'y a-t-il pas de *mais?* — la construction de l'instrument qu'il propose nous semble un peu compliquée, un peu difficile à saisir et à exécuter. Prétendons-nous pour cela qu'il y ait dans son mécanisme un détail superflu, une particularité qui puisse être supprimée sans désavantage? Non certes. Seulement, si nous avions nom Mayor, nous saurions fort bien rappeler à l'ingénieux professeur que les charcutiers et les épiciers ont un expédient beaucoup plus simple pour retirer des profondeurs d'un saucisson ou d'un fromage la parcelle qu'ils veulent soumettre à la dégustation du consommateur.

NOUVELLES RECHERCHES D'ANATOMIE ET DE PATHOLOGIE SUR LA RÉGION PAROTIDIENNE; par M. TRIQUET.

Le but principal de ce mémoire est de prouver, par la considération des connexions anatomiques et par l'interprétation des faits pathologiques que certaines variétés de rapports de l'artère carotide, du nerf facial et de la

parotide peuvent permettre d'enlever quelquefois cette glande sans blessure de l'artère carotide externe et du nerf facial.

Quant à l'artère, on sait que parfois la glande ne fournit qu'une simple gouttière à la carotide. Or au sommet de la glande, là où elle reçoit l'artère dans un demi-canal, on rencontre presque constamment un ou deux petits ganglions lymphatiques, qui se trouvent souvent sur les bords de la gouttière glanduleuse. Et comme ces ganglions sont assez communément le siége de dégénérescences, ils repoussent en dehors, par le fait de leur développement, et l'artère et les lèvres de la gouttière qui l'enveloppent plus ou moins complétement. On comprend dès lors que, dans ces cas, la parotide soulevée de dedans en dehors, du fond de l'excavation vers sa surface, par une masse ganglionnaire a pu être enlevée sans blessure de la carotide externe, qui se trouvait repoussée en sens inverse.

D'autres fois la carotide externe est contenue dans une gaîne celluleuse complétement isolée de la parotide, avec laquelle elle n'a plus alors que des rapports de simple voisinage. L'artère ici passe un peu en avant et en dedans du sommet de la glande. Cette disposition explique clairement ces cas jusqu'à présent énigmatiques, et même révoqués en doute, dans lesquels la parotide elle-même tout entière, saine ou dégénérée, a pu être extirpée sans lésion du vaisseau.

Pour ce qui est du nerf facial, l'opinion qu'on ne peut enlever la parotide sans le diviser est tellement répandue que, d'après A. Bérard, l'apparition de l'hémiplégie faciale après une opération de ce genre est la seule preuve certaine que l'extirpation de la parotide a été complète. Nœgele, cependant, s'était déjà inscrit contre la légitimité d'une pareille déduction. M. Triquet confirme la justesse de cette réserve par l'observation anatomique précise. Le plus souvent, il est vrai, le nerf facial, en sortant de l'aqueduc de Fallope, s'enfonce dans l'épaisseur de la glande et la traverse de haut en bas, plus ou moins obliquement et d'arrière en avant. Mais l'auteur a vu un cadavre sur lequel le nerf facial était tout simplement accolé à la face profonde de la glande. Il a aussi, une fois, rencontré un petit ganglion lymphatique placé entre le tronc du nerf et la glande. Or, en supposant que ce ganglion fût devenu le siége d'une tumeur, il eût repoussé en dedans le tronc du nerf, en dehors la parotide, et l'opération aurait pu être pratiquée sans section du nerf, partant sans hémiplégie.

Les mêmes observations avec les mêmes conséquences sont applicables aux ganglions situés dans le tissu parotidien, ganglions qui dégénèrent si fréquemment et dont la dégénérescence, en dissociant les éléments de la glande, ses vaisseaux et ses nerfs, change nécessairement les rapports de ces derniers, et peut, dans une opération, les soustraire à l'action de l'instrument tranchant.

On pressent les corollaires à tirer de ces faits d'observation. Du moment que la carotide externe n'est plus infailliblement divisée lorsqu'on extirpe la parotide, le chirurgien sera autorisé à tenter cette opération sans avoir fait préalablement la ligature du vaisseau.

Un autre point que les recherches de M. Triquet tendent à éclairer est relatif à l'étiologie des tumeurs de la région parotidienne. En piquant avec un tube à injection lymphatique la peau de la région temporale ou parotidienne, le mercure, au niveau de la parotide, passe : 1° des ganglions superficiels dans les sous-aponévrotiques; 2° de ceux-ci dans les ganglions intraparotidiens; 3° de ceux-ci dans les sous-parotidiens. Arrivée là, la chaîne de communication traverse la paroi du pharynx et décrit quelques faibles réseaux sur la muqueuse buccale, surtout au niveau du rebord alvéolaire supérieur, et passe même jusque dans la portion mobile du voile du palais et du pharynx.

Ainsi ces ganglions parotidiens seraient en communication directe avec la muqueuse buccale. La pathologie vérifie ces présomptions de l'anatomie. Car A. Bérard rapporte avoir vu l'extraction de deux molaires faire disparaître un gonflement chronique de la région parotidienne. Il résulte, en outre, de plusieurs des observations de M. Triquet que des lésions dentaires ont déterminé la tuméfaction et quelquefois la tuberculisation des ganglions parotidiens.

P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

PHYSIOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE ET DE L'APOPLEXIE D'ORIGINE INORGANIQUE.

M. MARSHALL-HALL communique une note intitulée : LA PHYSIOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE ET DE L'APOPLEXIE D'ORIGINE INORGANIQUE.

L'auteur, appliquant à l'étude de ces deux maladies ses idées sur le système spinal diastaltique, considérant ces deux maladies comme une et identiques, et ne différant l'un de l'autre que par le centre nerveux principalement affecté, commence par établir une première distinction diagnostique entre les accès d'origine inorganique et les accès d'origine organique.

L'épilepsie et l'apoplexie *simples* ou paroxysmales, c'est-à-dire d'origine inorganique, sont des actions directes ou réflexes diastaltiques des muscles du cou (trachélismus) du larynx (laryngismus), ou des deux, suivies de leurs effets sur la circulation veineuse de cette région et des centres nerveux.

Les causes des accès de l'épilepsie ou de l'apoplexie d'origine inorganique se divisent principalement en deux catégories : 1° celles des émotions ou des causes morales, la colère, la frayeur, etc.; 2° celles des irritations physiques, la dentition, les aliments indigestibles, les rétentions intestinales, les excitations utérines, etc.

Les premières agissent sur le système spinal diastaltique en ligne directe, c'est-à-dire depuis le siége des passions, à travers le centre spinal, sur les muscles. Ces actions pourraient être nommées *cata*-staltiques.

Les causes de la seconde catégorie agissent en ligne réflexe *dia*-staltique.

Pourquoi cette destination des actions catastaltiques et diastaltiques au cou et au larynx? L'auteur en trouve la raison dans la distribution extraordinaire, dans cette région, de nerfs provenant de la moelle allongée.

Les causes morales et les causes physiques dont il vient d'être question sont également remarquables par leur choix de cette même région et de ce même organe comme siége de leur influence. Il est proverbial, dit l'auteur, qu'on suffoque par le chagrin, par la colère. Le trachélisme et le laryngisme se voient fréquemment comme effets des indigestions, des irritations utérines périodiques, etc. On sait que des causes morales et physiques, le dégoût, l'irritation de l'estomac, des intestins, font vomir par des actions diastaltiques, non moins spéciales et bien plus compliquées encore.

Les causes de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique agissent par des arcs nerveux diastaltiques bien distincts. Les émotions ou causes morales agissent en ligne directe de l'encéphale, par la moelle allongée et par les nerfs exodiques (facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique, accessoire, hypoglosse).

Les irritations ou causes physiques agissent par les nerfs eisodiques (le trifacial, le pneumogastrique, les spinaux), la moelle allongée et les nerfs exodiques.

Selon les muscles ainsi excités en contraction, c'est le trachélisme, le laryngisme ou ces deux phénomènes qui se produisent.

L'auteur, après avoir décrit le trachélisme et le laryngisme spasmodiques et leurs effets, l'épilepsie et l'apoplexie trachéliennes et laryngiennes, décrit en ces termes les conséquences des attaques d'épilepsie et d'apoplexie :

Un accès épileptique est une surexcitation de la moelle allongée, centre des arcs diastaltiques nerveux; il s'ensuit un état d'épuisement nerveux, ensuite du ralliement (réaction), ralliement qui va à l'excès : d'où susceptibilité à de nouvelles attaques. Il arrive qu'une fois épileptique, le malade l'est pour longtemps, et même quelquefois pour toujours.

Ainsi irritation, épuisement, réaction à l'excès, susceptibilité augmentée du centre spinal : accès, accès répétés, etc.

Le plus souvent les attaques d'épilepsie et d'apoplexie simples laissent le coma; quelquefois il reste du délire ou de la folie; souvent il y a paralysie ou spasmo-paralysie; enfin démence, paralysie générale, etc.

Qui ne voit, ajoute l'auteur, que ces cas sont plutôt différentes phases de la même maladie que des maladies distinctes?

L'auteur formule en ces termes le traitement de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique :

Les causes doivent être éloignées.

Les états anormaux et morbifiques de l'estomac et des intestins doivent être corrigés. L'auteur dit avoir eu à se louer des bons effets d'apéritifs antiacides.

L'excitabilité augmentée de la moelle allongée laissée par les attaques doit être diminuée. M. Marshall s'est aperçu du bénéfice de la jusquiame pour arriver à ce but.

Lorsque les attaques ont été bien nombreuses et qu'elles ont laissé le teint pâle et blême, épileptique enfin, avec maigreur, faiblesse, etc., M. Marshall-Hall a ordonné le 50e d'un grain d'acétate de la strychnine, trois fois par jour, pendant plusieurs mois, avec un grand succès, comme tonique spinal.

L'auteur attache une grande importance au régime du malade, les exercices, les aliments, les excrétions, etc.

Enfin l'auteur conclut par cette observation : Autant que les dangers de l'épilepsie et de l'apoplexie d'origine inorganique dépendent du laryngisme spasmodique ou paralytique, autant ils sont éloignés par la trachéotomie, moyen qui a évidemment cette valeur, — ni plus, ni moins; moyen qui a déjà sauvé la vie à deux malades, restauré l'intelligence à un certain degré à deux autres, et empêché le retour des accès d'épilepsie à deux d'entre eux.

EMPLOI DES SÉMINOÏDES DE CIGUË ET DE LA CONICINE DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

M. FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une note sur l'emploi des séminoïdes de ciguë et de la conicine dans les affections cancéreuses et les engorgements réfractaires.

Cette note est le complément d'un mémoire sur le principe actif de la ciguë, que MM. Devay et Guillermond ont envoyé dans le temps à l'Académie. L'au-

teur y expose les faits nouveaux qu'il a observés depuis la publication de ce mémoire. Il résume en ces termes le contenu de ce travail :

1° Appliquée à l'extérieur, dans les cas d'engorgements chroniques des glandes lymphatiques (adénites scrofuleuses), la pommade preparée avec les séminoïdes a une action résolutive des plus puissantes. L'administration des préparations internes n'est point toujours nécessaire dans ces cas, mais lorsqu'elle a lieu elle ne peut que stimuler la tendance résolutive.

2° Ces préparations agissent de la même manière dans les engorgements du col et du corps de la matrice. Nous ne connaissons pas de meilleur moyen pour résoudre cet état pathologique désigné sous le nom d'hypertrophie inflammatoire de l'utérus et qui se complique très-fréquemment de prolapsus et de déviation.

Dans ce cas, les préparations internes et externes doivent être simultanément mises en usage. Les pansements directs avec le baume de conicine porté sur le col au moyen de bourdonnets de charpie et répétés plusieurs fois par semaine, nous ont paru, d'après des expériences assez fréquemment renouvelées, le procédé le plus avantageux.

3° Appliquée au traitement des affections cancéreuses, ce médicament a des effets calmants et des effets curatifs. Ces derniers, quoique plus incertains que les premiers, quoique réalisables dans des conditions limitées, sont néanmoins hors de doute et appellent toute l'attention des médecins. C'est particulièrement dans la forme squirrheuse atrophique (*cancer ratatiné*) que les semoïdes de ciguë nous ont paru avoir le plus de puissance. Ce traitement est plus chanceux contre les tumeurs molles, à accroissement rapide. Dans plusieurs circonstances, il a échoué complétement; mais dans d'autres, il a eu pour résultat d'enrayer l'accroissement, de diminuer le volume de quelques tumeurs secondaires, et de déblayer ainsi le terrain pour des opérations qui ont été pratiquées plus tard.

Comme topique dans les cancers externes, sous forme pilulaire dans les cancers internes, les préparations de semences de ciguë ont toujours été préférées par les malades aux calmants, aux narcotiques dont ils avaient fait un grand usage. M. Devay cite des malades en traitement depuis un an et plus, qui ne peuvent point se passer du seul médicament qui apporte de la sédation à leurs douleurs.

En somme, ajoute l'auteur, dans l'état actuel des choses, eu égard au découragement profond qui règne touchant le traitement du cancer, cette méthode thérapeutique nous paraît la plus rationnelle et la plus fructueuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Neuville, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bernay, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en mai, juin et juillet derniers, dans les communes de Bourainville et de Fayolle-les-Mares. (Comm. des épidémies.)

2° Une lettre relative à un remède secret contre l'hydrophobie.

Le ministre de la guerre adresse des échantillons d'eaux prises aux sources thermales d'Hammam-Mescoutin, et un rapport relatif à ces eaux, par M. le docteur Puel. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Letellier (de Saint-Leu-Taverny) communique six nouvelles observations de convulsions de nouvelles accouchées, toutes terminées heureusement. (Comm. : MM. P. Dubois, Danyau et Depaul.)

— M. Girault, médecin à Ouzain (Loir-et-Loir) adresse un mémoire sur l'emploi de la résine de plantain, comme succédané du sulfate de quinine dans les fièvres et des diverses préparations de cette plante qui sont plus ou moins chargées de ce principe actif et surtout de celles obtenues de la graine de plantain. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. Eug. Marchand, pharmacien à Fécamp, sollicite la faveur d'être compris au nombre des membres correspondants, et envoie à l'appui de sa demande la liste de ses titres et de ses ouvrages.

— M. Durand-Fardel dépose sur le bureau de l'Académie un rapport clinique sur cinq années de pratique à Vichy (de 1848 à 1852). (Comm. des eaux minérales.)

La parole est à M. Malgaigne pour un rapport.

OBLITÉRATION DES ARTÈRES OMBILICALES.

M. Malgaigne lit en son nom et celui de M. Huguier un rapport sur un mémoire de M. Notta, de Lisieux, sur l'oblitération des artères ombilicales.

Le travail de M. Notta traite du mode d'oblitération des artères ombilicales. Lorsqu'une artère a été oblitérée dans un point par une ligature ou par toute autre cause, on admettait généralement, d'après les expériences de Jones et de Béclard, que le tube artériel entre le point oblitéré et la première collatérale se rétrécissait, s'obturait, et finalement se transformait en un cordon fibreux, avec disparition de la membrane interne; mais on ignorait par quel mécanisme s'opérait l'adhérence et la fusion des surfaces internes de l'artère, et quel rôle y jouait le caillot? Malgré cette lacune, la doctrine paraissait solidement établie, lorsqu'en 1850 M. Notta, alors interne dans les hôpitaux de Paris, vint l'attaquer dans sa thèse inaugurale. Sur des sujets morts 39 jours, 52 jours à la suite d'amputation, il avait trouvé le caillot persistant; sur un individu mort 18 mois après une amputation du bras, le caillot occupait encore l'intérieur de l'artère. A ces trois faits qui lui étaient propres, l'auteur en avait ajouté d'autres déjà publiés, dont le plus remarquable était celui d'un sujet à qui M. Roux avait lié la fémorale pour un anévrisme, et qui, mort après huit années, conservait toujours le caillot, et dans le bout supérieur, et dans le bout inférieur de l'artère. Seulement, M. Notta admettait un cas où l'artère pouvait se transformer en tissu fibreux; c'était lorsque le caillot déjà formé était pris d'une sorte de fonte inflammatoire ou putride, résultat de la suppuration, ou même de la gangrène de la portion du vaisseau qui le contient; alors le canal vide formé par les parois artérielles ramollies peut revenir sur lui-même par suite du développement de bourgeons charnus, et former un cordon étendu de la plaie à la première collatérale. De telle sorte que la transformation fibreuse de l'artère restait bien un fait réel, mais non plus un fait pathologique, en quelque sorte, arrivant naturellement et dans tous les cas; c'était un fait pathologique exceptionnel, et la théorie régnante ne se trouvait pas moins renversée. Ces idées nouvelles ne furent pas acceptées sans contestation. Aussi M. Notta comprit lui-même qu'il ne suffisait pas d'affirmer, qu'il fallait prouver : telle est l'origine des recherches sur l'oblitération des artères ombilicales.

On a dit que ces artères se transforment en cordon fibreux, et M. Cazeaux ajoute que cette transformation est opérée au bout de trois semaines. Des autopsies faites six et sept semaines après la naissance, ont montré ces artères encore perméables; et sans pouvoir assigner l'époque de la transformation, M. Notta estime qu'il faut au moins deux ou trois mois. Voici comment elles y arrivent, d'après M. Notta. Si on les examine vingt quatre heures après la naissance, tantôt on les trouve dépourvues de caillot, tantôt elles renferment seulement un petit caillot adhérent, d'une longueur variable, et rapproché de l'ombilic. Au bout de trois jours, s'il y a un caillot, il est plus tendre et adhère à la membrane inférieure; d'ailleurs le rétrécissement du calibre artériel est déjà sensible; on y fait pénétrer plus difficilement un petit stylet par l'artère hypogastrique. De plus, près de l'ombilic, dans une longueur qui varie de 5 à 10 millimètres, les artères présentent une transformation à peu près constante qui double ou triple leur volume. Du 11e au 12e jour, les artères participent au développement général, et ont aussi un peu plus de volume qu'à la naissance; mais elles n'offrent aucun épaississement, aucune hypertrophie dans leur trajet, sauf près de l'ombilic; le caillot est dense, adhérent, et M. Notta admet qu'il est résorbé plus tard. Ainsi, ce n'est pas par hypertrophie concentrique de leurs parois que les artères ombilicales s'oblitèrent; mais les faits ont manqué à l'auteur pour en établir nettement le mécanisme.

Il y aurait donc une différence essentielle entre les artères ombilicales et les autres artères, au point de vue de l'oblitération ; les premières s'oblitèrent par l'intermédiaire d'un caillot qui ne se résorbe jamais. Cette différence s'expliquerait, suivant M. Notta, par la nature de la tunique moyenne formée de tissu jaune dans les artères ordinaires, de tissu musculeux dans les artères ombilicales, et peut-être aussi de tissu vasculaire dans ces dernières; tandis que dans les autres elle ne l'est pas. Après avoir signalé quelques lacunes et présenté quelques observations critiques, relativement au défaut de concordance sur certains points entre l'observation et les expériences, M. le rapporteur termine en proposant à l'Académie :

1° D'adresser à M. Notta l'invitation de continuer ses recherches;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'inscrire le nom de l'auteur parmi les candidats aux places de correspondant.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion, à laquelle ont pris part MM. Roux, Gerdy et Moreau.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES DE 1851.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport annuel sur les épidémies de 1851.

L'année 1851, dit M. le rapporteur, n'a vu se produire aucune de ces épidémies meurtrières qui, par l'étendue des contrées où elles se propagent, le nombre des sujets qu'elles attaquent, celui des victimes, laissent un long et douloureux souvenir dans tout un pays, comme l'a fait le choléra de l'Inde en 1832 et 1849. Cette année 1851 n'a même pas vu paraître quelqu'une de ces épidémies qui, bornant leurs ravages à un petit nombre de départements, d'arrondissements même, restent cependant dans la mémoire des habitants de toute une province, comme il est arrivé pour la suette miliaire du département de la Dordogne en 1841. Cependant, si l'étendue restreinte du théâtre d'une épidémie se manifestant sur quelque point à peu près inconnu du territoire, assure peu de durée au souvenir que certaines maladies laissent après elles, on ne peut pas dire que telle épidémie qui, sur une population très-restreinte, a attaqué la moitié ou même le quart du nombre total des habitants d'un petit village, comme cela est arrivé pour les communes d'Achey (Haute-Marne), de Bouzy (Marne), de Gouy (Pas-de-Calais), n'a pas été une épidémie considérable, surtout si elle a enlevé un très-grand nombre de sujets qu'elle a atteints; et c'est précisément ce qui a eu lieu en 1851, où beaucoup d'épidémies des petites localités ont atteint de faibles populations dans une forte proportion, et ont fait beaucoup de victimes.

Vingt départements seulement, ou moins du quart du nombre total de ceux qui composent notre France continentale, vous ont adressé quarante et un rapports sur les épidémies de diverse nature qui se sont produites pendant l'année

1851, à savoir, vingt pour la fièvre typhoïde, cinq pour la dyssenterie, autant pour la suette miliaire, quatre pour la variole, deux pour la rougeole, trois pour la scarlatine, et un pour l'angine gutturale. Votre commission n'a pas cru devoir comprendre parmi les rapports sérieux sur les épidémies la relation d'une prétendue épidémie de gale qui se serait manifestée dans une commune du département de la Nièvre.

Fièvres typhoïdes. — Voici le résumé exact où les données principales des rapports particuliers sont rassemblées.

Sur 1505 cas de fièvre typhoïde qui sont signalés dans les vingt rapports, il est fait mention de 195 cas de mort, ce qui, en moyenne, donne une proportion d'environ un huitième, qui est à peu près celle que fournissent les statistiques résultant des relevés annuels que fait la commission, et encore celle de la pratique générale des médecins. Mais il va sans dire que sa proportion a varié, en quelque sorte, pour chaque groupe épidémique en particulier, étant tantôt de la moitié, du quart, du dixième, et tantôt du dix-septième, du vingtième même. Nous avons dit il n'y a qu'un moment pour quel motif la commission n'a pas admis, dans un cas particulier, la proportion d'un cinquante-sixième.

Un petit nombre de médecins des épidémies ayant eu soin d'indiquer le sexe des malades, nous trouvons que les femmes, comme cela a lieu toujours dans l'ensemble des cas, ont été affectées en plus grand nombre que les hommes. Souvent la différence est très-notable. En 1851, elle l'a été moins, puisque sur 551 cas où les sexes ont été indiqués, il n'y a eu que 274 femmes contre 257. Mais il faut dire que le sexe de 954 malades ne l'a pas été, et qu'il se pourrait fort bien que la proportion fût notablement changée, si ces 954 cas indéterminés étaient reportés entre les sujets des deux sexes.

Quant aux âges, l'usage des médecins des épidémies étant d'appeler enfants tous les sujets ayant moins de 15 ans et de ranger parmi les adultes ceux qui ont dépassé cet âge, on trouve que, sur 605 sujets, 198 avaient moins de 15 ans, et 467 étaient considérés comme adultes. Disons, à ce sujet, que dans une seule épidémie, celle de Saint Maurice, du département de l'Hérault, le rapport des médecins des épidémies fait la mention expresse et tout exceptionnelle qu'aucun sujet au-dessous de 15 ans n'a été atteint de fièvre typhoïde.

Quelques épidémies ont été caractérisées par la prédominance des symptômes nerveux, ataxiques, indiquant spécialement l'affection de l'appareil nerveux encéphalo-rachidien ; d'autres fois, les symptômes les plus graves ont eu lieu du côté de l'abdomen, et la mort des malades a quelquefois été la conséquence d'accidents ayant pour siége l'appareil gastro-intestinal, comme des hémorrhagies intestinales, une perforation spontanée des membranes de l'intestin grêle. Dans le trop petit nombre d'ouvertures de cadavres qui ont été pratiquées en 1851, on a toujours pu constater l'existence des altérations anatomiques spécialement propres à l'affection typhoïde.

Les médecins des épidémies ont minutieusement rassemblé des notions plus ou moins précises sur les modifications de la thermométrie, de la barométrie, la topographie des localités, le degré d'aisance ou de pauvreté des populations, les vêtements, l'état des habitations, etc. Nombre de fois ils ont dû faire remarquer combien toutes ces conditions varient pour ainsi dire d'épidémie à épidémie. Aussi toutes les saisons, toutes les températures, toutes les conditions de l'atmosphère, la misère et l'aisance, les plus misérables habitations et les maisons bien bâties, la situation des villages sur un sol aride ou sur un terrain profondément humide, ont également vu la fièvre typhoïde se manifester ; de sorte que les plus judicieux de ces médecins proclament que si l'on ne peut révoquer en doute l'influence fâcheuse que certaines de ces conditions diverses peuvent exercer sur l'organisme pour en altérer l'état normal, pour le prédisposer à ressentir l'influence des causes de maladie, pour donner à l'action de ces dernières des effets plus fâcheux, toujours est-il incontestable qu'aucune de ces conditions ne peut être accusée avec vérité d'être la cause même de la production de la fièvre typhoïde ; et ces médecins sont conduits à admettre l'existence de quelque cause encore inconnue, peut-être de quelque modification encore inappréciable dans la composition de l'air atmosphérique. Quelques uns même vont plus loin, et considérant la spécificité non contestable, selon eux, de la fièvre typhoïde, attribuent à cette affection le caractère contagieux, se fondant sur ce que, dans les localités jusque-là exemptes de toute maladie, l'arrivée d'un malade atteint d'une fièvre typhoïde a été bientôt suivie de la manifestation de cas multipliés de cette même affection, toujours suivant les rapports successifs des malades avec des personnes bien portantes. La commission n'a pas pour mission de traiter ici cette question de pathogénie......

Dyssenterie. — Cinq épidémies de dyssenterie ont été signalées en 1851. C'est à peu près exclusivement sous l'influence des variations brusques de la température, à la fin de l'été et dans les premiers temps de l'automne, que ces épidémies se sont manifestées. La plus grave des cinq a été l'épidémie qui a régné dans la commune de Carbonay, du département de la Haute-Saône, moins par rapport au nombre absolu des sujets affectés, puisqu'il n'a été que de 57, ou le vingtième sur une population de 1,159 habitants, que puisqu'il est mort 19 des malades, ou le tiers du nombre total des sujets qui ont reçu les atteintes de la maladie épidémique.

Plus considérable, quant à la proportion entre le chiffre de la population et celui des malades, puisque le onzième des sujets a été affecté, l'épidémie de dyssenterie de Saint-Germain-en-Montagne, département du Jura, a offert moins de gravité, n'ayant donné lieu qu'à 4 morts, ou le dixième seulement du nombre des malades.

Suette miliaire. — Les rapports sur la suette miliaire sont au nombre de cinq.

L'épidémie de la *Lozère* a envahi 56 villages, sur 112 qui composent l'arrondissement de Florac. Sur les 2,900 individus qui en formaient alors la population, 400, ou près d'un sixième, ont été affectés, et il est mort un dixième des malades. Les sexes paraissent avoir été affectés presque en nombre égal ; la mortalité a été la même. L'état de mariage a rendu la maladie plus grave, toute proportion gardée ; chez les célibataires, elle n'a été que d'un quatorzième, tandis qu'elle s'est élevée à un huitième chez les personnes mariées. L'épidémie a affecté spécialement les individus robustes. Il y a eu un grand nombre de cas de suette légère et bénigne, beaucoup moins de suette grave et intense, et assez peu de suette maligne et foudroyante.

Dans l'épidémie de la *Manche*, un dixième des habitants de Carentan a été atteint par l'épidémie ; les femmes dans une proportion presque double des hommes, ainsi qu'un certain nombre d'enfants.

L'épidémie de la *Somme* ne paraît pas avoir été fort considérable, quant au nombre des sujets qu'elle a affectés et à celui des morts ; mais elle a offert cette particularité, observée d'ailleurs dans d'autres épidémies de cette nature, qu'elle s'est étendue davantage là où les conditions hygiéniques paraissaient être les meilleures.

L'épidémie de Pezenas, du département de l'*Hérault*, dont l'Académie doit la connaissance à une communication directe de MM. les professeurs Lordat et Alquié (de Montpellier), paraît avoir porté l'effroi parmi les populations. L'épidémie a été surtout remarquable par le caractère rémittent qu'elle a revêtu presque généralement.

C'est ce caractère rémittent de la suette miliaire qui, dans les épidémies que nous venons de mentionner, a fait administrer par ces deux excellents observateurs, qui ont été appelés sur les lieux, le sulfate de quinine à haute dose avec le plus heureux succès. En outre, tous les médecins des épidémies se sont efforcés de combattre le préjugé funeste qui porte trop communément les gens des campagnes à abreuver les malades de boissons échauffantes, à les maintenir au lit, enveloppés d'épaisses couvertures, sous lesquelles ils les tiennent forcément, pour provoquer et entretenir des sueurs abondantes, sans jamais les changer de linge ni surtout renouveler l'air autour d'eux. Nos confrères ont eu beaucoup de peine à triompher de ce fâcheux usage et à faire adopter une conduite plus rationnelle, l'emploi des boissons rafraîchissantes, la diminution du nombre des couvertures, l'accès libre d'un air pur autour des malades.

Variole. — Quelques épidémies de variole ont eu lieu en 1851 dans la Charente-Inférieure, la Meuse, le Pas-de-Calais et l'Aisne. Partout la maladie a été importée par des malades au milieu de populations qui trop souvent avaient négligé depuis longtemps de se faire vacciner. Ainsi, c'est principalement parmi les sujets non vaccinés que la variole s'est manifestée et qu'elle a fait des victimes. Cependant un certain nombre de vaccinés de tout âge ont ressenti l'influence de l'épidémie varioleuse, et ont été atteints d'une éruption généralement très-légère. Toutefois M. Fleury, médecin à Rochefort, fait mention de deux cas de variole, suivis de la mort, chez deux sujets qui avaient été vaccinés précédemment ; mais afin que ce déplorable résultat ne vienne pas affaiblir à tort la confiance qu'on doit placer dans la vaccine, ce médecin rapporte le fait d'une personne adulte qui avait eu précédemment une variole grave, dont elle avait conservé de nombreuses et profondes cicatrices, et qui, pendant l'épidémie varioleuse, a éprouvé derechef une variole confluente des plus graves. Du reste, pour arrêter les progrès des épidémies de variole, les médecins se sont empressés de vacciner tous les sujets qui n'avaient pas encore été vaccinés.

Un dernier mémoire a fixé l'attention de la commission. Un médecin, s'appuyant sur de nombreux faits de sa pratique dans le cours d'une épidémie d'*angine tonsillaire*, propose de traiter cette affection par des incisions multiples et profondes, pratiquées dans le tissu même des amygdales. Il assure avoir toujours procuré par ce moyen une terminaison favorable et prompte de la maladie, sauf dans trois ou quatre cas, où l'indocilité des malades et l'appréhension des parents ne lui ont pas permis de répéter, comme il l'aurait voulu, l'opération qu'il avait déjà pratiquée une fois. Ce médecin va même jusqu'à dire que si d'aussi brillants succès n'ont pas eu lieu entre les mains des autres médecins qui avaient voulu imiter sa conduite, la raison en est que ces praticiens n'osaient pas inciser assez profondément le tissu des amygdales.

M. le rapporteur termine en demandant, au nom de la commission, pour les auteurs des travaux relatifs aux épidémies de 1851, trois médailles d'émulation en argent et trois en bronze ; elle soumettra, en comité secret, les noms des médecins auxquels elle se propose de les décerner.

AMPUTATION DE LA LANGUE ; GUÉRISON.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'amputation des deux tiers antérieurs de la langue, et qui malgré cette mutilation a conservé l'usage de la parole.

Cet homme, nommé Alex. D..., âgé de 58 ans, s'aperçut il y a deux ans d'un embarras dans la parole, en même temps que de douleurs lancinantes dans l'épaisseur de la langue. Le médecin qu'il consulta reconnut l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette, développée à la surface de l'organe, vers sa partie moyenne. Bien que le malade n'accusât aucun accident syphilitique, on crut devoir le soumettre à un traitement mercuriel qui, loin d'améliorer son état, ne fit que l'aggraver. Plus tard, il fut soumis à l'iodure de potassium à haute dose, et ne retira de ce nouveau traitement aucun bénéfice. On crut devoir aussi pratiquer l'extirpation de quelques dents cariées placées dans le voisinage. Malgré toutes ces précautions, la tumeur fit des progrès rapides ; elle envahit graduellement toute la largeur de la langue et prit en même temps un accroissement considérable dans le sens antéro-postérieur ; des cautérisations avec le nitrate acide de mercure furent pratiquées à plusieurs reprises et semblèrent plutôt accélérer la marche de la maladie que l'enrayer. Le malade étant venu trouver M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin, fut reçu dans son service le 4 octobre 1852.

Les deux tiers antérieurs de la langue étaient alors occupés par une vaste ulcération dont le fond rempli d'une matière pultacée présentait des excavations profondes, et dont les bords indurés formaient un relief considérable, la langue, pour ainsi dire clouée dans le fond de la bouche, n'exécutait plus aucun mouvement, la parole était inintelligible, la déglutition était très-difficile, et le malade exhalait une odeur repoussante; de vives douleurs lancinantes se répétaient à courts intervalles dans toute la région malade et s'irradiaient même dans l'os maxillaire inférieur; celui-ci néanmoins paraissait complétement intact.

Ces accidents déterminèrent M. Maisonneuve à proposer l'amputation de la langue, qui fut exécutée le 18 octobre 1852.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, M. Maisonneuve pratiqua sur la ligne médiane une incision qui divisa d'abord la lèvre et les parties molles du menton jusqu'à la région sus-hyoïdienne; passant ensuite une scie à chaînette derrière l'os maxillaire inférieur, il en opéra la division au niveau de la symphise; puis écartant les deux branches latérales de cet os, il put mettre à découvert toute la partie malade; en quelques coups de ciseaux il divisa les muscles genioglosse et geniohyoïdiens, de manière à isoler les deux tiers antérieurs de la langue, tant dans leur partie inférieure que sur les parties latérales. Ainsi détachée des parties molles voisines, la langue put être facilement attirée en avant, et deux fortes ligatures passées de bas en haut à travers l'épaisseur de l'organe purent facilement circonscrire la maladie dans sa partie postérieure. Après avoir fortement serré les deux ligatures qui comprenaient chacune la moitié de la largeur de la langue, M. Maisonneuve acheva l'excision au moyen de ciseaux courbes. Plusieurs ligatures furent portées sur les artères ranine et sublinguale; et la plaie se trouvant parfaitement détergée, M. Maisonneuve rapprocha les parties molles de la lèvre et du menton au moyen de douze points de suture entortillée, en réservant toutefois à la partie inférieure une ouverture d'écoulement pour les liquides.

Les suites de cette grave opération furent des plus simples. La réunion des parties molles s'opéra par première intention. L'ouverture ménagée à la partie inférieure suffit à prévenir l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire du col. Dès le quinzième jour, cette ouverture se ferma naturellement, et en moins d'un mois le malade était complétement guéri. La déglutition s'exécute avec facilité et, chose plus remarquable, la parole est revenue presque entièrement à l'état normal. Trois consonnes seulement sont émises avec quelque difficulté, le C, l'S et le T.

AMPUTATION DU PÉNIS.

M. MAISONNEUVE présente un second malade auquel il a pratiqué l'amputation de la verge.

Le malade est âgé de 65 ans; il était atteint d'une affection cancroïde qui avait envahi le gland, toute la portion de l'urètre placée au devant des bourses, ainsi que la partie correspondante des corps caverneux.

Voici le procédé qu'a suivi M. Maisonneuve:

Saisissant de la main gauche la partie malade pendant qu'un aide maintenait l'organe à la racine et protégeait les bourses, le chirurgien divisa d'un seul coup la verge au moyen d'un petit couteau à amputation. Trois artérioles furent saisies et liées, et la plaie fut abandonnée à elle-même sans autre pansement que l'application de compresses imbibées d'eau froide, persuadé que l'application d'une sonde dans l'urètre ne présentait aucun avantage et pouvait déterminer des inconvénients. M. Maisonneuve crut pouvoir s'en dispenser. Le résultat prouva qu'il avait eu parfaitement raison. En effet, aucun accident n'est venu contrarier la guérison, et aujourd'hui, vingt-neuvième jour depuis l'opération, le malade est parfaitement guéri et urine avec la plus grande facilité.

L'examen de la pièce anatomique fait au moyen du microscope a démontré que la maladie consistait en un cancroïde, c'est-à-dire qu'elle avait pour élément historique la cellule épithéliale.

M. Maisonneuve dépose sur le bureau de l'Académie deux bocaux dans lesquels sont contenus les organes dont il a fait l'ablation.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour délibérer sur les conclusions du rapport des épidémies.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1852; par M. le docteur LE BRET, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

DES GANGLIONS MICROSCOPIQUES SUR LE TRAJET DES FILETS DU NERF PNEUMOGASTRIQUE DANS LES PAROIS DE L'ESTOMAC; par M. le docteur REMACK (de Berlin) (11 septembre 1852).

En 1838, j'ai trouvé pour la première fois, de nombreux ganglions microscopiques dans la substance du cœur de l'homme et des mammifères, sur les branches les plus fines du pneumogastrique. En 1840 et 1841, j'ai constaté l'existence de ganglions semblables dans les parois des bronches et du larynx. Comme le nerf pneumogastrique offre trois branches principales, l'une pour le cœur, la seconde pour les poumons, la troisième pour l'estomac, il est probable que ce dernier renfermait des ganglions semblables, j'ai pu confirmer cette prévision, il y a quelques mois. J'ai d'abord rencontré ces ganglions dans les parois de l'estomac de la salamandre terrestre, qui ne contenait qu'un petit nombre de cellules ganglionnaires; ils étaient plongés dans la couche musculaire externe dans laquelle on les aperçoit facilement en la traitant avec de l'huile acétique diluée. Bientôt après, je les ai trouvés aussi dans la grenouille et plus tard chez un grand nombre d'oiseaux et de mammifères; jamais je n'en ai rencontré sur les nerfs de l'œsophage; le pneumogastrique n'en offre qu'après son entrée dans les parois de l'estomac.

Nous ne pouvons déterminer les fonctions physiologiques de ces ganglions que par analogie. L'existence des ganglions dans la substance charnue du cœur rendait probable leur fonction motrice centrale, opinion que j'avais émise dès 1838, et qui a été confirmée par les expériences sur les mouvements du cœur, de Weber, de Volkman, de Bider et de Stannius, etc. J'ajouterai que les ganglions que j'ai découverts dans les parois des bronches se trouvent surtout dans la couche musculaire de Reisseisen. J'ai de plus rendu probable, par une série de recherches, que les nombreux petits ganglions trouvés par moi dans la langue de l'homme et des mammifères sur le trajet des filets du nerf glosso-pharyngien et du lingual avaient quelques rapports comme appareils moteurs centraux avec les glandes mucipares de la langue. Il faut mentionner ici aussi les ganglions que j'ai trouvés depuis longtemps dans les parois postérieures de la vessie et chez le cochon dans l'utérus gravide. (Voyez mon mémoire sur les ganglions de la langue. ARCHIVES de Müller, 1851, p. 58 et 62). Je rappellerai ici encore l'existence de nombreux ganglions que j'ai trouvés sur le trajet du grand nerf intestinal des oiseaux que j'ai également décrit le premier, et dont le trajet et l'origine méritent toute l'attention des physiologistes. (Voyez mon travail sur un système nerveux indépendant de l'intestin. Berlin, 1847.)

Tous ces faits rendent probable que la fonction des ganglions trouvés dans les parois de l'estomac est motrice et centrale. Nous mentionnons comme intéressante sous ce rapport, la découverte importante de Stilling, d'après laquelle les fibres des racines spinales antérieures passent aux grandes cellules ganglionnaires de la substance grise antérieure de la moelle épinière. Comme d'après les travaux récents de Middeldorp, Brücke, Kœlliker et les miens, la muqueuse gastrique munie de nombreuses glandes a pour base une couche musculaire organique, on peut se demander si les filets qui proviennent des ganglions de la paroi de l'estomac appartiennent seulement à cette muqueuse musculaire, à la couche glanduleuse ou plutôt à la couche musculaire externe, ou enfin à ces deux couches à la fois. Mes recherches sur ce sujet ne sont point encore terminées. J'ajouterai seulement que chez les oiseaux et entre autres chez le pigeon, l'estomac qui renferme les glandes montre de nombreux ganglions, tandis qu'il n'y en a point dans les parois épaisses de l'estomac musculeux principal. D'un autre côté, j'ai trouvé dans la salamandre terrestre, dans le chat, le lapin et le cochon des ganglions dans la couche musculaire externe de l'estomac, près du cardia, tandis que je n'ai point pu en rencontrer dans la membrane muqueuse.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° EXPÉRIENCES SUR LES FONCTIONS DE LA PORTION CÉPHALIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE; par M. CLAUDE BERNARD.

Depuis longtemps les expériences de Pourfour-Dupetit ont démontré qu'à la suite de la section du cordon qui unit entre eux les ganglions inférieur et supérieur du grand sympathique, ou de l'ablation du dernier de ces ganglions, on observe dans l'œil correspondant une contraction permanente de la pupille. Les expériences récentes de Budge et Waller ont de nouveau appelé l'attention des physiologistes sur ce singulier phénomène, qui a donné lieu à plusieurs explications. Entre autres opinions, on a admis deux ordres de fibres musculaires de la pupille, les unes présidant à la dilatation de cet orifice, les autres à sa contraction; le grand sympathique anime les fibres radiées ou dilatatrices, tandis que les fibres circulaires sont sous la dépendance du moteur oculaire commun. Mais les raisonnements qu'on a déduits de ces circonstances peuvent être bons pour expliquer ce qui arrive à la pupille quand on répète l'expérience de Pourfour-Dupetit, mais ils ne sauraient s'appliquer à un certain nombre de phénomènes qu'on observe simultanément en répétant cette même expérience.

M. Bernard a observé en effet, après l'ablation du ganglion cervical supérieur chez le chien, outre la contraction permanente de la pupille, une contraction analogue de tous les muscles de la moitié correspondante de la face. Les muscles de l'œil entrent eux-mêmes alors en contraction, et par suite le globe oculaire est fixé vers le fond de l'orbite, en même temps qu'il se trouve recouvert en partie par la troisième paupière. L'œil semble aussi beaucoup plus petit, par suite de l'occlusion des paupières, surtout de l'inférieure. Tous les traits du côté correspondant de la face paraissent tirés, par suite du raccourcissement des muscles. Mais ce qu'il faut surtout remarquer, c'est que si l'on vient à galvaniser le bout central du grand sympathique divisé, on observe un relâchement de tous les muscles, qui étaient contractés précédemment. L'œil reprend sa place; les paupières s'ouvrent, en même temps que la pupille se dilate.

Il est évident que ces divers phénomènes ne sauraient reconnaître une explication analogue à celle qui est basée sur l'existence dans l'iris de deux ordres de fibres antagonistes.

2° DE LA FÉCONDATION CHEZ LE GRILLON; par M. le docteur ÉBRARD, de Bourg (Ain.)

Pendant l'accouplement, la femelle monte sur le mâle.

Celui-ci n'a point de verge; entr'ouvrant un orifice qui est au-dessous de l'a-

nus, il fait saillir une capsule transparente qui contient du sperme blanc (légèrement jaune).

Cette capsule, qui est très-dure, si ce n'est dans sa partie inférieure, a la forme d'une bouteille à gros ventre qui aurait un goulot se terminant en pointe.

Cette extrémité, en forme de goulot pointu entre dans l'orifice vaginal, et *la femelle se retire* emportant la partie renflée de la capsule *en dehors de ses organes générateurs.*

La capsule reste en dehors pendant plus d'une heure, étant maintenue soit par sa partie pointue, qui est dans le vagin, soit par un organe de la femelle, qui presse contre elle (la base de la tarière servant d'ailleurs à d'autres fonctions).

La capsule *se vide ensuite et tombe.* Je crois que si elle ne se vide pas tout de suite, c'est parce que l'extrémité du goulot étant dure et sèche, a besoin d'être ramollie par les mucosités du conduit vaginal avant de donner passage au sperme.

Si l'on presse l'abdomen d'un mâle qui ne s'est pas accouplé depuis plusieurs jours, on fait saillir de l'orifice urétral une capsule pleine de sperme, et un rien la détache.

La pression n'est pas suivie de ce résultat chez un mâle venant de s'accoupler.

Le conduit urétral forme une espèce de cloaque, de poche ; il communique, par deux conduits très-minces, avec les glandes ou les réservoirs séminaux, qui sont très-gros.

Ce genre de fécondation tiendrait le milieu entre la fécondation par l'introduction dans la matrice au moyen d'une verge, et la fécondation par l'arrosement du frai à la sortie ou après la sortie des organes génitaux.

3° NOTE SUR L'EMPÊCHEMENT DE LA CHUTE DE L'ŒUF PAR DES FAUSSES MEMBRANES RECOUVRANT L'OVAIRE, ET SUR LA DISPARITION DE LA VÉSICULE GERMINATIVE COMME SIGNE DE LA MATURITÉ DES OVULES; par MM. LEBRET et ROBIN.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation était âgée de 15 ans, n'ayant encore présenté qu'une menstruation fort incomplète, à deux reprises différentes, ordinairement d'une bonne santé, et vivant dans des conditions hygiéniques très-favorables.

Deux jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle avait été prise d'accidents subits, caractérisée par des vomissements, une courbature générale, de l'anorexie, une fièvre vive. Ces symptômes persistèrent, et l'on dut les rapporter à une fièvre typhoïde, de forme ataxique; toutefois ils avaient cédé assez promptement, lorsqu'au huitième jour de séjour dans le service, les règles semblèrent prêtes à se rétablir. Du sang avait taché les draps en petite quantité ; mais, comme par une sorte de coïncidence, l'état général s'aggravant, la malade succombait le lendemain dans un accès convulsif.

A l'autopsie, on constata l'hépatisation avancée du poumon droit, une congestion considérable de la muqueuse occupant une partie du colon ascendant et de l'intestin grêle, et du côté des organes génitaux les détails qui suivent :

Les ovaires, surtout du côté droit, étaient couverts de fausses membranes vasculaires, établissant des adhérences entre l'ovaire, la trompe et les ligaments larges, un peu au-dessous du pavillon. Ces fausses membranes masquaient complétement la tunique extérieure de l'ovaire et lui adhéraient fortement.

A droite, une vésicule de de Graaf, très-distendue, ayant le volume d'une petite noisette, faisait une saillie considérable à la surface de l'ovaire, bien qu'elle fût masquée en grande partie par les fausses membranes. Une vésicule moitié plus petite soulevait également le milieu du bord libre de l'ovaire gauche; mais le pourtour était peu vasculaire, tandis qu'à droite les capillaires, autour de la vésicule distendue, étaient très-congestionnés.

Il était évident, d'après ce dernier fait et le degré de distension de la vésicule du côté droit, que les fausses membranes s'étaient opposées à la rupture de celle-ci. En enlevant les membranes de nouvelle formation, la vésicule se rompit; un liquide clair, légèrement coloré par des globules de sang, s'échappa. Dans ce liquide flottait une très-mince membrane, transparente et de la plus grande délicatesse. Portée sous le microscope, elle fut facilement reconnue comme composée des cellules d'épithélium de la vésicule de de Graaf, ayant la constitution ordinaire de ces cellules. A cette membrane adhérait un ovule, ayant un dixième et deux tiers de millimètre ($0^{mm},16$). Séparé de la membrane à laquelle il adhérait et des cellules de la couche granuleuse, il fut possible de reconnaître qu'il avait la constitution des ovules normaux; toutefois il manquait de la *vésicule germinative*, de la même manière que les ovules déjà fécondés. Les ovules contenus dans les vésicules du reste de l'ovaire et de l'organe du côté gauche contenaient tous chacun leur vésicule de Purkinje.

Ce cas, appuyé par quelques autres analogues puisés dans le règne animal, nous paraît démontrer que le fait de la disparition (par rupture ou résorption) de cette partie de l'ovule est spontané, et n'exige pas, comme on le croyait, le contact du sperme avec l'ovule. Il indique que l'œuf est arrivé à maturité, et caractérise cette période de son développement, qui doit être suivie de la segmentation du vitellus et de la formation d'un embryon, s'il y a fécondation. Dans le cas présent, cette période du développement de l'ovule a pu être surprise, grâce aux fausses membranes qui ont empêché la rupture de la vésicule de de Graaf, sa chute dans la trompe et sa fécondation ou son expulsion, suivant qu'il y aurait ou non rapprochement sexuel. (27 décembre 1851.)

4° SUR LE DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE DES HIRUDINÉES; par M. CH. ROBIN.

M. Robin met sous les yeux de la Société des coques d'œuf d'une espèce d'hirudinées (*nephelis otoculata*, M. T.). Il a suivi et représenté dans plus de 40 figures les diverses phases de ce développement, depuis l'instant qui suit la fécondation jusqu'au moment de la sortie du jeune, hors de la coque protectrice commune. Cette évolution dure en moyenne vingt à vingt et un jours, et peut être poussée jusqu'à trente jours ou réduite à dix-huit, suivant l'état de la température. Jusqu'à présent on manquait complétement d'études suivies sur l'embryogénie de ces animaux (voir H. Weber, Grube, Philippi, etc.). On observe, entre autres, ce fait unique jusqu'à présent, que le vitellus se segmente en trois sphères seulement, et la segmentation s'arrête là. Dès ce moment naissent à leur surface, quatre, puis six, huit, etc., cellules transparentes, qui seules vont former l'embryon. Les trois sphères de fractionnement ou globes organiques, bientôt enveloppés par les cellules précédentes, restent comme une sorte de corps étranger qui se résorbe peu à peu. La résorption n'est complète que vers le milieu de la durée du développement.

III.—ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° EXEMPLE D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SPLÉNIQUE; présenté par M. LEUDET.

Cette lésion vasculaire a été trouvée sur le cadavre d'une femme de 70 ans, morte à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer) d'un cancer de l'utérus communiquant avec la vessie.

La rate ne présentait rien d'anormal dans son volume ou les caractères de sa pulpe; sa fibreuse d'enveloppe était seulement légèrement épaissie et blanchâtre par places.

Au moment où elles pénètrent dans la rate, les deux artères spléniques présentaient deux tumeurs : l'une du volume d'un pois, comparable pour sa forme aux deux tiers d'une sphère, communiquait largement avec le canal de l'artère qui n'offrait de dilatation dans aucun autre point de son étendue; les membranes artérielles externe et moyenne se continuaient avec la circonférence de la poche anévrismatique incrustée de plaques calcaires qui ne permirent pas de suivre jusque dans son intérieur la membrane interne vasculaire; dans cette cavité étaient renfermés quelques petits caillots sanguins fibrineux. Aucune autre dilatation ou poche anévrismatique ou plaque calcaire, ne se remarquait sur le reste de l'étendue de cette branche artérielle.

Une tumeur plus volumineuse, très-dure, sphéroïdale, de la grosseur d'une petite aveline, était appendue à l'autre branche de l'artère splénique; elle communiquait avec ce vaisseau par deux petits pertuis ronds et réguliers permettant le passage d'une épingle. La paroi de cette poche était formée par une coque ossiforme formant à l'intérieur des crêtes irrégulières, et recouverte à l'extérieur par une membrane celluleuse épaisse. La cavité même contenait un peu de sang noirâtre incomplétement coagulé.

La même branche vasculaire contenait en outre, à environ un centimètre de distance de cette coque osseuse, une autre petite tumeur d'un volume d'une lentille, renfermée dans l'épaisseur de ses parois et faisant saillie au dehors.

L'examen microscopique n'a fait reconnaître dans ces cavités la présence d'aucun entozoaire.

Ce fait se rapproche beaucoup d'un autre publié par M. Chambert (BULL. DE LA SOC. ANAT., 1837, p. 228). L'anévrisme de l'artère splénique se présentait dans ce cas, sous la forme d'une coque osseuse, située sur le trajet de l'artère splénique, recouverte en dehors d'une membrane celluleuse et contenant à l'intérieur des caillots sanguins qui obstruaient presque entièrement la cavité communiquant par une petite ouverture avec l'artère.

Plusieurs autres cas d'anévrisme de l'artère splénique se trouvent rapportés par M. Cruveilhier (TRAITÉ D'ANAT. PATH. GÉN., t. II, p. 753).

Ces anévrismes semblent, sous le rapport de leur pathogénie, devoir être attribués à ce mécanisme indiqué d'abord par Corvisart (ESSAI SUR LES MAL. DU COEUR), puis par Guthrie, et enfin par M. P. Bérard (COMPTE RENDU DE LA SOC. ANAT., 1829), c'est-à-dire que nous les regardons comme développés primitivement dans l'épaisseur des parois de l'artère.

2° EXEMPLE D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE RÉNALE, présenté par M. LEUDET.

Cette pièce a été trouvée à l'ouverture du cadavre d'une femme de 62 ans, morte à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer), d'une néphrite albumineuse. Cette femme faisait remonter à deux ans le début des symptômes morbides de cette dernière maladie annoncée par un affaiblissement graduel des forces, sans œdème des membres ou de la face. Deux mois avant sa mort, son état s'aggrava beaucoup : de la dyspnée, de la toux, de l'œdème des membres inférieurs et de la face apparurent. Lors de l'admission de la malade à l'hôpital, nous constatâmes un œdème marqué des membres inférieurs, les signes d'un œdème pulmonaire et la présence dans l'urine au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique d'une grande quantité d'albumine. La malade succomba deux jours après son admission à l'hôpital, à la suite d'un coma durant depuis trente-six heures.

L'ouverture du cadavre nous fit reconnaître une différence de volume marquée dans les deux reins. Leurs dimensions étaient les suivantes :

	Rein gauche.	Rein droit.
Hauteur.	$0^{m},12$	$0^{m},065$
Largeur.	$0^{m},055$	$0^{m},02$
Épaisseur	$0^{m},045$	$0^{m},015$

Le rein gauche était donc beaucoup plus volumineux que le droit, dont les dimensions étaient considérablement au-dessous de l'état normal. Leur surface extérieure était rugueuse, adhérente à la fibreuse d'enveloppe, parsemée d'une

forme de petites saillies; sa couleur était d'un gris jaunâtre, sur laquelle se dessinaient des étoiles vasculaires, sans granulations blanchâtres apparentes. A la coupe dans les reins, on constatait la même couleur du parenchyme rénal, une injection sanguine fine, une diminution notable du volume des pyramides. Les membranes des deux bassinets étaient épaissies, le tissu cellulaire sous-séreux parsemé d'une riche injection vasculaire.

L'anévrisme mis sous les yeux de la Société occupait l'artère rénale droite, celle qui se rendait au rein le plus volumineux. Au moment où cette artère va pénétrer dans l'organe sécréteur de l'urine, elle se divisait en deux branches: l'une qui suivait sa direction normale; une autre, plus petite, se rendant au segment inférieur du rein. L'anévrisme était placé près de la jonction de ces deux branches, et s'ouvrait principalement sur la plus petite; son volume était comparable à celui d'un haricot; sa forme représentait les deux tiers d'une sphère, le côté tronqué reposant sur la paroi vasculaire. Cette poche était ferme et dure; elle communiquait par une petite ouverture presque capillaire avec le calibre même de la petite branche de l'artère rénale; la membrane interne du vaisseau pouvait être suivie jusqu'à cet orifice, dans lequel on n'a pu déterminer sa pénétration. La membrane moyenne artérielle normale, dans sa structure, arrivait jusqu'aux bords de la poche et se continuait avec ses parois, perdant peu à peu sa structure musculaire pour prendre l'aspect fibreux, et s'encroûter de plaques calcaires. La tunique externe celluleuse se continuait immédiatement avec celle qui recouvrait la superficie de la poche.

L'anévrisme était rempli d'une matière semi-molle jaunâtre, s'écrasant facilement sous la pression, sans aucune trace de sang ou de fibrine offrant les caractères des dépôts calcaires ordinaires.

Les parois artérielles des autres vaisseaux de ce sujet présentaient un grand nombre de plaques calcaires sous la membrane interne ou dans l'épaisseur de la moyenne; néanmoins les valvules du cœur étaient saines.

Cette lésion semble se rapporter à celle que nous avons déjà décrite dans l'artère splénique; nous croyons devoir la considérer comme un anévrisme développé primitivement dans les parois du vaisseau, et ouvert consécutivement dans sa cavité.

L'influence de cette lésion sur la marche même de la néphrite nous paraît avoir été nulle.

3° ALTÉRATION SPÉCIALE DU FOIE ET DES REINS; observation communiquée par MM. CH. BERNARD et LABOULBÈNE.

MM. Ch. Bernard et Laboulbène mettent sous les yeux de la Société le foie et les reins d'une femme ayant succombé, à l'âge de 46 ans, dans le service de M. Marotte (Sainte-Marguerite), après avoir présenté pendant la vie, comme phénomènes principaux, les symptômes suivants: en proie depuis dix-huit mois environ à une constipation opiniâtre, à la suite de laquelle du sang était rejeté avec les matières fécales, mais pur et séparé de ces dernières, cette femme sentit, vers le mois de mars dernier, un trouble général, un affaiblissement considérable; il se manifesta un amaigrissement; le teint devint jaune paille, et enfin les membres inférieurs furent le siége d'un œdème, qui disparut une première fois sous l'influence du séjour au lit. Les digestions sont devenues peu à peu laborieuses, se sont accompagnées d'envies de vomir et de douleurs dans l'hypocondre droit quand la quantité d'aliments ingérés était un peu considérable.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on a constaté, outre les phénomènes précédents, que le foie était un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, et qu'il était le siége d'élancements assez vifs. La teinte générale de la peau n'offrait pas une coloration bien franche; elle était comme la combinaison de la couleur ictérique et du teint cachectique et cancéreux. Il y avait d'ailleurs aussi une anémie prononcée, qui donnait lieu à un souffle accompagnant le premier temps au cœur et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Ce souffle tenait évidemment à l'état du sang, car le cœur ne nous a offert aucune altération à l'autopsie. Les extrémités inférieures ont continué à offrir un œdème considérable; mais les urines, examinées à plusieurs reprises par la chaleur et l'acide nitrique, n'ont jamais fourni de traces d'albumine.

AUTOPSIE. Le foie, qui avait paru très-volumineux pendant la vie, ne semble pas dépasser les dimensions normales. La surface est sèche, présente son aspect habituel; mais le péritoine qui la recouvre est épaissi et opalin en plusieurs endroits; on remarque aussi bon nombre de fausses membranes organisées qui unissent le foie aux organes voisins. C'est, du reste, à l'intérieur que l'organe hépatique offre les altérations les plus remarquables. La consistance du parenchyme est très-considérable, plus prononcée peut-être que nous ne l'avons jamais observé. Le couteau, quand on veut pratiquer des sections, rencontre une assez grande résistance, et fait crier légèrement les tissus qu'il divise. Le doigt ne peut pénétrer non plus dans le tissu, comme cela se fait d'ordinaire. La couleur du parenchyme, à peu près uniforme, peut être comparée à celle du cuir neuf de Russie, parsemé d'un grand nombre de grains plus clairs, d'un jaune chamois. On aperçoit dans l'intérieur de l'organe des vaisseaux très-dilatés, qui nous ont paru être les canaux biliaires. La vésicule, qui est distendue par une grande quantité de bile, renferme bien un calcul volumineux, mais qui n'empêche pas la bile de fluer dans le canal cystique.

Les reins ont diminué de volume; ils offrent une décoloration générale très-marquée, qui donne, surtout à la substance corticale, un peu l'aspect de la chair d'anguille. Le tissu du rein, comme celui du foie, nous a présenté une résistance tout à fait anormale et que nous n'avions non plus jamais rencontrée. C'est avec une certaine peine que nous avons pu diviser ces organes, dont le parenchyme criait fortement sous le scalpel. L'examen microscopique le plus minutieux n'a rien révélé de particulier dans le foie et les reins. Ajoutons que tout le péritoine offrait des traces légères, mais évidentes, de phlegmasie ancienne, développée surtout autour du foie et des organes génitaux internes, sains d'ailleurs, à l'exception des ovaires, à la surface desquels on observait deux ou trois petits kystes.

Doit-on rapporter l'altération du foie à la cirrhose, celle des reins à la néphrite albumineuse? Nous n'osons nous prononcer; nous rappellerons seulement que pendant la vie on n'a point observé les symptômes de ces deux affections, et que les lésions anatomiques constatées par nous se distinguent par plusieurs caractères importants des altérations dont nous venons de parler.

4° OBSERVATION DE DIATHÈSE CANCÉREUSE, présentée par MM. CH. BERNARD et LABOULBÈNE.

Les altérations multipliées, que nous allons rapidement décrire, ont été trouvées sur un sujet qui, pendant la vie, n'avait présenté que les symptômes, d'abord douteux, d'un rétrécissement de l'œsophage, soit simple, soit organique. Ce sujet était une femme, âgée de 56 ans, dont la santé toujours excellente n'a commencé à s'altérer qu'au mois de mai dernier. Alors, à la suite d'une frayeur vive, il se déclara chez elle une jaunisse et une hémorrhagie par l'anus. Bientôt des vomissements commencèrent à se produire et ils étaient devenus continuels, mais sans avoir donné lieu au rejet de sang ou de matière noire, quand cette femme entra le 17 septembre dans le service de M. Marotte (Sainte-Marguerite). A cette époque, il n'y avait ni fièvre, ni amaigrissement, ni teint cachectique très-prononcés; on ne sentait aucune tumeur dans le ventre. L'état général en outre était encore si satisfaisant qu'on dut penser à l'existence d'une simple dyspepsie. Trois semaines après, le 7 octobre, la mort arrivait par suite de l'affaiblissement graduel de la malade.

Les altérations anatomiques rencontrées après la mort sont: 1° une large ulcération de l'extrémité inférieure de l'œsophage et du cardia; 2° des masses cancéreuses multipliées à la surface et dans l'intérieur du foie; 3° des granulations, que le microscope a démontré être de nature cancéreuse, blanches, fermes, résistantes, ressemblant à des grains de semoule, variant du volume d'un grain de millet à une grosse lentille, répandues sous les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre et du péritoine. Sous le péritoine, elles sont plus petites; elles se montrent éparses ou confluentes; on ne les observe guère que dans les mesentères et dans les épiploons. L'épiploon gastro-hépatique se trouve presque transformé en une masse cancéreuse. Dans le mesentère, les granulations occupent principalement le bord intestinal de ce repli du péritoine. A cela près de la présence sous la plèvre de ces granulations, qui sont plus volumineuses là que dans l'abdomen et qui pénètrent dans certains points à une petite profondeur dans le parenchyme, les poumons nous ont paru parfaitement sains, ainsi que les organes importants dont nous n'avons pas parlé. Nous renvoyons d'ailleurs pour des détails plus précis à l'observation que nous nous proposons de publier séparément.

5° EXAMEN MICROSCOPIQUE DE DEUX CATARACTES LENTICULAIRES; par M. DAVAINE.

M. Davaine rend compte de l'examen microscopique qu'il a fait de deux cataractes lenticulaires. — Dans ces deux cas, il y avait une altération semblable, qui consistait dans l'érosion de la surface des fibres du cristallin. Ces fibres, en général, avaient diminué de calibre; leur surface n'était plus lisse, mais rugueuse, comme la surface d'une lime, leur transparence était fort altérée, et elles se désagrégeaient plus facilement qu'à l'état normal.

IV. — ANOMALIES.

ABSENCE DE STERNUM CHEZ UNE FEMME ADULTE; COMPATIBILITÉ DE CETTE ANOMALIE AVEC LA VIE ET LA SANTÉ, communication de M. le professeur J. ABBOTT (de Bahia).

M. Michel de Feive de Argôlo, riche propriétaire, fabricant de sucre, possède à Bahia une négresse, esclave, d'environ 30 ans, mariée, avec trois enfants tous parfaits et bien portants, et cependant la mère n'a point de sternum; le squelette du thorax n'est pas continué à sa paroi antérieure. Je l'ai examiné bien des fois, et j'ai trouvé l'insertion inférieure du muscle sterno-mastoïdien sur l'extrémité interne de la clavicule; mais je n'ai pas pu trouver la partie correspondante du sternum.

Dans l'acte de la respiration les côtés du thorax sont en mouvement continuel, s'écartant de deux pouces de la ligne médiane antérieure à chaque expiration, et se rapprochant après. Si elle veut rire, l'espace qui divise les deux moitiés du thorax est de quatre travers de doigt de largeur dans toute l'extension de la poitrine, et on peut saisir à la main le cœur, et sentir parfaitement ses vibrations, et sans doute on lui causerait la mort en serrant cet organe, comme il est très-facile de le faire.

En tâtant les cartilages des côtes, on s'aperçoit que tous s'adossent les uns aux autres à la manière des cartilages des fausses côtes; et certainement il n'y a point d'os, cartilage, ou ligament, qui unit, on lie antérieurement les deux moitiés ensemble.

Elle est forte, n'a jamais souffert des maladies: elle n'éprouve pas la moindre gêne dans la respiration, ni même dans ses accouchements; elle a allaité ses enfants, et travaille à la fabrique comme les autres esclaves.

Je l'ai montrée plusieurs fois aux élèves dans l'amphithéâtre de Bahia.

Comme je n'ai rencontré ce phénomène enseigné dans aucun auteur, j'ai pensé qu'il pouvait trouver place entre les cas rares décrits par les observateurs européens.

NOTE RECTIFICATIVE.

Par une erreur de rédaction, dans les Comptes rendus des séances de la Société de biologie (septembre 1852), une note concernant des *Recherches sur la suppuration bleue* a été insérée sous les noms de MM. Hiffelsheim et Verdeil.

M. Verdeil n'ayant pas pris part aux observations consignées dans cette note, le titre qu'elle porte doit être modifié et attribué à un seul auteur.

BIBLIOGRAPHIE.

DES ANÉVRISMES QUI PEUVENT ÊTRE TRAITÉS PAR L'ÉLECTROPUNCTURE ; CONSIDÉRATIONS THÉORICO-PRATIQUES DU docteur CH. BURCI —Pise, 1852.

Parmi les questions qui, dans ces derniers temps, ont le plus fortement préoccupé nos confrères de la péninsule Italique, il n'en est aucune qui ait plus excité leur imagination, stimulé leurs besoins de connaître, que celle du traitement des anévrismes par l'électropuncture. A la lecture des beaux travaux de MM. Pétrequin, Amussat, la jeune génération, rivalisant de zèle avec ses maîtres, s'est jetée dans la voie de l'expérimentation. Les congrès scientifiques ont retenti de discussions interminables sur la matière, et des commissions composées des savants les plus recommandables ont reçu la mission expresse de chercher à résoudre expérimentalement les questions qui se rattachent à la thérapeutique et au mode opératoire. Malheureusement les résultats n'ont pas toujours été identiques, et pendant que le congrès de Gênes, auquel il nous a été donné d'assister, établissait une série de préceptes, on proclamait au congrès de Milan des principes entièrement opposés.

Frappé de cette divergence d'opinions, le docteur Burci, professeur distingué de l'université de Pise, a entrepris une analyse détaillée de toutes les observations; mais au lieu de se borner à la partie expérimentale, il a senti la nécessité d'étendre son cadre, de réunir aux résultats de la pratique et de l'expérimention l'étude approfondie de l'anatomie pathologique des anévrismes, des phénomènes cliniques observés avant, pendant et après l'application de l'électricité. Il a pensé avec raison que l'on ne pouvait rien établir de positif en dehors de cette triple appréciation; sur ce terrain seul, doivent désormais se retrouver les hommes qui secouant le joug des théories, se dépouillant des préjugés des écoles, veulent réaliser le véritable progrès. Ce n'est plus le drapeau de l'hyppocratisme, de l'école anatomique ou organique, des théories chimiques ou expérimentales qu'il faut y planter, mais celui des relations, des rapports entre le fait clinique, le fait anatomopathologique, et le fait expérimental.

Le docteur Burci, nous le constatons tout d'abord, a suivi très fidèlement cette marche. Si son mémoire ne présente pas toujours l'originalité désirable, s'il semble mettre un peu trop largement à profit les travaux antérieurs, nous devons réfléchir qu'en sa qualité de professeur il a voulu sans doute indiquer à ses élèves l'état actuel de la science sur la question. Toutefois, en vulgarisant ses idées, il rend un hommage mérité aux chirurgiens français, et s'est inspiré plus d'une fois des enseignements que nous avons publiés, dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE.

Trois chapitres composent cet opuscule :

Le premier est consacré à la recherche du mode d'action que l'électricité exerce pour déterminer la condensation des éléments plastiques du sang dans le sac anévrismatique.

Il passe en revue : 1° les phénomènes nerveux (douleurs, secousses, soubresauts, convulsions); 2° ceux de calorification (chaleur, rougeurs phlyctènes); 3° les électrochimiques; 4° les phénomènes inhérents au sac anévrismatique lui-même; plus importants qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour ils concourent puissamment par l'état inflammatoire des parois à l'oblitération du sac anévrismatique. Cette distinction conduit au précepte très-utile de se servir des appareils qui développent à un degré minime les troubles nerveux et les effets calorifiques, étrangers à la formation du coagulum.

Comme il existe dans la science des cas de guérisons spontanées d'anévrismes, il était indispensable de connaître le *modus faciendi* de la nature afin de l'imiter par l'art : une appréciation anatomopathologique exacte devait conduire à ce résultat; aussi dans le deuxième chapitre M. Burci entre dans des détails nombreux sur les variétés d'anévrismes, vrai, mixte, faux. Il discute leur manière d'être; leurs rapports avec l'onde sanguine; les changements qui s'opèrent dans la disposition des trois tuniques, le coagulum du sang. Il pose en principe :

1° Qu'il ne faut pas employer l'électropuncture dans l'anévrisme vrai et ses variétés;

2° Que l'on doit la conseiller dans certaines formes de l'anévrisme mixte (artères moyennes, tumeur tendue et résistante, ni volumineuse, ni enflammée, ni douloureuse, ni prête à se rompre) et dans les anévrismes faux ou traumatiques (quand la promptitude avec laquelle le sang se répand n'est pas excessive à l'infiltration circonscrite).

Au lieu de dire, avec M. Gimelle, que l'électropuncture est une ressource incontestable dans les cas où la ligature est difficile ou impossible, au lieu d'espérer, avec M. Fabre, que ce mode opératoire remplacera toutes les autres; au lieu de déclarer, avec M. Amussat, que dans un cas donné d'anévrisme il préférerait l'électricité à tout autre moyen, M. Burci professe qu'il faut avant d'agir faire un examen attentif de la variété de l'anévrisme, des conditions de sa production, enfin mettre en rapport avec l'observation clinique le résultat de l'expérimentation. Observons cependant en passant que ce diagnostic précis n'est pas toujours possible, et qu'il y a loin des lumières de la dissection anatomique *post mortem* à celles que donnent les sens pendant la vie.

Dans le troisième chapitre, l'auteur énumère toutes les conditions du procédé opératoire. Il nous initie aux analyses intéressantes faites par le savant professeur sur du sérum du sang comparativement avec du sérum recueilli dans des épanchements pleurétiques. Le liquide était placé dans de petites éprouvettes; l'appareil était la pile à force constante de Bunsen; les interruptions s'obtenaient au moyen du petit appareil à magnétisme temporaire de Froment.

Des expériences minutieuses et souvent répétées ont démontré au docteur Burci :

1° Que le courant continu produit une plus grande quantité de flocons albumineux; toutefois ceux-ci sont minimes par rapport à la masse du liquide.

Cette observation tend à prouver que l'oblitération du sac anévrismatique se fait moins encore par la condensation des flocons fibrino-albumineux, que par les dépositions plastiques engendrées sur les parois mêmes de la tumeur, ou dans les tissus voisins quand il y a absence de sac anevrismatique;

2° Que l'on doit préférer les piles de moyenne énergie et à force constante (Bunsen, Daniell, Grove);

3° Qu'il est utile de doser l'électricité, et de se servir tout d'abord de courants faibles;

4° Que l'intervention des courants est nuisible, elle détruit le coagulum des matières plastiques qui se réunissent au pôle positif;

5° Qu'il est indispensable de modifier le cours du sang, de manière à empêcher son libre cours dans le sac, à favoriser l'arrêt temporaire du liquide;

6° Que les aiguilles doivent être d'une matière difficilement oxydable (platine, or ou argent), vernissées jusqu'à leur extrémité, qui peut être d'acier;

7° Qu'on en implantera toujours plus de deux dans la tumeur, et qu'on les dirigera de manière qu'elles ne se touchent dans aucun cas.

La diversité d'opinion des auteurs sur les succès et les revers de cette pratique s'expliquent aisément en songeant que peu d'entre eux avaient songé à instituer une étude aussi complete des divers éléments de la question.

Nous pensons donc que le mémoire de M. le professeur Burci servira à mieux préciser les conditions que l'on doit rechercher dans l'application de l'électropuncture au traitement des anévrismes, et nous serions heureux de lui voir donner à son remarquable travail un complément naturel et bien désirable, en s'efforçant d'éclairer le diagnostic différentiel des variétés d'anévrismes, et, en second lieu, de rechercher l'influence de l'électricité sur les autres éléments du sang, en instituant des expériences comparatives avec d'autres liquides de l'économie à l'état sain et à l'état morbide.

PROSPER DE PIETRA-SANTA.

VARIÉTÉS.

— M. Payer, docteur ès sciences naturelles, agrégé de la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur d'organographie végétale à cette Faculté.

— Par arrêté de M. le préfet, en date du 18 de ce mois, M. le docteur Moyne, professeur adjoint au cours d'accouchement à la Maternité de Dijon, est nommé professeur titulaire, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— Le cholera se maintient continuellement à Saint-Pétersbourg dans les mêmes proportions. Le 5 (12) novembre, 297 malades étaient en traitement. Dans la journée, 60 nouveaux cas, 32 guérisons, 28 décès. Restait 317.

— Il y a plusieurs mois que la petite verole sevit avec une certaine intensité dans la ville d'Anduze (Gard). Du 1er août au 27 octobre, les décès se sont élevés à 83; ils étaient de 29 pendant la période correspondante de 1851 et de 24 pendant celle de 1850. L'autorité administrative a pris des mesures pour combattre les effets de cette pernicieuse épidémie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

MALADIES RÉGNANTES.

La constitution médicale qui règne à Paris est, depuis longtemps déjà, remarquable par la rencontre de diverses affections qui, sans être précisément incompatibles, ont pourtant coutume de se répartir entre plusieurs saisons de l'année. La variole n'a cessé de régner depuis le mois de janvier; les rougeoles, les scarlatines sont fréquentes surtout depuis quelques mois; on observe des diarrhées, des phlegmasies intestinales, des dyssenteries; les rhumes enfin ne font pas défaut, bien que leur nombre ne soit pas en rapport avec l'époque de l'année où nous voilà parvenus. Et, au milieu de toutes ces formes morbides, rien de spécialement caractérisé, rien même de bien sérieux.

Dans ce premier aperçu général de la constitution morbide, ne voit-on pas le reflet de la constitution météorologique qui, elle aussi, pendant la plus grande partie de l'année, est restée comme indéterminée, ni froide, ni chaude, et ne s'est fait remarquer que par une humidité à peu près constante? Depuis que nous portons une attention suivie aux maladies régnantes, nous avons pu étudier, dans toutes ses formes, l'influence qu'elles reçoivent des variations atmosphériques. Nous avons vu des années où les saisons, régulièrement délimitées par les changements thermométriques et barométriques qui leur sont propres, se partageaient les affections de la manière consacrée par l'expérience des temps; à l'hiver, les pneumonies et les pleurésies; au printemps, les rhumatismes, les fièvres éruptives; à l'été, les maladies des voies digestives; à l'automne, les fièvres intermittentes et les dyssenteries. Nous en avons vu d'autres où une température différente de la température habituelle de la saison, dérangeait cet ordre de succession et amenait, par exemple, en hiver les maladies de l'été. C'est ce qui est arrivé notamment en 1846. Maintenant, les saisons sont comme nivelées; elles se confondent presque dans la continuité d'une température tiède et de l'humidité, et voilà que les maladies, propres aux diverses époques de l'année se réunissent dans une constitution médicale sans physionomie et sans caractère.

En même temps que ces diverses formes morbides se mêlent confusément, elles perdent, chacune en ce qui la concerne, de leur accentuation. Leur expression symptomatologique est tout ensemble *faible* et *irrégulière*. Ce sont deux points faciles à établir.

En premier lieu, il est certain que les maladies actuellement régnantes sont, depuis qu'elles ont commencé à se montrer, d'une benignité remarquable. On doit faire peut être une exception à l'égard de la scarlatine, qui a eu assez fréquemment une issue funeste; chacun sait, d'ailleurs, que la scarlatine est la plus insidieuse et la plus périlleuse des fièvres éruptives de ce climat. Mais la variole et la rougeole n'ont que rarement offert de la gravité. C'est une remarque faite par plusieurs médecins d'hôpitaux, et que M. Sandras nous confirmait encore il n'y a pas longtemps, que des varioles excessivement confluentes, avec pétéchies, reflet bleuâtre des pustules, dépression du pouls, stupeur — de ces varioles enfin où la d'fluence évidente du sang présage d'ordinaire une mort prochaine — se sont très-souvent terminées d'une manière heureuse. Nous lisons dans un excellent travail de M. le docteur Empis, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (1), que les varioles reçues en si grand nombre dans cet hôpital ont rarement mis la vie des malades en danger. Il en a été exactement de même dans la pratique civile, autant du moins que notre pratique et nos relations confraternelles nous ont permis d'en juger.

Même simplicité, même bénignité des affections abdominales et thoraciques. La forme inflammatoire des premières, outre qu'elle n'est pas commune, n'est jamais bien prononcée. Elle cède aux moyens les plus simples. La diarrhée n'est pas plus rebelle et les quelques dyssenteries tombées sous notre observation ont rapidement disparu devant les opiacés. Quant aux maladies des voies pulmonaires, elles vont rarement au delà du catarrhe. Il nous semble même qu'elles diminuent maintenant d'intensité. Il y a un mois ou six semaines, on rencontrait des fièvres catarrhales débutant par un coryza intense, avec douleur gravative vers le sinus frontal, s'accompagnant dès le début de petits frissons, puis de courbature et de fièvre, offrant enfin les apparences de la grippe; cette forme tend à disparaître.

Nous disons que les maladies régnantes, mollement caractérisées, ont en outre une physionomie irrégulière. Cela est vrai surtout pour les fièvres éruptives. Très-fréquemment la forme principale et spécifique de l'exanthème s'accompagne d'éruptions accessoires; ici un pointillé rouge apparaissant aux cuisses ou sur la poitrine, le plus souvent sans se répandre sur le reste du corps, ressemblant beaucoup aux taches de la rougeole, mais en différant par le siége des premiers points rouges, par la rapidité de son développement et celle de sa disparition; là des plaques érythémateuses; ailleurs toutes les apparences d'une scarlatine commençante. Quand ces diverses manifestations ont lieu, elles précèdent ordinairement de plusieurs jours un exanthème caractérisé, et il en résulte quelquefois pour le diagnostic un grand embarras; une variole éclate quand on se croyait en présence d'une rougeole anormale ou d'une scarlatine. D'autres fois, elles se montrent dans le cours même de l'exanthème principal; nous l'avons constaté au moins pour les fièvres morbilliformes. Dans quelques cas enfin nous avons vu les mêmes taches, avec les caractères rappelés tout à l'heure, se montrer huit ou dix jours après une rougeole régulière et très-bien caractérisée. Toutes ces observations dont nous avions pris note dans le cours des trois ou quatre derniers mois, nous les trouvons encore, et ce n'est pas sans quelque satisfaction, dans le mémoire de M. Empis, publié au mois d'avril. Il paraît donc que la singularité de la marche des affections éruptives s'est continuée pendant l'année entière.

Ce n'est pas tout : il était assez commun de rencontrer, chez les enfants, une fièvre accompagnée de céphalalgie intense, d'un peu de coryza et de larmoiement, se terminant par une de ces éruptions morbilliformes dont la face et le haut de la poitrine étaient souvent exempts, et qui s'effaçaient en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il faut dire seulement que la toux manquait alors ou était très-peu prononcée. Dans un cas de notre pratique, une rougeur scarlatineuse des plus évidentes couvrant le thorax, l'abdomen, les cuisses, a disparu en deux jours, faisant place à de petites taches rouges, assez semblables à celles de la rougeole, beaucoup plus larges que celles du *pointillé* propre à la scarlatine, et dans l'intervalle desquelles la peau avait perdu sa rougeur. Le caractère fondamental de l'éruption était évidemment scarlatineux; car les taches étaient disposées en

(1) ARCH. GÉN. DE MÉD., avril 1852.

Feuilleton.

LETTRES SUR VICHY.

(Deuxième lettre.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher et honoré confrère,

Il nous paraît utile, avant d'entrer plus avant dans notre sujet, de tracer ici deux tableaux : l'un relatif à la médication dont nous voulons entretenir le lecteur, l'autre relatif à la clinique qui passe sous les yeux des médecins à Vichy; rapprochement à peu près indispensable. En effet, que serait la médication sans le malade, comme on peut dire, que deviendrait le malade sans la médication?

Une topographie médicale et analytique de Vichy sera le sujet de cette lettre. Une exposition concise des diverses espèces de maladies que l'on a communément à traiter à Vichy sera pour la suivante. Nous tâcherons, dans ce double exposé, de n'offrir au lecteur que ce qui lui sera le plus utile à savoir; nous ne lui parlerons donc pas des Romains, non plus que de la restauration de l'établissement thermal par d'augustes princesses, etc.

Vichy est situe sur la rive droite de l'Allier, au bord même de la rivière, dans un site agréable, mais un peu encaissé entre des collines vertes et de moyenne élévation, et ouvert dans la direction du S.-E. au N.-O, suivant le cours de l'Allier. Le climat y est tempéré, à peu de chose près semblable à celui de Paris; le voisinage des montagnes de l'Auvergne, le Puy-de-Dôme n'est qu'à douze lieues de Vichy, y rend les orages fréquents et tenaces, et rassemble souvent d'épais brouillards dans les matinées d'automne. Il y a peu de causes locales d'insalubrité : la plage de l'Allier, souvent découverte par les eaux, que grossissent les moindres pluies, est toute formée de sable et de cailloux roulés, sans la moindre trace de limon. La rivière du Sichon, située au-dessous de la ville, borde des prairies qu'elle sert à inonder; les habitants des moulins et des fabriques qui en garnissent les bords sont très-sujets aux fièvres intermittentes : mais Vichy même, par sa situation, se trouve à l'abri de cette fâcheuse influence.

Quant à la ville des Bains, il y a à lui reprocher beaucoup de négligence dans l'entretien de la voirie, une malpropreté peu honorable de ses rues et des abords même de l'établissement thermal, le voisinage d'une espèce d'étang peu étendu, situé près de la source des Célestins, et des chanvres que l'on fait rouir en grande quantité le long de l'Allier, sinon dans Vichy même, au moins à trop peu de distance de la ville. Mais lorsque Vichy aura le bonheur de posséder une administration locale un peu soucieuse du bien-être public, il sera facile de faire disparaître ces légères causes d'insalubrité : nous disons légères, car elles ne sem-

plaques, et les surfaces atteintes sont devenues rugueuses et ont subi une légère desquammation. Mais l'étendue des taches, leur défaut de réunion et la disparition subite du fond rosé sur lequel elles siégeaient, n'en sont pas moins des phénomènes insolites. Ajoutons, pour compléter le tableau, que, dans certains cas, les prodromes habituels de la rougeole, y compris des épistaxis et un peu de toux, n'ont abouti à aucune éruption, et ont été suivis d'une fièvre simple qui ne s'est dissipée qu'avec peine.

Tels sont, selon nous, les traits les plus saillants de la constitution qui règne encore. En les reproduisant au moment peut-être où ils vont disparaître, nous n'avons pas la prétention de venir en aide aux praticiens ; mais l'histoire de la science, celle surtout des épidémies et des constitutions médicales, sont intéressées à ce qu'on ne laisse passer, sans une mention, aucune des variations que peuvent subir les maladies régnantes dans leur succession, dans leur marche et dans leur expression phénoménale.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE OU PARTIELLE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE ; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. DAVAINE.

(Suite. — Voir les nos 46 47 et 48.)

§ III. — IMPERFECTION DE LA PRONONCIATION DES LETTRES LINGUALES ; PARALYSIE PARTIELLE DE LA LANGUE.

Les trois cas de paralysie générale des deux nerfs de la septième paire nous ont offert une imperfection plus ou moins grave dans la prononciation des mots. Le malade de l'obs. VIII ne produisait que des sons inarticulés ; celui de l'obs. IX ne produisait que des sons gutturaux. Bien que le premier cas fût complexe et que le second laissât à désirer sous le rapport des détails, on n'en doit pas moins remarquer que, chez l'un comme chez l'autre, il y avait une imperfection dans l'articulation des sons qui portait aussi bien sur la prononciation des lettres linguales que sur celle des labiales. Chez le malade de l'obs. VII, outre le nasonnement de la voix, il y avait une difficulté à articuler l'*l* ou l'*r*, consonnes qui se prononcent en portant la pointe de la langue au palais, près des incisives supérieures. C'est encore à la paralysie de quelques-uns des rameaux des nerfs de la septième paire que nous croyons devoir rapporter ce défaut dans la prononciation des lettres linguales.

Les détails anatomiques et physiologiques dans lesquels nous allons entrer justifieront, j'espère, cette manière de voir.

La langue et quelques-uns des muscles qui concourent à ses mouvements reçoivent des rameaux des nerfs de la septième paire. Ces rameaux sont évidemment moteurs, comme le nerf qui les fournit ; néanmoins il en est deux (les cordes du tympan) sur l'origine et les fonctions desquels les anatomistes et les physiologistes sont encore aujourd'hui en dissidence, et dont nous ne nous occuperons pas (1).

Les rameaux du facial qui agissent soit médiatement, soit immédiatement, sur les mouvements de la langue, sont : le rameau du ventre postérieur du digastrique ; celui du stylo-hyoïdien, et enfin un rameau remarquable qui se rend directement aux muscles intrinsèques de la langue, et que M. L. Hirschfeld a décrit avec soin dans son excellent ouvrage sur l'anatomie du système nerveux. « J'ai vu naître du facial, dit M. Hirschfeld (NÉVROL., OU DESCRIPT. ET ICONOG. DU SYST. NERV., Paris, 1850, p. 108), et sortir par le trou stylo-mastoïdien, un rameau qui n'a pas encore fixé l'attention de tous les anatomistes, et qu'on pourrait appeler *rameau lingual du facial*. Il longe le côté externe et antérieur du muscle stylo-pharyngien, le traverse par quelques-uns de ses filets qui vont s'anastomoser avec le nerf glosso-pharyngien, se dirige vers la langue, entre le pilier antérieur et le pilier postérieur du voile du palais, sous l'amygdale, et se distribue aux fibres musculaires qui sont subjacentes à la muqueuse papillaire de la langue (muscle longitudinal supérieur ou superficiel de la langue). » Ainsi le nerf facial fournit trois rameaux aux muscles intrinsèques ou extrinsèques de la langue.

Les fonctions de ces muscles nous éclaireront sur les effets de la paralysie de ces trois rameaux du facial. D'après M. F.-G. Theile (ENCYCLOP. ANAT., t. III, trad. par Jourdan, 1843), « quand le digastrique agit tout entier, l'hyoïde avec la base de la langue se trouve soulevé... Le ventre postérieur doit ramener cet os en arrière. » (P. 54.) « Le stylo-hyoïdien porte l'hyoïde en haut et un peu en arrière, ce qui fait qu'il soulève la base de la langue et rétrécit l'isthme du gosier. » (P. 81.) « Le muscle longitudinal supérieur ou superficiel de la langue raccourcit la langue entière, dont il ramène aussi la pointe en haut et en arrière. » (P. 88.)

La paralysie des rameaux de la septième paire qui animent ces muscles rendra donc incomplets ou impossibles : 1° le mouvement d'élévation de la base de la langue et le rétrécissement de l'isthme du gosier ; 2° le mouvement d'élévation de la pointe de la langue. Ces mouvements sont plus ou moins nécessaires pour porter la langue hors de la bouche pour articuler les lettres gutturales et les lettres linguales.

(1) Suivant M. Guarini (GAZ. MÉD. DE PARIS, 1842, p. 508), la corde du tympan émane du facial, et se distribue principalement aux fibres du muscle lingual. En agissant sur ce muscle, elle soulève la pointe de la langue pour l'articulation de certaines consonnes. Les expériences sur lesquelles M. Guarini appuie son opinion ayant été faites avec beaucoup de soin et suffisamment multipliées, seraient concluantes si le mode d'expérimentation ne présentait une cause d'erreur manifeste. En appliquant l'un des pôles de la pile aux nerfs de la langue et l'autre aux muscles de cet organe, M. Guarini n'a pas pris garde que ceux-ci, recevant l'influence directe du galvanisme, ont pu se contracter sans l'intervention du nerf. Il est vrai que la contre-épreuve, faite sur le trijumeau, le glosso-pharyngien et l'hypoglosse, a donné des résultats différents de ceux qu'avait produits l'application de l'électricité au facial, et c'est là ce qui justifie jusqu'à un certain point l'opinion de M. Guarini.

Les expériences qui ont porté M. Cl. Bernard (THÈSE DE PARIS, 1842) à attribuer à la corde du tympan la fonction de redresser les papilles de la langue dans la gustation, n'infirment point les résultats obtenus par M. Guarini. Il est possible que quelques-uns des filets de la corde du tympan se distribuant au muscle lingual, aient pour fonction de porter en haut la pointe de la langue dans l'articulation de certains sons : ainsi la corde du tympan viendrait renforcer en quelque sorte un rameau que le nerf facial envoie directement à la langue, et auquel nous attribuons la fonction de porter la pointe de cet organe en haut pour servir à l'articulation des consonnes linguales.

---

blent pas du reste exercer une influence notable sur les conditions hygiéniques générales de la ville. Il serait injuste cependant de ne pas signaler d'importantes améliorations dues à l'intervention du savant inspecteur de l'établissement thermal, M. Prunelle ; ainsi un règlement administratif qui fixe la distance du rouissage des chanvres, et des travaux d'assainissement exécutés sur le bord de l'Allier, que déshonoraient et infectaient, il y a quelques années encore, des flaques d'eau et des marécages, véritables réceptacles de fièvres intermittentes.

Bien que la population du pays soit assez chétive, il ne paraît pas régner ici ni d'endémies particulières, ni même habituellement de constitutions fâcheuses très-déterminées. On observe communément des diarrhées à l'automne et des affections catarrhales l'hiver, mais rarement avec des caractères particuliers de gravité, et nos confrères de la localité affirment que la fièvre typhoïde y est peu fréquente.

En résumé, Vichy n'offre aux malades qui viennent y prendre les eaux qu'un séjour sain et agréable. Le seul point qui mérite de fixer l'attention sous ce rapport est le suivant : est-on exposé à contracter à Vichy des fièvres intermittentes au mois de septembre? Telle est au loin la réputation de Vichy ; et nous sommes fréquemment consultés à ce sujet par des confrères qui hésitent à y envoyer leurs malades à cette époque de l'année.

Ces craintes étaient légitimes il y a vingt ans encore. Vichy était alors un endroit fiévreux : les chanvres, que l'on y cultivait en grande quantité, et que l'on en a écartés, l'Allier, dont un système de barrages a éloigné le lit, des étangs et des marécages aujourd'hui desséchés y rendaient les fièvres intermittentes très-communes, et l'on y observait même des fièvres pernicieuses. Mais aujourd'hui, malgré tout ce qu'il reste à faire en améliorations et en embellissements autour de Vichy, toutes ces conditions d'insalubrité ont à peu près disparu ou sont considérablement amoindries.

On observe bien, chez les habitants du pays, chez ceux surtout que leurs travaux exposent au froid et aux brouillards du matin, quelques fièvres intermittentes, mais sans gravité. Quant aux personnes étrangères à la localité, voici ce que nous pouvons dire : depuis cinq ans que nous observons à Vichy, nous n'avons vu la fièvre intermittente se développer chez aucun malade venu du dehors, chez aucun buveur d'eau, et pas plus à l'hôpital civil, à l'époque où nous en dirigions le service, pas plus chez les malades pauvres, mal logés et mal nourris, qui affluent à Vichy, que parmi ceux qui se trouvent dans de meilleurs conditions. Nous n'avons qu'une exception à présenter ; elle est relative aux malades atteints déjà de fièvre intermittente, ou sujets aux fièvres intermittentes, et qui voient quelquefois leurs accès reparaître à Vichy, à toute époque de la saison. Mais ceci est tellement peu inhérent à la constitution même du pays, que Vichy n'en reste pas moins un des endroits où les suites de fièvre intermittente se traitent avec le plus d'efficacité.

Ajoutons seulement qu'en ceci notre pratique est absolument semblable à la savante et longue pratique de M. Prunelle, et que nous ne sommes entré dans ces détails, qu'après nous être assuré auprès de lui de leur complète exactitude, et nous être mis en mesure d'appuyer notre propre expérience de son imposante autorité.

Voici l'idée que l'on doit se faire de l'hydrologie de Vichy.

Un vaste bassin, renfermant des eaux d'une température élevée et d'une com-

Quelques observations d'hémiplégie faciale chez l'homme et l'expérimentation sur les animaux, en démontrant que les nerfs de la septième paire prennent une certaine part dans la production des mouvements de la langue, viennent confirmer ces déductions tirées de l'anatomie.

Chez l'homme (laissant pour le moment les cas de paralysie des deux nerfs de la septième paire), la déviation de la langue, observée dans certains cas de paralysie de l'un de ces nerfs, rend évidente l'action du facial sur cet organe. Cette déviation a été observée deux fois par P.-H. Bérard (DICT. DE MÉD., t. XII, p. 607, 1836), et elle existait chez l'un de nos malades (obs. XI). On pourrait croire, d'après le petit nombre des cas dans lesquels on a constaté cet effet de la paralysie du facial, qu'il n'était qu'accidentel et qu'il pouvait tenir à une autre cause; mais il est facile de se rendre compte de la rareté de ces observations : d'abord, les rameaux du facial destinés aux muscles intrinsèques ou extrinsèques de la langue se séparent très-haut du tronc du nerf, et ce n'est que lorsque la paralysie a sa cause dans la cavité du crâne ou dans le rocher que la déviation doit exister. En second lieu, cette déviation peut facilement passer inaperçue; car elle ne devient bien apparente que dans quelques mouvements exagérés de la langue, par exemple lorsque le malade veut porter la pointe de cet organe sur le milieu du menton (obs. XI).

Dans les cas observés par P. Bérard comme dans le nôtre, la pointe de la langue se portait du côté opposé à la paralysie.

L'expérimentation sur des animaux nous a donné des résultats analogues.

Sur un assez grand nombre de lapins, nous avons entrepris des expériences qui nous ont montré que, lorsqu'on coupe chez ces animaux le nerf facial d'un côté, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, la langue est instantanément déviée. Après cette opération, si l'on introduit dans la bouche un instrument pour entr'ouvrir les mâchoires, on remarque que la pointe de la langue vient constamment frapper l'angle des lèvres du côté où le nerf a été coupé. La paralysie de quelques faisceaux musculaires de cet organe peut seule expliquer ce résultat. Vient-on ensuite à couper le nerf facial de l'autre côté, on voit, après avoir entr'ouvert les mâchoires, que la langue exécute encore des mouvements volontaires dans la cavité buccale; mais cet organe ne se porte plus de préférence vers l'un des côtés de la bouche : il a repris sa rectitude. Or la seconde opération a-t-elle rendu à la langue ce que la première lui avait enlevé? Non sans doute, mais elle a paralysé une quantité égale de faisceaux musculaires de chaque côté d'où est venu l'équilibre. Quels mouvements ou quelle étendue de mouvements la paralysie de ces faisceaux musculaires a-t-elle abolis? C'est ce qu'on ne peut préciser. Mais la paralysie ne pouvant atteindre que les muscles qui reçoivent des rameaux du facial, la connaissance de ces muscles et celle de leurs fonctions, dont nous avons donné l'exposé ci-dessus, peut suppléer à ce que l'expérience laisse à désirer. Toutefois on remarquera que, après la section des deux nerfs de la septième paire, *la langue reste dans la bouche*, où elle exécute encore un certain nombre de mouvements.

La paralysie des deux hypoglosses produit des effets bien différents : si, sur un chien, on coupe les deux nerfs grands hypoglosses, la langue paraît avoir perdu ses mouvements volontaires; *elle ne reste plus dans la bouche*, mais elle tombe entre les dents où elle est mordue par les mouvements de mastication de l'animal.

Dans cette expérience la perte des mouvements est si considérable que la langue semble complétement paralysée; mais d'où vient qu'elle n'est plus contenue dans la cavité buccale? Évidemment parce que quelques-uns des muscles élévateurs de cet organe ont conservé leur action, tandis que leurs antagonistes ont perdu la leur; en effet, les muscles digastriques et stylo-hyoïdiens, qui élèvent la base de la langue, reçoivent des rameaux des nerfs de la septième paire qui, dans cette expérience, sont intacts.

Les nerfs de la septième paire contribuent donc à élever la base de la langue et à faciliter la sortie de sa pointe hors de la bouche; la paralysie de ces nerfs produira l'effet inverse, c'est-à-dire la difficulté à soulever la base de la langue et à sortir la pointe de cet organe hors de la cavité buccale.

Quant à l'influence du facial sur le mouvement par lequel on porte en haut ou l'on recourbe la pointe de la langue, mouvement nécessaire à la prononciation des lettres linguales, on ne peut, il est vrai, la déduire des faits d'hémiplégie faciale, ni des expériences que nous venons de rapporter; mais elle est suffisamment indiquée par la distribution anatomique du rameau lingual du facial. La paralysie de ce rameau de chaque côté aura donc pour résultat une imperfection dans l'articulation des lettres linguales. Sans doute, dans la paralysie des branches linguales des deux nerfs de la face, l'extrémité de la langue pourra encore venir toucher la voûte palatine; mais il ne suffit pas pour prononcer L ou R de porter la langue au palais, il faut encore en recourber la pointe, l'appuyer avec une certaine force, et par un mouvement rapide. On ne saurait contester que, pour obtenir ce résultat, l'intervention de la couche longitudinale supérieure du muscle lingual, à laquelle se distribue le rameau du facial, ne soit nécessaire, et peut-être faut-il encore que la base de la langue soit maintenue à une certaine hauteur par ses élévateurs :

Voyons maintenant si nos faits de paralysie générale des deux nerfs de la septième paire s'accordent avec ces conclusions.

Dans l'observation 8, le malade ne produisait que des sons inarticulés, la langue restait dans la bouche; mais la paralysie étant complexe on ne peut faire la part de la perte fonctionnelle attribuable au facial. Dans l'observation 9, la langue ne pouvait être portée hors de la bouche, quoiqu'elle exécutât dans cette cavité des mouvements variés sous l'influence de la volonté. Il y avait absence de toutes les articulations des sons, excepté des sons gutturaux (à la perte des consonnes linguales s'ajoutait celle des labiales). Dans l'observation 7, la pointe de la langue ne pouvait être recourbée sur le bord libre de la lèvre supérieure; les lettres linguales étaient difficilement ou indistinctement prononcées.

Ainsi, la paralysie générale des deux nerfs de la septième paire entraîne la paralysie partielle du pharynx, du voile du palais et de la langue, d'où résultent la gêne de la déglutition, le nasonnement, la difficulté à articuler les linguales.

Il semble que ces phénomènes devraient être toujours apparents, à un moindre degré, il est vrai, dans la paralysie de l'un des nerfs de la septième paire, dont la cause se trouverait dans l'encéphale ou le rocher. Pour le nasonnement, l'observation 11 prouve qu'il existe quelquefois, mais qu'il pourrait échapper au médecin inattentif, parce qu'il est très-peu prononcé. Cependant on concevra que ces différents symptômes puissent ne pas exister dans la paralysie bornée à l'un des nerfs de la face, si l'on considère que, pour le voile du palais comme pour la langue, il n'y a pas indépendance absolue dans les mouvements de chaque moitié. Le côté resté sain entraîne dans son élévation le côté paralysé, et favorise ainsi l'accomplissement de ses fonctions.

(La suite à un prochain numéro.)

---

position uniforme, s'étend, nous voulons seulement parler de ses manifestations les plus rapprochées de nous, des montagnes de l'Auvergne à l'entrée du Bourbonnais, en suivant les plaines de la Limagne et le cours de l'Allier, c'est-à-dire l'emplacement primitif d'un lac immense, lac d'eau douce dont les limites anciennes sont assez difficiles à préciser, mais dont les traces se retrouvent dans toute la contrée dont nous parlons.

Aujourd'hui, par toute cette vallée riante et productive, l'eau minéralisée dans les profondeurs de la terre se fait jour, sur les deux rives de l'Allier, dans le lit même de la rivière, par une infinité de sources naturelles qui se rencontrent tantôt à peine perceptibles, au bord d'un chemin, au milieu d'une prairie, tantôt coulant à flots comme à Vichy, offrant dans quelques points, comme à Saint-Allyre en Auvergne, comme aux Célestins à Vichy, d'énormes dépôts, des rochers tout entiers en témoignage de l'incroyable abondance avec laquelle, en des temps reculés, elles se précipitaient à la surface du sol.

Eh bien, toutes ces sources, naturelles ou artificielles, c'est-à-dire obtenues récemment par des forages artésiens, présentent la même composition, prédominance d'acide carbonique et de soude, puis acides sulfurique, chlorhydrique, sulfhydrique, chaux et magnésie, et traces de fer, le tout, chose remarquable, en des proportions presque identiques. Elles varient seulement, ces sources multiples, en température, suivant sans doute le trajet qu'elles auront parcouru dans des couches refroidies du sol, et aussi par la prépondérance relative de quelques produits, tels que le fer, le soufre, ou la matière organique, suivant sans doute la nature des terrains qu'elles auront parcourus.

Nous n'avons pas à étendre cette étude au delà de Vichy même, et de quelques accessoires intéressants, tels que Hauterive, Cusset; mais nous devions signaler la richesse de ce pays, dans une aussi grande étendue, en produits identiques; à ce point que, partout où l'on fore un puits artésien, on trouve de *l'eau de Vichy*, remarquable en même temps, et parce que les sources les plus éloignées nous offrent une composition générale identique, et parce que les sources les plus rapprochées présentent des applications médicales différentes, dont on trouve on non l'explication dans quelque particularité chimique.

Maintenant, une circonstance remarquable encore, c'est que de toutes les sources qui environnent Vichy, celles de Vichy même (*Vicus calidus*, d'après une de ses étymologies), sont les seules thermales, et seulement les sources naturelles.

La source la plus abondante, le *Grand-Puits*, uniquement employé pour les bains et les douches, nous a donné 45° c.; le *Puits Chomel*, qui n'est, du reste, qu'une dérivation du précédent, 44°; la *Grande-Grille*, 33°,50; l'*Hôpital*, 30°,50; enfin les *Célestins*, 13°; la source *Lardy*, 24 ou 25.

La température de ces sources paraît du reste tendre à décroître, mais pas également pour toutes. Berthollet et Puvis avaient trouvé, en 1820, à la Grande-Grille 38°,50 c.; Lassonne, en 1750, 40°,75 c. Une observation plus frappante encore appartient à M. Lecocq, qui a trouvé dans la source des Célestins des traces d'une température antérieurement élevée : c'est-à-dire dans les immenses dépôts qui dominent cette source, des fragments d'*arragonite*, substance minérale blanche et fibreuse que l'on ne voit se produire que dans les sources très-chaudes; et au centre de ces mêmes arragonites, une belle couleur verte, trace de ces dépôts de barégine qui, sous l'influence de l'atmosphère et peut-être des

LITHOTRITIE.

OBSERVATIONS RELATIVES A UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE CHEZ LES HOMMES AGÉS; présentées à l'Académie des sciences, le 20 septembre 1852, par M. le docteur L. Aug. Mercier.

L'Académie des sciences, en couronnant mes recherches sur certaines causes de rétention d'urine peu connues avant moi, a su montrer que, sourde aux suggestions de l'égoïsme et de l'envie, elle ne voit dans les travaux soumis à son examen que ce qui peut en résulter pour l'avancement de la science et le soulagement de l'humanité.

Pénétré de reconnaissance et désireux de lui prouver que sa haute approbation, loin de m'endormir, n'a fait que stimuler mon zèle, je prends la liberté de lui adresser ce mémoire où je signale de nouveaux progrès étayés sur des faits extrêmement importants et déjà passablement nombreux.

Il s'agit encore ici des valvules du col de la vessie. Toutefois je ne reviendrai pas sur les valvules musculaires; leur existence, leur fréquence sont aujourd'hui bien démontrées; leur traitement ne laisse rien à désirer, et les résultats que j'obtiens sont tellement évidents qu'ils ne sont plus niés même de ceux qui ferment systématiquement les yeux à la lumière. Aux 31 observations que j'ai déjà publiées dans mes travaux précédents, j'en pourrais joindre 10 nouvelles appartenant à des sujets d'âges très-divers, et, dans ce nombre de faits, pas un seul accident grave, 9 avec succès plus ou moins complet (1). Ce que j'en dirais aujourd'hui ne serait qu'une répétition, qui n'aurait pas même l'avantage de fournir matière à de nouveaux enseignements.

Mais en terminant, il y a déjà près de trois ans, ma *troisième série d'observations sur le traitement des valvules du col de la vessie* considérées d'une manière générale, je disais combien de difficultés présentent au chirurgien celles qui sont formées par la prostate, et j'ajoutais qu'après avoir modifié mon exciseur, premier instrument que j'eusse inventé pour le traitement des valvules du col de la vessie, je venais à l'instant même d'opérer une valvule prostatique *avec un succès immédiat très-satisfaisant*. Ce résultat se confirma en effet; mais les malades que je traitai plus tard de la même manière ne furent pas tous également heureux; l'expérience me révéla de nouvelles difficultés; le besoin de nouveaux perfectionnements se fit sentir, une addition importante fut imaginée, et aujourd'hui je me crois arrivé à ce point que l'excision des valvules prostatiques ne me présente pas plus de difficulté que la simple incision des valvules musculaires, et que les résultats en sont tellement favorables que peut être finirai-je par employer cette méthode dans tous les cas de valvules indistinctement. On verra de plus que beaucoup de tumeurs de la prostate peuvent être attaquées avec succès par le même instrument.

Mon premier exciseur, imaginé en 1837, a été présenté au commencement de 1839 à la Société anatomique, et la même année j'en ai adressé à l'Académie de médecine une description qui a été reproduite page 254 de mes RECHERCHES SUR LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE. La modification que je lui ai fait subir en 1850 consiste principalement dans la forme de la gouge que j'ai fait saillante en forme de bec pour qu'elle pût mordre plus profondément. J'ai déjà eu l'honneur d'en adresser la description à l'Académie des sciences, et je ne la reproduirai pas; mais qu'il me soit permis de rappeler succinctement l'observation que j'ai rapportée au long dans cette communication (1).

VALVULE PROSTATIQUE AU COL DE LA VESSIE; DYSURIE TRÈS-MARQUÉE ET CALCUL VÉSICAL; PUIS RÉTENTION COMPLÈTE; GUÉRISON DE CES DEUX MALADIES PAR LA LITHOTRITIE ET L'EXCISION DE L'OBSTACLE.

Obs. I (2). — M. Bailly-Caffieri (de Saint-Omer), âgé de 55 ans, était depuis longtemps tourmenté d'accidents du côté des voies urinaires; mais en 1849 ils avaient atteint une intensité telle, qu'il vint chercher des secours à Paris. Il me fut adressé le 24 août par le docteur Bourguignon.

Je trouvai un calcul volumineux dans la vessie et une valvule qui se rapprochait de ce que j'ai appelé *tumeurs à large base* de la portion sus-montanale de la prostate. Cette saillie occasionnait une rétention d'urine presque complète.

A l'aide de mon brise-pierre à mors plats et de ma sonde évacuatoire à double courant, je le débarrassai de la pierre; mais la rétention d'urine, loin de disparaître, devint au contraire complète, et le malade ne put uriner une goutte sans sonde.

Cet état dura cinq mois sans aucun changement.

M. Bailly revint vers le milieu de mars 1850, et le 18 j'excisai sa valvule en présence du docteur Bourguignon. Le succès fut immédiat, et depuis ce temps il ne s'est pas démenti; car j'ai, il y a trois ou quatre mois, conduit M. Bailly chez M. Robert, rapporteur de la commission d'Argenteuil, et celui-ci s'est assuré que la vessie se vide complétement.

Voilà donc un malade qui, depuis deux ans et demi, n'a rien perdu du bénéfice de l'opération. Nous verrons même plus loin qu'il en est qui, loin de perdre, gagnent au contraire (obs. 7). Il y a quelques années, nous nous serions trouvés heureux de posséder contre les effets de l'engorgement prostatique un traitement palliatif comme ceux que nous possédons contre les rétrécissements de l'urètre; combien ne sommes-nous pas plus avancés aujourd'hui si l'expérience démontre que, loin d'être sujette à récidive comme la rétention d'urine causée par les rétrécissements, celle qui reconnaît pour cause une valvule prostatique ne peut que s'amender de plus en plus après l'opération!

(1) Depuis que ceci a été écrit, j'ai pratiqué cette opération sur 5 malades, et toujours avec résultat favorable. L'un d'eux, qui m'a été adressé par le docteur Saussier (de Troyes), n'a que 37 ans, et n'urinait pas une seule goutte sans sonde depuis quatre mois, malgré des traitements nombreux, une saison passée à Contrexeville, etc. Aussitôt après l'incision, il urina à plein canal, et il assure qu'il n'a jamais uriné aussi bien qu'à présent.

(1) Voy. GAZ. MÉD., année 1850, p. 702.

(2) Les maladies qui font l'objet de ce mémoire n'ayant rien qu'on ne puisse avouer, je me permets de nommer ceux qui en étaient affectés. Mais comme les valvules musculaires ne sont pas le plus souvent dans le même cas, je ne pouvais pas user de la même liberté dans la narration que j'en ai faite; néanmoins je ferai remarquer que pour donner à ces faits toute l'authenticité possible, j'ai eu soin de citer les confrères qui m'ont adressé les malades ou qui ont assisté aux opérations.

---

rayons solaires, se réunissent en pellicules et en flocons verdâtres, et qui paraissent appartenir spécialement aussi sous cette forme aux eaux franchement thermales.

Telles sont les circonstances qui frappent d'abord à la première étude du médicament constitué par les eaux de Vichy. Abordons maintenant plus directement l'appréciation de ce médicament lui-même. Nous chercherons plus tard à faire la part des conditions hygiéniques particulières où se trouvent les malades à Vichy, ou, pour nous servir de l'expression locale, les *buveurs d'eau*.

Les eaux de Vichy renferment, comme toutes celles de ce genre, des principes volatils et des principes fixes.

Les principes volatils sont, en ne mentionnant que pour mémoire l'oxygène et l'azote qu'on y a rencontrés, l'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré. Les autres ne peuvent même être considérés comme fixes que dans de certaines limites.

Une partie de l'acide carbonique, en excès dans l'eau minérale, se dégage dès que celle-ci apparaît à la surface du sol; sans doute même l'existence de cet acide carbonique libre n'est-elle pas étrangère aux phénomènes de migration et de combinaisons que ces eaux peuvent avoir à subir au sein de la terre. C'est le bouillonnement de ce gaz qui, joint à la sensation de chaleur que prenait une eau à 45°, émerveillait madame de Sévigné, laquelle voyait une rose, trempée dans la source minérale, conserver sa fraîcheur, alors qu'elle se flétrissait dans l'eau bouillante. Une fois l'excès de gaz disparu, au bout de peu d'instants, et nous verrons plus loin que cette première modification de l'eau minérale n'est pas sans importance, on n'aperçoit plus que quelques bulles très-fines se détacher du fond du verre. Mais l'eau conservée, même à l'abri du contact de l'air, il arrive, par le refroidissement et par un phénomène de décomposition spontanée, qu'une autre partie de gaz, non plus libre comme la première, mais combinée avec les principes fixes, s'en sépare, et les moins solubles de ces derniers, le fer en particulier, se précipitent et se déposent sur les parois du récipient. Aussi les eaux qui sortent du sol refroidies se conservent-elles mieux que toutes les autres; aussi chaque jour ajoute-t-il à l'altération des eaux transportées.

Nous avons parlé d'hydrogène sulfuré, parmi les principes volatils des eaux de Vichy. Les analyses chimiques n'en parlent pas, parce que ce gaz y existe en trop faible quantité pour y être apprécié, ou plutôt encore parce qu'il n'existe plus dans les eaux transportées; mais au sortir de terre, les sources en renferment. L'odorat ne peut s'y tromper, et M. Chevallier en a parfaitement reconnu l'existence. Les réactifs le décèlent cependant. Les gaz de la source du Grand-Puits noircissent en quelques heures une solution d'acétate de plomb, et M. Boussingault, le neveu du célèbre chimiste, a constaté, après M. Prunelle, l'existence de la *sulfuraire* autour de la source des Acacias. Certaines sources des environs de Vichy exhalent à un degré bien plus prononcé encore l'odeur d'œufs couvis: la source d'Hauterive, et surtout la source des Dames, près Cusset, et une source intermittente encore, qui tous les trois quarts d'heure vient, sur l'autre rive de l'Allier, jaillir en une nappe abondante, mais passagère.

Cependant ce sont surtout les principes fixes qui constituent la spécialité chi-

DYSURIE PAR VALVULE PROSTATIQUE ; ACCIDENTS GÉNÉRAUX GRAVES QUI VONT TOUJOURS EN AUGMENTANT ; EXCISION EN DÉSESPOIR DE CAUSE ; GUÉRISON DE LA DYSURIE ET RÉTABLISSEMENT RAPIDE.

OBS. II. — Le 14 octobre 1850, je fus appelé par M. le docteur R. Gérardin auprès de M. Legrand, sexagénaire, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 153, pour une dysurie dont il était affecté. Ce malade, employé au ministère de la marine, avait constamment mené une vie sédentaire, et depuis plusieurs années déjà, il s'était aperçu d'une diminution dans son jet d'urine et d'une augmentation de la fréquence des besoins de la rendre. Depuis quelque temps, ce liquide était devenu très-trouble et fournissait un dépôt purulent considérable; il était abondant, louche, de couleur légèrement citrine et bleuissait le papier de tournesol. Au microscope, on y découvrait de nombreux cristaux phosphatiques. Des douleurs sourdes existaient dans la région des reins, et en même survenaient presque journellement des accès de fièvre très-intenses caractérisés par des frissons, de la chaleur et de la sueur.

Mon premier soin fut de m'assurer si la vessie se vidait, et je constatai qu'elle ne le faisait jamais complétement ; cependant il y avait à cet égard de grandes irrégularités. Habituellement elle se vidait mieux le matin que le soir; parfois elle ne retenait qu'un demi-verre à champagne d'urine le matin, tandis qu'il en restait un verre et demi et même deux verres le soir. La prostate n'était pas très-volumineuse; mais elle formait derrière le col de la vessie une valvule que mon explorateur accusait d'une manière très-distincte.

En résumé, l'engorgement prostatique gênait le cours de l'urine, et la stagnation de ce liquide avait déterminé une inflammation chronique s'étendant de la vessie jusqu'aux reins; de là des symptômes généraux graves.

L'indication était formelle; il fallait rétablir le libre cours de l'urine ; mais l'état pour ainsi dire cachectique du sujet, la néphrite chronique et les troubles généraux nous inspiraient de vives inquiétudes à M. Gérardin et à moi, et nous craignions que l'opération venant à s'ajouter à une perturbation si profonde, il n'en résultât des accidents capables de compromettre la vie. Nous essayâmes donc de simplifier la maladie par des injections vésicales adoucissantes et calmantes, par des prises de sulfate de quinine simples ou combinées avec des narcotiques et portées graduellement à des doses très-élevées. Rien ne fit; les symptômes précédents persistèrent et les accès furent parfois assez intenses pour nous inspirer les plus vives inquiétudes. Novembre et décembre se passèrent ainsi, et le malade tombait dans le dernier degré d'épuisement. Une décoction de quinquina aiguisée avec l'acide hydrochlorique, en même temps qu'elle rendit à l'urine quelque acidité, sembla amender les symptômes généraux ; mais, vers le 10 janvier, ceux-ci reparurent avec une nouvelle intensité; le sulfate de quinine était sans effet, les choses allaient de mal en pis, le malade ne pouvait plus sortir de son lit, les forces étaient nulles, ainsi que l'appétit, la langue était constamment couverte d'un enduit jaunâtre épais; en un mot il était évident qu'à moins d'un traitement héroïque le malade était perdu : nous nous décidâmes à le tenter.

Le 25 au matin, j'excisai la valvule en présence de M. Gérardin, et immédiatement après la vessie se vida complétement.

A midi, violent frisson, suivi de chaleur et de sueur. Le soir, je trouvai le malade passablement bien; son pouls était à 80. Dans la journée, il avait rendu spontanément des caillots assez abondants ; dans la soirée, son urine était encore fortement teinte de sang, mais elle ne contenait point de caillots.

A minuit, nouveau frisson, suivi des autres signes d'un accès fébrile très-intense. Il paraît que pendant ces accès le visage, qui est habituellement jaune-paille, était cramoisi. (1 gramme 20 centigr. de sulfate de quinine en 12 pilules, une toutes les heures.)

26 à midi. M. Legrand est très abattu; son teint est jaunâtre. Il vient d'avoir un refroidissement des pieds qu'il regarde comme un prodrome de fièvre. Néanmoins nous redonnons le sulfate de quinine comme précédemment. Il a uriné trois ou quatre fois depuis hier soir.

27. La fièvre n'est pas revenue. (Même traitement.)

28. Visage bien meilleur. Le malade n'a uriné que deux fois pendant la nuit et trois fois dans la matinée. L'urine ne contient plus de sang. (Même traitement.)

29. Un peu de diarrhée pendant la nuit. Point de fièvre; trois mictions pendant la nuit et deux dans la matinée. Je sonde le malade après l'avoir fait uriner, et je ne retire que deux cuillerées d'urine de la vessie. (Même traitement.)

30. État très-satisfaisant. La fièvre n'a pas reparu, l'appétit renaît. Je ne trouve comme hier que deux cuillerées d'urine.

2 février. Hier un peu de fièvre s'est manifestée, et comme elle paraît sous l'influence d'un embarras intestinal, nous prescrivons pour demain matin deux verres d'eau de Sedlitz à 45 grammes.

3. Le malade est très-agité par l'eau de Sedlitz qui, au bout de quatre ou cinq heures, n'a pas encore agi. Un lavement salé amène immédiatement l'effet désiré, et il en résulte un grand calme.

6 et jours suivants. Dépression avec mon mandrin d'acier.

10. Quelques accès de fièvre sont revenus dans la nuit d'avant-hier et d'hier. (20 centigr. de sulfate de quinine le soir; un litre d'infusion de quinquina avec 3 grammes d'acide hydrochlorique.)

11 et jours suivants, la fièvre ne s'est pas reproduite. On pratique la dépression.

Je cesse tout traitement le 1er mars; mais, depuis cette époque, je revois M. Legrand de temps en temps; il se porte parfaitement.

Cette observation parle assez d'elle-même et n'a pas besoin de commentaires. Il est évident que, sans mon opération, le malade était perdu.

VIEILLARD TRÈS-AGÉ SUJET A DES CONGESTIONS CÉRÉBRALES; ISCHURIE ET CALCUL VÉSICAL; GUÉRISON DE CES DEUX MALADIES PAR L'EXCISION DE L'OBSTACLE ET LA LITHOTRITIE.

OBS. III. — M. Caffin, âgé de 78 ans, demeurant rue Française, n° 11, homme de petite stature, assez replet et frappé, depuis deux ou trois ans, de plusieurs congestions cérébrales qui lui ont laissé une légère faiblesse dans les membres du côté droit, est affecté en outre, depuis un temps qu'il ne peut préciser, d'une difficulté d'uriner qui a toujours été en augmentant; de sorte que, cette dysurie étant devenue complète, il fut forcé de réclamer les secours du docteur Lorne, qui m'appela le 23 janvier 1851.

Le cathétérisme, pratiqué immédiatement, donna écoulement à de l'urine fétide et sanguinolente; puis je constatai, à l'aide de ma sonde coudée, une valvule très épaisse du bord postérieur du col de la vessie et un calcul du volume d'une noix dans ce dernier organe. Le toucher par le rectum annonçait une hypertrophie considérable de la prostate : tout indiquait donc que la valvule était prostatique.

Je me demandai si je commencerais le traitement par le broiement de la pierre, comme je le fais habituellement dans les cas analogues (obs. I), ou si j'attaquerais immédiatement la valvule. L'inflammation de la vessie, les besoins continuels d'uriner, l'impossibilité d'y satisfaire et la nécessité du cathétérisme que le malade, vu son grand âge et son état cérébral, ne pouvait pas se pratiquer lui-même, tout me détermina à commencer par la valvule.

Je préparai la vessie par des injections faites plusieurs fois par jour, avec une décoction de son et une tête de pavot. Les urines s'éclaircirent, elles ne contenaient presque plus de sang, excepté les dernières gouttes; mais les besoins de les rendre se prononcèrent de plus en plus; il semblait que la vessie devînt de moins en moins capace. En conséquence, je pratiquai l'excision le 28, avec le concours de M. Lorne.

Je ramenai entre les mors de mon exciseur tout ce que j'avais saisi des couches superficielles (muqueuse et musculeuse); mais le tissu prostatique intermédiaire avait fui, s'était pour ainsi dire énucléé; de sorte que lorsque j'eus

---

mique des eaux de Vichy, et d'abord le bicarbonate de soude, 5 grammes environ par litre, d'après les analyses de Lonchamp, et les analyses plus récentes de M. O. Henri et de M. Lefort (de Gannat).

C'est à cette prédominance du bicarbonate de soude que nous devons toute la médecine chimique, qui depuis près de vingt ans fleurit à Vichy, en dépit des préceptes sensés et des règles d'exactitude qui dirigent ailleurs la thérapeutique contemporaine, et en dépit aussi des lumières que la chimie organique est venue répandre sur les obscurs phénomènes dont l'organisme est le théâtre. Séduit par la simplicité apparente, mais décevante, de quelques expériences de laboratoire qu'on s'est plu à reproduire en pensée dans le sein de nos organes, on n'a plus aperçu dans l'eau de Vichy que le bicarbonate de soude, qu'une solution alcaline, et l'on a appelé la médication par les eaux de Vichy une médition *fluidifiante* ou *dissolvante*.

Si l'on attachait toujours aux mots, qui ont pourtant été imaginés pour cela, toute la signification qu'ils comportent, il y avait là de quoi faire fuir Vichy aux dix-neuf vingtièmes des malades qu'y attire l'espoir légitime d'y rétablir leur santé.

Il y a à Vichy un hôpital militaire qui reçoit à peu près exclusivement, officiers ou soldats, des malades provenant de notre armée d'Afrique. Les uns, après un court séjour qu'ils n'ont pu prolonger dans un tel climat sans en ressentir l'atteinte meurtrière, les autres, après un long temps qui n'a pas suffi à les acclimater, apportent ici les résultats de ce qu'on a appelé *cachexie africaine*. Diarrhée ou dyssenterie, engorgement du foie ou de la rate, fièvres intermittentes actuelles ou passées, ces conditions pathologiques diverses laissent chez la plupart, des traits identiques : teinte plombée de la face ou ictérique, bouffissure, anémie, enfin une apparence cachectique prononcée.

Qu'y a-t-il à *dissoudre* chez ces malades?

Un tiers environ des malades que des diverses parties de la France les médecins envoient à Vichy (233 sur 650 observations recueillies par nous-même et que nous avons sous les yeux), sont affectés de dyspepsie, de gastralgie ou d'entérite chronique.

Qu'y a-t-il à *fluidifier* chez ces malades?

Laissons donc là ces mots dépourvus de sens, ou plutôt pourvus de contre-sens, et poursuivons.

L'analyse, devenue classique, de Lonchamp, donne, sur un litre d'eau de la *Grande-Grille*, environ 5 gr. de carbonate de soude, et 1,50 gr. d'autres éléments; ces derniers sont : le muriate et le sulfate de soude, environ un 1/2 gr. chacun, puis des carbonates de chaux, le magnésie, de la silice et des traces d'oxyde de fer.

A quoi servent tous ces principes divers et chacun d'entre eux? Ils servent à faire de l'eau de Vichy. Et encore, réunissez dans une bouteille tous ces éléments, et parvenez à les dissoudre dans de semblables proportions, vous n'aurez pas de l'eau de Vichy : dussiez-vous y ajouter l'arsenic que M. Chevallier y a récemment rencontré, et même l'iode, la strontiane, le brome, l'alumine que M. O. Henri y a annoncés, mais qu'on n'a pu y retrouver dans une analyse récente faite à l'école des mines, vous n'auriez pas de l'eau de Vichy. Il est vrai qu'il y a encore une matière organique. Mais la plupart de ces eaux ne paraissent en contenir qu'une faible quantité.

abandonné ces courbes à leur élasticité, elles formèrent spontanément une espèce de capuchon dont le fond correspondait au bord libre de la valvule. Je fis remarquer cette particularité à mon confrère; néanmoins je lui dis que je ne désespérais pas des suites de cette opération, parce que je ne pouvais pas croire que des granulations prostatiques comprimées aussi fortement que celles-ci l'avaient été ne dussent se gangréner et se détacher bientôt.

Dans la journée, les caillots ne furent pas abondants, mais l'urine était fortement teinte de sang; le soir, un peu de fièvre, urètre très-sensible. Injections comme précédemment.

29. Urine à peu près rougeâtre; mais elle ne coule toujours pas spontanément. Les besoins de la rendre sont un peu moins vifs qu'hier. Injections.

30. État général assez bon; urine non sanguinolente, mais trouble; urètre moins sensible aux sondes. Injections.

Les jours suivants, même état, même traitement; dépression.

13 février. M. Caffin a uriné spontanément, pendant la nuit, la valeur de quelques cuillerées.

16. Il urine de plus en plus; on n'a plus besoin de le sonder dans l'intervalle de mes visites, et lorsque j'introduis la sonde, je ne trouve qu'une faible quantité d'urine dans la vessie.

22. M. Caffin est resté plus de deux heures sans uriner; il vide presque sa vessie, car chaque fois que je lui ai passé la sonde, il y avait déjà quelque temps qu'il avait uriné, et je ne retirais qu'un quart de verre de liquide à peine.

Quant à la pierre, le broiement fut commencé le 19. Trois ou quatre séances suffirent pour en débarrasser le malade; les fragments sortirent partie d'eux-mêmes, partie par extraction artificielle. Tout allait parfaitement lorsque, le 12 mars, quatre jours après la dernière séance, sans symptômes précurseurs, il se manifesta, vers quatre ou cinq heures du matin, une congestion cérébrale avec divagations et accélération du pouls. En même temps, un peu d'orchite. (Saignée de quatre palettes; sinapismes promenés plusieurs fois sur les membres inférieurs; sulfate de quinine, 50 centigr., 25 gouttes d'acide hydrochlorique dans une decoction de quinquina.) Amendement dès le lendemain.

Dès lors tout alla de mieux en mieux, et à dater du 27 mars, je ne vis plus M. Caffin qu'à de longs intervalles. Il ne présentait plus de traces de pierre et sa vessie se vidait jusqu'à la dernière goutte. Un an environ après son traitement, je le fis voir au rapporteur de la dernière commission d'Argenteuil, et ce chirurgien s'est assuré qu'il urine avec la plus grande facilité (1).

Le grand âge du sujet donne à ce fait un intérêt tout particulier; mais ce n'est pas la seule circonstance remarquable qu'il présente.

Dans ma première observation, j'ai commencé par extraire le calcul, et dans celle-ci, par exciser l'obstacle au cours de l'urine. Pourquoi, me dira-t-on, cette différence, et ne pas agir dans tous les cas d'après une règle invariable? L'examen de cette question m'entraînerait trop loin; aussi le renverrai-je à une nouvelle édition de mon Mémoire sur la lithotritie, pour m'occuper immédiatement d'une particularité inhérente à l'objet dont je m'occupe actuellement.

On a vu que je n'avais détaché que les couches superficielles, et que le tissu prostatique avait échappé à l'action de l'exciseur. Ceci tenait évidemment à ce que les parties saisies formaient une épaisseur trop grande. Tandis que les tissus superficiels étaient maintenus fixes par leur adaptation aux mors de l'instrument, le tissu glanduleux interposé a fui, comme fait le noyau quand on comprime une cerise. Je compris dès lors que mon instrument n'était pas parfait et qu'il m'exposerait à cet inconvénient tant que je ne serais pas parvenu à fixer les tissus avant de rapprocher ses mors. Mais, entre cette idée et sa réalisation, il s'écoula encore quelque temps: un seul fait ne m'avait pas encore suffisamment pénétré de son importance.

(1) Je viens d'apprendre de M. Lorne que M. Caffin urine toujours parfaitement (25 nov. 1852).

Sexagénaire affecté de rétention d'urine complète et de calcul vésical; lithotritie, excision; traitement inachevé; une dyssenterie emporte le malade.

Obs. IV. — M. Armellini, sexagénaire, demeurant rue du Bac, était depuis assez longtemps atteint d'une impossibilité complète d'uriner sans sonde. En outre, cet homme, d'habitudes très-sédentaires et très-sensible au froid en sa qualité d'Italien, ne sortait jamais de sa chambre, véritable étuve chauffée par un poêle à long tuyau. Toutes ces conditions l'avaient réduit à un état de santé déplorable. Appelé auprès de lui par M. le docteur R. Gérardin, je le trouvai atteint d'un calcul vésical et d'une valvule assez saillante produite au col de la vessie par le développement de la portion susmontanale de la prostate; les lobes latéraux n'étaient pas très-développés.

Comme les urines étaient troubles, puriformes et souvent même sanguinolentes, je commençai par faire des injections calmantes, et le 11 janvier, je pratiquai une première séance de lithotritie

Le 17, je fis l'extraction d'une certaine quantité de fragments.

Le 19, deuxième séance de lithotritie.

Le 20, extraction.

Le 25, troisième séance.

Jusqu'à cette époque le traitement marchait, avec beaucoup de difficulté, il est vrai. Mais, à partir de cette troisième séance, qui n'offrit cependant rien de particulier, la vessie devint tellement irritable, tellement rebelle aux injections, et les besoins d'uriner si vifs et si fréquents, qu'il devint évident qu'il fallait, du moins pour le moment, renoncer à la lithotritie. Je résolus en conséquence d'agir comme dans le cas précédent et d'attaquer la valvule.

Le 2 mars, j'en fis l'excision, et m'apercevant, à la vue du lambeau, que je n'en avais enlevé que la face urétrale, j'achevai immédiatement la division de l'obstacle par incision.

La faiblesse du sujet, l'impossibilité où il était de se sonder me déterminèrent à lui mettre une sonde à demeure; mais, au bout de trois heures, celle-ci était obstruée par des caillots que je dus extraire par injections et aspirations. J'ôtai alors cet instrument, je sondai le malade plusieurs fois par jour, et, de plus, j'habituai sa garde à lui passer une sonde élastique, ce qu'elle fit bientôt avec adresse.

Le 5, le sang était arrêté; mais les urines continuèrent d'être troubles et d'une couleur citrine; elles prirent une odeur de plus en plus fétide et insupportable, et elles étaient tellement alcalines que quelques gouttes qui sortaient spontanément produisaient dans le canal une cuisson des plus vives. Quoiqu'il n'y eût pas de sensibilité bien évidente du côté des reins, il devenait clair pour moi que ces organes étaient le siége d'une inflammation latente qui dénaturait leur sécrétion.

Quoi qu'il en soit, ce n'est que le 20 que l'urine commença à sortir en quantité notable.

Le 22, il en sortait, chaque fois que le besoin se faisait sentir, la valeur de deux cuillerées.

Mais, dès le 10, une dyssenterie des plus intenses s'était manifestée; à chaque instant, des selles sanguinolentes avaient lieu. En même temps, fièvre, prostration. D'abord nous dûmes nous borner à quelques quarts de lavement amidonnés et laudanisés, parce que le malade, d'une piété qui tournait un peu au fatalisme, se refusait à rien prendre par la bouche.

Néanmoins, le 13, il consentit à prendre une potion avec 4 grammes de diascordium.

Le 14, les selles avaient un peu diminué, mais l'état général n'en était pas meilleur.

Il y a longtemps, du reste, que Chaptal a fait le procès de toutes les eaux minérales artificielles. Mais si les eaux minérales naturelles n'agissaient qu'en vertu de principes dominants et opérant en vertu de procédés chimiques connus, ce seraient précisément les eaux minérales artificielles qui l'emporteraient.

Avouons donc nettement notre ignorance, lorsqu'il s'agit d'apprécier le mode d'action des eaux minérales dans le traitement des maladies chroniques. Reconnaissons que chacun des principes qu'y décèle l'analyse chimique y joue son rôle nécessaire. Tâchons sans doute de pénétrer le plus avant possible dans la recherche des rapports qui approprient la médication au malade: mais de cette étude pleine de doutes et d'incertitudes à une systématisation absolue, il y a encore tout un monde à parcourir. Ne transformons pas des hypothèses ingénieuses peut-être, des essais louables d'abord, en affirmations imprudentes et en doctrines impossibles. Il est un terrain, le seul sur lequel nous poursuivrons désormais ces études, c'est l'observation des modifications subies par l'organisme sain ou malade, sous l'influence de la médication employée: tel est, après tout, le seul guide possible dans le choix et l'application du remède. Si quelque faveur a accueilli nos premières recherches sur les eaux minérales, c'est uniquement à leur simple cachet d'étude et d'observation clinique que nous l'avons dû, car dès que nous nous sommes hasardé, nous aussi, à pousser plus loin et à chercher à systématiser dans un sens différent des autres, nous avons dû reconnaître l'incertitude et l'insuffisance de notre point de départ.

Reprenons le cours de notre exposition.

Les noms des principales sources de Vichy se sont assez vulgarisés pour que nous puissions entrer dans quelques détails sur chacune d'elles: il n'est point de médecin qui ne connaisse, de nom au moins, les sources de la *Grande-Grille*, de l'*Hôpital*, des *Célestins*, même les sources plus récentes de *Lardy* et d'*Hauterive*. Le lecteur pourra donc suivre avec intérêt ce que nous lui dirons de chacune d'elles. Nous allons du reste en ce moment passer rapidement sur leur sujet: nous y reviendrons prochainement plus au long en parlant de leur mode d'administration aux malades.

La division que nous avons proposée ailleurs, comme la plus naturelle et la plus pratique de ces différentes sources, est la suivante: sources simplement alcalines, sources alcalines et ferrugineuses, sources alcalines et sulfureuses. On voit que nous suivons aussi des indications fournies par la chimie: mais celles-ci ne nous compromettront pas.

Les sources simplement alcalines sont celles de l'*Hôpital* et de la *Grande-Grille*, thermales, et celle des *Célestins*, froide.

Entre l'*Hôpital* et la *Grande-Grille*, l'analyse comparative des principes minéralisateurs n'établit aucune différence, ou si peu que nous n'en exprimerons pas ici les chiffres; un peu plus de soude et de chaux dans la première que dans la seconde, quelques milligrammes, ceci ne nous apprend rien. Nous ne saurions non plus faire la part de la différence de température, laquelle ne dépasse pas 4°. Cependant nous verrons plus loin que l'une et l'autre ont des applications propres, et dans lesquelles elles ne sauraient, pour beaucoup de cas au moins, se remplacer mutuellement. Voici la seule différence que nous constatons: c'est que l'eau de l'*Hôpital* contient une quantité beaucoup plus considérable de matière organique. On sait qu'il n'est pas aisé de doser cette dernière: aussi nous contentons-nous d'énoncer le fait.

Les jours suivants, les selles diminuèrent encore sans changer de nature; aussi la prostration augmenta graduellement, et M. Armellini mourut le 2 avril.

Ce malade a succombé à une dyssenterie; mais est-ce à dire pour cela que l'état des voies urinaires et les manœuvres opératoires qu'il a nécessitées n'ont été pour rien dans cette issue funeste? Fidèle à mon habitude de ne jamais rien dissimuler de ce que je crois être la vérité, je dirai franchement : Non, ce n'est pas certain. Les troubles légers ou graves des divers appareils, et notamment des organes digestifs, sont fréquents dans les maladies des voies urinaires : il semble que la sécrétion de l'urine ne se faisant pas d'une manière parfaite, le sang ne se trouve pas suffisamment épuré et devient offensif pour tous les organes qu'il alimente. Dans le cas actuel, les reins étaient incontestablement le siége d'une inflammation latente qui s'est exaspérée sous l'influence des diverses manœuvres pratiquées sur la vessie et particulièrement de la dernière séance de broiement. Le malade, outre qu'il était épuisé, se trouvait donc dans les conditions que je viens de signaler, et il fut pris d'une dyssenterie que rien ne put arrêter. Mais, d'un autre côté, ne doit-on pas aussi tirer de ce fait cette autre conséquence, qu'on ne devrait jamais attendre de pareilles complications pour demander des secours à la chirurgie?

On voit encore que l'obstacle n'avait pas été enlevé dans toute son épaisseur, et que l'incision n'a suppléé que d'une manière très-insuffisante à l'excision.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA MASSOTHÉRAPIE, communiquée par M. le docteur ALEX. MAYER.

Par cette dénomination dérivée de deux mots grecs : μασσειν masser et θεραπευειν guérir, j'entends le *massage appliqué comme moyen curatif*. Sans doute cette pratique n'est pas neuve. Non-seulement on en trouve des traces dès la plus haute antiquité, mais encore de nos jours elle est en possession d'une vogue immense dans le nord de l'Europe; notamment en Allemagne, en Russie et dans la Finlande. Les peuples de l'Orient font eux-mêmes un fréquent emploi des procédés du massage, mais c'est plutôt à titre de prophylaxie et comme précepte d'hygiène que comme adjuvant à la thérapeutique. Il y a plus, et je suis si loin de vouloir revendiquer en cette occasion aucun droit de priorité, que je m'empresse de m'avouer l'humble continuateur de praticiens distingués qui, bien avant moi, ont reconnu et publié les heureux résultats qu'il est permis d'attendre de ce moyen dans un certain ordre de maladies. Seulement en me donnant la mission de vulgariser parmi mes confrères les notions qui se rapportent à cette médication spéciale et trop délaissée en France, j'ai vu s'agrandir mon but à mesure que je croyais l'atteindre, et j'ai fini par comprendre qu'il ne s'agissait pas uniquement d'une espèce de gymnastique en quelque sorte passive, mais d'une branche féconde de l'art de guérir digne de tout point d'être élevée au rang de *médication*. C'est pourquoi je me suis permis de proposer un nom nouveau pour désigner cette source nouvelle d'actions thérapeutiques.

Le massage superficiellement connu et pratiqué chez nous *grosso modo* a cependant rendu déjà d'assez nombreux services pour que des médecins distingués le conseillent dans leur clientèle; mais ceux-ci sont en minorité presque imperceptible, et d'ailleurs ils n'y ont recours que dans des cas fort restreints et tout à fait exceptionnels. Et malgré cela il est à remarquer que dans ces derniers temps des observations ont été produites dans les journaux qui attestent des guérisons fort curieuses de maladies contre lesquelles les ressources ordinaires de l'art avaient fait défaut. Je connais une circonstance toute récente où M. Gendrin y a eu recours, et je pourrais citer quelques autres noms non moins recommandables pour placer sous leur patronage la médication dont je m'occupe; mais déjà les auteurs les plus estimés la préconisent dans leurs écrits, et pour ne parler que de ceux qui me viennent en ce moment sous la plume, je citerai Récamier de regrettable mémoire et M. Reveillé-Parise qui en fait l'éloge dans son GUIDE PRATIQUE DES GOUTTEUX ET DES RHUMATISANTS. Enfin la presse médicale s'est occupée à différentes reprises de cette question, et l'on trouve des documents à consulter dans L'UNION MÉDICALE et dans la REVUE rédigée par M. Cayol. Mais c'est dans ce dernier recueil qu'est consigné le mémoire le plus substantiel et le plus riche en faits pratiques auquel ait donné lieu en France, — que je sache du moins, — la question du massage. L'auteur, M. le docteur Dreyfus, ancien médecin de l'ambassadeur français à Saint-Pétersbourg, apporte dans cet opuscule le contingent de son expérience personnelle à l'étude des procédés qu'il a vu mettre en œuvre par les peuples du Nord au milieu desquels il a longtemps vécu. M. Dreyfus est le premier qui ait cherché à débrouiller le chaos de pratiques plus ou moins grossières en les soumettant au creuset du raisonnement et qui ait donné un nom à chacun des actes dont l'ensemble constitue une véritable méthode en même temps qu'il leur a assigné les indications particulières qu'ils sont appelés à remplir.

Frappé des résultats que ce travail met en lumière, j'ai été mû tout aussitôt par le désir de coopérer dans la sphère de mes moyens à l'introduction de cette méthode curative dans mon pays, et je me suis mis en mesure de colliger les matériaux d'un livre écrit dans cette intention et qui paraîtra prochainement. Dans ce travail le seul complet et le premier que possédera notre littérature médicale sur ce sujet, je me suis appliqué à décrire et à rationaliser des variétés de manœuvres qui rentrent dans le massage, de manière à en composer une méthode de traitement destinée à figurer dans nos futurs traités de thérapeutique. Sa place se trouvera naturellement entre les médications *excitante* et *altérante*, et son nom exprimera un nouveau mode d'action qui fait lacune entre les deux précédents. Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir devancer l'instant où mon livre verra le jour par la publication de cette notice, afin de préparer la voie et de disposer les esprits à accueillir favorablement la médication que je voudrais importer en France parce que je la considère comme un auxiliaire utile pour notre pratique médicale. A Dieu ne plaise que j'en fasse une panacée applicable à tous les maux! C'est un moyen précieux à utiliser dans des cas graves contre lesquels nous sommes souvent désarmés, et sa valeur tout entière n'est encore que pressentie, parce qu'il n'est pas suffisamment connu. Telles sont les limites dans lesquelles je circonscris son importance.

Ainsi que je l'ai déjà dit, le massage est quelquefois prescrit par les médecins; mais il est abandonné à des hommes inhabiles, véritables *manœu-*

Nous ajouterons seulement que l'eau de l'*Hôpital*, beaucoup plus abondante que l'autre, fournit à un établissement spécial de bains, dont nous parlerons plus loin; et que l'eau de la *Grande-Grille* est celle qui fournit la majeure partie de l'eau de Vichy bue à distance. L'eau de Vichy transportée, et sans désignation de source, c'est l'eau de la *Grande-Grille*.

L'eau des *Célestins* est froide, piquante, agréable au goût, et paraît contenir sensiblement plus de principes minéralisateurs, de bicarbonate de soude et de chaux, que les autres sources; mais cela porte sur de faibles proportions, et ne se retrouve pas assez exactement dans les différentes analyses des eaux de Vichy, pour que nous y attachions beaucoup d'importance. Cependant elle doit conserver, transportée, sur les autres sources, un assez grand avantage sous le rapport de l'acide carbonique. Cette source, dont les dépôts prodigieux ont soulevé de vastes rochers au-dessus du faible jet qu'elle nous offre aujourd'hui, est de beaucoup la moins abondante des sources de Vichy.

Les sources ferrugineuses viennent ensuite : elles sont froides ou à peu près; c'est la source *Lardy* et la source d'*Hauterive*, toutes deux connues depuis peu d'années seulement. La source *Lardy* est à Vichy même, une précieuse acquisition du reste. Elle est la seule de toutes les sources de Vichy (celle d'Hauterive non comprise) où le fer ait été dosé dans la récente analyse de l'école des mines. On a trouvé 10 milligrammes par litre d'eau, analysée à Paris; des traces seulement dans les autres sources.

La source d'*Hauterive* paraît moins ferrugineuse que la précédente, au moins la saveur d'encre y est moins prononcée. Cependant une analyse faite, il y a quelques années, donne 0,4750 de bicarbonate de fer; mais il faudrait des analyses plus directement comparatives. Mais ce qui caractérise cette source, c'est une proportion certainement plus élevée en bicarbonate de soude et surtout en acide carbonique. Nous y reviendrons plus loin en parlant du choix à faire de l'eau de Vichy transportée. *Hauterive* est, à proprement parler, une source de Vichy, dont elle n'est distante que d'environ 4 kilomètres.

Les sources sulfureuses sont : la source des *acacias*, le *grand puits* et le puits *Chomel*.

Toutes ces sources sont faiblement, mais sensiblement hydrosulfurées. L'une d'elles, celle des *acacias*, s'appelait, au temps où l'on nommait chaque chose par son nom, *source des galeux*. Cette dénomination quelque peu brutale a sans doute une signification pratique; cependant nous dirons plus loin que nous n'avons pas, par nous-même du moins, de raison de croire qu'on puisse tirer un grand parti de cette spécialité.

La source du *grand puits* se trouve rangée ici par exactitude; mais quand son eau, exclusivement consacrée à l'usage externe, arrive dans les baignoires après avoir traversé les pompes ou séjourné dans les réservoirs, elle nous paraît assez dépouillée d'hydrogène sulfuré pour qu'il n'y ait plus à s'occuper de ce principe.

Il n'en est pas de même de la source *Chomel*, petit filet d'eau d'une température élevée, à 43°, et dont les applications sont plus directement en rapport avec sa composition.

Si nous voulions être complet, nous aurions à parler encore d'autres sources minérales, en particulier de celles de Cusset, de la source Sainte-Marie, où M. Bertrand fait construire un établissement de bains assez important. Mais ce

vres guidés par la seule routine, et qui répètent sur chaque individu des procédés identiques. Or il est facile de concevoir que s'il y a en jeu un traitement réellement actif — et il ne faut pas en douter — on doit craindre d'en abuser ou d'en user sans discernement. Par conséquent il est périlleux d'en confier l'administration à des mains ignorantes. Il est un autre écueil, et qui vaut la peine d'être signalé : c'est qu'aussi longtemps que les médecins resteront étrangers à la connaissance du manuel quelque peu compliqué d'un massage méthodique et n'en dirigeront pas eux-mêmes l'application, les masseurs, agissant sous leur propre inspiration, seront une cause perpétuelle d'insuccès par leur incapacité d'abord, et en second lieu par leur tendance à substituer aux enseignements de la science les suggestions de leur outrecuidance. Tant que des garanties ne seront pas prises contre ce grave inconvénient, il sera injuste d'imputer à la méthode les mécomptes qu'on pourra avoir à déplorer, et qui, dans tous les cas, suffiront à la discréditer aux yeux du vulgaire.

Et qu'on en soit bien convaincu, le temps n'est pas éloigné où le massage sera devenu un art sérieux, et pour ceux qui l'exerceront une profession estimée et lucrative. Mais aussi la société sera en droit d'exiger de ces auxiliaires de la médecine certaines garanties de capacité qu'ils sont loin d'offrir à présent. C'est afin de hâter ce résultat que j'ai entrepris la tâche de résumer tout ce qui a été écrit depuis quelques années sur cette matière pour en créer un corps de doctrine et lui faire porter ses fruits. De tous ces travaux peu nombreux encore, il n'en est qu'un qui traite la question d'une manière un peu complète et originale : c'est celui de M. le docteur Dreyfus, qui a vu et étudié par lui-même, dans les régions lointaines qu'il a parcourues, les choses dont il parle. Aussi ai-je tenu grand compte de son témoignage.

Je ne veux pas entrer ici dans des développements théoriques sur ce que j'appelle la masso-thérapie, pour faire ressortir les modifications profondes et salutaires qu'on peut imprimer à un organisme à l'aide de certains mouvements méthodiques et basés sur la connaissance des lois de la physiologie. Pour quiconque sait rapporter à leur véritable cause la plupart des lésions de nutrition — hypertrophies, engorgements, dégénérescences, etc..... — le rôle de la circulation périphérique, des sécrétions cutanées et de l'action nerveuse qui préside à ces phénomènes intimes, apparaîtra avec son importance capitale, et aux yeux de celui-là les principes sur lesquels se fonde la médication nouvelle trouveront leur justification pleine et entière. Il ne s'agit point d'ailleurs d'une hypothèse conçue *à priori*, et qui demande à être vérifiée; mais d'une vérité passée à l'état de fait accompli; en un mot, d'une conquête scientifique qui a subi l'épreuve du temps, et dont profitent déjà des nations moins avancées que la nôtre sur la route du progrès.

On se le rappelle ; du jour où la médication par l'eau froide s'est dépouillée de ses exagérations originelles et est venue réclamer modestement sa place dans notre arsenal thérapeutique, elle a conquis le rang qui lui appartenait dans la science et que nul ne lui conteste plus aujourd'hui. Ainsi arrivera-t-il de la massothérapie, lorsqu'elle sera suffisamment connue dans ses procédés, dans son but et dans ses effets.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA CURABILITÉ DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL; par M. DURAND-FARDEL.

M. Durand-Fardel, qui rappelle avec complaisance les travaux de ses devanciers sur la matière et, avec une obligeance plus particulière, les recherches d'un des auteurs de cette revue, n'en est pas moins celui qui a produit le plus de faits à l'appui de la curabilité du ramollissement cérébral. Son TRAITÉ DU RAMOLLISSEMENT a apporté une solution définitive de la question, et les sept observations rapportées dans le présent mémoire pourraient paraître superflues s'il ne restait quelques incrédulités obstinées. L'auteur a disposé ses faits de manière à montrer les principales formes de la cicatrisation. Les détails symptomatologiques y sont à peine indiqués, et la démonstration est surtout anatomique.

Là sans doute n'est pas toute la question. Bien que la disposition des cicatrices, l'ensemble de leurs caractères physiques, puissent trahir souvent la lésion à laquelle elles ont succédé, il est certain que la comparaison des symptômes observés avec les changements survenus dans le tissu cérébral offre encore plus de garanties. Il s'en faut de beaucoup que le ramollissement et l'hémorrhagie soient d'un diagnostic différentiel aussi facile qu'on l'a prétendu; cela est très-vrai, mais il est des cas où toute incertitude disparaît et où le ramollissement est flagrant. Que la guérison ait lieu dans ces circonstances; que le hasard vous mette plus tard à même d'examiner le cerveau de l'individu, et que vous y constatiez la présence d'une cicatrice différente de celle qui est propre aux foyers hémorrhagiques, la curabilité du ramollissement devient un fait démontré. C'est dans ces termes que nous avons posé et examiné ce point de science dans un mémoire publié en 1838 dans la GAZETTE MÉDICALE. Mais, hâtons-nous de le dire, si nous les rappelons, ce n'est pas pour blâmer M. Durand-Fardel de ne s'y être pas conformé. Ses précédentes publications disent assez qu'il entend le problème comme nous; seulement, regardant les caractères des cicatrices du ramollissement comme déterminées, il use d'un droit incontestable en les signalant dans des observations où la marche des symptômes n'a pu être suivie pas à pas. Et il conclut que le ramollissement cérébral « peut guérir à la manière des foyers hémorrhagiques, c'est-à-dire en se limitant et en subissant un travail de résorption de la substance ramollie, analogue à la résorption du caillot de l'hémorrhagie. » « Cette résorption, ajoute-t-il, qui, arrivée à son dernier terme, produit des ulcérations à la surface du cerveau, des cavités ou de vastes déperditions de substance dans la profondeur de cet organe, succède à des transformations dont les caractères les plus importants sont des *plaques jaunes* à la surface du cerveau et des *infiltrations celluleuses* dans la substance médullaire. »

Ajoutons qu'indépendamment des cicatrices proprement dites, le cerveau offre parfois, suivant l'auteur, des ramollissements partiels *stationnaires*,

serait, sans grand profit, abuser de l'attention du lecteur. Tenons-nous-en aux sources actuellement usitées, et qui seules doivent aujourd'hui l'intéresser.

L'usage de l'eau minérale en boisson n'est qu'une partie du traitement thermal à Vichy. Les bains en sont un complément important : les douches devraient l'être. Malheureusement elles ont été sacrifiées jusqu'ici dans l'installation de l'établissement thermal, et celles-ci l'ont été beaucoup aussi dans la pratique de quelques médecins. Nous tâcherons de les replacer ici dans leur juste valeur. Mentionnons encore les douches ascendantes, dont nous développerons les importantes et multiples applications, et nous nous en tiendrons actuellement à ces simples indications, tous ces agents du traitement externe ne nous intéressant guère que par leur mode d'administration.

DURAND-FARDEL,
médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

— Par décret du 27 novembre, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin-professeur : M. Barrallier (Auguste).

Au grade de chirurgien de première classe : MM. Leclerc (Octave-Jules-François-Marie); Thibaut (Louis-Léon); Gueit (Joseph-Jules); Gallerand (René-Ernest); Maisonneuve (Alfred-Auguste-Camille); Lallemand (Jean-Anselme); Beaujean (Jean-Baptiste-Jules), Gaigueron (Louis-Alexandre); Prat (Étienne-Jean-Joseph-Marie).

Au grade de chirurgien de deuxième classe: MM. Jousseaume (Charles-Alexandre-Élie); Savina (Benjamin-Clement-Henri-Marie); Savaria (Antoine-Fernand): Chaunt (François-Auguste); Lebos (Jean-Marie-Théophile); Lacroix (Auguste-Armand); Roux (Joseph Simon); Gaurrier (Ferdinand-Alexandre); Deperche (Jean-Eugène); Aiguier (Joseph-Marcel); Lantuin (François-Hilarion); Gasquet (Jean-Antoine-Eugène).

Au grade de chirurgien de troisième classe: MM. Castillon (Jean-Baptiste-Henri); Meunier (Jacques-Auguste-Alexandre); Dérnas (Michel-Émile); de Rochas (Victor-Henri); Cédont (Marie-Félix-Jules); Normand (Louis-Rusin); Fournier (Amant); Berg (Achille); Marec (Vincent-Marie); Bienvenue (Adolphe-Arsène); Champagne (Bruno); Ricque (Félix-Camille-François-Nicolas-Marie); Moisson (Louis Félix-Édouard); Mattei (Jérôme); Delmas (Élisée-Alexandre); Chadefaux (Pierre); Doué (Pierre-Adolphe).

— M. le docteur Lizel vient de succomber à une longue maladie ; ses obsèques ont eu lieu le 28 novembre à Clermont.

— La Société de médecine de Strasbourg vient de constituer son bureau pour l'année 1853.

M. Lereboullet a été nommé président; MM. Heydenreich et Forget, vice-présidents; MM. G. Tourdes et Ruef ont été réélus secrétaires, et M. Oberlin, trésorier.

c'est-à-dire arrêtés dans leur marche et subsistant malgré la diminution ou même la disparition de la paralysie.

SUR UNE FORME D'ATROPHIE PARTIELLE (TROPHONÉVROSE DE ROMBERG); par M. CH. LASÈGUE.

Au milieu des nombreuses variétés d'atrophie qui ont été, depuis une dizaine d'années surtout, l'objet d'intéressantes recherches, il en est une dont la notion est due à M. Romberg (de Berlin); c'est celle qu'il a décrite en 1846 sous le nom de *nouvelle forme d'atrophie de la face*. Le premier fait qui frappa son attention est celui-ci : Une femme âgée de 23 ans à l'époque de son admission à l'Institut *polyclinique* de Berlin, avait eu à 13 ans une attaque de fièvre tierce, bientôt guérie. A l'âge de 15 ans, elle avait été prise vraisemblablement d'une scarlatine à laquelle auraient succédé des accidents graves. Sa santé générale s'était d'ailleurs parfaitement rétablie. Au moment de l'examen, on constata l'état suivant : côté droit de la face plein et vermeil; côté gauche ridé, desséché comme chez une vieille femme. La ligne médiane établit une démarcation exacte entre la partie saine et la partie malade. Du côté gauche, le front est moins convexe, les cheveux sont rares, l'arc sourcilier est plus saillant, les sourcils sont très-clair-semés, les cils ont disparu, la paupière est amaigrie. Le côté gauche du nez, de la bouche du menton, présente une remarquable atrophie. L'amygdale gauche, la partie gauche de la luette sont réduites de dimension. Pas d'altération du mouvement, de la sensibilité, de la sécrétion, des larmes et de la salive, non plus que de la perspiration cutanée; soumise à l'observation jusqu'en 1851, la maladie a fait des progrès sensibles.

Depuis cette époque, M. Romberg, MM. Hueter et Axman ont publié d'autres faits analogues. M. Lasègue en choisit deux, très-bien circonstanciés, qu'il rapporte avec détails. Nous ne pouvons les reproduire et nous nous contenterons de rappeler à ceux qui voudraient pénétrer plus avant dans cette question qu'ils en trouveront les éléments déposés dans : 1° le KLINISCHE ERGEBNISSE GESAMMELT von Dr Henoch (1846); 2° la thèse inaugurale de M. Schott intitulée : ATROPHIA SINGULARUM PARTIUM CORPORIS, QUÆ SINE CAUSA COGNITA APPARET, TROPHONEVROSIS EST (1851); 3° SINGULARIS CUJUSDAM ATROPHIÆ CASUS NONNULLI, par les docteurs Hueter et Axman; 4° un travail publié par M. Romberg dans KLINISCHE WAHRNEHMUNGEN (1851).

Les auteurs qui se sont occupés de l'atrophie partielle sont en général très-circonspects sur la cause immédiate de cet état morbide. Néanmoins ils penchent tous à le placer dans une paralysie primitive des nerfs de la partie. En effet, quand on songe au rang que tient le système nerveux dans le développement successif des diverses parties de l'embryon, aux atrophies qui suivent souvent des affections évidentes des cordons nerveux, il est bien difficile de chercher ailleurs la cause de ces atrophies partielles qui frappent si vivement aujourd'hui l'attention des observateurs. Il manque, pour décider la question, une donnée importante, celle de l'inspection anatomique. L'autopsie révélerait-elle dans les nerfs qui animent la partie atrophiée une lésion manifestement primitive? C'est ce qu'on ignore. N'y eût-il aucune lésion apparente, il ne serait pas encore bien sûr que le système nerveux ne fût pas le point de départ de tous les phénomènes pathologiques. Il n'y a ici que des présomptions; mais elles ont une valeur réelle. Que s'il en était ainsi, si l'atrophie était primitivement et essentiellement nerveuse, trois ordres de nerf pourraient être isolément affectés à la face: les nerfs du mouvement (contractures de la face spécialement étudiées par un médecin belge, M. François); les nerfs du sentiment (névralgie faciale); les nerfs dits *organiques* (atrophie faciale).

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations critiques sur l'électro-puncture, sur l'électricité par courants, centrifuge ou centripète, et sur l'électrisation des extrémités nerveuses dans leur application à la médecine*; par M. Duchenne (de Boulogne). 2° *Pleurodynie; traitement par l'hydrothérapie; disparition subite de la douleur; guérison en trente-six heures*; par M. Guettet. (Narration colorée et très-intéressante d'une maladie dont M. Guettet a lui-même été le sujet et l'historien. 3° *D'une forme grave de delirium tremens*; par M. Delasiauve. 4° *Des causes maladives, au point de vue analogique*; par M. Anthoine. 5° *De l'action thérapeutique de l'eau de mer, à l'intérieur et à l'extérieur*; par M. Auber. (Résumé d'observations recueillies aux bains de mer de Trouville.) 6° *Contracture intermittente du muscle sterno-mastoïdien droit*; par M. Rehouard. 7° *Considérations générales et pratiques sur l'hydrothérapie*; par M. Guettet. 8° *Large déchirure faite à l'intestin colon par un corps contondant, sans ecchymose et sans lésion aucune à la peau, mort dix-neuf heures après l'accident*; par M. de Morineau. 9° *De l'infanticide obstétrical*; par M. Verger. 10° *Éruptions dartreuses accidentelles, par cause morale*; par M. Gibert. 11° *Mémoire sur l'étiologie et le mécanisme des hydropisies, avec des applications à la pathologie*; par M. Chatin. 12° *Note sur les fièvres intermittentes pernicieuses*; par M. Delasiauve. 13° *Quelques remarques sur la perversion des facultés affectives*; par M. Brierre de Boismont.

D'UNE FORME GRAVE DE DELIRIUM TREMENS; par le docteur DELASIAUVE.

C'est le complément d'un précédent travail que publie aujourd'hui M. Delasiauve; ce n'est même jusqu'à un certain point la rectification. M. Delasiauve n'avait jamais rencontré l'affection que sous une forme bénigne, et son observation était en cela d'accord avec celles de MM. Pinel, Esquirol, Ferrus et Falret. Mais quelques cas de *delirium tremens* suraigu, amenant la mort très-rapidement, se sont présentés dans son service, et quelques recherches bibliographiques lui ont appris que cette forme était loin d'avoir été méconnue. Néanmoins, comme elle tombe rarement sous l'œil du praticien, il a soin d'en tracer les caractères principaux. Il montre successivement en quoi l'œnomanie aiguë diffère de l'œnomanie ordinaire, et comment on peut la distinguer de la manie aiguë.

L'œnomanie suraiguë est caractérisée, dit-il, par une prodigieuse activité nerveuse. Le malade n'a ni paix ni trêve. Aucune partie du corps n'est exempte d'agitation; la face est vultueuse, rouge, violacée même, et grimace par le frémissement prononcé de ses muscles; les yeux roulent dans leur orbite; la peau, sèche et brûlante, s'humecte d'une sueur profuse, visqueuse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa fraîcheur naturelle; elle est le plus souvent desséchée sur ses bords, à sa surface, et couverte, de même que les lèvres, de croûtes fuligineuses. Communément la soif est vive, inextinguible, la respiration plus ou moins gênée; l'altération des traits indique une prostration profonde. Quant au pouls, tantôt il est accéléré, tantôt il contraste, par son rhythme presque normal, avec l'ensemble des symptômes. L'esprit, de son côté, est assailli par des hallucinations, notamment de la vue; elles sont spécialement relatives aux occupations habituelles, aux affaires, aux intérêts. Néanmoins il n'y a pas, à proprement parler, de préoccupation fixe. L'incohérence est complète. Dans un moment, le malade se croit au milieu des siens, interroge celui-ci, répond à celui-là, etc., et dans un autre, voit des fantômes, des animaux. Les paroles se pressent au point de devenir inintelligibles; l'agitation de la tête et des membres est extrême, et le malade ne peut être que très-difficilement contenu.

Ce tableau, tout à fait conforme à ce que nous avons eu occasion d'observer nous-même, il y a peu de temps, chez un jeune homme pris pour la seconde fois d'un accès d'œnomanie qui ne dura pas plus de trois ou quatre heures, diffère sensiblement du *delirium tremens* décrit dans les livres classiques. Alors, comme le dit l'auteur, les scènes fantastiques, qui sont la conséquence d'hallucinations moins fréquentes, moins pressées, sont jusqu'à un certain point suivies. L'exemple qu'il en donne est très-propre à faire saisir sa pensée. Supposons, dit-il, qu'un incendie apparaisse au malade; la sensation se continue en vertu de la série d'idées que ce tableau réveille: bâtiments, meubles, sont successivement envahis par les flammes; des enfants, des femmes, sont exposés à périr. La vue de ce désastre imaginaire inspire à celui qui se figure en être témoin un effroi mêlé de commisération : il se démène, appelle du secours, prodigue les conseils ou les ordres, etc. Il y a là tout un drame, avec des péripéties enchaînées.

Tels sont les principaux traits différentiels des deux formes de *delirium tremens*. Maintenant, comment distinguer le *delirium tremens* suraigu de la manie aiguë proprement dite? La différence est surtout dans le point de départ de la folie, et c'est ce que M. Delasiauve exprime très-bien en quelques mots. « La perversion maniaque provenant de l'excitation intellectuelle ou du défaut d'association des idées, ne ressemble pas à l'agitation alcoolique dérivant presque exclusivement des sensations fausses. » Dans le premier cas, le délire est mobile; le malade chante, rie, pleure, passe avec une excessive rapidité d'un sujet à un autre; on voit, en un mot, qu'aucune préoccupation dominante n'excite et ne gouverne, si on peut le dire, l'aberration intellectuelle. Au contraire, chez l'individu œnomane, les hallucinations l'emportent sur la spontanéité cérébrale, et le délire se modèle sur les perceptions imaginaires.

La plupart des œnomanies suraiguës observées par M. Delasiauve se sont terminées d'une manière fatale. Quand la guérison a eu lieu, elle s'est fait attendre de huit à quinze jours. Sous le rapport de la durée des accidents, le sujet que nous avons eu occasion d'observer paraît faire exception; car, nous le répétons, le délire n'a duré que peu d'heures; il a été remplacé par quelques heures d'un sommeil profond; le lendemain, la face exprimait la stupeur; le surlendemain, la guérison était complète. Et les circonstances du fait, aussi bien que les caractères mêmes du délire ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature des accidents.

S'il est une forme de délire où les évacuations sanguines paraissent tout d'abord applicables, c'est assurément l'œnomanie aiguë, et l'on sait que

ce moyen, absolument repoussé par le plus grand nombre des praticiens, est exceptionnellement accepté par d'autres. L'expérience de M. Delasiauve donne raison aux premiers. Chez deux malades, il a ouvert largement la veine, tous deux ont succombé, l'un quelques heures après, l'autre le lendemain. Un troisième ne tira pas meilleur profit des sangsues appliquées aux oreilles. Deux autres fois pourtant, des ventouses scarifiées à la nuque semblèrent amener quelque soulagement. Mais les moyens qui ont paru le plus efficaces sont le tartre stibié, l'opium, la glace sur la tête et les bains tièdes. Relativement à l'opium, l'auteur regarde les très-fortes doses (12 grains, par exemple) comme généralement dangereuses, malgré les succès qu'elles peuvent avoir parfois procurés. Il n'a jamais dépassé 5 grains par jour, imitant en cela l'exemple de sages et célèbres praticiens.

LARGE DÉCHIRURE FAITE A L'INTESTIN COLON PAR UN CORPS CONTONDANT, SANS ECCHYMOSE ET SANS AUCUNE LÉSION A LA PEAU; par M. DE MORINEAU.

Ce cas n'est certes pas sans analogie; mais cependant, dans la plupart des observations de ce genre, c'est un viscère solide, de structure résistante, le foie, la rate, qui a été le siége de la déchirure. Et elle s'explique alors facilement par la densité même de l'organe qui ne lui permet pas d'éluder l'action de la force vulnérante. Ici rien de pareil; c'est l'un des plus souples et des plus mobiles viscères qui a été compromis; cette circonstance ajoute un vif et nouveau degré d'intérêt au récit qu'on va lire.

Obs. — Le 2 février 1852, vers quatre heures du soir, M. de Morineau fut appelé auprès d'un ouvrier qui avait reçu pendant la nuit précédente un violent coup de pied dans le bas-ventre. Faible, la face pâle, la respiration courte, anxieuse, le pouls dépressible et fréquent, il fut transporté à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, où il mourut le lendemain à huit heures du matin.

Autopsie. — La peau du ventre et de la poitrine n'offrait aucune trace de contusion ni de violence.

La région inguinale droite était un peu tuméfiée; en l'incisant, on fit sortir une sérosité sanieuse et sanguinolente, provenant d'un foyer situé dans l'abdomen. Il existait un sac de hernie inguinale de ce côté.

Les intestins, distendus par des gaz, avaient leur membrane péritonéale rosée, épaissie et injectée; dans quelques points même, elle se déchirait et s'enlevait avec une assez grande facilité.

L'épiploon, rouge et enflammé, offrait dans le flanc droit des adhérences nombreuses, les unes récentes, les autres anciennes, avec les organes voisins, et notamment avec le colon ascendant.

En le renversant, on découvrit une sanie noirâtre et épaisse, abondante, la même qui remplissait le sac herniaire inguinal. On put alors reconnaître sur le colon une large ouverture, presque circulaire, du diamètre de 2 centimètres et demi, à bords réguliers et déchiquetés (1). Cette déchirure était récente; elle présentait l'aspect d'une plaie faite par écrasement ou attrition. Le fond et tout le pourtour de la plaie intestinale se trouvaient souillés de sang, et dans une étendue d'environ 8 à 9 centimètres carrés, le colon était largement ecchymosé. Dans son épaisseur, on distinguait du sang noir épanché, ainsi que de nombreux caillots de même couleur, tout à fait consistants, qui étaient interposés entre les membranes et l'intestin.

Le reste du tube digestif, non plus que les autres viscères n'avaient aucune lésion.

DE L'INFANTICIDE OBSTÉTRICAL; par M. VERGER.

Quoiqu'il ne puisse servir ni de preuve, ni même de base à une présomption dans la discussion pendante, le fait qui suit est trop piquant pour que nous le laissions ignorer à ceux de nos lecteurs qui conservent encore le souvenir des discussions récentes sur la valeur de l'embryotomie comparée à celle de l'avortement.

Vers 1830, dit M. Verger, un médecin breton, appelé en consultation par un confrère, auprès d'une femme en couches, voulut perforer le crâne, disant qu'il avait la certitude de la mort de l'enfant. Son confrère s'y refusa. On attendit deux heures; on put alors appliquer le forceps, et l'on fit l'extraction d'une petite fille pleine de vie, ainsi que sa mère.

Cette fille vient de se marier cette année. Elle est seule héritière. On lui avait parlé si souvent de la sentence de mort prononcée contre elle et de l'opposition qu'avait mise un médecin à son exécution qu'elle est allée elle-même prier ce médecin de vouloir bien assister à ses noces.

— Le trait est bon; mais il fallait ne pas rester à moitié chemin; et nous aurions été curieux de savoir quelle figure aurait faite au banquet le confrère céphalotome, si la mariée avait eu la malicieuse générosité de l'y convier lui aussi.

(1) Ces deux expressions paraissent contradictoires; mais elles sont textuelles, et nous avons dû les conserver. (Note du réd.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Avril, mai et juin 1852.)

ANÉVRISME CIRSOÏDE DU CUIR CHEVELU GUÉRI AU MOYEN DE LA GALVANO-PUNCTURE; par M. NÉLATON.

Cette maladie peut, sans aucun doute, être guérie par la ligature. Mais outre que ce serait sur la carotide primitive qu'il faudrait porter le fil, les faits connus jusqu'ici ne font entrevoir, comme conséquence ordinaire de cette médication hardie, qu'une amélioration et non pas une guérison radicale et définitive. La nouvelle méthode, réhabilitée par M. Pétrequin, — ou, pour mieux dire, qu'il a transportée de *physique* en *clinique*, — rend donc ici un service doublement signalé et pour les dangers dont elle affranchit le malade et pour les garanties de solidité qu'elle donne à la guérison.

La théorie faisait assez pressentir la convenance de la galvano-puncture pour le traitement de cette affection. Il restait seulement à vérifier si, sous l'influence du courant circulatoire, le caillot déterminé par l'électricité ne serait pas détruit. Le fait suivant montre que cet effet, dont on pourrait d'ailleurs empêcher ou atténuer les résultats par une compression méthodique, n'est point aussi à craindre qu'on l'aurait pu penser *à priori*.

Obs. — Une jeune femme d'environ vingt années se présente à l'hôpital Saint-Louis pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait à la partie moyenne du front. Lorsqu'elle entra dans le service de M. Nélaton, cette tumeur, située au-dessus de la bosse nasale, s'étendait au plus vers le côté gauche du front; son diamètre était d'environ 3 centim.; elle était manifestement constituée par des vaisseaux repliés sur eux-mêmes, dont on constatait très-facilement les flexuosités par le toucher, et l'on percevait en même temps un frémissement prononcé surtout au moment de la diastole artérielle. Lorsque l'oreille venait à remplacer le doigt, on constatait un bruit de souffle continu avec renforcement. Ces varices artérielles s'étaient montrées, au dire de la malade, peu de temps après une forte contusion reçue deux ou trois mois auparavant. Le diagnostic ne pouvait être douteux pour le chirurgien; c'était une tumeur constituée par la dilatation anévrismale des troncs artériels situés dans cette région.

La situation de la tumeur sur la ligne médiane du front aurait rendu nécessaire la ligature des deux troncs carotidiens; aussi M. Nélaton, plutôt que de pratiquer une opération aussi hasardeuse, préféra-t-il tenter l'action de la galvano-puncture.

L'électricité fut appliquée de la manière suivante: deux aiguilles furent implantées dans les points de la tumeur où l'on sentait des battements très-apparents, puis mises en rapport avec un système de piles de Bunsen, composé de trente couples, que l'on fit agir par courant non interrompu pendant dix minutes.

La douleur fut très-faible, même pendant la durée de l'action de l'électricité; et le lendemain, à la visite, on apprécidit déjà les bons résultats de cette première application. Dans le rayon d'un centimètre du point d'implantation de l'aiguille qui avait été mise en contact avec le pôle positif de la pile, on constatait une dureté témoignant de la coagulation du sang contenu dans les flexuosités artérielles qui constituaient cette portion de la tumeur.

Une semblable application de l'électricité fut pratiquée huit jours plus tard dans un autre point de la tumeur, et amena le même résultat. Bref, six séances de galvano-puncture suffirent pour éteindre les battements dans toute l'étendue de la tumeur, et amener l'oblitération du lacis d'artères qui la constituait.

Les parties dures se résorbèrent peu à peu, sans ramener la perméabilité des varices artérielles.

A. Dechambre et P. Diday.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

SAIGNÉE DES OS.

M. Laugier communique sur ce sujet la lettre suivante:

L'analogie que les maladies du tissu osseux établissent entre ce tissu et les parties molles, m'a fait penser que plusieurs moyens usités pour combattre les affections des parties molles pourraient être avec avantage introduits dans le traitement des maladies des os. J'ai cru, par exemple, qu'il y aurait utilité à *saigner* les os dans l'ostéite, et à ouvrir le plus tôt possible aux productions accidentelles qui se forment dans leur intérieur une voie que la nature ne prépare et n'opère que lentement et trop souvent dans une direction fâcheuse, ainsi qu'elle le fait lorsqu'elle épanche ces produits morbides dans une articulation voisine de l'extrémité d'un os long.

Je n'ai pas été effrayé de la nouveauté de l'entreprise ni des objections théoriques qu'elle pourrait soulever.

Après avoir trouvé un instrument convenable, je me suis occupé de déterminer ses points d'application sur chaque os malade.

Des expériences faites à Alfort et plusieurs observations recueillies sur l'homme prouvent déjà qu'il est possible et même facile de tirer en quelques minutes d'un os sain, et *à fortiori* d'un os malade, une quantité très-notable de sang, par exemple 40 à 45 grammes. Ces observations, dont le résultat a été jusqu'ici très-satisfaisant, ont démontré aussi que la piqûre faite au tissu osseux pour extraire ce sang est d'une complète innocuité.

Je n'avais point dessein de communiquer mes recherches sur ce sujet à l'Académie des sciences, avant d'avoir recueilli des faits assez nombreux pour fournir une conclusion rigoureuse; mais la publicité anticipée donnée dans un journal de médecine à mes premières expériences sans ma participation, et même à mon insu, quoique faite dans une intention qui n'était pas malveillante, me force, pour prendre date, et sans solliciter, quant à présent, la formation d'une commission de l'Académie, de lui annoncer mes essais, et de lui en indiquer le but par cette lettre jusqu'à ce que je sois en mesure de lui en faire connaître les résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et de l'agriculture communique :

1° Un rapport de M. le docteur Missa, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Pont-Arcy (Aisne), depuis le 1er août dernier jusqu'au 15 septembre suivant. (Comm. des épid.)

2° Un rapport de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le village de Congeac, commune de Saint-Paulien (Haute-Loire), depuis la fin de juillet jusqu'au 15 octobre dernier. (Même comm.)

3° Un rapport fait au conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Gironde, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce département pendant l'année 1849.

4° Quatre autres lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. Leroy-d'Étiolles adresse pour être mis sous les yeux de l'Académie *un urétrotome à renflement latéral pouvant couper à volonté d'avant en arrière et d'arrière en avant*, semblable pour la forme et le mode d'action à celui que M. Charrière fils a fait présenter à la dernière séance. Cet instrument que M. Leroy-d'Étiolles a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique, le 25 février 1851, a figuré aux deux expositions de l'industrie de Paris et de Londres dans la vitrine de M. Mathieu où M. Charrière a pu le voir et l'étudier. Ce fabricant dit avoir emprunté à M. Civiale une modification qui a pour but de faire saillir davantage la lame pour couper plus sûrement d'arrière en avant. Cette disposition, suivant M. Leroy, est défectueuse; mieux vaut, dit-il, employer dans ce but, comme il le fait, le mécanisme de l'urétrotome de M. Reybard, sans toutefois donner à la lame toute la saillie qui constitue le procédé de ce chirurgien.

M. le secrétaire perpétuel en présentant l'instrument de M. Leroy fait remarquer qu'il diffère en plusieurs points importants de l'instrument présenté dans la précédente séance par M. Charrière fils.

— M. Gérardin annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses correspondants de Nancy, MM. de Haldat et Bonfils.

— M. Gaultier de Claubry, au nom de la commission des onze membres, fait un rapport verbal sur le choix de la section à laquelle devra appartenir la première nomination. La commission a décidé que cette nomination devrait avoir lieu dans la section d'anatomie pathologique.

En conséquence M. le président déclare la vacance ouverte dans cette section.

— M. Londe lit un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre du commerce, en date du 11 octobre 1852, demandant l'avis de l'Académie sur un appareil fabriqué par M. Langlois, et destiné à recevoir les évacuations des malades hors d'état de se mouvoir dans leur lit. La commission propose de répondre au ministre que l'appareil de M. Langlois ne présente pas le caractère d'une découverte, et que, quant à l'utilité qu'il peut avoir, il n'a aucun avantage, ou n'a que bien peu d'avantages sur ceux qu'on a fabriqués jusqu'ici. (Adopté.)

EAUX MINÉRALES DE LA HERSE (ORNE.)

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire relatif aux eaux minérales de la Herse (Orne), par M. Charault, professeur de physique au lycée Napoléon.

L'objet du travail de M. Charault est de faire connaître la véritable nature des eaux de la Herse, sur lesquelles on n'avait jusque-là que des données très-insuffisantes.

Ces eaux renferment du gaz carbonique, azote et oxygène; par l'ébullition, elles déposent des carbonates de chaux et de fer, des chlorures de calcium, de sodium et de magnésium, des sulfates de mêmes bases, de l'acide silicique, des carbonates de chaux, de magnésie et de fer, et des traces d'iodure de potassium, des matières organiques, et enfin des traces d'arsenic.

Conclusions : Remercîments à l'auteur. (Adopté.)

ANALYSE D'UN LIQUIDE QUI S'ÉCOULE DE L'OREILLE DANS LES CAS DE FRACTURE DU CRANE.

M. Bussy lit un rapport sur une note de M. Deschamps, ayant pour titre : Analyse d'un liquide qui s'est écoulé de l'oreille d'un homme qui avait une fracture du crane.

Dans le courant de 1851, un blessé fut admis dans le service de M. le docteur Gustave de Guise, chirurgien adjoint à la maison nationale de Charenton. Ce blessé était tombé sur la tête, du haut d'une voiture de charbon; il présentait une fracture de la base du crâne, accompagnée d'un écoulement abondant de liquide séreux par l'une des oreilles. Le liquide, recueilli, fut confié à M. Deschamps, pharmacien de l'établissement, qui voulut bien en faire une analyse détaillée : c'est le résultat de ce travail que M. Deschamps a soumis au jugement de l'Académie, et sur lequel nous sommes appelés aujourd'hui à lui présenter un rapport.

L'analyse faite par M. Deschamps se résume en ceci :

Le liquide analysé était incolore, inodore. Sa saveur était salée; son action sur le papier de tournesol était alcaline. Il n'était pas coagulé par la chaleur, mais il perdait sa transparence; il était précipité par l'acide azotique, le tanin, le sous-acétate plombique, l'azotate argentique, etc. Il réduisait l'oxyde de cuivre à la manière du glucose, et laissait dégager de l'acide sulfhydrique lorsqu'on l'acidulait avec de l'acide acétique, après l'avoir fait bouillir avec de la potasse. L'alcool le rendait opalin; l'acide chlorhydrique en dégageait de l'acide carbonique, et le colorait en violet après un certain temps.

Sa densité était de 1.0077. Sa composition chimique était représentée par :

Eau	98,899
Albumine, matière grasse, osmazome, matière réduisant l'oxyde de cuivre	00,183
Sels	00,918
	100

Ainsi qu'on peut le voir par ce qui vient d'être exposé, le travail de M. Deschamps n'offre, dans les corps qu'il est parvenu à isoler, aucun élément nouveau, aucune combinaison qui soit de nature à fixer spécialement l'attention des chimistes.

Toutefois, ajoute M. le rapporteur, si ce travail ne se recommande pas par la nouveauté des résultats, il présente cependant un grand intérêt, par le jour qu'il jette sur un point important de pathologie chirurgicale qui a divisé longtemps les observateurs. A ce titre, il mérite toute l'attention de l'Académie.

On avait observé depuis longtemps que certaines lésions traumatiques de l'enveloppe osseuse du cerveau étaient accompagnées de l'écoulement par l'oreille d'une sérosité limpide abondante; mais on n'avait aucune donnée précise tant sur l'origine de ce liquide que sur sa nature, et sur les conditions anatomiques et pathologiques nécessaires à son écoulement. Ce n'est que depuis peu de temps que l'attention des chirurgiens a été appelée sur ce sujet.

Des travaux publiés sur ce sujet, il semble résulter aujourd'hui que les écoulements séreux dont nous parlons coïncident toujours avec une fracture du rocher et une déchirure des enveloppes membraneuses du cerveau dans le voisinage de la fracture. Cette coïncidence laissait entrevoir déjà que le liquide écoulé peut avoir sa source dans l'intérieur même du crâne; mais elle ne fournit aucune donnée sur la nature propre de ce liquide et sur son origine précise.

Quelques chirurgiens ont pensé, et c'est l'idée qui devait se présenter la première à l'esprit, que la cause qui produisait les fractures du rocher déterminait en même temps un épanchement intracrânien; que le sang épanché filtrant à travers des membranes lésées, pénétrait, ainsi dépouillé de son caillot, dans le rocher d'où il s'écoulait à l'extérieur, par la rupture du tympan qui paraît être une condition nécessaire des écoulements dont nous parlons.

D'autres ont supposé que c'étaient simplement les liquides de l'oreille interne qui se répandent à l'extérieur.

Enfin, quelques autres, faisant observer que le rocher est, dans une grande partie de son étendue, en contact avec de vastes sinus sanguins, ont admis que, par suite de la rupture de ces os, le sang pouvait s'épancher directement de ces sinus dans les cavités de l'oreille, en traversant les minces parois membraneuses par lesquelles le sinus est en contact avec le rocher, et que cette simple filtration suffisait pour le séparer du caillot.

Notre regrettable confrère Auguste Bérard avait émis sur ce sujet une opinion remarquable par sa hardiesse, opinion qui semble aujourd'hui généralement adoptée et qui a été particulièrement soutenue par notre collègue M. Robert.

Ces chirurgiens, considérant le peu de temps qui existe ordinairement entre la fracture du crâne et l'écoulement du liquide transparent, frappés d'ailleurs de la rapidité et de la continuité de cet écoulement, ont admis que le liquide n'avait pas seulement sa source dans la cavité intracrânienne, mais qu'il y était tout formé, qu'il ne faisait que s'échapper par l'ouverture qu'on lui avait faite, qu'il n'était autre, en un mot, que le fluide céphalo-rachidien existant dans l'enveloppe osseuse du système cérébro-spinal, et qui se reproduit, comme on le sait, avec une si grande rapidité.

Cette hypothèse, ou plutôt cette explication, diffère des précédentes en ceci, et c'est là le point essentiel qui permet une vérification expérimentale, que le liquide transparent qui s'écoule par l'oreille à la suite des fractures de la base

du crâne n'est point du sérum du sang, mais le liquide céphalo-rachidien lui-même.

La question, réduite à ces termes, n'est donc plus qu'une simple question de chimie.

Trois analyses ont été faites, l'une par M. Chatin, la seconde par M. Rabourdin (d'Orléans), la troisième par M. Deschamps.

Dans ces trois analyses, on retrouve à l'état de sels inorganiques le chlore, les acides sulfurique, carbonique, phosphorique, la potasse, la soude. M. Rabourdin ajoute à ces éléments minéraux une trace de chaux; M. Chatin, une trace de magnésie.

En somme, ce qui ressort de cet examen comparatif, c'est que le liquide sur lequel ont agi ces trois expérimentateurs est identique dans sa constitution.

Cette identité de composition du liquide examiné implique nécessairement une origine commune, mais quelle est cette origine? Le liquide qui s'écoule de l'oreille provient-il directement du sang dont la fibrine et la matière colorante auraient été retenues dans les tissus environnants, pour ne laisser passer que la portion liquide?

Cette supposition ne saurait être admise, par cette simple raison que le sérum du sang renferme, suivant tous les observateurs, 8 p. 100 environ d'albumine, tandis que le liquide dont il s'agit n'en renferme pas ou n'en renferme que des traces.

Les mêmes considérations de composition éloignent toute idée d'une communauté d'origine entre ce liquide et la plupart des autres humeurs de l'économie, telles que la lymphe, les liquides renfermés dans les membranes séreuses, ceux qui pourraient s'accumuler accidentellement dans l'intérieur du crâne, par suite de l'inflammation des membranes du cerveau, humeurs qui, malgré quelques analogies extérieures avec le liquide écoulé de l'oreille, s'en distinguent toutes par la présence de l'albumine et la propriété de se coaguler plus ou moins complétement par la chaleur.

L'on arrive ainsi par voie d'exclusion à admettre que le produit de l'économie dont il se rapproche le plus est le liquide céphalo-rachidien.

La note de M. Deschamps renferme une observation que nous n'avons pas encore fait connaître, et sur laquelle cependant il peut être bon d'appeler l'attention des membres de cette Académie que le sujet intéresse particulièrement.

M. Deschamps a remarqué que le liquide qu'il a analysé a la propriété de réduire l'oxyde de cuivre à la manière du glucose; c'est un caractère qu'il convient de signaler, afin qu'il puisse être constaté, s'il y a lieu, dans d'autres cas analogues.

M. Deschamps ne dit pas précisément que la liqueur qu'il a examinée renferme du glucose, mais seulement une matière réduisant l'oxyde de cuivre comme le glucose.

Nous ne pouvons qu'approuver cette réserve, parce qu'en effet le glucose n'est pas la seule substance ayant la propriété de réduire l'oxyde de cuivre; néanmoins nous admettons comme probable la supposition que la matière dont l'existence est signalée est en effet du glucose semblable à celui que l'on rencontre dans l'urine des diabétiques, et que l'on trouve si fréquemment dans l'économie, depuis que les belles recherches de M. Bernard ont fixé sur ce sujet l'attention des chimistes et des physiologistes.

Dans les cas de fracture de la base du crâne, il paraît inévitable que la moelle allongée ne soit pas plus ou moins intéressée sur une certaine étendue. Or M. Bernard a montré qu'une piqûre, qu'une irritation quelconque produite dans cette partie de l'encéphale à l'origine des nerfs pneumogastriques, avait pour résultat immédiat une production exagérée du sucre, à tel point qu'on le retrouve alors, non-seulement dans l'urine, mais dans le sang et dans la plupart des liquides. Il y aurait donc à observer si cette présence du sucre dans le liquide provenant des fractures de la base du crâne est constante. Dans le cas où elle coïnciderait avec l'apparition simultanée du sucre dans l'urine, avec un diabète accidentel, on ne pourrait guère la rapporter qu'à une lésion du genre de celle que nous signalons.

Si, au contraire, le sucre se trouve exclusivement dans le liquide écoulé par l'oreille sans que rien ne fasse présumer une production anormale de cette matière dans les autres liquides de l'économie, il faudra chercher la source du sucre dans le liquide céphalo-rachidien lui-même

Jusqu'à présent aucune recherche n'a été faite dans ce but. M. le rapporteur a cherché à combler cette lacune par des expériences sur des animaux, et il a constaté qu'en effet le liquide céphalo-rachidien renferme une matière susceptible de réduire l'oxyde de cuivre à la manière du glucose.

Son opinion personnelle, sous la réserve cependant de ce que l'expérience ultérieure pourrait démontrer, est donc que le liquide céphalo-rachidien de l'homme doit renfermer, comme le liquide transparent épanché par l'oreille, une certaine quantité de sucre; mais, ajoute M. le rapporteur, comme cette proportion, d'après ce que nous avons observé sur le cheval, doit être extrêmement faible, nous serions disposé à admettre qu'une portion du sucre que M. Deschamps indique dans le liquide écoulé par l'oreille, provient surtout d'une production anormale déterminée par une lésion de la moelle allongée à l'origine des nerfs pneumogastriques.

Cette opinion, qui est extrêmement probable depuis les recherches de M. Bernard sur la formation du sucre dans l'économie animale, pourrait être vérifiée par l'observation directe.

S'il est vrai, en effet, que le sucre indiqué dans le liquide épanché par l'oreille provienne en totalité ou en partie d'une lésion de la moelle allongée, il devra se rencontrer aussi dans d'autres liquides de l'économie, dans l'urine particulièrement; dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'on n'observe aucune production anormale, il doit provenir exclusivement du liquide céphalo-rachidien.

Il y aura donc à observer, lorsque l'occasion se présentera, si les fractures du crâne avec épanchement de liquide transparent par l'oreille ne coïncident pas avec un état diabétique accidentel, qui serait alors la simple conséquence d'une lésion du cerveau.

Si cette prévision vient à se réaliser, elle pourra jeter quelque jour sur la cause du diabète et sur son traitement; elle montrera peut-être combien on est éloigné de la bonne voie en s'attachant uniquement à combattre l'existence du sucre dans les urines, phénomène secondaire qui peut bien avoir son importance sans doute, mais qui est essentiellement subordonné à une lésion dont il serait le symptôme caractéristique.

J'espère que nos collègues beaucoup plus compétents que moi sur ces matières voudront bien ne pas juger trop sévèrement les réflexions qui précèdent, auxquelles je me suis trouvé inévitablement entraîné par la nature du sujet que j'avais à traiter devant l'Académie.

M. le rapporteur termine en proposant, pour conclusion, de renvoyer le travail de M. Deschamps au comité de publication. (Adopté.)

DU CHAUFFAGE DES EAUX SULFUREUSES FROIDES.

M. BOULAND, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, lit un mémoire sur le chauffage des eaux sulfureuses froides et sur son influence sur les résultats thérapeutiques.

L'auteur, après avoir rappelé les divers systèmes de chauffage successivement mis en usage à Enghien et en avoir signalé les inconvénients par des analyses comparatives, expose en ces termes les résultats des recherches qu'il a entreprises pour obvier à ces inconvénients :

Le chauffage des eaux sulfureuses froides, dit M. Bouland, favorisant la transformation des hydrosulfates en hyposulfites, est une opération mauvaise, coûteuse et qui ne profite à personne. Il faut la supprimer entièrement et se borner à additionner dans la baignoire l'eau sulfureuse avec une certaine quantité d'eau commune bouillante.

Cette méthode la plus simple n'altère pas l'eau minérale et conserve au bain une richesse sulfureuse très-considérable.

L'auteur a additionné de l'eau sulfureuse d'eau ordinaire à différents degrés de manière à obtenir la température du bain. De ces expériences exposées dans un tableau détaillé, il conclut que le mélange fait avec l'eau commune à 60° élève l'eau sulfureuse à la température du bain sans lui faire éprouver de perte forte et qu'il ne se forme pas d'hyposulfite. Mais dans la pratique, il y aurait un grand avantage à n'employer que l'eau bouillante, parce qu'on utiliserait son calorique latent.

J'ai insisté à dessein, dit-il en terminant, sur cette transformation de l'hydrosulfate en hyposulfite. Pour la thérapeutique, c'est un fait important. L'action du premier sel est parfaitement connue, appréciée, celle du second est presque inconnue et, pour dire ma pensée tout entière, j'ajouterai que l'intégrité de l'hydrosulfate fait prévoir la valeur médicale d'une eau sulfureuse, établit sa supériorité. Les sources sulfureuses les plus justement estimées ne sont ni les plus riches ni les plus thermales, mais bien celles que leur température permet d'utiliser sans le secours de l'art. Ainsi à Baréges, les sources Palard et Tempere donnent en moyenne de 35° à 36°, et ce sont les plus célèbres quoique les moins sulfureuses de Baréges. Elles contiennent 0gr,010 et 0gr,011 de soufre, tandis que la grande Douche en contient 0gr,020, la Buvette 0gr,017 et le bain de l'entrée 0gr,016.

A Cauterets, c'est Laraillère qui jouit d'une réputation européenne. Elle sort à 38°,5 et ne contient que 0,007 de soufre, tandis que César, les Espagnols et Bruzard en contiennent 0gr,012 et 0gr,015, mais elles ont 48° c.

Je pourrais multiplier ces exemples et les prendre même en dehors du groupe des eaux sulfureuses.

Si l'on se rappelle les recherches qu'a faites notre collègue M. Gerdy jeune à propos de l'influence des bains sur l'organisme, on verra que les sources tempérées sont dans les meilleures conditions pour agir énergiquement sur l'économie.

D'après cet expérimentateur, c'est la température de 35° qui favorise le plus l'absorption des principes constituants d'une eau minérale. Lors donc que la nature nous la donne à ce degré, on évite les réservoirs, le chauffage ou le refroidissement, et les malades, qu'on me passe cette expression, peuvent se baigner dans une eau vierge. Voilà ce qui a lieu à Baréges et dans quelques autres localités privilégiées.

En présence de ces faits, ne serait-il pas mieux d'attribuer au calorique naturel des propriétés merveilleuses et complétement hypothétiques? Personne ou le sait, n'a pu encore démontrer la moindre différence entre la chaleur naturelle et celle de nos foyers.

Mais si le calorique paraît être dans toutes les eaux de la même nature et par conséquent paraît avoir la même action, en est-il de même de l'hydrosulfate et de l'hyposulfite?

Qui croira que le soufre agisse de même sous l'un et sous l'autre état. Pour moi, je sais que l'expérience chimique démontre le contraire. Laissez de l'eau d'Enghien au contact de l'air pendant quatre ou cinq heures, baignez-y un vieil eczema, un lichen chronique, etc., vous ne verrez survenir aucune excitation. Répétez cette expérience en employant de l'eau sulfureuse au même degré, mais qui n'aura pas éprouvé le contact de l'air, etc., vous ne tarderez pas à voir paraître une excitation très-notable. Dans l'un et dans l'autre cas le calorique est le même, la température la même. Pourquoi donc les effets sont-ils différents? C'est que dans le premier cas, le soufre est à l'état d'hyposulfite, et que dans le second on a un sulfure en dissolution.

Est-il donc irrationnel d'attribuer à l'état chimique différent l'influence différente aussi observée sur l'économie?

Si les résultats thérapeutiques sont moins beaux avec les eaux froides, c'est que pour les approprier à nos besoins nous les laissons s'altérer, c'est que la nature nous donne des hydrosulfates et que dans nos appareils ils deviennent des hyposulfites. Conservons l'intégrité du médicament qu'elle nous offre, alors, mais seulement alors, nous pourrons faire des études chimiques fécondes et comparables; alors, mais seulement alors, le praticien soucieux des intérêts de ses clients pourra donner un conseil éclairé, consciencieux, profitable.

L'auteur résume le sujet de cette communication dans les conclusions suivantes:

1° Les eaux sulfureuses thermales de Baréges, Cauterets, etc., et celles froides d'Enghien, produisent, l'action spéciale de la base étant mise de côté, deux résultats thérapeutiques différents, parce qu'avec les premières les bains contiennent le soufre à l'état d'hydrosulfate, et qu'avec les secondes ils le contiennent à l'état d'hyposulfite.

2° On peut conserver à l'eau d'Enghien son intégrité en élevant la température par l'addition d'eau ordinaire bouillante.

3° A l'avenir l'autorisation d'exploiter les eaux sulfureuses froides ne sera délivrée qu'en spécifiant l'emploi du mode de chauffage susénoncé et celui du gazomètre à air désoxygéné de MM. François, Filhol et Chambert. (Comm. des eaux minérales.)

Après cette lecture, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'OR DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES DES OS (deuxième mémoire); par M. le docteur A. LEGRAND. — Brochure in-8°. — Chez J. B. Baillière.

Ce n'est pas assez que d'avoir éprouvé l'efficacité d'un traitement; vous n'aurez rempli que la moitié de votre tâche si vous n'avez porté dans les esprits la conviction que vous avez puisée dans votre propre expérience. Et cette partie de votre tâche ne sera pas la moins difficile, car s'il a suffi à un expérimentateur, pour s'édifier sur la valeur d'une méthode thérapeutique, de l'impression produite sur son esprit par les résultats de ses expériences et par leur comparaison avec les effets connus des médications en usage, il aura de bien autres exigences à satisfaire pour faire accepter son assertion. Nous serons, en effet, en droit de lui demander qu'il apporte la preuve que les résultats observés sont réels et bien dus à la médication employée et non le produit du simple hasard ou de circonstances concomitantes. Pour qui a réfléchi aux nombreuses sources d'erreurs en matière d'expérimentation et aux difficultés de toute sorte dont s'entoure tout problème thérapeutique, une semblable démonstration n'est pas aisée à établir. Une preuve de cette nature, pour être rigoureuse, devrait reposer sur l'une de ces deux conditions: ou l'effet thérapeutique produit l'est en vertu d'une action physiologique connue, de telle sorte qu'il y ait, entre ces deux termes, la manifestation de l'effet physiologique inhérent au moyen appliqué et les effets thérapeutiques produits, un rapport constant et nécessaire qui porte en quelque sorte avec lui tout à la fois la preuve et le caractère de son efficacité. Ou bien, à défaut de ces données rationnelles qui ne laissent plus à l'esprit qu'un simple travail d'induction, la preuve de l'efficacité d'une médication se fonde sur des observations multipliées; mais à la condition, ainsi que le formulait un illustre géomètre, que le tact et l'expérience propres du médecin lui feront juger de la similitude des cas et apprécier les circonstances exceptionnelles. Malheureusement, il faut en convenir, il est bien peu de méthodes thérapeutiques qui reposent sur l'une ou l'autre de ces conditions. On peut compter les méthodes rationnelles. Quant aux méthodes empiriques, nous sommes encore à attendre celles qui seraient établies sur les données rigoureuses du calcul. Est-ce à dire cependant que tout ne soit que doute et obscurité en médecine pratique? Non assurément. En dehors de ces deux méthodes rigoureuses, seules capables de donner la certitude scientifique, il existe encore des sources où le médecin peut puiser les éléments d'une grande probabilité, dont il faut bien, à défaut de mieux, que l'art se contente. Lorsque le sulfate de quinine a été introduit dans la pratique, il n'a pas fallu longtemps pour se convaincre de son efficacité. La constance des effets obtenus dut suffire bientôt pour fixer toutes les opinions, et sans que le calcul ait eu à intervenir, sans qu'il ait été nécessaire de scruter en vertu de quelle action moléculaire intime avaient lieu ses effets médicateurs, on peut dire que c'est un des résultats les mieux constatés et qui approchent le plus de la certitude. Nous pourrions en dire autant de quelques autres médications empiriques dont la démonstration ne repose en quelque sorte que sur le consentement à peu près universel des praticiens. On chercherait en vain, peut-être, la preuve scientifique rigoureuse de l'efficacité de l'iodure de potassium contre les accidents syphilitiques constitutionnels. Mais si vous recueillez individuellement l'opinion des praticiens les mieux informés, vous aurez dans la presque unanimité de leurs réponses un témoignage imposant en faveur de l'efficacité de ce médicament.

Telle est la base la plus générale sur laquelle repose l'appréciation plus ou moins approximative d'une méthode thérapeutique. Nous ne voudrions pas nous montrer plus rigoureux à l'égard du mode de traitement dont nous avons en ce moment à apprécier la valeur, qu'on n'a droit de l'être et qu'on ne l'a été généralement à l'égard des autres méthodes; nous ne demanderons pas à l'auteur qui s'en est fait un des promoteurs les plus ardents, de nous produire sa preuve expérimentale formulée en chiffres ou déduite d'un rapport physiologique à l'abri de toute contestation. Mais dans cette situation particulière où nous nous trouvons placés, entre une assertion qui a d'ailleurs à nos yeux tous les caractères de la conviction et de la bonne foi, et l'opinion générale qui semble avoir refusé jusqu'ici son assentiment aux entreprises des rares partisans de la médication aurique, c'est un devoir pour nous d'examiner les faits invoqués par M. Legrand, et d'en peser la valeur avec d'autant plus de soin, que ce sont à peu près les seuls documents de quelque importance que nous possédions jusqu'ici sur ce point de thérapeutique.

Le mémoire de M. Legrand se compose de 30 et quelques observations, groupées en raison de certaines analogies de lésions et en raison surtout de la gravité des cas qui en font l'objet et de l'importance des résultats obtenus. Toutes ces observations ont trait à des affections scrofuleuses des os, c'est-à-dire aux accidents de la maladie scrofuleuse habituellement les plus graves et les plus rebelles à tous les moyens de traitement. Sur ces 30 observations, nous trouvons 16 cas de carie siégeant sur diverses régions du corps (le plus grand nombre sur les os des membres inférieurs), 7 cas de tumeurs blanches, 3 cas de carie ou d'affection tuberculeuse des vertèbres (mal de Pott), 2 cas de nécrose et 1 cas où l'affection osseuse est incomplètement déterminée. Dans la plupart de ces cas, les lésions osseuses étaient compliquées d'un état général plus ou moins fâcheux. Sur ce nombre, nous trouvons 27 guérisons et 4 morts; mais sur ces 27 guérisons, 23 seulement sont complètes et peuvent être attribuées au traitement suivi, une guérison ayant eu lieu spontanément sans aucun traitement, une autre sous l'influence probable d'un changement de régime et d'habitudes, et 2 cas enfin n'ayant été qu'améliorés seulement. D'un autre côté, sur les 4 cas de mort, il en est 2 qui doivent être élagués, les malades n'ayant été soumis à aucun traitement; dans 2 seulement la mort est survenue malgré l'administration de l'or. De sorte que si l'on voulait fonder, sur les observations de M. Legrand, les bases d'un calcul statistique, il faudrait prendre pour total le chiffre de 28, représentant le nombre des malades traités par l'or; et sur ces 28 cas, nous trouverions 23 guérisons, 2 améliorations, 2 morts et 1 cas douteux, dont l'auteur hésite lui-même à attribuer la guérison au traitement.

Ce chiffre semblerait, au premier abord, parler hautement en faveur de la médication aurique. Si nous le rapprochons des résultats numériquement constatés de l'emploi d'une des médications le plus en honneur, celle de l'iode par exemple, nous trouvons que M. Baudeloque n'a obtenu, à l'aide de ce médicament, sur 30 cas de carie, que 4 guérisons et 12 améliorations. D'après une évaluation plus large de M. Lebert, l'iode se serait montré avantageux, dans les affections scrofuleuses des os, dans la moitié des cas environ. D'où l'on voit que l'avantage serait encore ici tout en faveur de l'or, si le chiffre ci-dessus pouvait être considéré comme l'expression exacte des faits. Mais, outre que les observations sont beaucoup trop peu nombreuses pour fournir les éléments d'un calcul même approximatif, on sait combien il faut être circonspect dans un pareil système d'appréciation. Pour qu'on en pût déduire une conséquence d'une valeur réelle, il faudrait posséder, d'une part, des séries de faits parfaitement comparables, et, d'autre part, pouvoir les rapporter à une moyenne connue des cas de mort ou de guérison spontanée. Enfin l'auteur ne nous dit pas, d'ailleurs, si les 28 cas qu'il a réunis dans ce mémoire, en vue évidemment de démontrer l'efficacité de l'or, ont été choisis dans une série de faits plus nombreux, ou si ce sont là, sans choix et sans distinction, tous ceux qu'il lui a été donné d'observer. On comprend qu'en l'absence de cette donnée, toute appréciation quantitative est impossible. Laissons donc de côté des calculs inapplicables dans l'espèce, et examinons les faits en eux-mêmes.

Nous trouvons dans les observations du mémoire de M. Legrand, tant sur les effets physiologiques immédiats de la médication que sur les résultats définitifs, ainsi que sur la durée des traitements et la persistance de la guérison, des détails circonstanciés qui permettent d'apprécier directement la valeur réelle de la méthode.

En général, l'auteur a eu le soin, dans toutes les observations qui lui sont personnelles, et ce sont les plus nombreuses, d'indiquer les traitements antérieurement mis en usage, la durée du traitement aurifère et, autant que cela lui a été possible, l'époque d'où date la guérison. Dans un grand

nombre des cas auxquels il a en affaire, des traitements antérieurs, le plus souvent par les préparations d'inde, avaient été longtemps suivis sans résultat, lorsqu'il a commencé le traitement par l'or ; et ce n'a été jamais qu'après plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois de traitement, que les effets curateurs de l'or se sont manifestés, c'est-à-dire assez longtemps après la cessation du traitement antérieur, pour qu'il ne soit plus possible de lui attribuer ce résultat, et pas assez longtemps après pour qu'on puisse mettre en doute l'efficacité de l'or et se demander si la guérison n'a pas été l'effet du temps et des révolutions naturelles de l'âge. Si l'on considère, en effet, que chez la plupart des sujets la maladie datait de plusieurs années, qu'il s'agissait chez tous d'affections scrofuleuses des os, de caries, de tubercules, de tumeurs blanches, de luxations spontanées, etc., c'est-à-dire des formes les plus graves, les plus persistantes et les plus difficilement curables de la scrofule, et que la guérison a eu lieu chez quelques-uns dans l'espace de deux à trois mois (minimum), chez le plus grand nombre en cinq ou six mois en moyenne, on pourra bien sans doute accorder encore que, dans quelques circonstances exceptionnelles, la nature aura pu faire à elle seule les frais de la guérison, mais il serait difficile de méconnaître dans la majeure partie des cas l'influence salutaire du traitement. Cette influence, d'ailleurs, nous allons la retrouver d'une manière tout aussi manifeste, au moins dans les effets généraux de la médication.

Il ne suffit pas que la guérison ait suivi l'emploi d'un agent thérapeutique pour qu'on soit autorisé à lui attribuer, surtout si cette guérison est susceptible de se produire spontanément par les seuls effets naturels ou par les effets éloignés des traitements précédemment suivis ; il faut encore, pour que la conclusion soit légitime, que l'influence de cet agent se soit montrée, sinon par un de ces effets spécifiques hors ligne qui ne laissent aucun doute sur la nature du résultat obtenu, au moins par quelques signes qui indiquent une action générale, une modification physiologique plus ou moins appréciable de l'économie. L'un des effets les plus constants de l'emploi de l'or, sous quelque forme qu'il soit administré, effet qui a été constaté par toutes les personnes qui en font l'essai et que nous avons eu récemment l'occasion de reconnaître nous-mêmes dans une circonstance différente de celles dont il s'agit ici, c'est l'excitation particulière que cette substance paraît exercer sur les organes digestifs et l'activité générale qui en résulte dans les fonctions nutritives. Or les signes de cette excitation de l'appareil digestif et de l'accroissement d'activité nutritive se sont manifestés, chez tous les malades traités par M. Legrand, peu de temps après l'administration de l'or, et ce n'a été qu'après cette première manifestation de l'action générale de l'or sur l'économie, que les symptômes locaux de l'affection scrofuleuse ont commencé à se modifier et que la maladie a marché dans la voie de la guérison. Sans rechercher ici, avec M. Legrand, si c'est par le fait même de cette action bienfaisante des préparations aurifères sur les organes de la digestion et de la nutrition et partant sur l'état des forces vitales elles-mêmes que s'effectueraient ces guérisons, ou bien si ce serait en vertu d'une action dynamique ou moléculaire spéciale inconnue, il nous suffira, pour le moment et pour le but que nous nous proposons, de constater les modifications qui surviennent dans l'économie à la suite de l'administration des préparations d'or et la relation qui existe entre ces modifications physiologiques et le travail curateur qui en est la suite.

Il est une autre circonstance importante que l'auteur n'aurait pu négliger de signaler sans encourir un grave reproche. et qu'il n'a eu garde d'omettre : c'est la solidité et la persistance de la guérison. En jetant un coup d'œil sur ses observations, on voit qu'elles datent pour la plupart déjà de longues années, et que M. Legrand a indiqué, autant que cela lui a été possible, et pour tous les malades qu'il a pu revoir, l'état où ils se trouvaient au moment où il a écrit son mémoire, et le temps écoulé depuis la guérison. Or nous trouvons des guérisons constatées, sans retour d'accidents, datant, les unes de 12 ans, de 13 ans, de 14 ans, quelques-unes de 26 et même de 28 ans.

Nous ne terminerons pas cette analyse des faits invoqués par M. Legrand en faveur de sa médication de prédilection, sans toucher à un point de la question qui eût dû primer les autres considérations, s'il se fût agi de toute autre maladie moins bien caractérisée par ses symptômes extérieurs et moins facile à reconnaître que la scrofule : nous voulons parler du diagnostic. Nous n'eussions même pas songé à soulever ici cette question, tant la nature de la maladie est évidente dans la plupart des cas, si, dans le nombre, ne se trouvaient quelques faits exceptionnels à l'égard desquels le doute était très-légitime. On a dû remarquer, dans l'énumération rapide que nous avons faite des observations qui constituent le fond de ce mémoire, qu'il s'agissait de quelques cas de carie des vertèbres (mal de Pott) : trois guérisons sur trois cas de mal de Pott, cela nous a paru mériter d'être examiné d'un peu près ; et nous devons dire que le résultat de cet examen n'a pas été de tout point satisfaisant. Sur ces trois observations, deux ont été communiquées à l'auteur, une seule est extraite de sa pratique. Dans les deux observations communiquées, on trouve bien l'indication des signes principaux d'une carie ou d'une affection tuberculeuse des vertèbres ; mais la laconicité de la rédaction est telle qu'il est très-difficile de se rendre compte des principales circonstances qui ont accompagné la guérison. En présence d'un résultat aussi important, ce défaut de détails inspire une défiance dont on a de la peine à se défendre. L'observation de M. Legrand, comme toutes celles qui lui sont personnelles, est rédigée avec tout le soin et les détails désirables ; nous y trouvons tout le cortége de l'affection scrofuleuse la mieux caractérisée ; mais la description qu'il fait d'une tumeur bilobée sur le trajet de la colonne vertébrale, sans déviation, ni symptômes de compression, peut tout aussi bien se rapporter à une tumeur tuberculeuse ou phlegmoneuse sous-aponévrotique qu'à une tuberculisation des vertèbres. De sorte qu'ici encore la guérison n'a pas toute la valeur qu'on aurait désiré lui trouver. Nous ne prétendons contester ni la possibilité, ni même la réalité de ces faits, mais nous croyons qu'ils commandent une grande réserve dans les conséquences à en tirer, et qu'il faudrait de nouveaux essais faits dans des circonstances mieux déterminées pour fixer l'opinion à cet égard.

Quoi qu'il en soit, abstraction faite pour le moment de ces quelques cas douteux et nonobstant les faits négatifs opposés par d'autres expérimentateurs, il n'en ressort pas moins des autres séries de faits des témoignages qui nous paraissent irrécusables en faveur de l'utilité des préparations d'or dans les scrofules des os ; conclusion prévue déjà dans le premier mémoire de l'auteur sur les scrofules des parties molles et qui répond au vœu qu'exprimait en 1837 la commission de l'Académie des sciences chargée d'en faire un rapport.

Maintenant quel rang la médication aurique devra-t-elle occuper parmi les médications antiscrofuleuses? Les primera-t-elle toutes, ne sera-t-elle qu'une sorte de succédané de l'iode et des autres agents en usage ; ou aura-t-elle sa place marquée à côté de ces diverses médications, comme remplissant plus spécialement une indication déterminée dans le traitement des scrofules? Ce sont là des questions que le mémoire de M. Legrand est insuffisant à résoudre et qui n'exigeraient pas moins que des expériences comparatives multipliées, telles que ne peut les comporter la pratique civile. C'est donc aux médecins placés à la tête de grands services spéciaux qu'il convient de faire cet appel ; et quel qu'en doive être le résultat définitif, M. Legrand aura toujours à nos yeux le mérite d'avoir poursuivi un but louable à travers les mille difficultés d'une semblable expérimentation, avec un zèle et une persévérance rares et vraiment dignes d'éloges.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour l'agrégation a commencé mercredi à la Faculté de médecine. Treize candidats étaient présents. La question de la composition écrite (première épreuve) sortie de l'urne est ainsi conçue :

« Des gaz du tube digestif et des conditions physiologiques et pathologiques qui président à leur production, et des conséquences de leur accumulation.

— Nous avons dit que les artistes dramatiques de la Martinique, déjà cruellement éprouvés par la fièvre jaune, autorisés par le gouverneur, s'étaient retirés dans un lieu dit la Convalescence, où des bâtiments, qui sont la propriété de l'État, s'élèvent sur un plateau renommé pour la salubrité de l'air qu'on y respire ; le fléau ne s'est pas arrêté devant ce changement de demeure, et plusieurs artistes ont succombé encore. A la date du 29 octobre 1852, 12 étaient morts sur 35.

— En Danemarck, la vaccination est de rigueur partout, même pour se marier. Aucun officier de l'état civil ne pourrait marier une personne qui n'apporterait pas un certificat de vaccine. Aussi n'est-il pas rare de voir des hommes et des femmes se faire vacciner au moment de marcher à l'autel.

— M. Serres, professeur, membre de l'Institut (ou en son absence M. le docteur Jacquart, aide d'anthropologie au Muséum), commencera le cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, le jeudi 16 décembre 1852, à deux heures et demie précises, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

La première partie du cours sera consacrée à l'anatomie de l'homme, et à son application à la détermination des caractères des races humaines.

— Nous recevons de M. Eug. Renault (d'Alfort) une lettre sur l'inoculation préservative de la pneumonie épizootique des bêtes bovines, que nous publierons dans notre prochain numéro.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE PUBLIQUE; ÉLOGE DE BOYER.

La séance publique de l'Académie de médecine a eu lieu mardi dernier. L'Académie était au complet, renforcée de deux rangs de dames au pied de la tribune. Après le rapport sur les prix, que l'honorable secrétaire, M. Gibert, sait toujours rendre court et substantiel, deux qualités essentielles pour les œuvres de ce genre, M. Dubois, secrétaire perpétuel, a lu l'*Éloge* de Boyer. Est-ce le mot qui convient au discours prononcé mardi? Sans doute Boyer a été loué; car l'on ne peut raconter ses travaux et sa personne sans que le récit même devienne un éloge. Mais, en réalité, le discours de M. Dubois est une *biographie* arrangée pour la circonstance; car, à l'exception d'un passage que nous rapportons plus bas, sur le sens scientifique et les destinées de l'anatomie, on n'y trouve qu'une étude tout extérieure de l'homme, du professeur et du savant. C'est une simple remarque, et non un blâme, que nous nous permettons ici. Un orateur n'est responsable que dans les limites qu'il s'est volontairement assignées, et quand il a bien précisé ce qu'il entendait faire, la critique n'a d'autre droit que d'examiner s'il l'a fait *secundùm artem*. Or M. Dubois, amené à parler de Boyer, un an après que M. Roux en avait fait le sujet d'un discours de rentrée à la Faculté de médecine, ne s'était proposé qu'une sorte de narration complémentaire, et il a eu soin d'en prévenir tout d'abord l'assistance. « Si j'ose, a-t-il dit, esquisser quelques traits en dehors de cette belle composition, c'est uniquement pour disputer à l'oubli quelques-uns de ces détails que le temps aura bientôt effacés de la mémoire des contemporains, détails touchants, simples comme celui qui les a fournis, et qu'à ce titre peut-être, vous ne trouverez pas indignes de vous être racontés. »

Cette précaution oratoire n'est pas seulement la justification anticipée du discours; elle contient en germe un aperçu très-vrai sur le genre adopté. La partie privée, intime, anecdotique, de la vie d'un homme célèbre est, entre les mains des contemporains, un dépôt d'autant plus précieux qu'il dépend d'eux d'en enrichir ou d'en frustrer la postérité. Le caractère, les habitudes, la tournure d'esprit, l'intention, le son de voix, l'expression de l'œil, les mille incidents de chaque jour, tout ce qui ne marque dans la traversée de ce monde qu'un sillon mouvant et bientôt refermé, sera comme non avenu si un pieux narrateur ne prend soin de l'enregistrer. Quel charme pourtant les générations ne trouvent-elles pas dans ces détails, qui les font, pour ainsi dire, respirer, converser, se promener, boire, manger, rire et s'émouvoir avec ceux que l'histoire a sacrés! Nous regrettions, l'autre jour, de voir M. Piorry tenter l'impossible, en essayant de faire à Fouquier une place considérable dans la science de son temps; c'était le cas de se rabattre sur la vie privée. Mais cette règle du genre n'implique pas que, par opposition, on doive négliger la vie privée des hommes qui ont imprimé sur leur époque une marque profonde et durable. Bien au contraire, plus leur action a été puissante, plus leur renommée a eu d'éclat, et plus la postérité est avide des plus petites particularités de leur existence et de leurs moindres habitudes. On apprend avec intérêt que César avait une telle habitude du cheval, qu'il pouvait se tenir au galop les mains derrière le dos, et l'on n'est pas fâché de se le représenter se grattant souvent la tête avec sa main gauche. Les anecdotes de Saint-Simon, de madame de Sévigné, de Guy-Patin, sur les hauts personnages du temps, ont une saveur particulière. Il semble qu'on se fasse une idée plus juste des grandes scènes qui ont tenu le monde attentif, en voyant les acteurs dans la coulisse. L'illusion peut bien diminuer, mais c'est au profit de la vérité.

Encore une fois donc, l'honorable secrétaire perpétuel a non-seulement fait usage d'un droit, mais accompli une tâche utile et méritoire, en envisageant Boyer par le côté biographique. Ajoutons qu'il y a réussi, comme le lui ont prouvé des applaudissements répétés. A sa place pourtant, nous aurions essayé de contracter le récit. Précisément parce que le genre était exclusif, il était condamné à un peu de monotonie; il était privé d'une partie des ressources du vrai panégyrique qui, allant de l'anecdote à l'appréciation scientifique, de l'homme à son époque, et de son époque à celles qui l'ont précédée ou suivie, trouve aisément la diversité. L'intérêt ne peut s'attacher indéfiniment même aux objets agréables; le pâté d'anguille finit par tuer l'appétit. Nous aurions supprimé également deux ou trois détails qui, si nous en croyons certains signes, n'ont pas satisfait le goût de l'auditoire, notamment celui qui concerne les habitudes nocturnes des deux époux. Mais, ces réserves faites pour l'acquit de notre conscience, hâtons-nous de dire que le discours est un tableau tracé avec finesse, avec vérité, où Boyer revit dans dans toute la simplicité de son caractère, dans la droiture de son cœur et la fermeté de son jugement.

A. Dechambre.

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur Lebert.

(Suite. — Voir le nº 46.)

3º DES KYSTES DERMOÏDES DES BOURSES.

Les auteurs qui ont écrit sur l'inclusion ont cité des cas où celle-ci avait lieu dans les bourses. Toutefois ces exemples sont loin d'être fréquents. Un des plus célèbres de tous est celui observé en 1818 par le docteur Dietrich de Glogau (1): c'est celui d'un enfant qui, peu de temps après la naissance, présenta d'abord des difficultés pour uriner, et ensuite une tumeur du côté droit des bourses. A l'âge de 7 mois, on fit la circoncision à cause d'un phimosis congénial, et l'extirpation du testicule à cause de la tumeur qui avait beaucoup grandi; celle-ci avait 4 pouces et 3 lignes de long sur 2 pouces et 4 lignes de large et renfermait assez d'os d'un véritable squelette, bassin, vertèbres, os des membres, etc., pour ne pas permettre le moindre doute. La planche donnée dans les Notices de Froriep (t. XIV, p. 15) montre de la façon la plus convaincante un squelette, bien

(1) Graefe et Walther, Journal, t. V, p. 183-86.

Feuilleton.

ÉLOGE DE BOYER.

La longueur du travail de M. Dubois nous empêche de le publier en entier; nous en extrayons les passages qui donnent le mieux l'idée du savant et du professeur.

. . . .

« A l'époque où M. Boyer composa son grand Traité d'anatomie, c'est-à-dire de l'an V à l'an VIII, deux écoles se trouvaient en quelque sorte en présence et se disputaient la prééminence: l'une qui avait eu pour chef Desault et qui allait avoir pour interprète le fidèle, le minutieux Gavard; l'autre qui avait eu pour fondateur Haller, Sœmmering, Vicq-d'Azyr, et qui allait se recruter de l'ingénieux, du séduisant Bichat.

» La première qu'on aurait pu appeler l'école *anatomique chirurgicale* voulait qu'on s'en tînt uniquement et exclusivement à la simple et pure description des conditions matérielles des organes: qu'on n'exigeât de l'anatomiste que deux qualités personnelles: de l'attention et de la patience. Ne tenant aucun compte de la destination des organes, de leur aptitude physiologique, elle ne voyait, dans l'organisme humain, que des parties molles et des parties dures, des cavités et des canaux, des boîtes et des cylindres; elle n'apercevait, dans les organes, que des faces, des angles et des bords, et décrivait, avec un égal soin, tous ces accidents, sans autre considération que celle de leurs rapports avec les faces, les bords, les angles, les enfoncements et les saillies des parties voisines ou contiguës.

» L'autre école, au contraire, ne séparait jamais l'examen des fonctions de la description des parties; elle déclarait qu'une chaîne indissoluble lie les travaux de l'anatomiste aux recherches du physiologiste et aux observations du médecin.

» L'école de Desault était fière de la réalité et de la stabilité de ses connaissances; elle ne sortait point de la matière; et, par cela même, elle ne craignait pas de s'égarer; n'ayant et ne voulant avoir dans son domaine que les dépouilles de la mort, elle soutenait que l'anatomie ainsi comprise est bien à elle seule une science parfaitement distincte, et une science d'autant plus susceptible de progrès, que chaque génération apporte un supplément de notions à la somme de connaissances déjà acquises, science enfin d'autant plus précieuse qu'elle tire d'elle-même son mérite, et que pour être estimée elle n'a pas besoin des ornements du langage et du style

» L'école de Haller et de Bichat soutenait, de son côté, qu'il ne faut pas séparer l'esprit de la matière; que, loin de s'attacher à cette éternelle et stérile contemplation de la mort, il faut chercher, dans ces restes inanimés, le souffle de la vie, et partir de l'idée pour arriver à la véritable notion de l'édifice humain; que considérer ainsi les organes dans leurs seules conditions matérielles, c'est fermer les yeux à la lumière, c'est-à-dire à la science.

qu'incomplet. Ce cas se trouve, sous divers noms, dans plusieurs recueils. Nous allons les citer pour éviter des erreurs bibliographiques commises par plusieurs auteurs qui ont cité ce fait. Le travail original a été communiqué par Wendt (de Breslau) dans ses TABULÆ VOTIVÆ (Vratislav 1822), à l'occasion du 50e anniversaire du doctorat du docteur Rosemberg (de Breslau). Froriep en fait mention deux fois dans ses NOTICES (t. I, p. 287, ensuite t. XIV, p. 15). Friedlaender le décrit dans la REVUE MÉDICALE (t. VIII, p. 361), et enfin dans le JOURNAL de Graefe, c'est Michaelis qui en rend compte.

Un autre cas d'inclusion non douteuse se trouve dans le XIIIe volume des NOTICES de Froriep et a été rapporté par le docteur Ekl de Landshut (1). Le sujet de cette observation est un enfant d'un an environ, né à Gilgenberg en Autriche, auquel on a extirpé une tumeur des bourses de 5 pouces de long sur 2 et demi de large. Les os contenus dans la poche appartenaient manifestement à un squelette. On put reconnaître des côtes, une épine dorsale, une cuisse, jusqu'au genou, un des yeux, etc.

Tout en admettant ces cas non douteux d'inclusion testiculaire, nous croyons que plusieurs fois on n'a pas examiné avec assez de sévérité la question de savoir s'il s'agissait d'un kyste de nouvelle formation ou vraiment de débris d'un fœtus. Nous allons citer quelques exemples qui montreront à quel point ce doute est légitime. Parmi les cas récents d'inclusion, un de ceux qui ont le plus attiré l'attention des pathologistes, il faut citer celui qui a été observé en 1840, à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Velpeau (2), et dont M. Cruveilhier (3) donne une description dans son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. En voici le résumé : Le nommé Gallochat (d'Esternay), âgé de 27 ans, d'une forte constitution, porte depuis sa naissance une tumeur scrotale à droite qui, dès l'âge de 4 mois, a été constatée par le docteur Senoble et qui n'a cessé de s'accroître depuis. Elle est ovoïde, dure, d'une consistance osseuse dans quelques points, du volume du poing, située en dehors et à droite du scrotum. La peau qui la recouvre est plus blanche et plus fine que celle qui l'entoure; elle est complétement insensible. Il y a plusieurs ouvertures fistuleuses par lesquelles sortent de la matière grasse et des poils. La tumeur extirpée ayant été disséquée, M. Velpeau en donne, en résumé, la description suivante : La couche extérieure est cutanée, comme nous venons de le voir. Dans l'intérieur on voit deux petits kystes à contenu albumineux, ressemblant à l'humeur vitrée. Un troisième kyste du volume d'un œuf de perdrix renferme une matière jaune verdâtre que M. Velpeau compare au méconium ; un quatrième sac renferme une masse grumeleuse entourée de poils, et M. d'Arcet y a trouvé des écailles épidermiques et de la matière sébacée. L'ouverture fistuleuse d'un des kystes à matière verdâtre donne passage à une mèche de poils, ce qui fait comparer cette ouverture à l'anus. On trouve de nombreux os articulés dont un premier groupe a de la ressemblance avec la clavicule, le scapulum et l'humérus; le second, plus volumineux, semble appartenir au bassin ou bien à la base du crâne. On reste dans le doute si l'on a affaire à un corps du sphénoïde ou à un sacrum. La troisième série enfin paraît comprendre des portions de vertèbres ou des fragments d'os indéterminés.

Nous ne trouvons dans cette description que la constatation de ressemblance vagues, mais aucune détermination anatomique précise. Nous demanderions comment il a pu se faire qu'un fœtus s'est divisé en kystes multiples, et comment le méconium a pu s'enkyster séparément, tandis que le prétendu anus par lequel sortait une mèche de poils constituait un autre kyste fistuleux. Il est donc bien permis de douter que l'on ait eu véritablement affaire à un reste de fœtus, et en outre les fragments osseux réunis ne permettent pas de conclure à l'existence d'un squelette, car on a vu à quel point la détermination faite par M. Velpeau a été vague. La matière grasse et les poils enfin se développent, nous l'avons vu, dans des circonstances où il n'est pas permis d'admettre une inclusion. Dans l'ovaire, où également toutes ces productions ne sont point pour nous des résidus d'un produit de conception, on trouve aussi tous les passages entre des plaques osseuses difformes et d'autres qui ont une ressemblance éloignée avec quelques os du squelette, entre un fragment osseux dentiforme et des centaines de dents. Nous nous abstenons d'entrer plus avant dans cette discussion ici, vu que nous y reviendrons plus loin à l'occasion des kystes pilifères des ovaires.

M. Corvisart a eu l'obligeance de me communiquer le fait suivant avec dessin, qui également avait été envisagé comme un cas d'inclusion, bien que les preuves me paraissent absolument manquer dans le récit de ce fait que je transcris ici littéralement.

OBS. — Arthur Berrot, âgé de 20 mois, naquit avec quelque chose de particulier aux bourses; mais la femme qui le soigne et qui n'est point sa mère ne peut donner aucun renseignement précis. Cette femme l'a auprès d'elle depuis deux mois; les bourses de l'enfant étaient alors, dit-elle, dans l'état où elles sont aujourd'hui; le petit malade ne paraissait nullement en souffrir. Il y a un mois environ on vit qu'elles augmentaient de volume; on l'apporta à la consultation de M. Nélaton qui sentit dans la bourse droite une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de pigeon; le testicule paraissait y adhérer intimement. La tumeur est dure, bosselée çà et là, transparente, au reste indolente. On pensa avoir affaire à une hydrocèle; mais une ponction pratiquée le 19 juin 1845 donna la sensation de plusieurs diaphragmes traversés; il ne s'écoula presque pas de sérosité. Le 25 juin la tumeur fut enlevée; l'enfant guérit.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La tumeur est incisée longitudinalement. Quoique le cordon spermatique fût adhérent à la tumeur, il n'y a pas trace de testicule; l'aspect de la masse n'est pas cancéreux, mais paraît formé de cellules graisseuses plus ou moins pressées et condensées. Çà et là quelques kystes contenaient un peu de sérosité; examinée au microscope, elle ne présente aucun globule cancéreux, on n'y voit que des cellules graisseuses.

Les points les plus remarquables sont les suivants : vers la partie inférieure de la tumeur est une poche contenant des poils très-nombreux, follets et implantés sur du tissu blanc, dur, épais, dermoïde, formant calotte, et qu'on peut comparer à du cuir chevelu. Tout à côté est une seconde poche qui contient quelques poils plus durs, plus longs, plus foncés, analogues à des poils de cils.

Vers le centre de la tumeur, on sent au histouri des points osseux, et la dissection découvre à droite et à gauche deux os triangulaires. Sont-ce des omoplates? A droite, un os long articulé en haut et en bas avec un autre os long; à ce dernier accolé avec fixation mobile un autre os long. N'y a-t-il pas là un humérus, un cubitus, un radius? Une sorte d'aponévrose ou de tendon part de l'extrémité inférieure du premier os long et se perd à droite dans les masses graisseuses. A gauche il est uni à un autre os long articulé, d'une autre part à

(1) Froriep, NOTIZEN, t. XIII, p. 282.
(2) GAZETTE MÉDICALE, 15 février 1840.
(3) Cruveilhier, TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE. Paris, 1849. T. I, p. 375.

» Vous devez prévoir, messieurs, quelle était, de ces deux écoles, celle que M. Boyer avait suivie. Le milieu dans lequel nous avons vécu, les premières impressions que nous avons reçues, les événements que nous avons traversés, et puis enfin notre nature propre sont autant de circonstances qui, à notre insu, nous portent à adopter telles idées, telles manières de penser plutôt que telles autres.

» M. Boyer, naturellement calme, attentif et patient, privé de cette première culture de l'esprit qui, en élevant l'intelligence, la dispose aux grandes conceptions, M. Boyer, dis-je, a dû instinctivement se tourner vers un genre d'enseignement qu'il trouvait naturellement à sa portée, et dont il reconnaissait l'utilité immédiate. C'est donc à l'école de Desault qu'il s'attacha de préférence, et pour n'en jamais sortir; aussi disait-il que la reconnaissance et la vérité lui faisaient un devoir de déclarer que c'était dans les leçons de cet homme célèbre, enlevé trop tôt à l'humanité et à la chirurgie, qu'il avait puisé la partie méthodique de son ouvrage.

» Méthode fort simple, du reste, car, dès les premières pages, M. Boyer prend le squelette humain pour en énumérer et en décrire toutes les pièces, en commençant, comme de coutume, par le classique *frontal* ou *coronal*. Et il faut bien le reconnaître, messieurs, nous avons tous suivi cette méthode qui, après tout, est celle qui convient le mieux aux commençants; aussi, et malgré les éloquentes protestations de Bichat, qui s'écriait que la nature ainsi considérée est repoussante, et que de telles méthodes tuent le génie sans soulager la mémoire; de Bichat, qui soutenait que si Desault eût vécu il aurait brisé lui-même l'autel qu'il avait élevé; malgré, dis-je, ces éloquentes protestations, c'est toujours la méthode de Boyer qu'on suit d'abord dans nos écoles, ce sont toujours ces classiques divisions qu'on adopte : l'*ostéologie* d'abord, puis la *myologie*, etc., pour finir par la *splanchnologie*.

» Mais il faut dire que M. Boyer avait exagéré jusqu'aux défauts de son école; on l'a vu prétendre que toute recherche, toute élégance, toute élévation de style est un *contre-sens* dans les sciences!

» Que pour lui, renfermé dans l'enceinte des amphithéâtres, livré aux occupations les plus pénibles et souvent les plus dégoûtantes, il ne pouvait avoir d'autres prétentions que de dire des choses vraies et utiles, sans s'inquiéter des formes de son langage.

» Son but a été atteint : il n'a rien omis, rien négligé, il a pu donner à son livre le titre de TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE. Mais qu'en est-il résulté? C'est que le premier ouvrage qui a suivi le sien le dépassant en faits de détails, a été, par cela même plus complet, et par cela même préféré.

» C'est le sort inévitable de tout livre de science qui n'a d'autre mérite que celui d'être exact et complet; comme la science marche toujours, ces livres ne sont exacts et complets qu'un moment, à moins que leurs auteurs, par un travail de chaque jour, ne continuent à pousser incessamment ce rocher pour en augmenter indéfiniment la masse. Ainsi a fait M. Boyer, qui, pendant vingt années et dans cinq éditions successives, a su tenir son ouvrage au complet, et le vivifier en quelque sorte par de continuelles additions; mais dès qu'il s'est reposé, un autre est venu qui lui a ravi le fruit de ses veilles, et on a pu dire de son livre : *Il a vieilli!* »

. . . .

un os triangulaire plat; celui-ci a été un peu divisé par la section d'une petite portion cartilagineuse. On trouve de plus au-dessous et à droite du premier os triangulaire un os plat quadrilatère rosé, et au-dessous un petit point osseux, et un autre enfin en dehors et au-dessus de celui-ci. On rencontre en haut et sur la ligne médiane une vésicule de sérosité sur laquelle est implanté un long poil. Au-dessus du premier os triangulaire est un os articulé avec un autre, lequel présente supérieurement un appendice en forme de bec; un kyste est dans l'intérieur de ces expansions osseuses.

La lecture de ce fait décrit d'une façon un peu confuse et le dessin exactement fait qui l'accompagne font voir qu'il n'y a là qu'une ressemblance fort éloignée, je dirai forcée tout à fait, avec un fœtus, et qu'en dernière analyse il n'y a que plusieurs kystes dermoïdes dont les uns contiennent des poils implantés et les autres des os informes réunis par du tissu cellulaire. Avec un peu d'imagination, on parvient à comparer ces tronçons à des os du squelette, et leur réunion par du tissu cellulaire lâche à des articulations. Or jamais, dans les véritables inclusions, l'imagination ne trouve ce champ vaste d'interprétation sur des ressemblances vagues et insignifiantes; mais l'observateur le plus impartial reconnaît des fœtus dans les inclusions qui sont vraiment des produits de conception.

Un cas semblable, bien plus instructif encore pour notre opinion, se trouve rapporté dans le JOURNAL MÉDICAL MENSUEL D'ÉDIMBOURG par Goodsir (1) dont voici le résumé : La tumeur a été enlevée avec le testicule par M. Duncan, à un garçon âgé de 8 ans. Le testicule lui-même était très-altéré et transformé en un tissu fibreux mêlé de graisse et de matière grumeleuse. Près de la réflexion de la tunique vaginale sur le testicule se trouvent deux appendices en forme de massue couverts d'une substance cutanée et offrant des poils bien implantés à la base surtout. Quelques poils semblent même provenir de la surface de la tunique vaginale. Dans la substance de ces projections cutanées, surtout dans la plus large, se trouvent des masses de cartilages mous avec quelques canaux vasculaires par places. Ces cartilages sont en partie ossifiés et on y reconnaît tous les éléments histologiques du véritable tissu osseux. Parmi les os, il y en a un qui ressemble à un sablier et qui a environ un demi-pouce de longueur. Voilà donc encore un cas dans lequel il serait de toute impossibilité d'admettre comme origine de la tumeur la présence d'un produit de conception. La tunique vaginale donne naissance à des projections cutanées, velues, dans l'épaisseur desquelles se trouvent des productions cartilagineuses et osseuses. Nous avons du reste déjà signalé ailleurs, à l'occasion de l'enchondrome et du cancer du testicule, la grande propension du testicule à renfermer, dans ces maladies, du cartilage et de l'os; nous en avons pour notre part rencontré dans les testicules tuberculeux et cancéreux. Tous les chirurgiens attentifs ont confirmé ce fait, et les musées d'anatomie pathologique sont riches en pièces de ce genre. J'ai rencontré aussi un kyste sébacé non douteux dans un testicule cancéreux. En un mot, le testicule paraît partager avec l'ovaire la disposition à une force plastique hétérotopique très-grande et très-variée.

Je ne puis envisager quelques-unes de ces tumeurs scrotales, bien que congéniales, semblables aux kystes pilifères des environs de l'œil, que comme des produits nouveaux accidentels d'une hétéropie plastique, sans qu'on puisse admettre une inclusion. Ici nous n'avons plus à discuter, comme pour l'ovaire, la question d'une conception extra-utérine : d'un autre côté, si nous comparons ces kystes avec les produits de l'inclusion, nous trouvons des différences bien notables. Dans l'inclusion sous-cutanée, il y a un siége de prédilection des plus marqués, c'est la partie postérieure et inférieure du tronc, la région sacrée ou périnéale. Les exemples d'inclusion dans la région épigastrique et au devant des pubis ou en d'autres localités sont très-rares. Nous laissons de côté pour le moment les inclusions abdominales. Le volume de ces inclusions dépasse ordinairement celui d'une tête de fœtus et, d'après Geoffroy Saint-Hilaire, l'individu qui les renferme offre également des vices de conformation. Le kyste lui-même reçoit des vaisseaux de la circolation de l'autosite; il renferme beaucoup de sérosité; on y trouve ordinairement une tête rudimentaire, quelquefois des vertèbres et des vestiges de membres, ou une tête peu distincte avec des membres bien développés et des viscères. En un mot, les restes de fœtus sont reconnaissables d'une manière non douteuse. Dans les tumeurs que nous venons de passer en revue, au contraire, nous voyons d'abord dans les kystes sourcillaires une simple organisation dermoïde avec graisse et poils et dans les kystes scrotaux, en outre des fragments d'os et de cartilages et, chose curieuse, jamais de dents. Mais de pareils fragments d'os et de cartilages, quoique moins abondants et moins squelettiformes, se rencontrent aussi dans des testicules tuberculeux ou cancéreux. L'apparence d'articulations n'offre rien de particulier non plus. Nous avons observé un cas d'enchondrome des parties molles de la cuisse chez l'adulte où les diverses tumeurs cartilagineuses étaient réunies par des capsules articulaires. Le volume de ces tumeurs est ordinairement très-petit au moment de la naissance, il s'accroît ensuite, et dans la pièce de M. Goodsir surtout les os et les cartilages se sont formés dans l'épaisseur même de prolongements cutiformes. La ressemblance fœtale dans les trois cas cités est tellement éloignée, comparée avec celle de l'inclusion véritable, que nulle part on ne reconnaît des viscères ni des membres avec des doigts, ni des orteils, ni une véritable tête, ni des os vraiment déterminables, et il faut être peu versé dans l'étude des monstres, même de ceux qui s'éloignent le plus du type normal pour prendre ces tronçons d'os, de cartilages, de derme et de poils pour des débris de fœtus. Les kystes multiples, enfin, si fréquents dans les productions kysteuses spontanées, ne s'observent également point dans les kystes fœtaux par inclusion, tandis que nous les constatons dans les pieces décrites de productions spontanées dans le testicule. Dans la pièce de M. Velpeau, le prétendu méconium était renfermé dans un kyste séparé, tandis que les poils s'étaient échappés par l'ouverture d'un tout autre kyste, sans communication aucune avec les autres. Sans nier que l'inclusion puisse avoir lieu dans les bourses, je tiens par conséquent à attirer l'attention des pathologistes sur les doutes bien légitimes que peuvent exciter quelques cas de ce genre par rapport à leur étiologie.

Le développement anormal des poils dans des kystes doit encore moins surprendre lorsqu'on tient compte de l'existence des poils sur les membranes muqueuses à l'état normal chez certains animaux, et à l'état anormal chez l'homme. D'abord, sous le rapport de l'anatomie comparée, il est important de se rappeler que l'écrevisse d'eau douce renferme non-seulement des poils sur les faisceaux branchiaux; mais que, d'après les recherches de Baer (1), de Valentin (2) et de Oesterlen (3), ces mêmes ani-

(1) Goodsir, MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, ÉDIMBOURG, 1845, p. 533.

(1) Muller, ARCH., 1834, p. 516.
(2) Valentin, REPERTORIUM, t. I, p. 115.
(3) Oesterlen, MUELLER'S ARCHIV., 1840, p. 367.

« Cet enseignement d'hôpital convenait merveilleusement à M. Boyer, et l'on pourrait dire que, dans le grand nombre de qualités requises pour le professorat, il ne lui manquait que celles dont peut se passer le professeur de clinique. Il n'y avait pas jusqu'à ses défauts qui ne fussent non-seulement supportables, mais en quelque sorte de mise dans un pareil enseignement. D'ailleurs, M. Boyer se connaissait et n'aurait jamais voulu forcer son naturel.

» Sa parole était lente et monotone; mais elle n'était ni difficile, ni embarrassée, ni surtout hésitante. Il avait un accent très-prononcé et très-peu agréable : c'était celui de sa province, et cet accent était tout aussi marqué, tout aussi caractéristique dans les dernières années de sa vie que s'il était arrivé la veille des montagnes de la Corrèze. Ceci toutefois ne l'empêchait pas d'exposer de la manière, sinon la plus concise et la plus élégante, du moins de la manière la plus claire et la plus complète, les sujets qu'il avait à traiter.

» Cette parole un peu lourde suivait et représentait très-exactement le développement et le cours de ses idées; si elle n'avait pas les avantages de l'improvisation, elle n'en avait pas non plus les dangers. Il ne fallait pas s'attendre à ce puissant intérêt qu'excitent les grands orateurs quand ils nous font assister pour ainsi dire à l'éclosion de leurs idées; mais M. Boyer, toujours sûr de lui-même, toujours en mesure de suppléer à l'invention par les ressources d'une riche et inépuisable mémoire, déroulait méthodiquement et clairement le fil de ses idées, et cela sans jamais jeter ses auditeurs dans les perplexités que causent parfois les plus beaux talents. C'était, en un mot, le génie de la science et non le génie de l'art.

» Mais maintenant on pourrait se demander si le chirurgien, pour être complet et parfait, ne doit pas être tout à la fois un maitre en l'*art* et un maitre en la *science* de chirurgie, s'il ne doit pas aussi posséder ce genre de talent qui tient essentiellement à l'individu, qui, né du génie de chacun, grandit, brille, décline et meurt avec lui; un de ces talents enfin tout personnels que leurs possesseurs emportent avec eux dans la tombe, et dont la plus haute expression pour nous doit se montrer dans l'art de pratiquer les *opérations chirurgicales*.

» Ceci, messieurs, nous amène à examiner si M. Boyer possédait véritablement ce grand art, et jusqu'à quel point il le possédait. Avant de répondre à cette question, il y a encore une distinction à faire : c'est que, même dans cet art de pratiquer des opérations, il faut faire la part de ce qui paraît *inné* et la part de ce qui est *acquis*. Chez les uns, en effet, on reconnaît tout d'abord les inspirations d'un génie créateur; ils semblent savoir d'instinct et les procédés les plus hardis et les manœuvres les plus délicates. Sont-ils en face d'événements tout à fait exceptionnels, en dehors de tout ce qui est connu, on les voit improviser des opérations toutes nouvelles, des procédés, des méthodes, dont personne jusque-là n'avait eu la moindre idée.

» Chez les autres, au contraire, tout est le produit de l'étude et de la réflexion; ils pratiquent avec adresse, avec sûreté, de grandes et difficiles opérations, mais c'est en suivant des règles déjà établies, des principes qui leur ont été transmis, enseignés : ils sont, en un mot, *classiques*, et trop souvent ennemis de toute innovation.

» J'ai à peine besoin de dire que M. Boyer appartenait à ce dernier ordre de praticiens : sage, prudent, réservé, fort de ses longues études, confiant dans

maux offrent des poils implantés sons l'épiderme de la muqueuse et siégeant sur les plaques ostéocartilaginenses de l'estomac, et des poils semblables existent dans la partie inférieore des intestins. Valentin a également trouvé des poils dans l'intestin de la *Blatta orientalis* et do *Lucanus cervus*, et de plns à la surface interne des organes génitaux femelles du *Carabus auratus* (c'est probablement par erreor qoe ce savant physiologiste parle du *scarabeus auratus*). Les poils de l'estomac de l'écrevisse offrent même plusieurs particularités fort curieuses que je ferai connaître ailleurs.

Abstraction faite des poils développés à la surface interne des graodes lèvres et des paupières, dans l'espèce humaine, on trouve dans les anciens auteurs des exemples réunis par Meckel de poils rencontrés sur des membranes muqueuses plus profondes. C'est aiosi qoe Ford (1) a trouvé dans le palais d'un enfant nouveau-né une tumeur couverte de poils. Amatus Lusitanus (2) parle de poils trouvés sur la langue d'un homme qui, arrachés, se sont reproduits. Mon ami M. le docteur Béconrt a donné pendant longtemps des soins à une demoiselle qui portait de nombreux poils sur la langue. J'ai pu en examiner, mais je n'y ai trouvé que des éléments épithéliaux disposés en papilles piliformes. Bichat (3) dit avoir rencontré uoe fois des poils à la face interne de la vésicule du fiel et manifestement implanté sur sa surface, d'un ponce à pen près de longueur et au nombre d'une douzaine environ. Les cas nombreux dans lesquels des poils ont été évacués par l'anus n'ont pas une grande valeor, parce qu'il est probable qu'en thèse générale ces poils avaient été ingérés L'observation la plos curiense de ce genre que nous connaissions est celle qui se trouve dans le second volume des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE et qui appartient à Baudamant (4), chirurgien de Verdun. Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 16 ans qui, dès son enfance, avait pris la manvaise habitude de manger ses cheveux et d'arracher ceux de ses frères et des autres personnes qui l'approchaieot poor les avaler également. Il ramassait même les cheveux qui se trouvaient dans les balayures. Ce goût bizarre s'accrut avec l'âge. Les cheveux entassés par couches formèrent bientôt un corps ovale que l'on distinguait au toucher. Cette masse augmenta successivement ; l'estomac devint douloureux, la fièvre s'alluma et le malade mourut dans un affaiblissement qui fut précédé par les douleurs les plus vives.

Les deux planches qui accompagnent cette observation montrent quatre amas prodigieux de poils, dont l'un entre autres a le volume d'une tête d'adulte.

Nous n'avons pas plus de certitude sur le développement de poils sur la membrane muqueuse des voies urinaires. L'observation souvent citée de Bichat, qui a trouvé des poils sur des calculs du rein, et non de la vessie comme on a dit, doit se rapporter à des poils développés sur la muqueuse du bassinet; mais les preuves de ce fait manquent. M. Rayer (5), dans son excellent travail sur le trichiasis des voies urinaires et la pilimixtion, résume de la façon suivante l'état actuel de nos connaissances sur le développement de poils dans les voies urinaires.

Le trichiasis des voies urinaires est une maladie très-rare qui doit être inscrite dans nos cadres nosologiques. Elle l'est certainement beaucoup plus qu'elle ne paraît l'être d'après le nombre d'observations de trichiasis déjà publiées. Le chiffre de ces observations se réduit beaucoup lorsqu'on écarte celles dans lesquelles l'urine n'a pas été examinée au moment de son émission et celles dans lesquelles l'existence de véritables poils d'homme dans l'urine ou dans les graviers n'a pas été suffisamment établie.

Le trichiasis est caractérisé par l'émission de poils avec l'urine non sensiblement altérée dans son apparence et sa composition, ou avec l'urine plus ou moins chargée de mucus, de sang ou de pus. Ces poils peuvent aussi être enchevêtrés dans du sable urique ou dans des graviers phosphatiques, ce qui constitue alors l'union du trichiasis à la gravelle. Les poils peuvent aussi être déposés à la surface, ou disséminés dans l'intérieur de calculs d'une composition plus ou moins complexe.

Dans le trichiasis, l'émission de poils avec l'urine peut quelquefois s'opérer presque sans douleur et même à l'insu des malades : c'est le cas du trichiasis simple. Plus souvent le trichiasis est accompagné de diverses complications, de dysurie, d'urines sanguinolentes ou purulentes, et d'autres accidents propres à diverses maladies des voies urinaires. L'émission des poils peut n'avoir lieu qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les causes de cette singulière affection sont complétement ignorées ; il résulte seulement de l'analyse des faits observés qu'on l'a vue le plus souvent coexister avec une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires, avec des graviers ou des calculs.

Le trichiasis a été observé chez l'enfant, chez l'adulte et le vieillard, chez l'homme et chez la femme.

On ne sait encore rien sur la disposition des poils et sur l'état anatomique de la membrane muqueuse, du bassinet et de la vessie dans le trichiasis des voies urinaires, Maurice Hoffmann et Bichat ayant malheureusement négligé l'examen de cette membrane dans les deux cas où ils ont constaté l'existence de poils dans les voies urinaires après la mort.

(La fin au prochain numéro.)

(1) MÉD. COMMUN., t. I, n° 31.
(2) CURAT. MED. CENT., VI, obs, 65.
(3) ENCYCLOPEDIE DES SCIENCES MÉDICALES, ANAT. GÉNÉR. de Bichat, p. 525.
(4) HISTOIRE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. Paris, 1780. T. II, p. 262.
(5) MEM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE, t. II, 1850, p. 167-218.

UROLOGIE.

OBSERVATIONS RELATIVES A UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE CHEZ LES HOMMES AGÉS; présentées à l'Académie des sciences, le 20 septembre 1852, par M. le docteur L. AUG. MERCIER.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

AGE TRÈS-AVANCÉ ; RÉTENTION D'URINE PRESQUE COMPLÈTE ; CALCUL DANS LA VESSIE ; LITHOTRITIE ; LA RÉTENTION D'URINE DEVIENT COMPLÈTE ; EXCISION DE L'OBSTACLE ; GUÉRISON.

OBS. V. — M. Garnot, âgé de 76 ans, ancien employé d'une administration publique et demeurant rue Neuve-Saint-Paul, 21, était successivement depuis

---

l'expérience de ses maîtres, M. Boyer s'attachait à marcher sur leurs pas et à se conformer aux règles établies ; aussi n'a-t-il créé, en médecine opératoire, aucune méthode véritablement importante, n'a-t-il attaché son nom à aucun procédé nouveau ; seulement, et il faut s'empresser de le reconnaître, il en a modifié quelques-uns de la manière la plus heureuse, et son bon jugement lui faisait discerner entre plusieurs procédés celui qui promettait le plus de chances de succès : ainsi on lui doit d'avoir fait définitivement prévaloir la méthode par incision dans l'opération de la *fistule à l'anus*, d'avoir généralisé l'emploi des injections irritantes dans l'opération de l'*hydrocèle*. Il a perfectionné la méthode d'extension continuelle dans le traitement des *fractures*, et comme il était bon observateur, il excellait dans cet art du diagnostic suprême qui consiste à déterminer, au moment même d'une opération, si définitivement il faut ou non la pratiquer.

» Mais tout cela, je le répète, ne suffit pas pour constituer le *génie opératoire*, génie tout spécial, qui est un don de la nature et qui parfois se révèle chez des chirurgiens privés d'ailleurs de toute éducation, de toute culture d'esprit ; génie providentiel qui, au milieu même d'une opération et à travers les plus grands dangers, illumine tout à coup l'esprit du chirurgien et lui fait trouver des ressources inespérées.

» Ce génie donc manquait à M. Boyer ; il lui fallait des routes battues et suivies, mais il y marchait avec une véritable supériorité, il y montrait les allures d'un maître ; et comme avant tout il était humain et compatissant, ce qui le préoccupait tout d'abord et exclusivement, c'était le salut du malade ; aussi opérait-il sans trop s'inquiéter de faire suivre de point en point aux élèves toutes les phases de l'opération, sauf à leur en expliquer ensuite la marche, les incidents et l'issue ; et alors il était d'autant plus fondé à leur rappeler les règles établies par les grands maîtres que lui-même les avait scrupuleusement suivies.

» Il avait du reste cette sûreté de la main, cette dextérité indispensable pour bien opérer, et en même temps cette fermeté d'esprit et ce sang-froid qui caractérisent les bons opérateurs.

» Il ne paraissait pas viser a l'élégance, ni dans la manœuvre des instruments, ni dans les pansements ; il ne tenait pas non plus à la richesse et à la perfection des instruments ; son arsenal était fort simple : deux ou trois bistouris de forme antique, dont les lames, presque entièrement usées par de nombreux repassages, attestaient les longs services, une petite sonde conique, réservée pour les rétrécissements difficiles à franchir, et dont nul autre que lui peut-être n'aurait pu se servir ; puis le fameux lithotome, qui des mains du frère Côme avait passé dans les siennes ; c'étaient là ses armes de prédilection, et comme de vieux serviteurs dont il ne voulait pas se séparer.

» Disons enfin que, pour que M. Boyer se décidât à pratiquer une opération grave, il fallait qu'elle fût non-seulement parfaitement indiquée, mais reconnue indispensable ; et comme il n'avait jamais donné dans l'intempérance opératoire de la plupart des jeunes chirurgiens, il n'avait pas eu à se modérer avec les années. »

. . . .

deux ou trois ans soigné pour un catarrhe de vessie par deux chirurgiens distingués. N'obtenant aucun soulagement et voyant au contraire sa maladie augmenter, il se confia aux soins du docteur Aubrun, qui m'appela en consultation vers le milieu de mars 1851.

L'urine était trouble, alcaline et donnait lieu à un dépôt purulent abondant; mais la faible quantité rendue chaque fois, la fréquence des besoins qui ne laissait point de trêve, surtout la nuit, tout indiquait que la vessie ne se vidait jamais. Il y avait déjà en effet au moins six ans que le malade s'apercevait que son jet devenait faible, bifide, entortillé. L'introduction de la sonde immédiatement après la miction leva tout doute à cet égard; puis, à l'aide de mon cathéter coudé, je découvris une valvule du col de la vessie et un calcul de 3 à 4 centim. de diamètre.

25 mars. Après avoir préparé le malade pendant quelques jours à l'aide d'injections calmantes, je lui pratique une première séance de lithotritie. Résultat satisfaisant; mais un ténesme des plus intenses se manifeste dans la journée, et la rétention d'urine devient complète. Le soir, je prescris un quart de lavement laudanisé, et je mets une sonde à demeure. Le calcul était formé d'urate.

26. La sonde n'a pu être supportée toute la nuit; la rétention continue et les douleurs sont excessives. Je trouve M. Garnot dans un bain. Je lui apprends à se sonder, et il y réussit avec une sonde élastique très-courbe.

Les jours suivants, cet état se calme graduellement.

31. Nouvelle séance de lithotritie suivie d'extraction. Les douleurs, les spasmes sont encore plus intenses qu'après la séance précédente, et il devient évident que, malgré toutes les précautions possibles, il faut suspendre la lithotritie et guérir préalablement la rétention d'urine.

8 avril. J'excise la valvule en présence du docteur Aubrun. Immédiatement après, le malade urine un peu spontanément, ce qu'il n'avait pu faire depuis la première séance de lithotritie. Dans l'après-midi, quelques spasmes de la vessie m'engagent à mettre une sonde à demeure. La nuit, somme toute, est meilleure que celle qui avait précédé l'opération, et déjà le sang s'arrête. Injections plusieurs fois par jour.

11. M. Garnot souffre tellement de la sonde que je la retire. L'urine coule librement, mais elle est trouble et toujours alcaline. Plusieurs garde-robes liquides. (Potion avec diascordium.)

Ces accès diarrhéiques se renouvelèrent plusieurs fois pendant le reste du traitement, et chaque fois ils furent combattus avec avantage par le diascordium en pilules.

21. L'état s'est tellement amélioré que nous pratiquons une troisième séance de lithotritie. Le 28, une quatrième. Ces séances me dispensent de la dépression.

Néanmoins une légère orchite se développe et un érysipèle s'empare des téguments qui recouvrent le cordon et le testicule gauches; du pus se manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané, et le 16 mai je pratique une incision; le 19 j'en fais une seconde, et le 31 une troisième. (Quinq. en décoct. et en extrait.)

Malgré ces accidents, la santé et les forces du malade se rétablirent; ses plaies, après avoir suppuré, ne tardèrent pas à marcher vers la cicatrisation, si bien que, vers le 20 juin, il put se rendre à Charonne pour y achever de se rétablir, non sans avoir subi avant son départ de nouvelles extractions de fragments et le lavage de sa vessie à grande eau à l'aide de ma sonde à double courant.

Le 29, je le revis à Charonne et je le trouvai dans un état très-satisfaisant: sa vessie continuait de se vider avec aisance, et je retirai à peine une cuillerée d'urine par la sonde. Je lui passai mon cathéter coudé dans le double but de déprimer le point excisé et de m'assurer qu'il ne restait aucun fragment. Tout allait donc au gré de nos désirs, excepté cependant que l'urine restait toujours alcaline. (Ac. hydroch., 12 ou 15 gouttes par jour en trois fois dans une suffisante quantité d'eau sucrée.)

M. Garnot passa ainsi tranquillement tout son été; mais lorsque les mauvais temps arrivèrent, dans le but de pouvoir continuer ses petites promenades, il loua, sans consulter ni M. Aubrun ni moi, un appartement de rez-de-chaussée donnant au nord sur un jardin. Là il ne tarda pas à voir ses douleurs de reins augmenter et les urines devenir tellement âcres qu'en passant par le canal, elles y déterminèrent une douleur intense. Trouble assez marqué des fonctions cérébrales. Je prescrivis, vers le commencement de novembre, une légère limonade nitrique; mais le malade ne put en faire usage; car, au bout de quelques jours, une bronchite aiguë générale se déclara et réduisit le malade à la dernière extrémité. Telle était l'alcalinité de l'urine et son action sur les tissus que la muqueuse du gland était rouge, tuméfiée, luisante; les mictions étaient si fréquentes, si peu abondantes et si douloureuses que M. Aubrun crut la rétention d'urine revenue et me pria de revoir son malade. Nous le revîmes en effet le 10 novembre; je le sondai, et il ne sortit pas une goutte d'urine, à ce point que, pour convaincre M. Aubrun que la sonde n'était pas obstruée, je fis tomber sur son orifice externe un filet d'eau qui sortit immédiatement par ses œils. La percussion donnait un son clair dans tout l'hypogastre.

Le malade ne tarda pas à succomber. Il y avait plus de sept mois qu'il jouissait du bénéfice de mon opération.

Au risque même de mettre de nouveau l'un de mes critiques en belle humeur, je répéterai ce que je disais à propos d'un autre malade et d'autres complications: *Ici la chirurgie a fait ce qu'elle pouvait, c'était à la médecine à faire le reste* (1). Malheureusement la néphrite chronique est une maladie des plus rebelles et des plus graves. Les émissions sanguines générales ou locales font habituellement beaucoup plus de mal que de bien, parce qu'elles débilitent des malades presque toujours débilités déjà et dont la faiblesse doit nécessairement augmenter par le fait seul de la maladie. J'établirai cependant une exception pour les ventouses scarifiées dans la première période: elles font rétrograder la néphrite chronique dans quelques cas, ainsi qu'il résulte des observations de M. Rayer et de quelques-unes qui me sont propres. Les cautères sur la région lombaire peuvent aussi être très-utiles à cette période, mais ils le sont beaucoup moins plus tard. Quant aux bains, aux boissons abondantes, quelle qu'en soit la nature et surtout si elles sont alcalines ou diurétiques, quant aux balsamiques qui ont été aussi préconisés, on doit les proscrire sévèrement: toutes ces substances accélèrent l'affection des reins, soit en irritant directement ces organes, soit en les irritant d'une manière indirecte par l'activité qu'elles impriment à leur sécrétion. Depuis longtemps déjà, et dans ces deux dernières années surtout, à moins de complications graves du côté des voies digestives, je mets mes malades à l'usage d'une infusion de quinquina additionnée d'un acide minéral, de l'acide chlorhydrique surtout, à la dose de 2, 3 ou même 4 grammes par litre, par quart de verre toutes les deux ou trois heures, et j'ai obtenu de cette pratique des résultats bien supérieurs à ceux des autres méthodes.

La gravité des néphrites chroniques indique combien il importe de ne pas attendre leur apparition pour soumettre les malades à un traitement convenable.

DYSURIE PAR TUMEUR A LARGE BASE DE LA PORTION SUS-MONTANALE DE LA PROSTATE; EXCISION; AMÉLIORATION.

OBS. VI. — M. de la Morinière, âgé de 67 ans, homme assez obèse, excessivement sobre et ne vivant presque que de légumes, était depuis un certain nombre d'années atteint d'une difficulté d'uriner très-prononcée, à ce point que plusieurs fois elle était devenue complète et avait exigé l'usage de la sonde.

Arrivé à Paris vers le milieu de juin 1851, je l'examinai avec attention et je constatai que sa vessie, après chaque miction, conservait un et quelquefois deux verres d'urine; lobes latéraux de la prostate très-volumineux, de sorte que la portion du canal qui la traverse a un diamètre antéro-postérieur considérable et que le col de la vessie est très-élevé dans le bassin; portion sus-montanale très-saillante, même dans la vessie, et formant plutôt une tumeur à large base qu'une véritable valvule.

Espérant que l'excision pourrait également être très utile dans ces circonstances, je la pratiquai le 23. Cette opération se fit sans difficulté; toutefois le lambeau n'avait pas cette forme régulière que j'ai décrite dans ma première observation et qui indique que l'obstacle a été excisé dans toute son épaisseur, de sa face urétrale vers celle qui regarde la vessie. Immédiatement des caillots abondants se formèrent dans la vessie et empêchèrent dans la journée l'urine de sortir même par la sonde; il fallut injecter et aspirer pour les extraire. Le soir, le ténesme vésical était fréquent et violent (Ext. d'opium, 10 centigr. en trois fois). Soulagement immédiat; la nuit se passe bien.

24. L'urine est encore très-chargée de sang; mais elle ne contient presque pas de caillots. Point d'injections; je conseille encore les pilules opiacées.

25. Le sang n'est pas encore complétement arrêté, mais plus de caillots. Tout va bien: jusqu'ici le pouls avait eu à peine un peu d'accélération. Plus de pilules.

26. Le matin le malade avait rendu avec ses urines sanguinolentes un petit caillot: c'était le prélude d'un écoulement sanguin abondant avec ténesmes violent et impossibilité d'uriner. Ce n'est que par des injections et des aspirations répétées que je parvins à débarrasser complétement la vessie. Voyant que les efforts pour uriner contribuaient à augmenter cet écoulement, je mis une large sonde à demeure et recommandai au malade de l'ouvrir à chaque heure, qu'il ait besoin d'uriner ou non. Je lui fis prendre en même temps de la limonade sulfurique et des pilules contenant du sulfate de quinine, du kina, du colombo et de l'opium, le soir, d'heure en heure.

27. Le matin le sang semblait s'arrêter; vers dix heures, il sortit de nouveaux caillots, mais ils étaient blanchâtres, évidemment anciens et lavés par l'urine. (Même prescription qu'hier.) Le soir tout allait bien.

28. Sang complétement arrêté; faiblesse à peine appréciable.

3 juillet. Je commence à pratiquer la dépression.

5. Je constate qu'après avoir uriné, il ne reste pas une goutte d'urine dans la vessie. Néanmoins je ne tarde pas à m'apercevoir qu'il n'en est pas de même pendant la nuit. Mon cathéter explorateur indique que l'obstacle est encore très-saillant, surtout à droite. Une autre remarque, c'est que l'urine est, en somme, bien plus abondante la nuit que le jour.

19. M.... retourne dans son pays en bonne santé, mais urinant toujours plus

(1) Un malade était atteint de valvule du col de la vessie et d'une diathèse dartreuse des plus intenses. Mon opération avait rétabli le cours de l'urine; mais, malgré un traitement très-compliqué, je n'avais pu détruire la diathèse, et c'est à ce sujet que j'écrivais la phrase en question (RECH. SUR LES VALV., etc., p. 273). M. Civiale a trouvé là une occasion de me ridiculiser: « Les anciens, écrit-il, disaient: *Je l'ai opéré, que Dieu le guérisse*, et M. Mercier, pour justifier son opération, nous déclare que *la chirurgie a fait ce qu'elle pouvait et que c'est à la médecine à faire le reste*. (TRAITÉ DES MAL. DE ORG. GÉNIT. ET URIN., 2e éd., t. II, p. 298.) Voilà l'esprit qui règne dans les ouvrages de M. Civiale!

difficilement la nuit que le jour, et il en est encore de même aujourd'hui, quoique je puisse conclure de ses lettres que cet état s'est un peu amélioré.

Je me suis souvent demandé pourquoi une aussi grande différence entre ces deux états de jour et de nuit, et j'avoue que jusqu'à présent je n'ai pu en trouver une raison satisfaisante. Il y a bien dans presque toutes les affections chroniques des voies urinaires une recrudescence des symptômes pendant la nuit, recrudescence qui, dans beaucoup de cas, n'a d'autre effet que de rendre la sécrétion urinaire plus abondante la nuit que le jour, tandis que dans l'état normal c'est habituellement le contraire; j'ajouterai même que M... éprouve plus d'irritation vers le col de la vessie pendant la nuit; mais tout cela ne m'explique pas encore une différence aussi tranchée. Peut-être que l'urine s'accumule davantage dans la vessie pendant le sommeil, et qu'elle presse plus fortement contre l'orifice interne de l'urètre le reste d'obstacle que j'ai constaté (1).

On a pu voir que l'écoulement sanguin dépassa les limites ordinaires. La constitution et le régime du sujet ne furent probablement pas étrangers à ces accidents; je lui ai souvent entendu dire que les moindres plaies qu'il se faisait saignaient ordinairement beaucoup. Mais il offrait en outre une condition qui me paraît être la cause la plus fréquente de ces hémorrhagies que j'ai déjà plusieurs fois signalées, mais que je n'ai jamais vues amener des résultats funestes : je veux parler de l'ablation incomplète de l'obstacle. L'écoulement sanguin résulte, en effet, souvent des efforts que les malades sont encore obligés de faire pour uriner. J'ai indiqué, dans la deuxième édition de mes RECHERCHES SUR LES VALVULES, la conduite à tenir dans ces circonstances.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES; par M. EUG. RENAULT, directeur de l'École d'Alfort, membre de l'Académie.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher collègue,

Me voici, moi humble vétérinaire, moi l'homme le plus pacifique du monde, en pleine polémique avec un savant docteur en médecine. C'est témérité grande de ma part, sans doute. Mais décemment, puis-je rester sous le coup de la *réponse*, comme il l'appelle, que vient de faire M. Boinet à ma lettre publiée dans votre numéro du 4 décembre ? Et ne dois-je pas, ne serait-ce que par déférence à l'invitation qu'il m'en fait, ne serait-ce que pour l'honneur professionnel, risquer à mon tour une réponse à sa réponse ?

Si vous le permettez donc, j'en vais faire une. Mais ne vous en effrayez pas trop. Elle sera claire et précise. Quand une question est nette, il est inutile de chercher à l'embrouiller. C'est vous dire que je n'imiterai pas mon adversaire, puisqu'adversaire il y a; adversaire fort habile, ma foi, qui, d'attaquant que j'étais, m'a réduit du premier coup à la défensive.

Et d'abord je veux satisfaire M. Boinet sur un point.

Dans sa réponse, en me disant que ma lettre n'a pas été de son goût, ce que je crois très-volontiers, et que, pour sa part, il eût préféré y voir autre chose que ce qui s'y trouve, ce que je conçois encore parfaitement, il semble me demander à quel titre je me suis permis d'engager ce débat comme je l'ai fait.

Rien de plus simple. Le voici :

Je suis l'un des vétérinaires qui font partie de la commission française chargée par le gouvernement d'étudier la très-grave question de la *péripneumonie épizootique des bêtes bovines*. Or, comme tous mes collègues de la commission, vétérinaires et médecins (car il est bon que M. Boinet sache qu'il y a aussi des docteurs en médecine dans cette commission, il y en a même deux qui sont membres de l'Institut), j'ai cru et, que M. Boinet me le pardonne ! je crois encore que l'idée d'inoculer cette maladie, comme moyen préservatif, est une idée nouvelle.

Et voilà que paraît, dans la GAZETTE MÉDICALE, un article rempli de la vaste érudition que vous savez, dont l'auteur ne dissimule pas son intention de mettre en relief la naïveté et, pourquoi ne le dirais-je pas, l'ignorance des membres des commissions belge et française, lesquels en sont encore à croire qu'ils ont affaire à une « *nouvelle découverte*. » — Et M. Boinet de plaisanter sur « cette nouvelle découverte dont on fait tant de bruit. »

Voilà pourquoi je suis intervenu, et voilà comme quoi ce n'est pas moi qui ait provoqué cette discussion.

Ceci expliqué, j'arrive à la *réponse* de M. Boinet.

J'avais dit d'abord, dans ma lettre, que les *recherches* signées « Boinet » appartenaient d'un bout à l'autre, forme et fond, à Vicq-d'Azyr. M. Boinet le conteste-t-il ? Non ! il ne le pouvait pas. Mais il fait autre chose.

« Par la manière dont j'ai présenté mon article, dit-il, il est impossible » que personne autre que M. Renault ait pu penser que ces recherches » fussent données comme miennes. »

Eh bien ! moi, je dis que, précisément par la manière dont l'article est présenté, il était impossible à quiconque ne connaît pas le beau travail de Vicq-d'Azyr de se douter que cet article ne fût pas le fruit de laborieuses recherches dues à celui qui s'en faisait le signataire. C'est à tous vos lecteurs que j'en appelle. C'est à vous aussi, mon cher collègue, qui, j'en suis convaincu, avez dû croire qu'il était l'œuvre de M. le docteur Boinet; car, si telle n'avait pas été votre croyance à vous dont je connais la scrupuleuse loyauté scientifique, vous n'eussiez pas manqué d'exiger que l'article en question fût présenté « d'une autre manière. » — Vous n'eussiez pas permis, par exemple, que là où le mémoire de Vicq-d'Azyr porte : « *Nous* ne » pouvions donner une meilleure idée des recherches de Camper, etc..., » M. le docteur Boinet écrivît : « JE ne puis donner, etc.... » — Vous n'eussiez pas permis que là où Vicq-d'Azyr a écrit : « Les expériences que J'AI » tentées en 1776 et 1778, etc... » M. le docteur Boinet qui ne pouvait raisonnablement conserver le « JE » pour les expériences faites à ces époques, le remplaçât par cette locution : « Les expériences tentées par Vicq-d'Azyr en 1776 et 1778, etc.... » Car, en laissant le « JE » à ce passage, il devenait évident, et c'est ce que vous eussiez voulu, que c'était Vicq-d'Azyr qui écrivait; tandis que, au moyen du petit changement que je viens de signaler, il est impossible de penser que ce soit lui qui parle; c'est donc un autre ; et cet autre quel peut-il être pour le lecteur, sinon le signataire de l'article, sinon M. le docteur Boinet? Ceci n'est pas de la logique bien subtile; c'est du gros bon sens.

Or, en présence de pareilles substitutions si singulièrement concordantes entre elles, pouvais-je croire à de simples *inadvertances*; et mon *erreur* sur l'intention de M. Boinet est-elle si grossière qu'il lui convient de l'affirmer.

En fait, Vicq-d'Azyr est bien et dûment reconnu l'auteur des recherches signées « Boinet. » Cet honorable docteur en convient. Je demandais justice, elle est rendue. J'aurais mauvaise grâce à insister. Je passe à un autre point.

J'avais dû, dans ma lettre, signaler surtout une étrange confusion que faisait manifestement M. Boinet, en appliquant à la pleuropneumonie épizootique ce qui avait été écrit pour le typhus contagieux des bêtes bovines; maladies, disais-je, aussi différentes entre elles que le sont, dans l'homme, la pneumonie et la peste.

Sur le second point, la réponse de M. Boinet se divise.

D'abord il s'élève avec une certaine intention d'ironie contre ma prétention d'établir une complète différence entre le typhus contagieux et la péripneumonie épizootique. Pour lui, ce typhus, s'il n'est pas précisément la même maladie que la péripneumonie épizootique, a du moins avec elle « *une fameuse ressemblance*, » et la meilleure preuve, c'est qu'elles sont l'une et l'autre contagieuses!!.. — A la bonne heure ! Du moment qu'il suffit de la propriété contagieuse que peuvent avoir deux maladies pour établir entre elles une aussi étroite parenté de nature, « une si fameuse » ressemblance, » je n'ai plus qu'à confesser ma nouvelle erreur. Mais, à ce compte, n'est-il pas à craindre qu'on aille bien loin dans la voie des analogies ? Ne faudra-t-il pas arriver à classer ensemble, ou bien près l'une de l'autre, la variole et la fièvre jaune, les maladies charbonneuses et la morve aiguë, la clavelée et la rage ?... — J'avoue que malgré tout mon respect pour la science de M. Boinet, j'hésiterais à le suivre sur une pareille pente.

Il est vrai que M. Boinet ne s'en tient pas à cette démonstration-là. N'ayant pas étudié spécialement les maladies des bêtes bovines, comme il le dit et comme il le prouve surabondamment, il a consulté de nouveau les nombreux ouvrages dans lesquels il avait fait ses recherches, et il y a

(1) La chaleur du lit me paraît avoir une influence incontestable sur ces exacerbations nocturnes. Un malade que je soigne actuellement et qui en éprouve d'analogues depuis plusieurs années, dit se soulager beaucoup en se levant de temps en temps. Aujourd'hui même, que je l'ai opéré d'une valvule musculaire, il vide complétement sa vessie pendant le jour et il ne rend pas une goutte d'urine sans sonde pendant la nuit. Il n'y a plus trace d'obstacle et il est certain que cela ne tient qu'à l'inflammation chronique de la région prostatique, qui offre alors des exacerbations incontestables ; c'est elle que je combats actuellement. Ce fait explique le précédent, et je ne doute pas que M. de L... ne se trouve dans le même cas. (17 déc.)

trouvé, dans plusieurs symptômes et lésions anatomiques observés dans certaines épizooties de typhus, de nouvelles preuves de la ressemblance de cette maladie avec la péripneumonie.

« Ne voit-on pas dans ces auteurs, dit-il, que la toux, une respiration » plus ou moins embarrassée, courte, plaintive, des inspirations très-courtes » et comme incomplètes, un certain bruissement lors des expirations, se » sont fait remarquer pendant la vie des animaux dans certaines de ces » épizooties? N'y lit-on pas qu'à l'autopsie de quelques-uns qui en sont » morts, on a trouvé de l'écume sanguinolente et de la rougeur dans la » trachée et les bronches; les traces d'une affection catarrhale sur toutes » les muqueuses; souvent des taches gangréneuses sur les plèvres et les » poumons. Il est même arrivé à Vicq-d'Azyr de voir des parties de poumon » gangrénées. »

Permettez-moi, mon cher collègue, d'apprendre à ceux de vos lecteurs qui, comme M. Boinet, n'ont fait aucune étude spéciale des maladies des bêtes bovines, qu'il n'y a dans les symptômes et lésions qu'il vient d'énumérer, aucun des symptômes pathognomoniques, et surtout aucune des lésions si caractéristiques de la péripneumonie épizootique.

J'ai un regret : c'est qu'il ne se trouve pas dans les Mémoires de la Société royale de médecine, ou dans quelque dictionnaire de la bibliothèque de M. Boinet, un travail tout fait résumant l'histoire des différentes épizooties charbonneuses. Le savant docteur y eût fait des recherches, et il eût certainement trouvé, parmi les symptômes et lésions de ces affections pourtant si singulières, tous les symptômes qu'il a lus dans les histoires du typhus, et alors les vétérinaires lui auraient dû sans doute d'apprendre qu'il y a aussi « une fameuse ressemblance » entre les maladies charbonneuses et la péripneumonie épizootique.

Toutefois, je veux être juste, M. Boinet a senti instinctivement qu'il était là sur un mauvais terrain; aussi se hâte-t-il de l'abandonner et de dire :

« En résumé, que la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines de » nos jours ne soit pas la même chose que le typhus contagieux, peu » m'importe pour la question que j'avais en vue : ce que j'ai voulu rappe- » ler, c'est que l'inoculation préservative, dans les maladies *épizootiques*, » n'était pas chose nouvelle, *ce qu'on semblait oublier*. »

Pardon, monsieur Boinet! vous m'avez dit, dans votre réponse, je ne sais trop pourquoi, que j'avais déplacé la question. Je vous dirai, moi, que vous la changez complétement.

Le but de votre article, quoi que vous en disiez aujourd'hui, n'était pas le moins du monde de démontrer que l'inoculation préservative, dans les maladies *épizootiques*, n'était pas chose nouvelle : c'eût été, passez-moi le mot, une niaiserie; c'eût été en même temps une injure bien gratuite aux deux commissions belge et française; car il n'est pas un vétérinaire, si peu savant soit-il, qui ignore les inoculations tentées à différentes époques d'invasion du typhus : il n'en est pas un qui ne sache les heureux résultats que depuis cinquante ans on obtient tous les jours de l'inoculation dans les épizooties claveleuses. Or vous avez trop d'esprit, monsieur Boinet, pour consacrer un long article comme était le vôtre à la démonstration de semblables vulgarités, et je vous tiens pour un trop galant homme pour vous supposer capable d'avoir voulu donner à penser au public que notre ignorance sur les choses de notre spécialité allait jusque-là.

Non! Vous vous calomniez vous-même pour essayer de sortir de la situation embarrassée où vous vous êtes mis un peu légèrement. La vérité, la voici : vous avez cru de bonne foi que le typhus contagieux était la même maladie que la péripneumonie épizootique des bêtes bovines; vous avez lu que l'inoculation préservative de cette maladie (le typhus) avait été essayée vers le milieu du siècle dernier et depuis. Sous l'empire de cette croyance erronée, mais sincère, vous avez été étonné que deux commissions, dans lesquelles il y avait des savants, crussent à la nouveauté de l'idée de M. Willems, et vous avez voulu leur faire la leçon. C'est ce qui ressort manifestement de votre article tout entier, qui sans cela n'aurait eu ni sens ni but; c'est ce qui ressort surtout de son titre, qui, si votre but avait été ce que vous dites aujourd'hui, aurait été « Recherches... sur l'inoculation préservative dans les *épizooties* des bêtes bovines, » et non : « Recherches » historiques sur l'inoculation préservative de la pneumonie épizootique » des bêtes bovines. »

La vérité est que, parlant de choses qui sont étrangères à votre spécialité, vous vous êtes trompé, ce qui peut arriver à tout le monde, et que vous ne voulez pas en convenir, ce qui arrive à beaucoup.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Avril, mai et juin 1852.)

Observation d'empoisonnement par le chloroforme, suivie de quelques remarques sur la colique de plomb par le chloroforme administré a l'intérieur; par le docteur Aran.

Les cas de mort par le chloroforme inspiré sont assez nombreux aujourd'hui et assez décisifs pour ne plus laisser de doute à personne. Il n'est plus permis de discuter que sur le genre de mort. Mais la science n'a pas enregistré encore, que nous sachions, d'observations d'empoisonnement par le chloroforme pris à l'intérieur. A ce titre, nous reproduisons les principales circonstances du fait rapporté par M. Aran.

Obs. — Le sujet, broyeur de couleurs, était en traitement pour des accidents saturnins. Il prenait depuis huit jours du chloroforme en potion et en lavement, de 70 à 120 gouttes par jour, quand, le 18 mars, il s'empoisonna dans les circonstances suivantes :

Il avait pris dans la journée une potion contenant 30 gouttes de la liqueur anesthésique et deux quarts de lavement en contenant la même quantité. Vers six heures trois quarts du soir, il s'était couché immédiatement après l'administration du premier quart de lavement, afin de pouvoir le garder. Prenant un flacon de chloroforme pour une potion, il en avala une forte gorgée. Averti par une sensation de chaleur et de brûlure vers l'arrière-gorge, l'œsophage et l'estomac, il s'aperçut de son erreur. Il se hâta de boire de l'eau en abondance, fit quelques efforts pour vomir, mais sans rendre autre chose que des mucosités. Dix minutes après environ, il eut des grincements de dents et commença à tenir des discours sans suite. Quelques minutes après, il s'assit sur son lit et se mit à chanter. L'interne de garde, appelé immédiatement, le trouva dans cette position, les yeux brillants, la face animée, ne paraissant pas reconnaître les personnes qui l'entouraient, chantant et tenant des discours sans suite. Déjà l'insensibilité avait commencé; les pincements, les tiraillements, les piqûres ne paraissaient pas perçus. Le sujet, interrogé, répondait par un son inarticulé pour reprendre ensuite ses chants et son délire. Tremblement dans les muscles de la face et dans les membres, avec carphologie et des mouvements de la main comme pour arracher quelque chose de la bouche. La pupille n'était ni dilatée ni contractée; elle était mobile; néanmoins la vue était abolie. Pouls entre 72 et 80 pulsations. — Un verre d'eau sucrée avec quelques gouttes d'ammoniaque liquide ne calma en rien les accidents.

Le délire et les chants ne furent pas de longue durée. Vingt ou trente minutes au plus après l'accident, le malade se couchait et s'endormait profondément; d'abord le sommeil n'était pas très-profond; on pouvait le secouer en stimulant le sujet; mais vers huit heures du soir, c'était un véritable *carus* avec ronflement. Anesthésie générale, résolution des membres, rotation des yeux en haut et en dedans sous les paupières abaissées, sans dilatation ni contraction des pupilles qui avaient toujours conservé leur mobilité. Pas de gêne apparente de la respiration. Justement effrayé de cet état, l'interne de garde fit appliquer 16 sangsues derrière les oreilles et donna un lavement purgatif. Peu à peu le malade ouvrit les yeux, mais sans parler. Vers dix heures et quart, il ne ronflait plus, paraissait reconnaître les personnes qui l'entouraient, mais n'avait pas encore recouvré la parole. Vers minuit, on le leva pour faire son lit; il put se tenir debout quelques instants, quoique chancelant un peu sur ses jambes et semblable à un homme ivre. Recouché immédiatement, il s'endormit d'un sommeil calme jusqu'au matin. Le lendemain il ne se rappelait rien de ce qui lui était arrivé à partir du commencement du délire.

Ces accidents n'eurent pas de suite sérieuse. On revint même au chloroforme à l'intérieur et à l'opium pour achever la guérison de l'affection saturnine, et le sujet sortit parfaitement guéri sept jours après l'empoisonnement.

Il importait de préciser autant que possible la quantité de chloroforme ingérée. On a dit au malade d'introduire successivement dans la bouche une cuillerée, une cuillerée et demie, deux cuillerées d'eau, et de voir à laquelle de ces trois quantités il évaluait ce qu'il avait pris de chloroforme. Il a estimé la dose à deux cuillerées. Comme contre-épreuve, on a fait remplir d'eau le flacon qui avait renfermé le chloroforme au moment de l'accident, puis on a recommandé au malade d'en avaler une quantité approximativement égale à celle du chloroforme ingéré. Il en a avalé un peu plus de deux cuillerées. On s'est assuré ensuite que la cuiller contenait 23 grammes de chloroforme. Il est donc probable que l'empoisonnement avait été produit par 30 à 40 grammes de cette liqueur.

Cette observation a un intérêt particulier, non-seulement en ce qu'elle est unique en son genre, mais surtout en ce qu'elle tend à établir, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, que le chloroforme a le même

mode d'action soit qu'on l'inspire, soit qu'il entre par les voies digestives. L'ivresse chloroformique a offert ici le même tableau que dans l'inhalation. On remarquera seulement que les accidents ne se sont développés qu'avec lenteur, puisque la période d'excitation a duré de vingt à trente minutes; et que le sommeil anesthésique n'est arrivé qu'au bout d'une heure et quart. La physiologie explique assez bien ce retard. L'absorption par les voies pulmonaires envoie un poison quelconque au centre encéphalique plus rapidement que l'absorption par les voies intestinales. On sait d'ailleurs que l'absorption est moins prompte dans la muqueuse gastrique que dans les gros intestins.

M. Aran fait remarquer que la rapide élimination du chloroforme par les voies pulmonaires, élimination démontrée par les recherches de plusieurs observateurs et qui est commune d'ailleurs à tous les diffusibles, explique comment une si forte dose d'agent anesthésique n'a pas amené la mort.

TRAITEMENT DE L'APHONIE PAR L'ÉTHER; par le docteur DELIOUX.

Après avoir rappelé les données vulgaires de la physiologie sur les fonctions des nerfs laryngés inférieurs et avoir établi que l'aphonie est souvent nerveuse, soit sans complication, soit consécutivement à la laryngite aiguë ou chronique, l'auteur établit la nécessité d'attaquer fréquemment l'aphonie par les antispasmodiques. L'éther lui a paru préférable à tout autre agent, parce qu'il joint à une vertu antispasmodique très-puissante une action stimulante fugace, assez semblable à celle de l'alcool qui, pris sous forme de punch ou de grog, réussit souvent mieux contre les rhumes commençants que les émollients et les béchiques ordinaires.

Le mode d'administration qu'il emploie est le suivant : il ajoute de 1 à 4 grains d'éther à une potion qu'on prend par cuillerées à bouche d'heure en heure, de manière à soutenir constamment la médication. S'il s'agit, dit-il, d'une aphonie nerveuse simple, en général plus elle est ancienne, plus l'action de l'éther tarde à se produire et moins elle est durable; au contraire, si elle est récente ou légère, elle disparaît avec plus de rapidité. Si la voix n'a pas repris son timbre normal au bout de quelques jours, le médicament peut être abandonné. Le remède est également très-utile dans les aphonies concomitantes des rhumes, laryngites, laryngo-bronchites. Reste ensuite l'affection organique de la muqueuse, qu'on traite pour son compte. Il est même souvent utile de faire marcher de front l'éther et les autres médicaments nécessités par les indications, tels que l'ipécacuanha, les balsamiques, les opiacés.

Disons enfin que M. Delioux a aussi employé le chloroforme dans le même but, mais avec des résultats moins satisfaisants.

— Il est probable que ces substances n'agissent pas seulement comme antispasmodiques. L'aphonie qui accompagne les larygites, par exemple n'est pas toujours l'effet d'un défaut d'action des nerfs récurrents. Il suffit que la muqueuse de la cavité laryngée et surtout les cordes vocales soient modifiées dans leurs conditions physiques, pour que la voix perde à la fois de son timbre et de sa force. Or on conçoit très-bien que l'éther, administré n'importe par quelle voie, exhalé ensuite par la muqueuse pulmonaire, comme nous l'avons rappelé dans un précédent paragraphe, exerce une action résolutive sur la membrane laryngo-trachéale. Ces deux effets, antispasmodique et résolutif, sont sans doute connexes dans un grand nombre de cas.

NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE POUR L'ABLATION DES TUMEURS SOUS-CUTANÉES MOBILES; par M. CHASSAIGNAC.

Voici un nouveau produit de cette *petite grande chirurgie*, si cultivée de nos jours, qui, dans son humble sphère, s'occupe à rendre plus simples ou plus expéditives les opérations que nos devanciers désignaient sous le nom de *réglées*, entendant en quelque sorte par-là que le manuel en était fixé définitivement et à tout jamais. Le perfectionnement que nous allons décrire appartient à la classe de ces procédés qui facilitent et abrègent des opérations que certes tout le monde sait pratiquer plus ou moins bien, mais que celui qui fait le mieux est incontestablement appelé à faire le plus souvent.

Applicable exclusivement aux tumeurs sous-cutanées mobiles, le procédé de M. Chassaignac comprend trois temps successifs : 1° une incision, 2° la pédiculisation de la tumeur par la formation du nœud, 3° son ablation par la striction graduelle de ce dernier.

PREMIER TEMPS. — L'incision de la peau suffit si elle est mobile sur la tumeur. Si, au contraire, elle adhère au tégument, il faut, après avoir incisé celui-ci dans le point le moins adhérent, faire suivre l'incision par la dissection.

DEUXIÈME TEMPS. — Si la tumeur n'est pas pédiculée, il faut la ramener à cette condition. On le fait en la saisissant avec une pince à polype, et en la détachant des parties profondes. On passe alors en deçà des branches de la pince un cordonnet de soie bien lisse et enduit de savon ou de suif, pour le rendre glissant. Le pédicule étant ainsi formé, on dispose le cordonnet de manière à représenter un nœud simple sur les deux chefs duquel on exerce une forte traction qui achève de dessiner le pédicule.

TROISIÈME TEMPS. — Si, dans ces conditions, on enlève la pince qui a servi à effectuer la pédiculisation de la tumeur, et si l'on continue à serrer le cordonnet, on remarque que la tumeur, bien soulevée et enveloppée dans un sac tégumentaire, serré à la gorge par un nœud non arrêté, dont on augmente la constriction d'une manière progressive, tend à s'échapper par l'ouverture faite dans le premier temps, et finit par s'énucléer d'une manière complète, et en quelque sorte par expression.

— Si la *pédiculisation* de la tumeur offrait quelques difficultés, si, malgré l'action de la pince, la masse morbide ne pouvait être détachée assez pour permettre de placer le fil à sa base, on trouverait un moyen efficace de la faire saillir davantage dans l'emploi du procédé suivant, dont nous devons la connaissance aux leçons cliniques de M. Gensoul. Traverser la base de la tumeur par deux aiguilles courbes qui se croiseut au centre, et dont la convexité soit tournée vers la peau. Passer un fil circulairement au-dessous des aiguilles, et serrer avec assez de force pour que la partie étreinte par le fil se resserre et forme un véritable pédicule.

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfants*; par MM. Barthez et Rilliet. 2° *Mémoire sur la déviation latérale du gros orteil*; par M. Malgaigne. 3° *Troisième mémoire sur l'emploi des bains de vapeur térébenthinée contre le rhumatisme*; par M. Chevandier et par M. Benoit. 4° *Note sur les corps cartilagineux libres de la tunique vaginale*; par M. Chassaignac. 5° *Mémoire sur le diagnostic des courbures de la colonne vertébrale*; par M. Duval. 6° *Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du cœur*; par M. Monneret. 7° *Études sur un cas de trismus mortel en moins de quarante-huit heures, sur la cause de la mort et l'indication qui en résulte*; par M. Remilly. 8° *Observation d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, traité par la ligature successive de la carotide et de la sous-clavière*; par M. Malgaigne.

NOTE SUR LES CORPS CARTILAGINEUX LIBRES DE LA TUNIQUE VAGINALE; par M. CHASSAIGNAC.

La rareté extrême de faits semblables, dont A. Cooper lui-même n'a pas observé un seul exemple sur le vivant, est le plus puissant motif qui recommande ce cas à l'attention des praticiens. Il en est un second : c'est que la présence de ces corps cartilagineux est probablement liée à l'existence de l'hydrocèle, et constitue peut-être la cause de cette hydropisie. Il y aurait donc là un rapport de coïncidence, d'où une observation plus fréquente pourrait espérer déduire un rapport de causalité, dont la thérapeutique aurait à son tour un utile parti à tirer.

OBS. — Un homme vigoureux, âgé de 70 ans, porteur depuis longtemps d'une hydrocèle double, offre aussi du côté gauche une hydrocèle, de volume moyen, dans laquelle on reconnaît un corps dur, qui paraît complétement libre dans la tunique vaginale. Il n'a jamais reçu de contusion sur les bourses ni contracté de blennorrhagie.

On constate que le corps étranger était libre de toute adhérence, soit avec le cordon, soit avec le testicule, lequel est dans son état normal.

Le 18 février 1852, M. Chassaignac fit à la tunique vaginale une incision qui donna issue au corps étranger, qui ne présentait aucun pédicule, aucune adhérence. Il sortit en même temps quelques cuillerées d'un liquide jaune citrin, tout à fait transparent. On réunit la plaie avec quelques points de suture. La cicatrisation était faite dès le lendemain. Aucun accident ne survint, et plus de dix jours après l'opération, il n'y avait aucune reproduction de liquide dans la tunique vaginale.

Le corps étranger, aplati suivant l'un de ses diamètres, a 2 centimètres de longueur sur 12 millimètres de largeur. Sa forme est à peu près ovoïde, et sur un des points de sa surface, il présente un véritable hile. Sa couleur est blanche; il est rénitent, et offre comme une fluctuation profonde. A la coupe, il montre des couches concentriques dont les plus externes appartiennent à tout le corps étranger; elles circonscrivent deux noyaux centraux qui paraissent avoir un système de fibres qui leur est propre. Dans l'un de ces noyaux centraux, on trouve deux agglomérations d'une nature jaune, résistante sous le scalpel, d'apparence calcaire.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1° *Substance et fibres concentriques*. On n'y trouve qu'une matière amorphe, d'apparence striée : cette masse fibroïde ne laisse voir aucune fibre isolée.

2° *Matière jaune centrale*. Elle renferme de grandes cellules irrégulières, squameuses, avec un noyau central et des agrégats noirâtres dans leur intérieur. Ces cellules ont paru à M. Follin être des cellules d'épithélium pavimen-

teux, infiltrées de substance calcaire; car elles font effervescence avec les acides.

V. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent : 1° *De l'avortement provoqué dans un but médical*; par M. Cazeaux. (Rapport lu à l'Académie de médecine, et que la GAZETTE MÉDICALE a déjà reproduit.) 2° *Plaie par arme à feu de la région cervicale; implantation d'une balle dans le corps de la sixième vertèbre cervicale; ligature de l'artère vertébrale*; par MM. Maisonneuve et Favrot. (Observation insérée dans la GAZETTE MÉDICALE de 1852, p. 196.) 3° *Histoire naturelle et propriétés thérapeutiques de la bourrache*; par M. Martin-Lauzer. 4° *Des maladies de la glande vulvo-vaginale et de leur traitement*; par M. Huguier. 5° *Du choix et de l'emploi des caustiques dans le traitement des maladies chirurgicales des enfants*; par M. Guersant. 6° *Du traitement des polypes*; par M. Jobert. 7° *De l'opium dans le traitement de la scarlatine*. 8° *Traitement des hémorrhagies par inertie de l'utérus; la main est le meilleur moyen hémostatique*; par M. Godefroy. 9° *Du rachitisme*; par M. Trousseau. 10° *Des effets thérapeutiques de la scammonée*; par M. Terrier. 11° *De l'opération césarienne après décès*; par M. Peumier. (L'enfant extrait immédiatement après la mort de la mère, causée par une pneumonie aiguë, ne vécut que treize heures.) 12° *Histoire naturelle et propriétés thérapeutiques de la mauve*; par M. Martin-Lauzer. 13° *Traitement des migraines et des névralgies faciales*; par M. Cazenave. 14° *Urétrotomie dans un rétrécissement causé par une injection d'ammoniaque*; par M. Amussat. (Incision faite par l'extérieur; guérison obtenue sans accidents.) 15° *Propriétés thérapeutiques du tannate de quinine*; par M. Martin-Lauzer. 16° *Traitement de certaines sciatiques par l'iodure de potassium*; par M. Desvoisins. 17° *De l'emploi extérieur de l'opium*; par M. Chrestien. 18° *De l'hémorrhagie à la suite de la taille latéralisée; instrument destiné à la prévenir*; par M. Erard. (On ne donne pas la description de cet instrument.)

DU CHOIX ET DE L'EMPLOI DES CAUSTIQUES DANS LES MALADIES CHIRURGICALES DES ENFANTS; par M. GUERSANT.

Le caustique auquel M. Guersant donne une préférence presque absolue est la pâte de Vienne. Elle la mérite à cause de la simplicité de son emploi, de sa facile limitation et de la netteté des escarres qu'elle produit.

Parmi les nombreuses applications qu'il fait de la cautérisation dans son service d'hôpital, nous avons surtout noté les deux suivantes. Comme la cicatrice que le caustique de Vienne laisse après elle est lisse, uniforme, sans saillie et à peine sensible, M. Guersant utilise cette précieuse propriété pour corriger les cicatrices vicieuses résultant d'abcès scrofuleux ou de brûlures. Il suffit pour cela de recouvrir toute l'étendue de ces cicatrices d'une couche de caustique.

Contre la chute du rectum, M. Guersant préfère de beaucoup le cautère actuel aux astringents et à l'excision des plis de la muqueuse boursouflée. Il applique quatre ou cinq pointes de feu au point de jonction de la muqueuse avec la peau. Ce moyen a encore sur le plus efficace des deux précédents, l'excision, l'avantage de ne pas exposer à l'érysipèle.

DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE. (Article anonyme.)

On sait avec quelles instances beaucoup de praticiens recommandent d'éviter l'opium dans le traitement de la scarlatine, parce qu'il tend à augmenter les congestions cérébrales, complication assez fréquente déjà de cette affection. Cette crainte de la congestion cérébrale sous l'action des opiacés nous a toujours paru fort exagérée, et nous croyons fermement que les accidents cérébraux qui accompagnent même certaines fièvres fort enclines à produire la stase sanguine dans les viscères, que ces accidents, disons-nous, pris à leur début, peuvent être souvent combattus avec succès par les narcotiques. On sait que des praticiens très-recommandables font usage de l'opium dans la fièvre typhoïde ataxique, et voici qu'un praticien publie *incognito* des observations courtes, mais très-significatives, où les accidents cérébraux les plus inquiétants, délire, céphalalgie, agitation extrême, etc., survenus pendant le cours de la scarlatine, ont cédé comme par enchantement à l'usage de potions opiacées. Pour mettre le lecteur à même de juger de la valeur de ces faits, qui se ressemblent tous au point de vue de cette question spéciale de thérapeutique, nous en rapporterons un ou peu de mots.

OBS. — Le 17 mars 1843, un jeune homme de 16 à 17 ans présenta les symptômes d'une gastro-entérite avec fièvre. Il survint du gonflement aux amygdales avec peu de douleur; on prescrivit le calomel avec quelques potions adoucissantes. Une éruption de scarlatine se manifesta. Peu de temps après, délire et transport furieux. Quand l'auteur de l'observation arriva, il trouva les couvertures, les draps, le bonnet, jetés çà et là dans la chambre; le malade luttait contre ses gardiens pour sortir de son lit. Un peu plus d'un décigramme d'extrait gommeux d'opium fut dissous dans 60 grammes d'eau. Le malade en prit une cuillerée, et il fut convenu qu'on en donnerait une autre toutes les heures. Au bout de deux ou trois heures, tous les accidents cérébraux avaient disparu.

La maladie se termina heureusement.

TRAITEMENT DES MIGRAINES ET DES NÉVRALGIES FACIALES; par M. CAZENAVE (de Bordeaux).

Jusqu'ici on a vainement cherché un médicament qui pût toujours calmer les douleurs hémicraniques, la névralgie orbito-frontale, connues sous le nom de migraine, et les douleurs déchirantes, les *fulgura doloris* de la névralgie faciale.

A moins d'indications particulières, et depuis près de deux ans, M. Cazenave traite ces deux névroses avec des succès très-répétés en usant d'une pommade dont voici la formule :

Chloroforme pur	12	grammes.
Cyanure de potassium	10	—
Axonge récente	60	—
Cire	Q. S. pour obtenir la consistance d'une pommade.	

On sait que le cyanure de potassium a été employé avec succès dans la névralgie faciale, par Lombard (de Genève). Toutefois, dans les expériences comparatives que M. Cazenave a faites, tantôt avec ce médicament seul, employé en topique, selon les données fournies par le savant médecin suisse, et tantôt avec la pommade dont on vient de donner la formule, il a obtenu des résultats tout à fait différents. C'est ainsi qu'un tiers à peine des malades chez lesquels il n'a employé que le cyanure de potassium a été fort peu soulagé, tandis que tous ceux qu'il a traités de la migraine ou d'une névralgie faciale par la pommade ont été, les uns (près des deux tiers) guéris, et les autres (un tiers) très-notablement soulagés.

Voici comment se font les applications de cette pommade.

Il faut prendre le soir, en se couchant, gros de la pommade comme deux œufs de pigeon, l'étendre sur la paume des mains, et en enduire les cheveux en tous sens. Dès que cette opération est terminée, et il faut y procéder très-rapidement, on couvre la tête avec un bonnet en taffetas ciré et à coulisse, afin que la volatisation du chloroforme soit à peu près nulle. — En opérant de la sorte, les cheveux et le cuir chevelu sont enduits de pommade pendant douze heures, et on recommence de la même façon, plus ou moins souvent, selon que les douleurs cèdent rapidement ou lentement.

Bien que M. Cazenave ait toujours obtenu de rapides effets de l'application de la pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, l'expérience lui a appris qu'il faut persévérer dans l'usage de ce moyen, malgré la disparition des douleurs, parce que les rechutes sont faciles.

La pommade au chloroforme et au cyanure de potassium se conserve plus de six mois sans s'altérer.

DU TRAITEMENT DE CERTAINES SCIATIQUES PAR L'IODURE DE POTASSIUM; par le docteur DEVOISINS.

On sait que M. le docteur Izarié a vanté l'action de l'iodure de potassium dans les névralgies sciatiques. Ce confrère fixait la dose du médicament à 8 *grammes* par vingt-quatre heures. Or M. Devoisins revendique pour lui, non-seulement la pensée du mode de traitement, mais les faits mêmes publiés par M. Izarié. Sans nous préoccuper de cette question de priorité qui n'est pas de notre compétence, disons que l'auteur commence par rectifier ce qui a été dit de la dose à employer. Cette dose, sur les malades dont a parlé M. Izarié, n'a jamais dépassé 4 *grammes* par jour, et encore n'y arrivait-on que successivement, après avoir commencé par 50 centigr. Il rapporte ensuite trois nouvelles observations où la cessation de la douleur a en effet suivi de près l'emploi de l'iodure, mais qui ne renferment pas toutes les indications nécessaires sur les antécédents des malades. Il eût été à désirer qu'on s'informât très-positivement s'ils avaient été ou non atteints de syphilis.

VI. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques sur l'entendement humain à l'occasion du mémoire du docteur Voisin*; par M. Carrière. (Franche et ferme déclaration spiritualiste.) 2° *Étude sur la reconstruction projetée de l'asile public des aliénés de l'Isère*; par M. Evrat. 3° *Recherches sur quelques déformations du crâne observées dans le département des Deux-Sèvres*;

par M. Lunier. 4° *Observations d'hallucinations développées dans le cours de la fièvre typhoïde*; par M. Thore fils. 5° *Observation d'hypocondrie*; par M. Durand-Fardel.

RECHERCHES SUR QUELQUES DÉFORMATIONS DU CRANE OBSERVÉES DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES; par M. LUNIER.

En 1834, M. Foville, à cette époque médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, publiait une brochure sur certaines déformations du crâne, très-communes dans la Normandie, et résultant, suivant lui, de l'usage d'un bandeau circulaire dont on avait l'habitude d'entourer la tête des enfants nouveau-nés. La déformation consistait en effet dans une dépression circulaire passant d'une part sur le front et de l'autre au-dessous de la région occipitale. De là résultait la fuite du front et une sorte de bombement de l'occiput. M. Foville attribuait à cette déformation une influence nuisible sur le développement de l'intelligence.

C'est un travail analogue que publie aujourd'hui M. Lunier. Ne connaissant d'abord des recherches de son devancier que ce qu'en a dit Esquirol dans son TRAITÉ DES MALADIES MENTALES, il était entré dans de très-longs détails que la lecture de la brochure elle-même l'a amené à supprimer pour éviter une apparence de plagiat. En sorte que les observations concordantes de l'un et de l'autre auteur, quoique séparées par près de vingt ans de distance, se prêtent mutuellement la même garantie d'exactitude que si elles avaient été faites simultanément en Normandie et dans les Deux-Sèvres. Nous disons que ces observations concordent dans leurs résultats généraux. M. Lunier décrit en effet une déformation qui consiste *dans l'aplatissement du front, l'allongement de la tête et parfois l'existence d'une dépression transversale ou circulaire*. La coiffure qui amène cette déformation est la suivante. On entoure d'abord la tête des nouveau-nés d'un bandeau qui, de la partie supérieure du front ou de la fontanelle antérieure, se dirige en bas et en arrière en passant par-dessus le pavillon de l'oreille et au-dessous de la protubérance occipitale externe; puis les deux chefs ramenés en avant sont fixés par un nœud sur le sommet de la tête. Vers le deuxième, troisième ou quatrième mois, le bandeau est remplacé par une espèce de calotte en carton qui remplit à peu près les mêmes usages. A un âge plus avancé, pour donner plus de consistance à cette coiffure, on y joint un fil de fer, un *arcelet*, dont les deux extrémités viennent prendre un point d'appui sur l'oreille, au devant du tragus. Chez les femmes qui font usage du bonnet rond, de la grande coiffe ou du colback, les cheveux sont maintenus par un bandeau souvent fort serré. Et comme ces différentes coiffures sont diversement répandues dans ce pays; qu'ici on fait rarement usage du bandeau et là presque constamment; que la calotte en carton est usitée seulement dans les campagnes et dans la classe ouvrière, ou a un moyen de contrôle extrêmement précieux.

A cet égard, il y a entre les deux auteurs un certain dissentiment. Dans les Deux-Sèvres, la déformation est beaucoup plus rare et moins prononcée chez les hommes que chez les femmes; M. Lunier attribue cette différence à ce que les garçons, une fois débarrassés du bandeau de la première enfance, ne portent presque jamais plus tard de coiffure serrée; le crâne, en vertu de son élasticité, reprend alors plus ou moins complétement sa forme naturelle. Il n'accorde donc au bandeau des nouveau-nés qu'une influence en quelque sorte préparatoire, qui serait ensuite continuée par les divers genres de coiffure particulière aux femmes, et il reproche à M. Foville d'avoir exagéré l'action du bandeau. Il y aurait à savoir, avant de se prononcer sur ce point, si le bandeau est enlevé d'aussi bonne heure aux enfants de la Normandie qu'à ceux des Deux-Sèvres, et M. Lunier ne paraît pas avoir sur ce point de renseignements bien précis. Pourquoi, dans le premier de ces deux pays, à l'encontre de ce qu'on voit dans le second, la proportion des têtes déformées est-elle plus fréquente chez les hommes? C'est ce qui jusqu'à présent paraît assez difficile à expliquer.

M. Foville n'avait pas réduit à une forme spéciale les troubles apportés par la déformation dans les fonctions de l'encéphale; M. Lunier établit que, dans son département, l'idiotie et l'épilepsie coïncident beaucoup plus fréquemment avec la déformation que la folie proprement dite. Sur 38 femmes de l'asile des aliénés de Niort, offrant l'une des conformations signalées plus haut, il y a 13 idiotes, 5 imbéciles, 7 épileptiques, 1 hystérique fort peu intelligente, 2 paralytiques, 6 déments, 1 lypémaniaque et 3 érotomanes. Sur 10 hommes, il y a 1 idiot, 2 imbéciles, 2 épileptiques et 5 déments. « J'ai été frappé, ajoute l'auteur, de l'allongement du crâne chez les femmes affectées d'érotomanie; d'un autre côté, l'érotisme est fort commun chez les idiots. » Ces observations viendraient à l'appui de l'opinion qui assigne pour siége au sens génésique la portion postérieure de l'encéphale.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. PIOBERT.

DE LA PENTADACTYLIE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES.

M. A. GOUBAUX, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire d'Alfort, adresse un mémoire sur ce sujet.

L'auteur s'est proposé de prouver, dans ce travail :

1° Que les os du carpe et ceux du tarse ne sont pas au nombre de dix chez les animaux domestiques, ainsi que MM. Joly et A. Lavocat l'ont admis en principe;

2° Que le nombre des doigts n'est pas en rapport numérique exact avec le nombre des os de la rangée inférieure du carpe ou du tarse;

3° Enfin que la *chataigne* ne peut pas être considérée comme le rudiment du pouce; que le métacarpien principal ne se développe pas par deux moitiés latérales chez le cheval comme chez le bœuf, et que des os qui existent accidentellement sur le contour postérieur de la rangée inférieure du carpe sont véritablement les rudiments du premier et du cinquième doigt.

CONSERVATION DES CHAMPIGNONS.

M. FRANÇOIS MAURIN, ex-chirurgien de la marine, soumet à l'Académie un procédé pour la conservation des champignons, même les plus fragiles.

Ce procédé consiste à tremper le champignon dans du collodion ou, mieux encore, dans une solution de gutta-percha dans le chloroforme. Quelques instants suffisent pour donner à ces acotylédons la consistance nécessaire pour les transporter. Cependant une deuxième et troisième couche sont quelquefois utiles pour les rendre indestructibles par l'air et l'humidité.

Quand on veut étudier l'intérieur du végétal, on le lave dans l'éther ou le chloroforme.

Le même procédé peut s'appliquer aux fruits et aux semences délicates, qui, enduits comme il est dit ci-dessus, peuvent se transporter et conserver longtemps leurs propriétés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

PROGRAMME DES PRIX.

ORDRE DES LECTURES. — 1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1852; par M. GIBERT, secrétaire annuel.

2° Prix décernés et sujets de prix proposés pour 1853, 1854, 1855 et 1856.

3° Éloge de M. BOYER; par M. FR. DUBOIS, secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1852.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — L'Académie avait mis au concours la question du seigle ergoté, considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le docteur AUGUSTE MILLET, de Tours, auteur du mémoire n° 5.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur CHARLES DUBREUIL, de Bordeaux, auteur du mémoire n° 2; à M. le docteur PAROLA, médecin en chef de l'hôpital de Coni (Piémont), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur PERRIN, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — L'Académie avait proposé pour question : « L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix était de 1,000 fr.

Un seul mémoire avait été transmis à l'Académie; il n'a été jugé digne d'aucune récompense, et l'Académie a décidé que cette question ne serait pas remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME DE CIVRIEUX. — La question proposée était ainsi conçue: « Étiologie de l'épilepsie; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement, soit préventif, soit curatif de la maladie. »

Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix, mais elle a accordé :

1° Une récompense de 700 fr. à M. le docteur MOREAU, de Tours, auteur du mémoire n° 2;

2° Une récompense de 500 fr. à M. le docteur POTERIN DU MOTEL, auteur du mémoire n° 3;

3° Une mention honorable à M. le docteur JOIRE, auteur du mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal et de 3,000 f., devait être décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,500 fr. à M. le docteur SANDRAS, pour son TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES;

2° Une récompense de 1,000 fr. à MM. les docteurs MONNERET et FLEURY, pour leur COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE;

3° Une récompense de 500 fr. à M. le docteur LEGENDRE pour ses RECHERCHES SUR LES MALADIES DE L'ENFANCE.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. — L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant pas paru assez importants pour mériter, soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires, les fonds provenant de ce prix ont dû être reportés sur les périodes suivantes.

En conséquence, le prix à décerner à l'auteur du perfectionnement jugé assez important pour la seconde période (1844 à 1850) était de la valeur de 12,000 fr.

L'Académie a décerné ce prix à M. le docteur REYBARD, de Lyon.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES ET A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence et dès cette année, elle accorde, pour ce qui concerne le service des eaux minérales, une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent, à savoir:

M. BERTRAND fils, médecin inspecteur-adjoint des eaux du Mont-Dor (Puy-de-Dôme);

M. VILLARET, médecin de l'hôpital militaire de Vichy en 1849;

M. FILHOL, professeur de chimie à Toulouse, auteur de l'ANALYSE CHIMIQUE DES SOURCES SULFUREUSES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON;

M. LAMBRON, médecin à Levroux (Indre), auteur de l'ANALYSE SULFHYDROMÉTRIQUE DE 178 SOURCES DE LA CHAÎNE DES PYRÉNÉES;

M. CAZAINTRE, médecin-inspecteur des eaux minérales de Rennes (Aude);

M. DUFRESSE DE CHASSAIGNE, médecin-inspecteur des sources thermales de Chaudesaigues (Cantal).

En ce qui concerne le service des épidémies, des médailles d'argent sont accordées à:

M. VIAL, médecin à Saint-Étienne (Loire): épidémie de fièvre typhoïde, 1851;

M. BOLUT, médecin à Dôle (Jura): épidémie de fièvre typhoïde, 1851;

M. MONTEILS, médecin à Florac (Lozère): épidémie de suette miliaire, 1851.

Et des médailles de bronze à:

M. BOUEIX, médecin à Ploërmel (Morbihan): épidémie de fièvre typhoïde, 1851;

M. TUEFFERD fils, médecin à Montbelliard (Doubs): épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

M. AVISARD, médecin à Coulommiers (Seine-et-Marne): épidémie de fièvre typhoïde, 1851.

PRIX PROPOSÉS POUR 1853 (1).

L'Académie croit devoir rappeler ici les questions annoncées dans le programme de l'année dernière, à savoir:

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite? » En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

« Faire l'histoire du tétanos. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible et propose deux prix, dont l'un de la valeur de 1,000 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante:

Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral.

Pour le second prix, de la valeur de 1,500 fr., l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes.

Les méthodes d'analyse des *eaux minérales* ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnements considérables, et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées? Quelle est, finalement, la *constitution chimique normale* de ces eaux? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc.; et quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite, suivant certaines considérations théoriques, pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps, d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature, sans recourir à aucun essai synthétique.

Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire autant que possible, que l'Académie met au concours la question suivante:

Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal.

PRIX FONDÉ PAR M. NADAU.

Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., sera décerné au médecin ou au professeur qui aura fait ou publié un cours d'hygiène populaire, divisé en vingt-cinq leçons, conformément au programme suivant:

1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé; montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes.

2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements.

3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent.

4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable: les désordres, les crimes, etc., etc.

5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les sociétés de tempérance, en Angleterre et aux États-Unis.

6° Traiter de l'exercice et du travail, en montrer les bons effets sur la santé dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture.

7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène.

NOTA. Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier *à ses frais* les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME DE CIVRIEUX.

Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

De l'albuminurie dans l'état puerpéral, et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Ce prix sera de la valeur de 2,700 fr.

(1) L'Académie croit devoir prévenir MM. les concurrents que par suite du décret du 14 mars 1852, qui convertit la rente 5 p. 100 en 4 1/2, la rente annuelle des prix Portal, Civrieux, Itard et d'Argenteuil, a subi la diminution suivante à dater du 22 septembre 1852:

La rente annuelle du prix	Portal, qui était de		600 fr.,	est réduite à	540 fr.
—	Civrieux	—	1,000	—	900
—	Itard	—	1,000	—	900
—	d'Agenteuil	—	1,373	—	1,235

La rente du prix Lefèvre est à 4 p. 100. — La rente du prix Capuron est à 5 p. 100.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette troisième période (1850 à 1856).

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

Les mémoires, pour les prix de 1853, devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de cette disposition.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE CHIMIE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, OU DES PRINCIPES IMMÉDIATS NORMAUX ET MORBIDES QUI CONSTITUENT LE CORPS DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES; par CHARLES ROBIN, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et F. VERDEIL, docteur en médecine, chef des travaux chimiques à l'Institut agronomique, etc., etc. — Paris, 1852. 3 forts volumes in-8°, accompagnés d'un atlas de 45 planches, dessinées, d'après nature, par Ch. Robin et P. Lackerbauer; gravées, en partie coloriées. — Chez J. B. Baillière.

Tous les êtres qu'embrasse la conception de la nature se présentent à nous sous deux aspects fondamentalement distincts : 1° le point de vue *statique*, 2° le point de vue *dynamique*.

Pour les mécaniciens, la statique est la science de l'équilibre, c'est-à-dire l'étude des forces qui se réunissent mutuellement au repos, ou l'équivalent, *l'étude des corps en repos*.

La *statique* d'un être représente tous ses caractères propres, et constituant son aptitude à agir.

La *dynamique* étudie l'activité elle-même, *l'être en action*.

Dans la statique, se trouvent compris un certain nombre des conditions d'action; mais la science des *milieux* complète l'étude de ces dernières.

Un être est donc *tel* que nous le connaissons, de par lui-même et de par le milieu qui l'environne.

Le rôle du milieu, signalé par Lamarck et Blainville, est encore à l'état de question dans certaines sciences. Il existe quelques notions vulgaires qui défrayent les traités depuis des siècles, et dont le moindre tort est de manquer de toute base *positive*.

La statique et la dynamique sont donc les deux pivots solidaires de toute étude complète des êtres organisés ou inorganisés.

La différence qui existe entre les sciences repose, tantôt sur la diversité de *nature* des êtres dont elles s'occupent, tantôt simplement sur la nature des caractères dont elles s'occupent. Il en est enfin qui n'envisagent les êtres que dans l'espace, d'autres qui les envisagent dans le temps; d'où une grande inégalité dans *l'étendue* et la *compréhension* de chacune d'elles.

En *cosmographie*, on étudie la statique des mondes; en mécanique céleste, on étudie leur dynamique. L'ensemble de ces notions forme l'*astronomie*. C'est, de toutes les sciences, la plus mathématique, c'est lui assigner son rôle dans la hiérarchie des connaissances humaines. Les hommes de génie, toutefois, y brillent d'un aussi vif éclat que dans n'importe quelle science (1).

Comme sciences plus compliquées et d'ordre immédiatement supérieur, viennent la *physique*, puis, au-dessus, la *chimie*.

Ce qui constitue leur complexité plus grande, c'est que la détermination des caractères propres aux individus nécessite le contact d'autres corps, de telle sorte que c'est par les attributs dynamiques que l'on juge de leur état réel et complet.

Le physicien, lorsqu'il fait intervenir un intermédiaire entre lui et le corps qu'il étudie, quoique le plus souvent ce soit à une distance appréciable, ne peut affirmer, dans beaucoup de cas, ce qui est inhérent au corps et ce qui est l'effet du *contact* (électricité, magnétisme, etc.). Le chimiste, qui étudie les caractères de la matière alors que les molécules sont au contact intime, presque occulte, a encore bien plus de réserves de ce genre à faire. Ces actions moléculaires et réciproques, échappant à l'œil qui ne les juge que par les effets, les résultats, combien il est difficile de les rapporter à des *caractères* propres à tel ou tel individu! Que sont ces corps, alors qu'ils sont isolés, puisque les rapports les plus intimes entre eux peuvent seuls en révéler les propriétés (1)?

Ainsi se prépare la transition à des phénomènes et à des caractères bien autrement compliqués.

La biologie (histoire naturelle, normale et pathologique) se compose elle-même de deux branches correspondantes à notre division générale. L'anatomie animale et végétale, statique; la physiologie végétale et animale, dynamique.

Outre qu'il apparaît ici un caractère d'ordre nouveau et supérieur, le caractère organique, il est à observer que les conditions d'action réciproque, multiples quant à leur nature et quant à leur modalité, sont arrivées à leur plus haut degré de développement, si nous en exceptons les sciences morales et sociales.

Ce double point de vue doit nous conduire à montrer comment la matière, en multipliant ses caractères, acquiert des propriétés dont la mystérieuse complication semblait, jusqu'à ce jour, défier les plus hardis des investigateurs.

Dès l'abord, remarquons qu'une fois notre division reconnue, il y a maintes manières de concevoir et d'étudier les êtres.

Puisqu'il en est dont les caractères simples tombent tout entiers sous nos sens, sans effort et sans réflexion, et qu'il en est qui sont dans des conditions tout opposées, il s'agit de se demander si l'on doit, en bonne méthode, passer des plus simples aux plus composés, ou des composés aux plus simples, c'est-à-dire si l'on doit aborder les premiers avec l'idée que font naître en nous leurs actes complexes; ou, négligeant ceux-ci, les envisager comme une multiplication des caractères et des propriétés élémentaires observées *au bas de l'échelle*.

La première méthode est subjective; elle part d'une conception.

La seconde est objective; elle part des faits bruts.

Suivant le choix que l'on fera de l'une de ces méthodes, on fera usage de procédés différents.

Chacune des sciences que nous avons énumérées a, en effet, ses moyens d'investigation propres; et les résultats que l'on obtient sont toujours l'expression de leur portée, sans parler, toutefois, de l'expérimentateur lui-même.

Quand nous sommes en présence d'une difficulté, insensiblement nous la circonscrivons à l'aide de tous les moyens qui sont à notre disposition, nous cherchons, à l'aide de notre intelligence et de nos organes, à défaire le nœud.

Si nous le tranchons, il y a beaucoup de chance que nous ne pourrons nous rendre compte de ses replis en apparence inextricables; tandis qu'en essayant de le suivre à tâtons, puis enrichi par une première expérience, chacun des bouts, d'après la juste idée que nous en avons conçue, nous dénouerons le nœud tout en apprenant à le renouer. Voilà la différence pratique entre les deux méthodes : trancher un nœud ou le dénouer.

La physique et la chimie, longtemps restreintes dans le champ du monde non organisé, furent peu à peu appliquées au monde vivant. La matière est une, se disait-on. Les quelques corps simples qui la composent revêtent les formes, les états les plus variés, mais ce sont toujours mes corps simples, disait le chimiste. L'étude de tous les phénomènes intimes de la matière fait, au même titre, partie de mon domaine.

Il y a dans cette prétention du faux et du vrai.

Si l'on pense que la matière ne cessera jamais d'être identique à elle-même au fond, on est dans le vrai. Si l'on oublie qu'elle peut, par des dispositions et des rapports spéciaux, prendre des caractères nouveaux, élever ses propriétés par leur action réciproque, de manière à masquer les caractères simples et leur manifestation, on est mille fois dans l'erreur.

Quelque disposition, quelque forme que revête la matière, quelque propriété qu'elle manifeste, il faudra toujours l'envisager sous la face multiple qu'offre chacune des sciences. Les *mathématiques*, tant pour les

(1) La *statique* de la science astronomique est très-rudimentaire. C'est donc la *dynamique générale* et non la *dynamique* propres à chaque planète, etc., etc., que l'on connaît. Ce n'est toutefois qu'une question d'instruments d'optique. C'est à peu près le rapport qu'il y a entre la progression de l'homme et la dynamique intérieure.

(1) M. Chevreul a le premier présenté, sous une forme générale, l'étude de la mécanique (dynamique) chimique dans le TRAITÉ de MM. Pelouze et Fremy.

formes géométriques que pour les applications, la *physique* et la *chimie*, prêteront tour à tour leur appui à l'investigation.

Mais quand nous arrivons à la biologie, à la science de la vie, faut-il, peut-on même débuter par ces applications pour se rendre compte de la manière d'être d'un sujet vivant, de ses conditions d'activité et de cette activité elle même? C'est ici qu'intervient la notion subjective que nous acquérons de la vie par ses actes et ses agents merveilleux. Les hommes qui se sont les premiers occupés de la biologie, ont dû penser que toute cette vaste activité des êtres vivants devait reposer sur les ressorts et des appareils plus ingénieux les uns que les autres.

Alors, analysant les éléments de la vie, armés du scalpel, ils les ont étendus sur la table et décrits à l'envi, choisissant chacun des *organes* (instruments) dont l'*usage* leur semblait plus ou moins important. Ces organes, par leur contiguïté ou leur continuité, devaient constituer des *appareils* chargés de *coordonner ces usages* pour accomplir une *fonction*.

La fonction est de toutes les notions celle que nous acquérons le plus immédiatement; elle est l'expression la plus directe, la plus manifeste, la plus irrésistible de la vie. C'est elle qui nous suggère toutes les conceptions qui peuvent inspirer la méthode subjective.

Eh bien! le raisonnement, l'expérience, la sanction du temps nous montrent que c'est à cette méthode qu'il faut recourir en biologie.

Appuyés sur les sciences inférieures, rompus à leur pratique, vous devez *dérouler* l'organisme. Vous vous armerez tour à tour de tous les moyens qui vous permettent de surprendre les êtres *tels qu'ils sont en action*, et vous en déduirez des conditions d'activité.

Il ne suffisait pas de loin d'avoir multiplié les organographies : un grand biologiste du commencement de ce siècle établit nettement l'existence des *tissus*. Mais il est à remarquer que les notions inférieures, forme, couleur, siége, etc., et puis des propriétés que rien encore ne justifiait, servirent surtout à constituer cette branche de la statique des êtres vivants.

L'histologie n'exista réellement que du jour où un tissu se pouvait définir par les éléments anatomiques qui le constituent. C'est là l'œuvre de ce demi-siècle, et pour être plus précis, c'est l'œuvre du microscope. Ainsi nous voyons la biologie, alors que le scalpel est impuissant à la servir, recourir aux instruments parfaits de la physique pour grossir le volume des objets, et en étudier tous les caractères de *forme* (géomét.) de *consistance*, de *couleur*, de *densité*, etc. (physique), de solubilité dans les réactifs *chimiques*, etc., pour s'arrêter aux notions de *texture* (organiques).

Cet être complexe qui emprunte une moitié de ses conditions d'existence au milieu qui l'entoure, a pour intermédiaire entre sa nature plus ou moins solide et ce milieu, de nombreuses *humeurs* qui le baignent partout et servent de véhicule aux *gaz*.

Ces humeurs, variées sous tous les rapports, en présentent une par excellence : le sang (ou ses analogues) doit être considéré comme l'agent immédiat de tous les actes fondamentaux de l'organisme. Il est donc vivant, le sang, et sa dynamique vivante semble encore défier nos plus profondes conjectures.

Tandis que sa dynamique physique (*hydraulique*) (chez les animaux mammifères) est susceptible d'appréciations très-rigoureuses, tandis que le problème de Harvey, depuis qu'il l'a posé et résolu, a été soumis aux lois des nombres, ce qui constitue essentiellement *sa vie*, sa dynamique vraie (*organique*) est un mystère. C'est donc l'une des conditions de sa passivité que l'on a étudiée, en déterminant comment il chemine *par la contraction* des vaisseaux et de leur renflement cardiaque.

Cette humeur, comme toutes d'ailleurs, présente des *éléments* anatomiques caractéristiques, tenus en suspension par des *sérums*. C'est à elle que nous rapportons, pour tant de raisons, la fonction de nourrir les tissus qu'elle arrose partout. Et comme dans un organisme il y a sans cesse entrée et sortie de matériaux, nous lui attribuons la mission de renouveler les êtres.

Le rôle de la sève dans les végétaux a été étudié d'une manière toute parallèle; mais son histoire, quoique *d'une étendue plus restreinte*, est beaucoup moins connue. Sa compréhension par contre est infinie, car elle embrasse *à fortiori* tous les êtres organisés.

Comme chez les animaux, on a étudié la sève dans ses conditions *dynamiques physiques* (son hydraulique), ne pouvant aborder la dynamique vivante faute de méthode.

Si donc l'*humeur fondamentale* renouvelle ainsi la matière, on doit bien supposer que sa composition est solidaire de celle des corps solides, à des degrés divers, et réciproquement.

On a émis des conjectures sur quelques-unes des circonstances de ce renouvellement. Ainsi, ayant rencontré des corps de forme déterminée dans les humeurs, on a pensé que par des métamorphoses elles donnaient naissance aux éléments anatomiques des tissus. On leur a également rapporté l'origine des éléments des humeurs anormales (pus, etc.).

Et comme, d'autre part, tout élément anatomique partait de la cellule, la question d'origine semblait assez résolue.

Malheureusement la part que prennent les globules à la formation des éléments est à l'état de question.

Toute la théorie cellulaire, en l'absence même de la précédente hypothèse, en simplifiant le problème de la formation des solides, était restée debout. C'est à M. Ch. Robin que revient l'honneur d'avoir modifié la théorie cellulaire, en démontrant la formation de toutes pièces, d'éléments de *substitution*. La *métamorphose* s'est trouvée restreinte ainsi aux *végétaux* et chez les animaux aux éléments embryonaires, et aux *produits* chez les adultes (ongles, poils, etc.).

Ces humeurs ont été étudiées jusqu'à ce jour directement par le chimiste. Au lieu d'y voir une humeur douée d'activité et constituée à cet effet, on y a vu des liquides dans lesquels celui-ci allait rechercher les éléments chimiques.

Or ce qu'il fallait, c'était étudier organiquement ces humeurs, et en rechercher la localisation dans les éléments anatomiques et les tissus qu'ils constituent.

Il fallait diviser, isoler, disséquer solides et humeurs pour en extraire ce qui les forme immédiatement, ce qui est la base de leurs conditions d'activité. Et comme toutes ces notions sont biologiques, que leur connaissance préalable est indispensable pour se guider *à priori*, à l'aide d'une méthode supérieure, l'anatomiste qui négligeait ce travail justifiait le légitime échec du chimiste.

Il est bien certain que les éléments anatomiques naissent de toutes pièces du liquide nourricier, mais ils ne semblent pas se former dans le sang, etc. : on n'y a jamais trouvé trace de ces éléments. C'est donc le corps plus ou moins solide qui lui-même a la puissance plastique d'en former à ses dépens. Et comme il lui cède à son tour les éléments qui le constituent, il faut admettre une action réciproque dans ce conflit de la matière fluide et solide.

Les tissus résultent de la disposition que revêtent les éléments. Cette disposition, qui se nomme la *texture* du tissu, par les nombreux rapports qui en naissent, nous fait concevoir les propriétés nouvelles que manifeste la matière dès lors *organisée*.

Il y a donc à faire la part des propriétés de l'élément en lui-même, plus celle des propriétés qu'engendre la texture.

Mais une troisième part n'avait point été faite : c'est celle des principes immédiats constituant fondamentalement les éléments, par suite les tissus eux-mêmes.

Et puis, ne l'oublions pas, ces principes immédiats sont à l'état de dissolution réciproque pour former les humeurs. Ils sont de nature très-variée dès l'origine. De cet état spécial, favorisant partout les actions réciproques, résulte déjà la logique impossibilité de n'envisager dans ces éléments qu'un côté chimique. Qu'en est-il donc alors de l'analyse chimique de l'humeur et des tissus?

Pour étudier ainsi l'*organisation fondamentale* des êtres vivants, il fallait donc partir des notions les plus élevées d'anatomie et de physiologie.

Un chimiste a le premier senti cette lacune.

M. Chevreul a consacré pour la première fois, par ses recherches sur les corps gras d'origine animale, la méthode dont il est le créateur. Nous laisserons plus loin à la généreuse plume de M. Dumas la tâche de l'apprécier.

Pour appliquer cette méthode à une aussi vaste étude, dans l'éducation médicale actuelle, il fallait un chimiste guidé par un biologiste. Il fallait de plus l'instinct biologique dans le maniement de la matière, afin d'arriver à nous la donner telle qu'elle est dans un organisme.

Le corps une fois isolé, on l'étudiait sous toutes les faces. Le plus difficile est dans l'isolement, l'extraction méthodique, et que nous envisagerons comme elle mérite de l'être.

Que l'on songe donc aux procédés du chimiste qui, en définitive, n'avait jamais cherché que les éléments qu'il voit dans les milieux qui l'entourent.

Quand la matière qui a vécu et qui porte en elle les traces indélébiles de la vie, quand elle passe dans un tube rougi, dans un creuset, ou dans les corrosifs minéraux, que peut-on espérer y trouver? Les corps tels que le chimiste les manie dans son laboratoire, mais pas davantage.

Mais c'est la statique d'un être vivant que vous faites.

Ne l'oubliez pas, vous cherchez quelles sont ses conditions, ses modes d'activité, et voilà que vous brusquez la matière et la détruisez dans son organisation de manière à travailler sur des cendres. Concevez donc l'activité vitale par la juxtaposition des molécules de la cendre!

Mais le fait fondamental qui caractérise le tissu au point de vue dyna-

mique, la nutrition, c'est l'organisation spéciale de ceux-ci qui seule vous en rendra compte.

Un savant chimiste, le docteur Brame, après avoir étudié la matière dans ses formes élémentaires, a décrit les *utricules* minérales, qui seraient les analogues de l'utricule végétale et animale.

L'endosmose et l'exosmose, qui semblaient être une propriété privilégiée de la matière organisée, et que l'on avait eu le tort de traiter en physique, il la montre dans l'utricule minérale. Mais ce premier phénomène de la nutrition ne la caractérise point; cette disposition, toute géométrique et physique, est distincte de la cellule, car la cellule s'assimile et se désassimile la matière.

Un caractère d'ordre mathématique, une propriété *désormais* physique, ont donc été confondus avec les caractères organiques (1).

Partout où il y a organisme et pour qu'il y ait organisme, la matière doit revêtir des dispositions spéciales, en harmonie avec les phénomènes si complexes dont elle est, a été ou sera le siége.

C'est une méthode aussi antique que la science elle-même, que de chercher la vie dans l'étroit cercle des faits qui tombent directement sous les yeux (2). Mais cette méthode amène la réaction qui fait créer à des esprits plus élevés une série d'entités.

Et alors vous en preuez à l'insaisissable.

Pour ne pas justifier cette alternative de conception étroite de la matière avec ou sans entité, il fallait élargir son domaine en l'élevant à un niveau supérieur.

User de la chimie, de la physique, des mathématiques, cela est indispensable; il faut seulement en savoir diriger les applications.

Le filtre, la capsule d'évaporation, l'eau, l'alcool et l'éther, pour les manier avec fruit, exigent impérieusement les notions de chimie et de physique, mais ce n'est pas à dire que l'on fait de la chimie quand on applique ces instruments à l'étude de l'organisation.

Qu'on veuille bien songer dans quel discrédit sont tombées ces sciences auprès des médecins? On en attendait le secret de la vie; des chimistes y gagnaient en importance et les médecins en espérance. Combien amère fut la déception! Tant d'ardeur si mal récompensée! C'est qu'en somme, telle est la vengeance de la méthode.

Elle ne pardonne pas plus qu'on la méconnaisse qu'elle ne tolère qu'on l'ignore. Pour se venger, elle frappe de stérilité tout ce que vous réalisez sans elle.

Au fond, direz-vous, il importe fort peu que l'homme qui isole les principes constituant immédiatement la matière organisée, il importe peu qu'il soit chimiste ou anatomiste. Ce qui importe, c'est l'exécution de ce travail. Mais sans doute la preuve qu'il n'y a pas un préjugé derrière notre manière de voir, c'est que nous applaudissons les hommes assez courageux pour aborder la biologie sans en avoir fait l'objet de leurs travaux.

A la condition d'élever son point de vue, de s'initier à une science nouvelle, le chimiste sera d'ici longtemps aussi apte que le médecin. Les connaissances incomplètes de chacun d'eux, en s'entre aidant, offrent de suffisantes garanties à nos exigences; mais le vrai progrès sera l'œuvre d'une seule individualité réunissant toutes les conditions.

A mesure que l'on avancera dans cet ordre de recherches, la nature biologique de ces questions se prononcera davantage, et le rôle du chimiste se subordonnera à celui du biologiste.

Aujourd'hui on analyse les tissus; les éléments anatomiques qui les forment sont donc étudiés, non pas directement, mais indirectement et en masse. Un tissu étant constitué par plusieurs éléments, on sent qu'il y a là un certain inconvénient. Il est d'autant moins grand que l'on croira pouvoir assimiler entre elles la composition de chaque élément. L'étendue microscopique des éléments anatomiques ne permet pas d'espérer la possibilité d'aller beaucoup plus loin.

D'ailleurs on choisit à cet effet la partie d'un tissu la plus homogène possible. L'analomiste sait où la trouver. Ce sera tantôt un tissu peu abondant en tissu cellulaire, peu abondant en capillaire, etc.; en un mot, chaque tissu est choisi dans le lien anatomique où son individualité est la plus nettement accusée. Mais l'inconvénient que nous avons signalé, se traduira en une perte trop faible en elle-même pour que l'on en fasse l'analyse, et capable cependant d'enlever certaine rectitude au calcul, alors que l'on envisage la quantité au lieu de s'attacher à la *qualité*. On peut juger par cet exemple combien, dans la recherche *la plus élémentaire* de toutes, les notions anatomiques sont indispensables.

Le titre de ce livre consacre une collaboration, exprimant très-nettement l'impuissance actuelle de marcher seul. Le chimiste peut très-bien s'arrêter à la chimie; mais la biologie repose avant tout sur une suffisante connaissance des êtres non vivants. C'est donc à elle à jeter des bases profondes à son édifice.

Il y a longtemps que l'on a accepté le titre de *chimie physiologique*. Confondant la statique et la dynamique dans une même expression, on a fait l'application de la chimie directement à la statique des êtres vivants. Nous avons caractérisé ailleurs les conséquences de cette application. Quand on s'est servi de l'expression *statique* (ce n'est donc qu'une question de mots), on a traité par excellence une question *dynamique*.

L'équilibre définitif, entre les êtres organisés, que l'on a voulu désigner par cette expression, n'a pu se concevoir qu'après une observation attentive et large du mouvement de la matière. Cette équilibration est le résultat final de tous les phénomènes qui nous entourent, sans quoi nous vivrions dans un état de révolution cosmologique continu (1).

A vrai dire, les auteurs de cet ouvrage auraient dû, sans rien sacrifier à l'opinion reçue, l'intituler : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE FONDAMENTALES DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES. Dans la préface, il était toujours loisible de montrer la grande place qu'y a occupée la chimie, en tant que moyen d'investigaton appliqué à la biologie; mais la physique a tout autant de part à revendiquer, car les études microscopiques des principes isolés ajouteut un grand prix aux recherches de toute nature que renferme ce livre tout original.

HIFFELSHEIM.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) C'est avec un fait de ce genre que l'on a voulu essayer d'expliquer la formation de la cellule. Tout le monde connaît la découverte d'Acherson, qui voyait se former des cellules en mêlant l'huile à l'albumine. M. Ch. Robin a démontré qu'il y avait : 1° d'abord une illusion d'optique; 2° une grosse erreur d'interprétation dans cette prétendue découverte. Au lieu que ce soit l'albumine qui forme une enveloppe à la goutte d'huile, c'est l'huile qui se saponifie autour de l'albumine *alcaline*. Cette couche savonneuse, d'origine chimique, est donc parfaitement étrangère à la nature organique de la cellule.

Toujours la même confusion dans des faits d'ordre si différents.

(2) L'alchimie, comme l'a démontré M. Chevreul, n'avait d'autre but que de distiller la *vie* dans une cornue chargée d'or, et dont la forme ovoïde devait rappeler la ponte de l'œuf.

(1) Les problèmes que se pose le mécanicien en statique sont tous ramenés à celui-ci : Dans quels rapports (conditions) doivent être les forces appliquées à un corps, pour se réduire mutuellement à zéro, c'est-à-dire pour qu'il n'y ait pas de mouvement. (Poinsot.)

VARIÉTÉS.

— Dans sa visite à l'Hôtel-Dieu, l'empereur a accordé à M. le docteur Bonchut la croix de la Légion d'honneur, qui avait été demandée pour lui par l'administration de l'assistance publique.

— BULLETIN DU CHOLÉRA A SAINT-PÉTERSBOURG. — Le 12 novembre, au matin, il y avait 393 malades; dans la journée, 46 nouveaux cas, 21 guérisons, 23 décès; restait 395.

2 décembre. Jusqu'à la date du 28 novembre, le nombre des malades du choléra s'élevait à 418. Ce jour-là, il y a en 50 malades nouveaux, 22 convalescences et 16 décès. Il restait, par conséquent, 430 malades en traitement.

5 décembre. Le 30 novembre au matin, il y avait 430 malades en traitement. Pendant la journée, on a compté 54 nouveaux cas, 23 guérisons et 21 décès; dans celle du 1er décembre, il y a eu 42 nouveaux cas, 32 guérisons et 22 décès, et le lendemain, 68 nouveaux cas, 35 guérisons et 26 décès. Restaient 435 malades.

— Le JOURNAL DE LEMBERG annonce que le choléra a complétement cessé en Gallicie.

— M. Dandy, président de la commission sanitaire internationale, doit se rendre prochainement à Naples pour continuer les négociations relatives à la ratification du traité sur les quarantaines.

— M. le docteur Decaisne nous écrit pour nous dire que les observations publiées dans les ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE, relativement à l'emploi de l'extrait d'aconit dans le farcin chronique, et rapportées par la GAZETTE MÉDICALE, dans son numéro du 20 novembre dernier, ont été recueillies dans son service de l'hôpital de Namur, et que c'est lui-même, et non M. Hamois, qui a eu l'idée de cette médication et l'a employée le premier.

— AVIS A MM. LES MÉDECINS ET SAGES-FEMMES. — Depuis longtemps déjà la mairie du 4e arrondissement, l'une des plus centrales de Paris, sur l'avis de la Société de ses médecins du bureau de bienfaisance, a pris des mesures pour que le service des vaccinations fût continué durant tout le cours de l'année.

En conséquence, MM. les médecins et sages-femmes sont prévenus qu'ils pourront, dans toute saison, se procurer du vaccin à cette mairie. Ils sont en même temps priés de vouloir bien concourir à rendre plus assurée la non-interruption des inoculations vaccinales, en adressant pendant l'hiver à cette mairie les indigents qui, à leur connaissance, désireraient recourir à la vaccination. La prime habituelle leur sera accordée, quel que soit le quartier qu'ils habitent.

Les vaccinations ont lieu tous les mercredis, à une heure *précise*, place du Chevalier-du-Guet (près la nouvelle rue de Rivoli), à la mairie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX DÉCERNÉS.

La médecine a eu cette année une assez large part aux récompenses décernées par l'Académie sur les fondations Montyon. On ne saurait trop s'en réjouir. Cela permet de croire, en effet, qu'un assez grand nombre d'idées nouvelles ont surgi des obscurités de la science; car il faut rendre cette justice à l'Académie des sciences, et en particulier à la commission des prix Montyon, qu'elle favorise l'avénement du progrès, en signalant, conformément aux vœux du testateur, ce qu'il y a de nouveau dans les ouvrages adressés au concours. Il ne faut pas cependant se faire d'illusion : l'Académie ne réserve pas absolument ses couronnes pour des génies nouveaux, pour des découvertes patentes; elle est bien quelquefois obligée de s'en tenir à quelque chose de moins manifeste. A défaut d'idées neuves, originales, elle est heureuse de récompenser, d'encourager des aperçus nouveaux, des perfectionnements, et même de simples tentatives dans des voies nouvelles. C'est entre ces trois catégories que se partagent, en proportions inégales, les prix, récompenses et encouragements décernés cette année.

Le prix de physiologie a été partagé entre MM. Budge, médecin anglais, et Waller, professeur à Bohn, pour quelques faits nouveaux propres à éclairer les fonctions du système nerveux ganglionnaire.

Le grand sympathique a dans tout son parcours des rapports intimes et nombreux avec le système cérébro-spinal. Quelle est la part de chacun des deux systèmes dans la production des phénomènes qui semblent liés à leur influence connexe? Jusqu'à ces derniers temps, les fonctions du grand sympathique avaient été, suivant la théorie de Bichat, circonscrites aux phénomènes de la vie nutritive ou organique. Cependant des expériences et des observations pathologiques ont fait croire que l'influence de ce système pourrait bien s'étendre au delà des limites tracées par Bichat. Pourfour du Petit, dans le siècle dernier, avait déjà appris que la section du grand sympathique au cou détermine le resserrement de la pupille du côté correspondant. Biffi (de Pise) en galvanisant le bout supérieur du nerf coupé, avait vu, au contraire, la pupille se dilater. MM. Budge et Waller ont fait voir que cette influence de la portion cervicale du grand sympathique lui vient d'un segment correspondant de la moelle épinière. Ils détruisent cette dernière, et l'influence du grand sympathique sur l'iris disparaît : d'où ils concluent que le rôle de ce système se borne uniquement à transmettre cette influence au lieu de l'exercer par lui-même. La conséquence la plus générale qui ressortirait des expériences et des vues de MM. Budge et Waller, serait que le grand sympathique, au lieu d'avoir des fonctions indépendantes, comme on l'avait enseigné jusqu'ici, serait, ainsi que les autres nerfs, une dépendance du système cérébro-spinal. A la bonne heure; mais pourquoi cet intermédiaire; pourquoi cette forme, ce mode d'arrangement si différents? Pourquoi cette existence à part chez certains animaux où il n'y a point de système cérébro-spinal? Nous manquons sûrement de données suffisantes pour apprécier la valeur des inductions de MM. Budge et Waller; mais d'après les seuls détails fournis par M. le rapporteur de la commission, il y aurait lieu de s'étonner de la facilité avec laquelle il a placé les vues de ces auteurs sous le patronage de l'Académie des sciences. Ce que le scalpel et les yeux ne révèlent pas, l'observation physiologique et l'analyse philosophique l'enseignent; jusqu'à plus ample informé, il sera donc prudent de s'en tenir à ce que l'on croyait sur la spécialité d'organisation et de fonction du système ganglionnaire.

En tête des prix de médecine et de chirurgie, nous trouvons la trachéotomie dans la période extrême du croup instituée dès 1825 par M. Bretonneau, et perfectionnée et appliquée sur une grande échelle par M. le professeur Trousseau. Cette méthode est depuis longtemps jugée. Si elle ne donne pas toujours ce qu'elle promet, il faut moins s'en prendre à son inefficacité qu'aux circonstances où elle est appelée comme dernière ressource. Il suffit de dire que l'expérience en a démontré l'utilité presque dans la moitié des cas; que les indications, la pratique, les procédés et les suites en ont été réglés avec une grande sagacité par M. Trousseau. A tous ces titres, le maître et l'élève avaient droit à la couronne qui leur a été décernée par l'Académie.

En anatomie, la commission a justement récompensé les belles études et préparations du système nerveux de MM. Bourgery, Hirschfeld son successeur et Jacob; et un travail plus original de M. Follin sur l'organologie des corps de Wolf et d'Oken, considérée sous le point de vue de leur origine, de leurs évolutions et de leurs connexions avec l'apparition primitive des organes génito-urinaires. Ce dernier auteur a ajouté de nouveaux faits à ceux qu'avaient produits antérieurement MM. Muller, Jacobson, Ratke et Valentin. Ce qui manque à ces recherches si multipliées sur ce point mystérieux de l'organogénie, c'est une idée mère qui les coordonne, qui les élucide, qui les classe et les complète. Mais ces idées ne sont pas révélées par le scalpel ou le microscope; et notre époque n'est que trop disposée à tourner le dos au côté d'où elles viennent.

En physiologie, nous avons eu déjà l'occasion de mentionner avec distinction les recherches et expériences de M. Blondlot (de Nancy) sur la *bile* et le *suc gastrique*. Nous partageons les réserves faites par M. le rapporteur de la commission au sujet des idées de l'auteur sur l'inutilité de la bile; mais nous applaudissons avec lui aux deux procédés que l'auteur a fait connaître pour l'établissement des fistules biliaires et gastriques. — Comme œuvre physiologique, la commission a encore récompensé les intéressantes recherches de MM. Duméril, Demarquay et Lecointe sur les modifications de la température animale produites par diverses substances médicamenteuses. Nos lecteurs ont été à même d'apprécier toute l'originalité de ces recherches, et les vues nouvelles qu'elles introduisent dans l'étude physiologique des médicaments.

En pathologie, la commission a cité d'une manière exceptionnelle les travaux de M. Lebert sur le cancer, de MM. Becquerel et Rodier sur le sang, et de M. Davaine sur la paralysie double de la face.

L'idée principale qui domine dans l'ouvrage de M. Lebert, c'est que beaucoup de maladies confondues avec le cancer en sont très-différentes, sous le rapport de l'origine, des formes, de la marche et du traitement. Ce départ fait avec une grande sagacité d'observation, une grande précision d'analyse microscopique, et par-dessus tout avec un grand nombre de faits cliniques anatomisés avec le plus grand soin, marque un véritable progrès dans la connaissance diagnostique et thérapeutique du cancer, on peut poser en loi aujourd'hui : que le cancroïde doit toujours être opéré, tandis que le véritable cancer ne doit l'être que rarement et dans des conditions de localisation déterminées.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Profondes réflexions. — Épanchements de notre cœur. — Acte de contrition. — Académie de médecine. L'ancien et le nouveau président. Le secrétaire annuel et le secrétaire perpétuel. — Permutation de M. Trousseau. — La médecine tartare.

Une année qui finit, une année qui commence, un point de jonction, une couture dans le temps, illusion, non-sens, mensonge et moquerie. Messieurs les astronomes et faiseurs de chronologie sont assez plaisants, avec leurs époques et périodes, leur ère de Kaliouga, de Nabonassar, des Séleucides, des Augustes, d'Yezdegerd, et leur hégyre, leur calendrier de Constantinople, et nous ne savons quoi encore, les siècles, les années, les mois, les jours, les heures, les minutes. Si vous voulez savoir au juste ce que valent toutes ces belles délimitations, demandez-le au premier journaliste venu. Un bon journaliste ne donnerait pas une coquille d'œuf de tout le travail de Scaliger sur la période Julienne. Pourquoi? Parce que de la position supérieure où Dieu l'a placé, il peut mieux qu'un autre apprécier la vanité de ces morcellements arbitraires. Dans la fuite éternelle du temps, où est-ce que l'année finit pour lui? où est-ce qu'elle commence? Y a-t-il même une année? Janvier succède à décembre, vous le dites; mais lui, quelle est l'horloge qui l'avertit de la transition? Quand peut-il, dénouant le joug, s'asseoir au bord du sillon, à l'ombre du hêtre touffu, *patulæ sub tegmine fagi?* Et si le soc doit marcher nuit et jour, qu'importe l'instant marqué par le soleil?

Une boule roule du haut du mont Blanc, vous amusez-vous à compter chaque révolution qu'elle exécute?

Un cheval est lancé à fond de train sur une route immense, notez-vous chaque temps du galop?

Le Juif-Errant marche depuis près de deux mille ans, vous inquiétez-vous du nombre de ses pas?

Cette boule, ce cheval, ce voyageur, c'est le journaliste.

Donc, chers lecteurs et très-recommandables abonnés, si nous vous envoyons aujourd'hui un salut particulièrement amical, vous êtes priés de n'y pas voir un banal sacrifice au commun usage, mais l'effet d'une tendresse accumulée dans notre cœur et qui a besoin de s'épancher par intervalles. Si cet impérieux besoin coïncide d'ordinaire avec l'époque du renouvellement des abonnements, c'est hasard tout pur. — A moins pourtant que le retour d'une date à laquelle vous avez coutume de nous adresser un encouragement positif et substantiel n'enfle tout à coup notre reconnaissance et ne l'amène à déborder. C'est un fait que nous proposerons quelque jour aux méditations de la Société *médico-psychologique*, qui prend décidément couleur dans la belle salle mise à

Nos lecteurs ont pu apprécier, dans la GAZETTE MÉDICALE même, les recherches de MM. Rodier et Becquerel sur le sang, ainsi que celles de M. Davaine sur la paralysie double de la face ; dans les premières, les auteurs ont complété leurs précédentes études sur les changements de proportion que les globules, la fibrine et l'albumine éprouvent dans les maladies chroniques.—A l'occasion de la paralysie double, M. Davaine a surtout précisé la symptomatologie propre à ce genre d'affection ; il a poussé l'observation symptomatique dans ses moindres dépendances fonctionnelles subordonnées à l'action du nerf facial : c'est de la physiologie pathologique dans sa bonne et progressive acception.—Un mémoire de M. Richard, sur les kystes pédiculés, qu'il appelle *tubo-ovariens*, considérés comme des moyens de communication pathologique de l'ovaire avec la trompe utérine, et l'ouvrage de M. Fauconneau-Dufresne, sur l'*affection calculeuse du foie et du pancréas*, ont encore mérité, à des titres différents, une honorable récompense.

En outre du prix décerné à la *trachéotomie*, quelques innovations thérapeutiques ont attiré l'attention de la commission ; telles sont :

1° Le traitement local du cancer au moyen de la pâte arsenicale, par M. Manec. Ce chirurgien a constaté que l'action de la pâte arsenicale est limitée au tissu morbide, qui se détache et tombe comme par une sorte d'énucléation; que l'absorption de l'arsenic est circonscrite au tissu morbide; que l'arsenic absorbé est éliminé par les urines, dans un temps déterminé de cinq à huit jours : d'où l'on peut inférer qu'en espaçant suffisamment les applications du caustique, on se met à l'abri des conséquences fâcheuses de l'absorption.

2° Les études de M. Becquerel sur le *traitement de la fièvre typhoïde par le sulfure noir de mercure*. Cette méthode, instituée par M. Serres, a produit, entre les mains de MM. Ancelon et Becquerel, des résultats fort encourageants. Les études de M. Becquerel ont eu surtout pour résultat de préciser le genre d'efficacité que possède le sulfure noir de mercure par rapport aux différentes circonstances de la maladie. L'Académie a récompensé la nouvelle démonstration autant que la méthode démontrée.

3° Le traitement de l'*ascite au moyen des injections iodées*, proposé par M. Boinet d'après les indications de M. Velpeau, traitement encore à l'état d'ébauche, et dont l'efficacité, pas plus que l'innocuité, n'ont encore été démontrées.

4° La désarticulation du pied, substituée à l'amputation sus-malléolaire, a aussi valu à M. Baudens, un des plus habiles et des plus fervents fauteurs de la méthode, une récompense très-légitime.

5° Enfin, l'ouvrage de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), sur la *méthode anesthésique*, a été signalé avec une grande distinction. Ce n'est pas un livre de découverte, dit le rapport, mais une exposition historique, physiologique et pratique supérieure d'une des plus intéressantes découvertes de l'époque. Tout le monde souscrira à ce jugement et applaudira à la récompense accordée à l'auteur.

Comme on le voit, la journée a été bonne : beaucoup d'appelés et beaucoup d'élus ; c'est très-rare dans tous les mondes, et encore plus rare dans le monde médical. Félicitons-en donc et les juges et les heureux qu'ils ont faits.

P. S. En terminant, nous nous apercevons d'une omission que nous avons hâte de réparer. Comme œuvre d'hygiène, la commission a signalé avec justice le remarquable travail de M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, sur l'*ingestion des matières virulentes dans les voies digestives de l'homme et des animaux*. D'après de nombreuses expériences sur le porc, le mouton, le chien et la poule, l'auteur cherche à établir que ces substances peuvent être ingérées crues, sans danger, dans l'estomac de ces animaux, et cuites dans l'estomac de l'homme. La nouveauté et ajoutons la hardiesse de cette opinion n'exclut pas la gravité de ses conséquences ; la commission a donc sagement fait en subordonnant à des expériences ultérieures la levée d'interdiction concernant la vente de la viande provenant d'animaux atteints de maladies contagieuses. Peut-être même ne ferait-on pas moins bien, provisoirement, de continuer à encourager le débit de la viande saine. C'est moins nouveau, mais plus prudent.

JULES GUÉRIN.

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL ; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur LEBERT.

(Suite et fin. — Voir le nos 46 et 51.)

4° KYSTES DERMOÏDES PROFONDS NON OVARIENS.

Revenons aux kystes dermoïdes. Nous allons rapporter quelques exemples de kystes graisseux pilifères ou pilidentaires, dermoïdes en un mot, de diverses autres régions du corps que le tissu cellulaire sous-cutané, et en dehors également de toute connexion avec l'ovaire. L'absence de toute ressemblance de ces kystes avec les inclusions fœtales écarte d'emblée la supposition qu'il s'agirait là du résidu d'un fœtus, de même que leur position et le sexe des individus ne permettent pas de penser à une grossesse extra-utérine.

1° Un des cas les plus authentiques de ce genre se trouve dans le musée de Wurtzbourg, et a été examiné dans tous ses détails histologiques par Kœlliker. C'est le cas observé par Mohr (1), qui a trouvé dans le poumon un grand kyste pilifère dont les parois renfermaient en même temps des glandules sudoripares. La surface interne dermoïde de ce kyste montrait en outre de l'épiderme, des papilles, du derme et du tissu graisseux souscutané.

2° J'ai vu, dans le cours d'anatomie pathologique de M. Barth, un cas, unique dans son genre, publié dans les bulletins de la Société anatomique (2). C'était celui de masses de matière butyreuse rencontrées sous le foie d'une femme de 40 ans, morte à l'Hôtel-Dieu. Une première masse enkystée était située à la partie antérieure du foie, en dehors de la capsule de Glisson ; il en était de même d'une seconde petite masse qui se trouvait un peu plus haut. Cette même femme portait un kyste renfermant des poils et de la graisse dans le bas-ventre, dans l'ovaire. Il ne viendrait à coup sûr à l'esprit de personne

(1) Berlin, MED. CENTRALZEITUNG, 1839, n° 13 ; et Kœlliker, MIKR. ANAT., t. II, p. 172.

(2) BULLET. DE LA SOC. ANAT., 1843, p. 68.

---

sa disposition par l'obligeant doyen de la Faculté. En attendant, maître et seigneur, nous vous prions d'avoir pour agréable l'offrande de notre vive affection ; nous espérons que vous voudrez bien jeter un regard de miséricorde sur les péchés que nous avons pu commettre, par omission ou par commission, envers vous-mêmes ou envers le prochain ; car si vous nous regardez dans votre justice, qui nous soutiendra ? *Domine, quis sustinebit ?* Les épreuves de la critique ont été rudes parfois : la syphilisation, par exemple, n'était pas un lit de roses. Isolés dans la tempête de la presse et de l'Académie, nous orientant au rebours des autres, cherchant le port où l'on disait qu'était l'écueil, nous allions périr, selon la prédiction de quelques-uns. Grâce à Dieu, le navire est exempt d'avaries ; il n'y a pas de naufrages dans les régions de l'équité et de la dignité scientifique. Que si pourtant, chers lecteurs, nous avions commis quelque fausse manœuvre, rasé quelque récif périlleux, côtoyé Charybde par peur des aboiements de Scylla, ne voyez que l'intention, qui est de vous être agréable, en tout, partout et toujours. La volonté de plaire doit être, ce nous semble, une excuse suffisante pour qui déplaît, et nous blâmons fort, pour notre part, ce maître dédaigneux qui paye du bâton une caresse, parce qu'elle vient d'une *corne usée*. De même, ne nous veuillez aucun mal pour les échappements de vivacité ou de franchise que nous nous permettons trop souvent sans doute, et dont vous-mêmes, magnanimes abonnés, vous êtes quelquefois victimes. Nous avons *la critique* sur la main : les uns trouvent cela excellent et honnête ; les autres s'en fâchent tout rouge. Comment donc faire ? Prenez un peu notre embarras en considération. Préférez-vous un *hosanna* perpétuel, ou quelque minauderie où nous dirons tendrement : Je vous hais ? Non, sans doute. Eh bien ! acceptez-nous pour notre amour du vrai et du juste, fermant les yeux sur tout le reste.

Carnéade, au rapport d'Aulu-Gelle, se purgeait avant d'écrire contre Zénon, afin d'empêcher la bile de monter au cerveau. Si par malheur il arrive jamais à notre critique de prendre une teinte d'humeur noire et un goût de fiel, dites-vous que nous ne nous sommes pas purgé, au mépris des préceptes thérapeutiques qui sont en faveur dans ce journal ; mais ne nous accusez jamais de mauvaises passions.

Pour finir cette tirade par où nous l'avons commencée, rappelez-vous que le passage d'une année à l'autre est purement fictif ; qu'il n'est pas digne d'exercer la moindre influence sur les habitudes du philosophe. En conséquence, nous sommes assuré que la rosée de votre faveur continuera à tomber sur la GAZETTE MÉDICALE, et principalement sur son caissier. *Amen.*

— L'Académie de médecine a renouvelé en partie le personnel de ses fonctionnaires. M. le professeur Bérard, à qui tous les honneurs viennent successivement, comme par un cours naturel, et qui était déjà vice-président, a été élevé à la présidence. M. Bérard après M. Mélier, c'est de la substitution homœopathique. *Similia similibus* — nous supprimons le *curantur*, qui serait ici on ne peut plus mal appliqué. — L'urbanité succédant à la politesse, l'exactitude à la ponctualité, la finesse d'esprit au tact, la conception rapide à l'entente des questions. Il s'en faut de peu, comme on voit, que tout ne soit pareil des deux côtés. On en pourra dire autant sans doute du degré de fermeté. Sous ce rapport, quelques personnes ne sont pas sans se préoccuper de la nature si bienveillante de M. Bérard. Peut-être est-ce à tort. Sans nier les avantages

de regarder ces kystes butyreux des environs du foie, ni comme des inclusions, ni comme des produits de conception. J'ai observé dernièrement un cas en tout semblable dans l'ovaire d'une femme qui, tout à côté de ce kyste clos butyreux, portait un kyste dermoïde piligraisseux.

3° A cette occasion, M. Demaux a cité le fait de deux kystes piligraisseux, l'un situé dans l'ovaire, l'autre sur la côte (1).

4° Meckel (2) cite, d'après le recueil de Franconie (vol. III, p. 66), le fait d'un homme mort hydropique, qui portait près du foie un kyste très-volumineux rempli d'une matière graisseuse et garni de poils. Ce kyste, qui avait quatre pieds de circonférence, renfermait en outre deux excroissances, dont l'une, du volume du poing, était cartilagineuse et remplie de petites articulations qui se terminaient en un appendice pointu du volume du petit doigt.

5° Lobstein (3) cite le cas de Ruysch, qui a trouvé dans l'estomac même un athérome renfermant quatre dents molaires.

6° Nous trouvons dans la traduction française d'une centurie d'observations de Ruysch (4), le fait d'une femme, hydropique depuis quinze ans, chez laquelle survint une gangrène des parois abdominales, qui fit sortir le contenu séreux du ventre. A l'autopsie, on trouva dans l'épiploon une tumeur du volume du poing, renfermant de la graisse et des poils.

7° M. Andral (5) a observé, chez une négresse, un kyste dans le mésentère, rempli d'une matière sébacée et de poils de différentes couleurs.

8° Fabrice de Hilden (6) cite le fait d'une dame âgée de 50 ans, qui portait dans l'utérus une énorme tumeur remplie d'une matière oléagineuse et adipeuse, et de beaucoup de poils fins, longs et jaunâtres. Cette dame avait été quatre ans malade, son ventre était peu à peu devenu très-volumineux. Toutefois ce fait laisse quelques doutes sur le siége précis de la tumeur, les détails anatomiques étant fort incomplets.

9° Winship (7) a publié, dans les mémoires de la Société médicale de Londres, le fait fort curieux d'une dame, âgée de 34 ans, atteinte d'ascite, qui avait plusieurs fois subi l'opération de la paracentèse, et qui avait succombé dans le marasme, et à l'autopsie de laquelle on trouva : 1° un sac hydatifère énorme dans le péritoine, renfermant des échinocoques; 2° un kyste situé entre l'utérus et la vessie, du volume d'une tête d'enfant, rempli de pus, de graisse et de poils; ces derniers avaient jusqu'à 18 pouces de longueur; 3° un autre kyste, enfin, situé entre l'utérus et le rectum, ayant la moitié du volume à peu près du kyste précédent, et renfermant de la matière grasse, des poils et une lamelle osseuse intimement adhérente à la face interne du kyste. Les poils de ces kystes étaient blonds, tandis que ceux du pubis de la malade étaient noirs.

10° M. Charcot vient de me communiquer un kyste de 11 centimètres de long sur 6 de large et d'épais, lisse à toute sa surface, vasculaire extérieurement, calcifié dans la majeure partie de son intérieur, renfermant de la graisse, un fragment d'os et des poils. Ce kyste provenait d'une vieille

(1) *Loc. cit.*
(2) Mém. cité, 528.
(3) Op. cit., t. I, p. 343; et Ruysch, HIST. ANAT. MED., dec. III, n° 1, p. 2.
(4) Ruysch, OBSERVATIONS. Paris, 1734, p. 26, obs. XVIII.
(5) Andral, PRÉCIS D'ANAT. PATHOL., t. II, p. 712.
(6) Fabrice de Hilden, cent. V, obs. 49.
(7) Winship, MEM. OF THE MED. SOCIETY OF LONDON, vol. II, p. 368-72, avec pl. London, 1789.

femme morte à la Salpêtrière, d'une encéphalite; il était situé entre l'utérus et le rectum; il était presque libre dans la cavité du péritoine. L'ovaire du même côté était sain et parfaitement isolé.

On a rencontré également des dents anormalement développées, en dehors des maxillaires, dans d'autres endroits que les ovaires.

Nous citons sous ce rapport plusieurs faits importants rapportés par Meckel (1), faits que nous avons pour la plupart relus aux sources respectives.

1° Le docteur Schill (de Schneeberg) a communiqué à M. Meckel le fait d'un homme de 50 ans, chez lequel, dans l'espace de trois mois, trois dents se sont successivement développées dans des capsules séparées au-dessous de la langue, mais en dehors de toutes connexions avec les os maxillaires.

2° Un cas fort remarquable de ce genre est celui rapporté par Barnes (2), qui a trouvé, chez un jeune homme âgé de 17 ans, une tumeur qui remontait à la première enfance, et qui alors n'avait que le volume d'un pois, et qui peu à peu s'était accrue au point de déplacer tout à fait l'œil. A la partie postérieure et interne de ce sac était implantée une dent aiguë garnie d'émail, dirigée en haut, et dont la racine, recevant des vaisseaux, avait traversé la paroi du sac, mais sans être en aucune façon implantée dans le plancher de l'orbite. Cette dent était tout à fait surnuméraire.

3° On trouva, près du diaphragme d'un homme, un sac contenant de la graisse, beaucoup de fragments osseux, quatre dents molaires et une touffe de poils (3).

4° Ruysch (4) a trouvé, dans l'estomac d'un homme, une tumeur enkystée qui renfermait un os informe, quatre dents molaires et une touffe de poils.

5° Schutzer (5) a trouvé, chez une jeune fille de 15 ans, une tumeur du volume d'une tête d'enfant située dans le mésentère dans la région des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, et renfermant deux dents incisives, deux canines et huit molaires, et en outre deux autres incisives dans un os ressemblant à un maxillaire. De plus, plusieurs os qui avaient quelque ressemblance avec ceux d'un squelette et beaucoup de poils libres.

6° Scortigagna (6) a trouvé, chez une femme mariée depuis neuf ans, une fistule abdominale près du nombril, qui donna issue à une espèce de corps charnu portant une incisive. Cet accident était précédé de douleurs abdominales très-vives pendant quelque temps. Cinq ans après l'apparition des premiers symptômes, la malade succomba. A l'autopsie, on trouva dans le péritoine un sac renfermant un corps difforme d'un demi-pied de long, portant à sa surface dermoïde des dents de toutes les espèces et des poils, et contenant dans son intérieur une multitude de kystes dont quelques-uns renfermaient de la graisse ou des poils, et d'autres des os informes qui avaient quelque ressemblance avec des mâchoires, et qui portaient des dents de diverses espèces, la plupart sans racine.

(1) Mém. cité, p. 538-543.
(2) MED. CHIR. TRANSACT., vol. IV, n° XVIII, p. 318-324. London, 1819.
(3) Berl. Samml., Bd. 3, s. 264.
(4) Ruysch, HIS. ANAT. MED., dec. III, n° 1, p. 2.
(5) Abh. der Schwed. Akad. Bd. 20, s. 177, ff.
(6) MEMORIA DELLE GRANDANZA QUINQUENNE DELLE MADRE D'UN FETO MONSTRUOSO MEM. DELLA SOCIETA ITALIANA DI VERONE, t. XIV, p. II, p. 305-309.

d'une volonté énergique, il nous a toujours paru que l'action d'un président sur une assemblée procédait plus de son esprit que de son caractère. La fermeté n'est souvent que la conséquence d'une vue prompte et sûre de tous les éléments, incidents et embarras de la discussion; on se décide aisément et vite quand on sait bien ce qu'il faut faire. Et dans une mollesse apparente, il ne faut voir parfois que le trouble secret de l'intelligence, perdue dans les dédales du conflit; on hésite quand on ne sait où ni comment marcher. L'habitude, en ceci, est un excellent maître. On se plaignait de la faiblesse de M. Mélier au début de ses fonctions; il savait tenir bon dans les derniers temps. Pourtant le caractère de l'honorable président avait-il changé? N'est-il pas toujours le même homme, affable et cravaté de blanc, que chacun connaît? M. Bérard a un peu l'habitude et beaucoup l'aptitude des présidences; son apprentissage ne saurait être bien long.

M. Nacquart a été élu vice-président pour 1853, en d'autres termes, président putatif pour 1854. M. Gibert est décidément inféodé à la fonction de secrétaire annuel. Penché sur l'extrémité gauche du bureau, l'oreille aux aguets, la plume sur le papier et le nez tout près de la plume, il a bien l'air de tenir, par un mécanisme secret, au meuble de céans. Il faudrait opérer quelque effraction pour l'en arracher. Ce que voyant, l'Académie, enchantée, lui continue sa confiance : c'est ce qu'elle peut faire de mieux.

Pendant ce dernier scrutin, nous nous livrions à des réflexions philosophiques en contemplant M. le secrétaire perpétuel. Notre imagination indiscrète s'insinuait dans les secrets de son âme; elle le voyait frémir d'aise devant les chances incertaines de la fortune académique s'agitant autour de son immobilité. « La face du monde change sans cesse; Dieu seul reste toujours le même, » dit Massillon. « Il est doux, dit Lucrèce, de contempler du rivage, sur les flots troublés de la grande mer, la détresse d'autrui. *Suave mari magno*, etc. » Tout cela a été écrit manifestement à l'intention de M. Dubois. Heureux *perpétuel!*

— Voilà donc M. Trousseau officiellement installé dans la chaire de M. Chomel. Nul doute qu'il n'hérite de la foule d'élèves qui se pressent depuis longtemps à la clinique de l'Hôtel-Dieu; mais on peut dire que le caractère de cet enseignement va subir une notable modification. M. Chomel, par la nature de son esprit et de son éducation, était l'instituteur-né de la jeunesse médicale. Profondément versé dans les procédés et les instruments de l'investigation moderne, observateur exact et scrupuleux, habile à remonter du système à la lésion, il se jouait pour ainsi dire à travers les éléments du diagnostic. Il savait démonter un cas morbide pièce à pièce, pour en montrer le mécanisme; il savait composer la maladie tout entière avec quelques restes de phénomalité évanouie ou avec quelques signes prodromiques; il savait deviner, il savait prévoir, il savait affirmer ou douter à propos. Une conception élevée et tout à fait scientifique de la pratique médicale pourrait exiger quelque chose au delà de cette habileté de diagnostic local et anatomique, quelque chose qui n'est pas étranger sans doute à l'esprit de M. Chomel; mais les qualités rappelées à l'instant sont assurément celles qui s'adaptent le mieux à l'éducation des élèves, parce que des connaissances positives, une méthode sévère d'observation, la notion objective des formes morbides, sont leur premier besoin. M. Trousseau brille d'un autre éclat; il a le goût et le sens de la généralisation; il résiste ouvertement à la

7° Laffize (1) rapporte le cas d'une jeune fille de 15 ans, qui portait dans l'épiploon une tumeur renfermant des cheveux et plusieurs dents.

8° Gordon (2) décrit, dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES de Londres, le cas très-curieux d'une tumeur trouvée dans la cavité thoracique, derrière le sternum, et renfermant de la matière sébacée et un os portant sept dents, les unes solidement implantées, les autres entourées d'une capsule fibreuse à leur base.

9° Nous trouvons, dans la GAZETTE MÉDICALE de 1836, une observation de M. le docteur Roux (du Var), qui a rapport à une femme qui a eu plusieurs enfants, et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une tumeur située au-dessous de la grande courbure de l'estomac, fixée par des adhérences à l'intestin grêle; ce kyste avait 14 pouces de diamètre. Il s'étendait jusque dans la région de la vessie, de laquelle il était séparé par un autre kyste piriforme. Le grand kyste est bosselé, les bosselures correspondent à des loges séparées, dont l'une contient un peloton de cheveux longs et un fragment d'os avec quatre dents (3).

Meckel cite ensuite plusieurs cas de dents développées, d'après lui, dans la matrice.

10° Sampson, Birch et Tyson (4) observèrent le cas suivant : une femme mit au monde, après un enfant mort, une masse informe, composée d'os, de dents et de poils, la partie supérieure renfermait un os rond de 3 pouces et demi de circonférence, couvert d'une peau épaisse garnie de poils. A sa pointe se trouvait un cercle formé par huit dents molaires bien développées.

A ce premier os était joint un second renfermant cinq autres molaires, dont quatre sur la même ligne. Au-dessous des os, il y avait une touffe de poils bruns et jaunes. Toute la masse était entourée d'un kyste épais rempli de matière muqueuse.

11° Dans un accouchement difficile, il sortit, avant un enfant mort, une masse du volume d'une tête d'enfant, renfermant un liquide qui tenait en suspension une multitude de poils fins de la longueur du doigt (5).

12° Osiander a observé un sac membraneux succédant à l'accouchement d'un enfant, et dans ce sac une multitude de graisse, ainsi qu'un os informe ressemblant à un maxillaire avec cinq dents, et en outre des poils très-longs.

On voit, d'après ces détails, que l'hétérotopie dentaire, bien que plus fréquente dans l'ovaire que dans d'autres organes, n'est nullement propre à cette glande.

La pathologie comparée nous fournit également des exemples de kystes viscéraux dermoïdes non ovariques.

1° Nous trouvons, dans une note de la traduction française de l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de Baillie (6), le cas observé par Colmann, d'un cheval hongre qui présenta, au-dessous du rein droit, un kyste qui contenait une substance grasse, des cheveux et quelques dents. La tumeur avait à peu près le volume du testicule d'un cheval; les dents étaient deux petites molaires de cheval et une incisive attachée à une portion d'os qui pouvait ressembler à l'os maxillaire. La graisse et les cheveux étaient contenus dans des kystes séparés. Les dents molaires recevaient des vaisseaux directement par les parois du kyste. Il serait fort possible qu'il s'agissait ici d'un testicule resté dans l'abdomen, dans lequel cette singulière production se serait formée, ce qui rapprocherait ce cas de celui de Meckel, que nous allons rapporter. L'idée d'une inclusion est complétement écartée par la haute organisation des dents et leur implantation dans le sac lui-même.

(1) Laffize, BACHER JOURNAL DE MEDICINE, t. XLI, 1792, p. 304.
(2) Gordon, MEDICO-CHIRURG. TRANSACT, t. XIII; et Andral, ANAT. PAT., II, p. 717.
(3) GAZ. MÉD., 1836, p. 523.
(4) PHIL. TR., n° 150.
(5) Meckel, mém. cité, p. 543; et MÉD. SIL, SATYR., spéc. VII, obs. 5.
(6) Baillie, ANAT. PAT. Paris, 1815, p. 331.

2° Nous signalons ici un fait de pathologie comparée que nous avons trouvé dans le TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de Meckel (1). Cet auteur a rencontré, dans les enveloppes du testicule d'un cheval entier, des morceaux d'os considérables, et dans l'intérieur, une masse graisseuse avec beaucoup de poils.

3° Patur (2) rapporte, dans le JOURNAL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, le cas d'un cheval qui portait, dans un testicule inclus, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui renfermait quatre tumeurs du volume d'un œuf, dont l'une rappelait la forme du testicule. Une de ces tumeurs, à parois épaisses, renfermait un corps gélatineux du volume d'une noisette; les deux autres contenaient une matière sébacée et des crins de 3 à 4 pouces de longueur, implantés sur la membrane interne du kyste qui présente, en outre, une surface épidermique et un derme en tout semblable à la structure de celui de la surface du corps. A la surface de deux de ces poches, se trouvait accolé un corps pyramidal formé par une substance cartilagineuse, ossifiée à son centre.

4° Penada (3) a trouvé, chez un jeune canard, à droite et en avant du cœur, une masse renfermant des plumes. La graisse entourant l'origine des gros vaisseaux donnait origine à un premier faisceau de dix plumes parallèles, épaisses, dont les pointes étaient dirigées en bas et occupaient la région moyenne du cœur. Au-dessous du premier faisceau se trouvait un second renfermant des plumes plus fines, au nombre de vingt et une, divisées en deux groupes, implantées dans de la graisse et réunies par leurs pointes. Les deux masses étaient entourées d'un sac plus fin que le péricarde.

5° Un fait semblable a été observé par Gisler, mais les masses pennifères se trouvaient dans le voisinage de l'anus. Nous citons ce fait sans détails, d'après le mémoire de Meckel (p. 529).

6° Un cas très-curieux de ce même genre est rapporté avec détails par Lobstein (4). Il a observé une masse penni-graisseuse dans le bas-ventre d'une oie; ce paquet était composé de deux parties distinctes. La première était une espèce de bulbe graisseux tapissé d'une membrane celluleuse très-fine, la seconde de couleur noire était également revêtue d'une membrane fine qui était la continuation de celle qui enveloppait la graisse. La tumeur fendue se trouvait composée de petites plumes juxta-posées, implantées dans la graisse et divisées en trois rangées. Ces plumes avaient de 6 à 19 lignes de longueur, la concrétion était absolument libre dans l'abdomen. Les trois rangées de plumes paraissaient à l'auteur être la conséquence

(1) Meckel, HAUDBUCH DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, vol. II, 2e partie, p. 275. Leipzig, 1818.
(2) Patu, Kyste pileux trouvé dans la cavité abdominale d'un cheval, JOURN. DE MÉD. VÉTÉRIN., t. IV, p. 580, 1833.
(3) SAGGIO DI OSSERVAZIONI E MEMORIE, vol. II. Padova, 1800, n° 4, p. 59-70.
(4) Op. cit., t. I, p. 352.

sentence : *Melius est sistere gradum quàm progredi per tenebras*; il porte très-haut le drapeau de la méthode inductive; il adresse ses remèdes à des *états*, à des *forces*, bien plus qu'à des altérations visibles; il est presque l'antithèse de son prédécesseur. Or il importerait beaucoup que cette tendance, excellente à de certains égards, se contînt en présence de jeunes gens toujours plus amoureux de spéculation que de faits. L'excès en ce genre aurait plus d'inconvénients que l'excès dans le genre opposé, par cette raison évidente qu'il vaut mieux s'instruire avant de raisonner que de raisonner avant de s'instruire, étant supposé qu'on ne fasse pas marcher de front raisonnement et instruction. L'honorable professeur de clinique y songera certainement.

— Pour commencer, nous lui recommandons tout spécialement la médecine tartare, sur laquelle nous lisions l'autre jour des détails très-instructifs (1). D'après cette savante doctrine, toute maladie est produite par un diable logé dans quelque partie du corps, à peu près comme, dans une autre doctrine, non moins recommandable, la maladie est causée par des vers; et l'on chasse le premier avec des prières aussi sûrement qu'on tue les seconds avec le camphre. Le diable ou *tchutgour* est d'autant plus gros que le patient est plus riche, d'où il suit que les médecins du lieu s'attaquent à ceux-là de préférence et ne leur épargnent pas les cérémonies. On administre aussi des remèdes, mais indifféremment la substance médicamenteuse elle-même ou *le nom* de cette substance écrit sur du papier roulé ensuite en boulettes; encore une analogie avec une autre doctrine d'Europe où l'on n'administre guère plus de médicaments que dans les boulettes tartares. Voici un fait clinique des plus intéressants :

« Un jour, la vieille tante du noble Tokoura, chef de la famille, fut prise de fièvre intermittente. J'inviterais bien le docteur lama, disait Tokoura, mais, s'il déclare qu'il y a un *tchutgour*, que deviendrai-je? Les dépenses vont me ruiner. Après quelques jours d'attente, il se décida enfin à inviter le médecin. Ses prévisions ne furent pas trompées; le lama annonça que le diable y était, et qu'il fallait le chasser au plus vite. Les préparatifs se firent donc avec la plus grande activité. Sur le soir, huit lamas arrivèrent et se mirent à façonner, avec des herbes sèches, un grand mannequin qu'ils nommèrent le diable des fièvres intermittentes. Par le moyen d'un pieu qu'ils avaient enfoncé entre ses jambes, ils le firent tenir debout dans la tente où se trouvait la malade. La cérémonie commença à onze heures de la nuit. Les lamas vinrent se ranger en rond au fond de la tente, armés de cymbales, de conques marines, de cloches, de tambourins et de divers instruments de leur bruyante musique. Le cercle était terminé sur l'avant par les Tartares de la famille, au nombre de neuf; ils étaient tous accroupis et pressés les uns contre les autres : la vieille, à genoux ou plutôt assise sur ses talons, était en face du mannequin qui représentait le diable des fièvres. Le lama docteur avait devant lui un grand bassin en cuivre rempli de petit millet et de quelques statuettes fabriquées avec de la pâte de farine. Quelques argols enflammés jetaient, avec beaucoup de fumée, une lueur fantastique et vacillante. »

Bref, on exécute une musique infernale (c'était bien le cas), on bat des mains en cadence. Le grand lama, tout en psalmodiant certaines prières, projette çà et

(1) SOUVENIRS D'UN VOYAGE DANS LA TARTARIE, LE THIBET ET LA CHINE.

d'une triple mue qui aurait eu successivement lieu à la surface plumée de cette graisse.

Voilà donc des exemples frappants d'analogie avec les kystes pilifères chez l'homme, et il ne serait pas plus permis de les rattacher à une inclusion, que cette explication n'est valable pour les kystes piligraisseux sous-cutanés de la région palpébrale. Dans tous ces cas de kystes pennifères, du reste, il y avait absence de tout os et de toute partie molle qui aurait rappelé l'existence antérieure d'un fœtus. Ne perdons pas de vue le fait si patent, si généralement reconnu, que dans les véritables grossesses extra-utérines, ainsi que dans l'inclusion fœtale, on trouve toujours un assez grand nombre de parties de fœtus bien conservées, quelle que soit sa conformation monstrueuse, pour ne pas permettre de comparer à un fœtus ces amas difformes de graisse, de poils ou de plumes.

UROLOGIE.

OBSERVATIONS RELATIVES A UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE CHEZ LES HOMMES AGÉS; présentées à l'Académie des sciences, le 20 septembre 1852, par M. le docteur L. Aug. Mercier (1).

(Suite et fin. — Voir les nos 50 et 51.)

VALVULE TRÈS-ÉPAISSE DU COL DE LA VESSIE; RÉTENTION COMPLÈTE; PLUSIEURS OPÉRATIONS SANS RÉSULTAT IMMÉDIAT; AMÉLIORATION CONSÉCUTIVE.

Obs. VII. — M. Foucher, âgé de 65 ans environ, m'a été adressé par le docteur Maunoury (de Chartres), pour une rétention d'urine incomplète depuis plusieurs années déjà, mais complète depuis quelques mois. Il a été traité par les sondes à demeure sans aucun résultat.

Le 13 août 1851, jour où je le vis pour la première fois, je lui trouvai une prostate très-volumineuse dans toutes ses parties, et la portion sus-montanale formait au-dessus du canal une valvule extrêmement épaisse. L'urine était claire et la vessie dans un état de calme très-satisfaisant. Des injections journalières faites avec de l'eau froide n'amenèrent aucun changement; pas une goutte ne sortait spontanément.

26. Excision en présence de MM. Huguier et Robert, de la commission d'Argenteuil. Je ne ramenai qu'un lambeau petit et très-irrégulier, ce qui m'indiqua que l'obstacle, trop épais, s'était échappé en majeure partie des mors de l'instrument. J'incisai donc immédiatement. Dans la journée, il y eut un écoulement sanguin assez abondant qui m'obligea de renouveler cinq fois le cathétérisme. Le soir, je mis une sonde à demeure. Point de fièvre.

27. État général satisfaisant; le sang cesse vers le milieu du jour. (Sonde à demeure; injections.)

Les jours suivants, j'ôte la sonde; mais l'urine ne vient pas naturellement. (Cathétérisme et injections deux fois par jour; dépression.)

9 septembre. Quelques gouttes d'urine sortent naturellement; mais cette amélioration ne se soutient pas.

23. J'incise de nouveau avec un instrument à deux lames; peu de sang. Large sonde à demeure.

24. Sang arrêté. Je remplace la grosse sonde par une petite que j'ôte à son tour le lendemain.

27. Point d'urine.

29. Troisième incision avec un instrument à deux lames. Tout se passe sans accident comme précédemment; mais toujours point d'urine.

6 octobre. J'incise de nouveau non-seulement en arrière, mais encore sur les côtés; je mets une grosse sonde à demeure pour tenir les plaies écartées. Peu de sang; point de fièvre.

9 et jours suivants. Dépression; injections froides tous les jours. Le froid stimulant la vessie, il sort spontanément un quart de verre de l'eau injectée, mais pas une goutte d'urine naturellement.

20. Cet effet des injections m'encourage à une cinquième opération. Cette fois, j'agis profondément avec mon exciseur à lame unique, et je tâche de cerner la saillie par derrière; puis je mets une grosse sonde à demeure. L'écoulement sanguin fut plus abondant que les deux ou trois fois précédentes, mais toujours point d'accidents.

21. Je mets une sonde plus petite.

Malgré ma conviction intime que M. Foucher était curable, je ne voulus pas lutter plus longtemps contre son désir de retourner dans son pays. Il partit donc à la fin d'octobre dans un état général satisfaisant, mais n'urinant pas une goutte sans sonde. Il n'avait en apparence gagné qu'une chose à mes opérations, c'est que la sonde franchissait le col de la vessie avec beaucoup plus de facilité, et ceux qui sont au courant de ces maladies savent que c'est un grand point; car lorsqu'un malade est obligé de se sonder chaque fois qu'il a besoin d'uriner, la résistance qu'il rencontre au col de la vessie de la part de l'obstacle finit presque toujours par déterminer une ou plusieurs fausses routes dans lesquelles les sondes se fourvoient ensuite presque toujours, d'où surgissent alors des complications qui se terminent habituellement par la mort.

Quant à moi, j'avais encore un autre espoir que j'exprimai dans une consultation que je remis au malade et qui résultait d'observations que j'avais faites et signalées notamment à la page 264 de mes Recherches sur les valvules du col de la vessie, à savoir qu'il s'opère souvent une amélioration consécutive résultant du retrait que le travail de cicatrisation détermine dans les tissus divisés et enflammés. Qu'on se rappelle ce qui se passe après l'opération du bec-de-lièvre. Or ici j'avais pratiqué des incisions multipliées.

Quoi qu'il en soit, je fus neuf mois environ sans entendre parler du malade, quand, vers le mois de juillet dernier, j'appris, par une de ses filles qui était venue me consulter, qu'il urinait passablement sans sonde. Désireux alors d'avoir des renseignements plus précis, j'écrivis dernièrement à M. le docteur Maunoury, qui me fit la réponse suivante :

« Immédiatement après l'arrivée de M. Foucher à Chartres, je fus appelé pour lui appliquer une sonde que je laissai pendant huit jours et que je renouvelai tous les six ou sept jours jusqu'au 30 janvier 1852. Alors je lui montrai à se sonder seul, et bientôt, enhardi par l'absence de douleur et la facilité du cathétérisme, il put se sonder lui-même.

» A partir de ce moment, il ne garda plus de sonde à demeure; il se sondait lorsque le besoin d'uriner se faisait sentir. Pendant deux mois environ, février et mars, le cathétérisme fut indispensable.

» Vers le mois d'avril, il put uriner spontanément, à sa grande joie; le jet d'urine était brusque, et la quantité évacuée équivalait à un quart de verre environ. Il n'eut jamais d'incontinence.

(1) Les lecteurs ne seront pas fâchés de connaître la fin de l'histoire du malade dont j'ai parlé dans la note de la p. 798. Je lui ai pratiqué, le 17 décembre, une cautérisation superficielle du col de la vessie et de la région profonde de l'urètre, et, dans la nuit même, l'irritation, les érections continuelles et fatigantes, ainsi que la rétention d'urine, ont disparu. Depuis ce temps, celle-ci ne s'est pas reproduite, et la différence des sensations que le malade éprouve actuellement lui donnant la conviction qu'il est débarrassé pour toujours, l'a déterminé, contre mon désir, à retourner hier dans son pays. Ce malade m'avait été adressé par son parent le docteur Valois (de Rosny) (24 déc.).

---

là des grains de millet autour de lui; puis il interpelle vivement le mannequin, donne, en étendant ses bras en croix, le signal d'un refrain bruyant, avec nouvel accompagnement de cymbales et de tambourins, et finit par mettre le feu au diable des fièvres, qu'on porte bien vite hors de la tente. Pendant que le mannequin brûle, la malade est conduite dans une tente voisine par toute l'assistance munie de torches : le médecin avait déclaré que pendant une lune entière, elle ne pourrait retourner dans son habitation.

Or, savez-vous ce qui arriva? C'est que la vieille fut parfaitement guérie de sa fièvre. Et il en est souvent ainsi, dit-on, des autres maladies. Il faut l'avouer, nos malades bien souvent ont plus *le diable au corps* que ceux de la Tartarie.

A. Dechambre.

— Les douze hôpitaux civils de Paris sont desservis par les communautés suivantes :

L'Hôtel-Dieu, par les dames religieuses de Saint-Augustin.
Sainte-Marguerite, rue de Charenton, par les religieuses du même ordre.
La Pitié, rue Copeau, par les sœurs de Sainte-Marthe.
La Charité, rue Jacob, par les religieuses de Saint-Augustin.
Saint-Antoine, par les sœurs de Sainte-Marthe.
Cochin, par les sœurs de Sainte-Marie.
Necker, par les sœurs de charité.
Beaujon, par les sœurs de Sainte-Marthe.
Bon-Secours, par les sœurs de charité.
L'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, par les religieuses de Saint-Thomas-de-Villeneuve.
Saint-Louis, par les religieuses de Saint-Augustin.
Lourcine, par les sœurs de la Compassion.

— Le nombre des élèves en médecine, qui, dans les six dernières années du règne, avait singulièrement diminué, a repris depuis trois ans un accroissement qui a continué encore cette année, contrairement aux prévisions de quelques personnes. Ce retour vers les études scientifiques est général, d'après les informations que nous avons prises. Le tableau suivant des inscriptions prises pendant les douze dernières années à la Faculté de médecine de Paris, au trimestre de novembre, démontre d'une manière évidente le mouvement ascendant que nous signalons :

En 1840 — 879 inscrip.	En 1847 — 859 inscrip.
1841 — 749	1848 — 784
1842 — 791	1849 — 880
1843 — 746	1850 — 1223
1844 — 809	1851 — 1300
1845 — 851	1852 — 1437
1846 — 903	

— M. le docteur Phillips commencera la première partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 4 janvier, à quatre heures, dans l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique.

Cette première partie comprend les maladies de l'urètre.

» Aujourd'hui, 1er septembre, il urine spontanément un demi-verre environ chaque fois; quand il se promène, il est obligé d'uriner toutes les heures. Il lui arrive quelquefois de rester deux heures..... »

J'ai fait voir, dans un autre travail, que les sondes à demeure ont quelquefois guéri des rétentions d'urine de ce genre en stimulant la vessie affaiblie par une longue distension, et surtout en affaissant et même en ulcérant l'obstacle. Mais, dans le cas présent, l'amélioration ne peut s'expliquer de la sorte. Le malade, avant son arrivée à Paris, avait déjà porté des sondes à demeure, et cependant pas une goutte ne passait. Après son retour à Chartres, il en porta encore pendant trois mois, et remarquons que ce n'est que deux mois après qu'il eut cessé de le faire que l'urine commença à se faire jour.

D'un autre côté, lorsque je faisais une injection froide avant l'opération, pas une goutte ne sortait spontanément; tandis qu'après il en sortait une certaine quantité; j'avais donc diminué l'obstacle. Y aurait-il présomption de ma part à croire que cet obstacle a encore diminué postérieurement, d'abord par suite de la disparition du gonflement inflammatoire, ensuite par l'effet du travail de condensation qui s'opère graduellement dans les parties qui ont été divisées et ont suppuré pendant un certain temps? Y aurait-il même témérité à dire que les sondes, mises à demeure pendant novembre, décembre et janvier, ont peut-être retardé la marche de ce travail en entretenant de l'inflammation dans ces parties et le gonflement qui en résulte?

Quoi qu'il en soit, ce fait eut des conséquences fort heureuses, car il m'amena à réfléchir plus que jamais sur l'insuffisance de mon exciseur dans certains cas où il me semblait, je ne dis pas applicable, mais le seul mode de traitement applicable; car, entre les valvules du col de la vessie et les tumeurs pédiculées, il y a une foule de degrés. Or, n'ayant pas de traitement particulier pour ces cas intermédiaires, je pensais que tout ce qui n'était pas tumeur bien circonscrite devait être traité comme valvule. Je n'avais pas tort, comme on va le voir; mais puisque toutes les fois que l'obstacle à exciser avait une certaine épaisseur, ses parties centrales fuyaient au moment où je serrais les mors de l'instrument, il était évident qu'il fallait à celui-ci quelque chose pour les fixer jusqu'à ce qu'elles fussent détachées. Voici ce que j'ai imaginé.

J'ai complétement fenêtré le bec de la pièce mâle, et, dans cette excavation, se trouve une aiguille terminée en fer de lance, à la manière d'un hameçon. La tige de cette aiguille est, immédiatement au-dessous de la pointe, parallèle à la tige de la pièce femelle, à la distance d'un demi-centimètre; après un trajet d'un centimètre, elle se recourbe pour s'enfoncer dans l'intervalle qui sépare les deux pièces et où une rainure lui est ménagée. Sur le dos de la pièce mâle, près de son extrémité externe, existe une mortaise étroite, longue de deux centimètres et demi, dans laquelle s'engage un bouton qui, se vissant à la tige de l'aiguille, permet de fixer celle-ci, de la pousser ou de la retirer.

Pour opérer avec cet instrument, je commence par retirer l'aiguille dans le bec de la pièce mâle, et je la fixe dans cette position en vissant fortement le bouton; elle suivra ainsi les divers mouvements de cette pièce. J'introduis alors l'instrument et je saisis la valvule comme avec le précédent; mais, avant de rapprocher les mors, je rends à l'aiguille sa mobilité en desserrant le bouton, et je la pousse de manière à traverser les tissus saisis. Cela fait, je la retire d'un demi-centimètre; voici pourquoi. Si on se contentait de pousser l'aiguille, en raison même de ce mouvement et surtout en raison de la courbure qu'elle présente inférieurement, elle tendrait la face urétrale des parties à exciser, bien plus que leur face vésicale; tandis que, en ramenant un peu l'aiguille en arrière, on relâche proportionnellement la face urétrale, et on tend la face vésicale qui se trouve attirée en bas, accrochée qu'elle est par les saillies que forme de chaque côté la base du fer de lance. Il ne reste plus dès lors qu'à rapprocher fortement les mors comme il a été dit: le lambeau se trouve excisé dans toute son épaisseur, et l'aiguille a encore cet avantage qu'elle le ramène infailliblement quand on retire l'instrument.

VALVULE PROSTATIQUE FORT ÉPAISSE; DYSURIE AVEC COMPLICATIONS GRAVES; EXCISION A L'AIDE DE L'INSTRUMENT A AIGUILLE; GUÉRISON IMMÉDIATE ET PARFAITE.

OBS. VIII. — M. Mercadier, âgé de 57 ans, capitaine du port de Dieppe, n'a jamais eu la moindre urétrite. Il y a deux ans et demi, époque où il habitait Marseille, il commença à s'apercevoir de la diminution de son jet d'urine; toutefois, cette diminution n'était pas de nature à l'inquiéter. Mais à peine était-il installé à Dieppe, que ce marin, qui n'avait presque jamais quitté les contrées méridionales, vit tout à coup le dérangement de ses voies urinaires prendre une grande intensité; les envies d'uriner se renouvelaient à chaque instant de la nuit et du jour, surtout pendant les mauvais temps assez communs à Dieppe; l'urine donna bientôt lieu à un dépôt très-abondant de muco-pus d'abord, puis de pus, et enfin de pus sanguinolent.

Lorsqu'il vint à Paris (24 juillet 1851), ce dépôt formait près d'un tiers de la masse totale, et il était si visqueux, si tenace, qu'on avait beaucoup de peine à le détacher du vase. Ce liquide était alcalin, et sa viscosité était due à la réaction de l'ammoniaque sur le pus. Douleurs habituelles dans la région du rein gauche; fréquents accès de fièvre.

Je constatai immédiatement: 1° que la vessie ne se vidait jamais, et qu'après les plus grands efforts pour y parvenir, il y restait plus d'un demi-verre d'urine; 2° qu'elle était à colonnes et ne contenait aucun corps étranger; 3° que les lobes latéraux de la prostate étaient hypertrophiés d'une manière notable, et que la portion sus-montanale formait au-dessus du canal une valvule fort épaisse, presque une tumeur à large base.

La première indication était de simplifier autant que possible la maladie, en ramenant la vessie et les reins à des conditions meilleures. J'habituai M. Mercadier à se passer des sondes élastiques courbes; matin et soir je fis des injections d'eau d'orge et de tête de pavot. Le pus cessa bientôt d'être sanguinolent, il perdit sa viscosité, mais il resta toujours abondant, en même temps que les douleurs rénales persistaient. Ces diverses circonstances, jointes à l'épaisseur de l'obstacle, m'inspiraient des inquiétudes quant aux résultats de l'opération; aussi conseillai-je au malade de s'en aller, de continuer à se sonder régulièrement et à se faire des injections, et de ne revenir que quand il se trouverait dans des conditions plus favorables au succès de l'opération.

Contre mon attente, il revint au mois de mai 1852, et je le fis entrer dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, où je soignais le malade qui va faire le sujet de l'observation suivante.

L'urine formait toujours un dépôt puriforme, mais bien moins abondant que précédemment; les douleurs du flanc gauche existaient encore, mais sans fièvre, en un mot, l'état de M. Mercadier s'était grandement amélioré. L'épaisseur de l'obstacle m'inspirait toujours des inquiétudes très-grandes; toutefois, la confiance sans égale avec laquelle M. Mercadier se livrait à moi, les résultats fâcheux que sa non-guérison pouvait entraîner me décidèrent à tenter l'excision, d'autant plus que l'idée d'ajouter une aiguille à mon exciseur était déjà bien arrêtée dans mon esprit, et qu'il ne s'agissait plus que de l'exécuter. Ce n'est que le 18 que je fus en possession d'un instrument qui remplissait à peu près mes intentions.

L'opération se fit avec la plus grande facilité en présence du Père Emmanuel, chargé spécialement de la surveillance du service chirurgical. Le lambeau que je ramenai accroché à l'extrémité de l'aiguille était épais de près de 2 centimètres, et la muqueuse, qui recouvrait une grande partie de sa périphérie, annonçait que l'obstacle avait été excisé dans toute son épaisseur.

Immédiatement l'urine, mêlée de quelques caillots, sort avec plus de facilité que d'habitude. Il en est de même toute la journée, de sorte que l'emploi de la sonde n'est pas nécessaire. (Bouillon.)

Le soir, frisson suivi de chaleur et de sueur, qui s'est prolongé fort avant dans la nuit.

19. Tout va bien, sauf beaucoup de chaleur et une assez grande élévation du pouls. Le malade n'a uriné que toutes les deux heures au lieu de toutes les demies, et même quelquefois tous les quarts d'heure. L'urine est noirâtre, mais elle ne contient que quelques caillots. Plus de maux de reins; un peu de sensibilité seulement au fond du canal.

20. Les besoins d'uriner s'éloignent de plus en plus; point de caillots. Tout va parfaitement, seulement il y a une chaleur, un état fébrile qui n'est nullement en rapport avec l'état local, et que je ne puis m'expliquer que par le nombre de couvertures dont le malade se charge. J'en fais enlever une partie. (Eau de Sedlitz.)

21. Fièvre nulle; quatre ou cinq garde-robes; le besoin d'uriner ne se fait sentir que trois fois pendant la nuit. L'urine a à peine une teinte rougeâtre, et, après la miction, je trouve la vessie complétement vide. (Injections; poulet.)

22. Je trouve mon malade levé; il n'a uriné que trois fois de neuf heures du soir à sept heures du matin; urine presque claire.

25. État parfait, excepté que la douleur du flanc gauche s'est un peu réveillée. (Sinapisme sur ce point.)

26. Cette douleur est moindre. (Dépression avec une sonde élastique courbe un peu roide; trois verres d'eau de goudron par jour.)

27, 28, 29. Irritation de la vessie plus vive, besoins d'uriner plus fréquents; l'émission urinaire est suivie de douleur au col de la vessie. Le malade me rappelle qu'à son premier voyage, une tisane de bourgeons de sapins lui avait causé une irritation semblable. Je supprime le goudron.

31. Cette irritation a beaucoup diminué, elle est presque nulle. L'urine est encore louche, mais bien moins trouble. Dépression avec le mandrin élastique.

3 juin. Je présente M. Mercadier à M. Robert, rapporteur de la commission d'Argenteuil; après l'avoir fait uriner je le sonde, et il sort à peine quelques gouttes d'urine.

8. Tout marche de mieux en mieux; la douleur de l'hypocondre gauche n'étant pas encore entièrement éteinte, je fais faire sur cette région des applications d'ouate qui exercent une influence favorable. On continue tous les deux jours la dépression.

11. Il se sent tellement bien qu'il part pour un voyage de près de 100 kilomètres.

23. Le voyage s'est fait on ne peut mieux. Dépression.

25. M. Mercadier quitte Paris dans les conditions les plus favorables et vidant parfaitement sa vessie. Avant son départ, je le présente de nouveau à M. Robert.

Voici ce qu'il m'écrivait à la date du 22 juillet:

« ..... Jamais je ne pourrai reconnaître vos bons soins, votre sollicitude pour

moi; tant que je vivrai, je ne cesserai de publier ma position passée, ma position présente, et de remercier mon excellent docteur de la santé parfaite qu'il m'a rendue, et sur laquelle je ne comptais plus depuis deux années d'infernales souffrances. Je n'ai en vérité à présent que 35 ans! »

Dans ce cas qui, l'an passé, m'inspirait tant de défiance, l'opération fut si facile et les suites en furent si favorables que je me crois dispensé de tout commentaire.

Voici un second fait plus remarquable encore à cause de l'ancienneté et du degré de la maladie.

RÉTENTION COMPLÈTE DEPUIS SEPT ANNÉES; CALCUL DANS LA VESSIE; LITHOTRITIE, PUIS EXCISION; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. IX. — M. Combier, âgé de 61 ans, conservateur des hypothèques à Amiens, me fut adressé pour être opéré de la pierre, par les docteurs Padieu (d'Amiens), et Destrem (de Paris). Il demeurait dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, rue Oudinot, 19.

En 1842, se rendant du département de la Dordogne dans celui de l'Ardèche, M. Combier fut pris en route d'une difficulté d'uriner qui le força de s'arrêter pendant une quinzaine de jours dans un village, et ce n'est qu'après être arrivé à sa destination, après avoir pris un mois de repos et des bains, que cette dysurie se dissipa complétement.

A la fin de mars 1845, il fut également arrêté tout à coup, sans cause connue autre que la position sédentaire à laquelle ses fonctions le condamnèrent toute sa vie, et malgré le repos, les bains, des purgatifs et la diète, l'urine ne put sortir qu'avec la sonde. Il se rendit à Vichy, se servant toujours de cet instrument et y resta plus de vingt jours, sans rien obtenir qu'un retour de l'appétit.

Venu à Paris, il consulta M. Civiale, qui ne jugea pas à propos de le sonder et lui conseilla un régime tonique et des injections froides. Celui-ci croyait sans doute à une paralysie de la vessie.

En 1847 et 1850, retour à Vichy, où l'appétit reprit chaque fois de l'intensité, sans autre résultat. Avant ce dernier voyage, il avait de nouveau consulté M. Civiale, qui de nouveau ne voulut pas l'explorer, jugeant *à priori* qu'il n'y n'y avait pas de pierre dans la vessie, et restant muet sur la cause de la rétention d'urine.

Au commencement de 1851, gravelle composée d'acide urique et d'une couche phosphatique extérieurement.

Pendant tout le temps passé, M. Combier ne se sondait que trois fois en vingt-quatre heures; mais, à partir de décembre 1851, les besoins augmentèrent de fréquence et s'accompagnèrent de ténesme rectal. La nuit, il ne restait pas plus de deux heures sans uriner.

Au mois de mars 1852, ces besoins augmentèrent encore et eurent lieu toutes les heures au moins. Les urines devenant catharrales, le malade consulta M. Padieu, qui pratiqua le cathétérisme et trouva un calcul. Aussitôt M. Combier s'occupa d'obtenir un congé et vint à Paris pour être débarrassé de ce corps étranger.

Je le vis le 19 avril et je lui trouvai une pierre du volume d'une grosse noix, un engorgement médiocre de la prostate et une valvule prostatique.

Après quelques jours de repos, je lui fis une première séance de lithotritie le 24, une deuxième le 28, une troisième le 2 mai, une quatrième le 7, une cinquième le 13, une sixième le 18, une septième le 26. Chaque fois je retirais une certaine quantité de fragments, soit avec le brise-pierre à cuillers, soit avec ma sonde évacuatoire à double courant, et une exploration faite le 28 me laissa la certitude qu'il ne restait plus de fragments dans la vessie. Depuis quelque temps déjà les besoins d'uriner s'éloignaient, les urines étaient devenues claires, mais pas une goutte ne sortait sans sonde.

M. Combier, qui avait atteint le but de son voyage, puisqu'il était débarrassé de sa pierre, voulut s'en aller; mais j'insistai pour qu'il se laissât traiter de sa rétention d'urine. En vain m'objectait-il son âge, les sept années qui s'étaient écoulées depuis que sa rétention était devenue complète, l'incurabilité qu'on lui avait pronostiquée, je persistai. A la fin, il céda, disant que puisque je lui certifiais que l'opération ne pouvait pas empirer son état, il ne voulait pas s'exposer à avoir des regrets plus tard. Il était d'ailleurs encouragé par le malade précédent.

Le 3 juin, je l'opérai en présence des docteurs Robert, de la commission d'Argenteuil, et Destrem, du Père Emmanuel et d'autres religieux de l'établissement. J'enlevai la valvule avec mon exciseur perfectionné, et le lambeau sortit avec lui, adhérent à l'aiguille. Ce lambeau était large et épais, et il était évident que l'obstacle avait été détaché avec netteté et précision dans toute son épaisseur. Immédiatement, une petite quantité de l'injection qui remplissait la vessie sortit goutte à goutte mêlée de sang. Deux ou trois heures après, un demi-verre environ sortit en allant sur sa chaise percée. Des injections ramenèrent dans la journée de l'urine très-chargée de sang et des caillots. Point de fièvre. (Potages.)

4. Ce matin, à cinq heures, urines encore fortement colorées; mais point de caillots. A huit heures, je trouve ce liquide à peine rougeâtre. Point de fièvre. Pour éviter le retour du sang, je recommande de s'abstenir d'essais pour uriner, et de faire les injections dans le décubitus latéral.

5. Plus de sang; seulement les urines sont un peu louches. Hier, en allant à la selle, le malade a uriné un demi-verre sans efforts. Point d'autre tentative. Un peu de fièvre qui avait débuté hier dans la journée s'est accrue aujourd'hui. (Injections.)

7. Tout va bien; je permets à M. Combier de se lever deux heures en deux fois.

8. Hier, il est resté levé, la fenêtre ouverte par un temps assez froid et orageux. Une douleur s'est manifestée vers la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras gauche. (Cataplasmes.)

9. La tuméfaction augmente; distension des veines dorsales de la main; infiltration au-dessus du coude; abattement considérable, avec envies de vomir (Ipéc., 50 centigr.; tartre stibié, 5 centigr.; catapl.; diète.)

10. Cinq ou six vomissements, avec trois garde-robes. Les envies de vomir ont disparu, la bouche est meilleure; mais l'appétit est toujours nul et la faiblesse très-grande; figure altérée et amaigrie; pouls irrégulier. (Bains de bras; catapl.; bouillon de veau.)

11. État général à peu près le même. (Bouillon de bœuf; infusion de quinquina.)

12. État général meilleur, mais tuméfaction toujours considérable. Je crois sentir de la fluctuation vers la partie supérieure et interne de la région antérieure de l'avant-bras. (Mêmes moyens.)

Les jours suivants, l'amélioration générale augmente; mais la tuméfaction continue de monter. Enfin la fluctuation ne laisse plus d'incertitude.

16. J'ouvre l'abcès, qui paraît s'étendre entre les couches musculaires superficielle et profonde. L'ouverture d'une artériole nécessite une ligature. (Mèche dans la plaie; pansement à plat; soupe, bouillons; infusion de quinquina.)

Les jours suivants, la suppuration augmente; mais l'état général va toujours s'améliorant. Une petite escarre se forme vers le milieu de l'avant-bras. (Pansement matin et soir.)

26. L'abcès principal va très-bien; mais je suis obligé d'en ouvrir un autre plus petit sur le dos de la main.

2 juillet. Tout marche favorablement; mais il ne sort toujours qu'un demi-verre d'urine, tandis qu'il en reste environ deux fois autant. Aussi j'examine le col de la vessie avec soin, et je sens un petit reste de bride que j'excise. Il sort immédiatement un peu de sang. Vers deux heures, frissons et fièvre. Vers six heures, la fièvre baissait; néanmoins je prescris cinq pilules contenant chacune 10 centigr. de sulfate de quinine.

3. État satisfaisant; point de fièvre; l'urine sort beaucoup mieux, et il en reste à peine un tiers de verre dans la vessie. Ce liquide est encore un peu noirâtre, mais le sang paraît arrêté. (Sulfate de quinine; injections.)

4. M. Combier a uriné quatre fois spontanément pendant la nuit, et il ne se sonde plus. Point de fièvre.

6, 8. Dépression.

9. Il a repris tout à fait ses forces et se rend avec moi chez M. Robert, qui le trouve dans l'état le plus satisfaisant. Ses plaies sont presque cicatrisées; néanmoins le bras reste toujours un peu engorgé.

10. Il part pour Amiens. Avant son départ, je lui fais une dernière exploration, et, comme je l'avais fait uriner auparavant, *je retire à peine une cuillerée d'urine par la sonde.*

Un mois après, je reçus, en date du 9 août, une lettre de M. Combier, dans laquelle il me disait :

« ..... Je m'empresse de vous informer que jusqu'ici tout annonce que les opérations que vous m'avez faites auront un plein succès. En effet, je ne ressens pas la moindre douleur, je satisfais au besoin d'uriner toutes les fois qu'ils se présentent, le jour comme la nuit, avec facilité, et je n'ai plus recours à la sonde que pour me faire des injections. Mon sommeil est long et paisible, mon appétit est excellent, et les forces comme l'embonpoint reviennent de plus en plus. Je pourrais maintenant me dire en état de santé parfaite, si ce n'était mon bras qui, bien que presque entièrement désenflé, laisse encore à désirer..... »

M. Padieu, dans un post-scriptum, me félicitait de cet heureux résultat, et entrait dans quelques détails sur les causes qui avaient retardé l'entière résolution du bras (1).

Assurément cette observation parle bien haut en faveur du traitement mis en usage. Pour que cette guérison devienne un fait tout à fait remarquable et hors ligne, il ne lui manque rien, pas même d'avoir été jugée impossible par l'un de ceux qui s'ingénient le plus à me ravir l'honneur de mes découvertes, et d'avoir été constatée comme parfaite par le rapporteur d'une commission officielle.

Je me résume en disant :

1° La rétention d'urine peut résulter et résulte souvent de deux espèces de valvules survenant au col de la vessie, les unes musculaires et les autres prostatiques; les premières appartenant spécialement à la jeunesse et à l'âge mûr, les secondes à la vieillesse; les premières tout à fait inconnues avant moi, les autres entrevues par quelques pathologistes, mais jamais décrites et surtout traitées d'une manière rationnelle et efficace.

2° Les premières peuvent être opérées avec succès par l'incision et par l'excision; mais les secondes exigent presque toujours l'excision.

3° Ces opérations sont des plus innocentes (2).

(1) Il y a un mois environ, M. Combier est venu me revoir pour un petit noyau phosphatique que je lui ai extrait. Il urine parfaitement (17 déc.)

(2) Il est bien entendu que je ne parle ici que des opérations de quelque importance; car on ne saurait apporter trop de prudence toutes les fois qu'on agit sur les voies urinaires, surtout quand les reins et la vessie sont le siége d'altérations chroniques. C'est, sans doute, parce que je ne perds jamais cette règle de vue que j'ai pu opérer 55 malades de valvules du col de la vessie, sans

4° Certaines petites tumeurs de la portion sus-montanale de la prostate, ainsi que certaines tumeurs plus volumineuses, mais étalées et à large base, que je serais tenté de nommer *valvuliformes*, peuvent et doivent être traitées par le dernier procédé.

5° Il résulte de là que sur 10 cas de rétention d'urine chez les vieillards, rétentions qui passent encore pour incurables même aux yeux des médecins, 8 au moins pourraient être guéries par cette opération si l'on avait soin de ne pas attendre l'apparition de complications plus graves que la maladie primitive.

6° L'âge du sujet n'est jamais, à lui seul, une contre-indication, puisque j'en ai opéré avec succès de 76 et de 78 ans. Il en est de même du degré et de l'ancienneté de l'affection, puisque l'un de mes malades a été guéri d'une rétention d'urine qui, depuis sept années, était complète. J'en ai également guéri qui étaient atteints de complications très-graves.

7° Des faits datant de plusieurs années déjà prouvent que la guérison est radicale et même que le temps peut ajouter à l'amélioration immédiate.

Une autre fois je décrirai un moyen d'enlever les tumeurs du col de la vessie avec presque autant de facilité que j'excise les valvules, et j'aurai ainsi (qu'on me permette cette compensation bien petite en comparaison des déboires qui furent la récompense de mes travaux), j'aurai, dis-je, la satisfaction de dire que j'ai créé presque de toutes pièces une des parties assurément les plus délicates et les plus importantes de la chirurgie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES SÉMINOÏDES DE CIGUË DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES ET LES ENGORGEMENTS RÉFRACTAIRES; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Des faits nouveaux observés depuis la publication de notre mémoire sur le principe actif de la ciguë ont confirmé pour nous la valeur du médicament dont nous avons fait connaître le mode d'emploi. Ils nous permettent d'affirmer plus positivement encore que nous ne l'avons fait, que ces préparations ont un grand avenir; que les praticiens doivent reprendre les essais de Storck maintenant que nous possédons des préparations de ciguë réellement efficaces. Mais, d'une autre part, nous ne dissimulerons pas qu'il y a eu et qu'il y aura encore des mécomptes dans le mode d'emploi de cette substance.

Ces déceptions, indépendamment de la gravité plus ou moins grande des affections contre lesquelles la médication est adressée, tirent souvent leur source du peu d'énergie des préparations pharmaceutiques elles-mêmes. Il devenait dès lors très-important de rechercher la cause de cette infériorité accidentelle, de prémunir le praticien contre une chance d'insuccès. Or une étude plus approfondie, plus minutieuse des séminoïdes de ciguë nous a démontré que ces organes de la plante variaient beaucoup pour leur richesse en conicine, selon les lieux où ils étaient récoltés et suivant leur degré de maturité.

Dans notre travail nous avons annoncé que l'on ne devait récolter les séminoïdes de ciguë qu'à l'époque de l'ultimatum de leur maturité, alors qu'elles sont pour ainsi dire isolées de la plante et entourées des agents qui doivent les conserver jusqu'au moment où elles sont mises à même de reproduire un nouveau végétal. Les séminoïdes qui se trouvent dans cette bonne condition sont plus pesantes que celles qui ont été ramassées avant la maturité; elles sont d'un gris cendré; celles qui ne sont pas complètement mûres tirent sur le vert et répandent une odeur herbacée. Pour comparer entre elles les séminoïdes de ciguë, du moins approximativement, on peut, après les avoir pulvérisées séparément, les mettre en contact avec une solution de potasse caustique qui développera en elles, avec plus ou moins d'intensité, l'odeur caractéristique de la conicine. La cueillette de ces séminoïdes doit se faire avec certaines précautions. Sur la même plante il y a des ombelles et même des ombellules qui sont plus avancées les unes que les autres : on doit les séparer à mesure, en détachant avec des ciseaux celles qui sont mûres de celles qui ne le sont pas encore.

Non-seulement les séminoïdes de ciguë perdent ou gagnent en vertu suivant l'époque de leur cueillette, mais les circonstances de localité ou de température exaltent ou atténuent encore singulièrement leur activité. Nous avons étudié des fruits de ciguë qui viennent de l'Algérie et de la Grèce; ils sont très-actifs, et les graines en sont beaucoup plus grosses que celles qui mûrissent dans notre climat. 1 gramme de séminoïdes de ciguë récoltées par nous contient 442 graines. La même quantité récoltée en Algérie n'en contient que 225. Des séminoïdes de ciguë que nous avons fait venir de Stuttgard et qui étaient dans un état physique très-satisfaisant, traitées par la potasse caustique simultanément avec d'autres fruits mûris dans nos climats, ont dégagé une odeur de conicine beaucoup moins forte que les derniers.

Il est, comme on le voit, très-important de ne point employer pour les préparations pharmaceutiques les premières graines venues, on doit les essayer, et l'on verra combien il est plus avantageux d'employer des semences récoltées dans les contrées méridionales; car toute la question d'efficacité des nouvelles préparations de ciguë réside dans la plus grande proportion possible de conicine administrée à l'aide de ces produits. Ces résultats nous dispensent de nous justifier, M. Guillermond et moi, d'un reproche qui nous a été adressé généralement : celui d'avoir fait prédominer le mot *conicine*, tandis que les séminoïdes formaient la base de nos préparations. Or si nous avons démontré que les préparations ordinaires de ciguë étaient inertes parce que l'alcaloïde y était *en moins*, tandis que celles préparées avec les fruits étaient énergiques parce que l'alcaloïde y existait *en plus*, c'est avoir désigné la conicine comme l'élément héroïque et à grands effets du médicament. C'est ce que nous avons fait. Nous avons exposé assez longuement les motifs qui ne permettaient point d'administrer d'une manière directe le principe actif de la ciguë. La meilleure manière de l'employer nous paraît être celle que nous avons adoptée, parce que, sous cette forme, elle est inaltérable et qu'on peut la doser assez régulièrement pour l'usage médical. Pour obtenir ce résultat, voici le procédé que nous avons suivi : on fait digérer à chaud des séminoïdes de ciguë dans de l'alcool à 28°, légèrement acidulé par l'addition de 2 grammes d'acide sulfurique par 500 grammes de fruits et on les épuise ensuite par déplacement. La liqueur concentrée est traitée par l'alcool absolu; évaporée de nouveau, elle est soumise à l'action de la potasse caustique et épuisée par l'éther rectifié. Cet éther chargé de la conicine est mêlé avec le quart de son volume d'eau distillée, et on le fait ensuite évaporer à l'air libre avec le plus grand soin. En se volatilisant il laisse l'alcaloïde à l'eau et cette dernière est soumise à la saturation de l'acide oxalique. Connaissant la quantité qu'il faut de cet acide pour saturer cette proportion de conicine très-pure, nous sommes arrivés à des résultats analogues à ceux que nous avions annoncés en opérant sur ces mêmes fruits. Ainsi les séminoïdes que nous employons, et qui à l'avenir nous serviront de base pour nos préparations de conicine, contiennent, d'après nos recherches, 1 pour 100 d'alcaloïde, quantité encore très-considérable comparée à celle qui se trouve dans les feuilles fraîches de ciguë et qui, d'après nos essais multipliés, ne s'élève pas à plus d'un gramme par 1,000 grammes en moyenne.

Une expérimentation plus large de cette nouvelle préparation, des applications thérapeutiques plus multipliées, nous ont permis de mieux apprécier l'action du remède et de reconnaître que, par son énergie, il ne ressemble en rien aux préparations ordinaires de ciguë. Nous consignerons ici d'une manière sommaire des documents que nous devons étendre dans une nouvelle édition de notre travail et qui se prépare actuellement.

1° Appliquée à l'extérieur, dans les cas d'engorgements chroniques des glandes lymphatiques (adénites scrofuleuses), la pommade préparée avec les semences a une action résolutive des plus puissantes et nous pourrions ajouter infaillible. Nous possédons des cas nombreux de guérison complète obtenue chez des sujets qui avaient tout essayé. L'administration des préparations internes n'est point toujours nécessaire dans ces cas, mais lorsqu'elle a lieu elle ne fait que stimuler la tendance résolutive.

2° Ces préparations agissent de la même manière dans les engorgements du col et du corps de la matrice. Nous ne connaissons point de meilleur

un seul résultat fatal qu'on puisse regarder comme l'effet de l'opération. Je viens néanmoins d'éprouver un échec, et voici dans quelles circonstances :

Un homme de 64 ans, habitant une contrée marécageuse des Vosges, était sujet à des accès de fièvre intermittente très-graves. Il ne se passait guère de printemps et d'automne sans qu'il n'en éprouvât, et il en avait eu un au mois de mai dernier. Comme il était atteint d'une dysurie habituelle, je l'ai opéré le 8 novembre. L'opération fut prompte et simple, et le malade fut très-gai toute la journée, mais, vers trois heures de l'après-midi, un frisson se manifesta et fut suivi de chaleur et de sueur, avec des phénomènes absolument identiques à ceux qu'il éprouvait habituellement. Les accès parurent d'abord se modérer sous l'influence du sulfate de quinine que nous donnâmes sous diverses formes; mais ils se reproduisirent, le 13, avec une nouvelle violence, et le malade succomba. Il avait perdu peu de sang et ses urines étaient le troisième jour plus claires qu'avant l'opération; seulement elles devinrent ictériques, ainsi que la peau, l'avant-veille de la mort. L'abdomen fut ouvert quarante-trois heures après celle-ci, en présence de MM. R. Gérardin et Gannal fils. Nous trouvâmes toutes les glandes de cette cavité fortement congestionnées, et ramollies, mais sans trace de pus. La vessie avait presque sa couleur normale; le fond de la plaie ne présentait ni infiltration sanguine, ni infiltration purulente, ni même induration. Aucune trace d'inflammation dans le tissu cellulaire ou dans les veines avoisinant le col de la vessie. Nous sommes restés convaincus que ce malade avait succombé à une véritable fièvre intermittente pernicieuse dont l'opération avait sans doute déterminé l'explosion.

moyen pour résoudre cet état pathologique désigné sous le nom d'hypertrophie inflammatoire de l'utérus, et qui se complique très-fréquemment de prolapsus et de déviation. Dans ce cas, les préparations internes et externes doivent être simultanément mises en usage. Les pansements directs avec le baume de conicine porté sur le col au moyen de bourdonnets de charpie, et répétés deux ou trois fois par semaine, nous ont paru, d'après une expérience assez renouvelée, le procédé le plus avantageux. C'est une chose sur laquelle nous n'avons point assez insisté dans notre premier mémoire.

3° Appliqué au traitement des affections cancéreuses, ce médicament a des effets calmants et des effets curatifs. Ces derniers, quoique plus incertains que les premiers, quoique réalisables dans des conditions limitées, sont néanmoins hors de doute et appellent toute l'attention des médecins. C'est particulièrement dans la forme squirreuse atrophique, *cancer ratatiné*, que les séminoïdes de ciguë nous ont paru avoir le plus de puissance. Nous avons obtenu, dans ces derniers temps, la guérison de tumeurs de cette nature au sein. Ce traitement est plus chanceux contre les tumeurs molles à accroissement rapide. Dans plusieurs circonstances il a échoué complétement; mais dans d'autres il a eu pour résultat d'enrayer l'accroissement, de diminuer le volume de quelques tumeurs secondaires et de déblayer ainsi le terrain pour des opérations qui ont été pratiquées plus tard. Comme topique dans les cancers externes, sous forme pilulaire dans les cancers internes, les préparations de semences de ciguë ont toujours été préférées, par les malades, aux calmants, aux narcotiques dont ils avaient fait un grand usage. Nous n'avons point encore vu d'exception à cette règle. Nous connaissons des malades en traitement depuis un an et plus qui ne peuvent point se passer du seul médicament qui apporte de la sédation à leurs douleurs. En somme, dans l'état actuel des choses, eu égard au découragement profond qui règne touchant le traitement du cancer, ce mode de traitement nous paraît le plus rationnel et le plus fructueux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la carie des os*; par M. Tigri. (La carie et la névrose ne sont que deux espèces d'une même maladie qui se caractérise par les phénomènes communs suivants : 1° élimination des parties osseuses mortifiées; 2° effort de la nature pour la restauration de ces parties perdues.) 2° *Relation de cinq cas de fulmination*; par M. Minouzio. 3° *De la resection de l'appendice xyphoïde*; par M. Linoni. 4° *Difformité singulière du cœur observée chez un veau à deux têtes*; par M. Cortese. 5° *De l'action et de la vertu thérapeutique de l'atropine et de la belladone*; par M. Tussana. (Premier article. — Observations de chorée, d'épilepsie, de névralgie, guéries par l'emploi de ce remède.)

RELATION DE CINQ CAS DE FULMINATION; par M. MINOUZIO.

La commotion générale et la suffocation sont les effets les plus ordinaires des coups de foudre qui frappent l'homme. Il est moins commun d'observer la lésion directe et la désorganisation des tissus; ou, du moins, cette sorte d'altération n'a pas été l'objet d'études aussi approfondies que la première. M. Minouzio a donc rempli une lacune de la science, à cet égard, en déterminant avec précision la nature et le degré des désordres locaux qui surviennent en pareil cas. Sa relation offre également un intérêt particulier en ce qu'elle contient l'exemple de cet accident, arrivé sur mer, circonstance jusqu'ici assez rarement notée par les auteurs.

Sur les cinq hommes victimes de l'événement, M. Minouzio constata des brûlures présentant des escarres noires avec destruction de l'épiderme, du corps muqueux, d'une partie ou de toute l'épaisseur du derme, surmontées d'une phlyctène noirâtre ou entourée de rougeur érythémateuse. Les escarres étaient tantôt larges, ondulantes, à contour irrégulier, mal circonscrites, tantôt ovales ou rondes, séparées par des intervalles où la peau était simplement enflammée. Aucune partie du corps n'en est restée exempte, mais on les a plus particulièrement trouvées sur le côté externe des membres inférieurs.

Il est remarquable que, dans aucun point, la brûlure ne s'est étendue au delà du derme, n'a dépassé le *quatrième degré* de Dupuytren. Faut-il admettre, en conséquence, que le pannicule graisseux soit un isolant pour l'électricité?

De toutes les brûlures ordinaires, celles qui ressemblent le plus aux escarres produites par la foudre sont celles qui résultent de la déflagration de la poudre à canon; cependant celles dont nous nous occupons n'offrent pas ces grains distincts, ce pointillé noirâtre dû à la pénétration, dans la peau, des particules de poudre qui ont échappé à la combustion.

Dans leur marche, leurs symptômes, leurs suites nécessaires et accidentelles, ainsi que pour leurs indications thérapeutiques et les moyens d'y satisfaire, ces lésions se sont comportées comme les brûlures de cause vulgaire. Quant à l'effet général, on a seulement remarqué que, à peine remis de la perte de connaissance immédiatement causée par l'accident, les blessés se montraient en proie à une sorte de terreur, comme s'ils étaient encore sous le coup du danger. Ils gémissaient, voulaient fuir, invoquaient anxieusement à leur aide la Vierge et les saints; frayeur d'autant plus surprenante qu'il s'agissait de gens robustes, peu sensibles, de mariniers habitués à envisager et à braver des périls de toute espèce. Un seul, après le coup, resta plongé dans une stupeur profonde.

Enfin, l'un de ces hommes succomba instantanément. L'auteur fait observer que, bien qu'on fût alors au milieu de décembre, et qu'on eût laissé son corps pendant toute la nuit couvert d'une simple toile, exposé à l'air, il était encore chaud au bout de treize heures.

DE LA RESECTION DE L'APPENDICE XYPHOÏDE; par M. LINOLI.

OBS. — Le 3 février 1851, M. Linoli fut prié par un de ses confrères de venir examiner un jeune homme de 22 ans, grand, bien conformé, de tempérament robuste, exempt de scrofule et de syphilis, qui était tourmenté depuis longtemps d'une cardialgie rebelle à tous les remèdes. Les douleurs d'estomac, la faiblesse et l'amaigrissement ne faisant qu'augmenter, plusieurs médecins l'avaient jugé atteint de squirre au pylore.

La maladie offrait ce caractère particulier que la douleur et que des vomissements se manifestaient aussitôt après le repas s'il montait à une échelle ou gravissait un lieu élevé. Au contraire, il ne souffrait ni ne vomissait si, après avoir mangé, il se couchait en supination et y demeurait jusqu'à ce que la chymification fût terminée. Mais à mesure qu'il avançait en âge, l'efficacité de ce secours allait en diminuant; et il y avait déjà trois mois que les vomissements reparaissaient, soit après le repas, soit au bout de quelques heures, s'il faisait le plus léger mouvement. Du reste, il n'avait jamais eu de fièvre, si ce n'est quelques petits accès passagers.

En examinant ce jeune homme couché, M. Linoli remarqua que le point sur lequel la pression même la plus légère causait une souffrance insupportable était précisément l'endroit où existe l'appendice xyphoïde. Comme il était fort maigre, l'auteur put reconnaître que, chez lui, cet appendice se terminait par un angle obtus qui se prolongeait vers l'estomac. En appuyant sur cet angle on réveillait une douleur indescriptible ainsi que l'envie de vomir. Répétée plusieurs fois, cette manœuvre produisit toujours le même effet.

Autorisé par le souvenir de quelques faits semblables dont il sera question plus loin, M. Linoli n'hésita pas à conclure que la cause de la cardialgie résidait dans l'introflexion de cette partie de l'appendice xyphoïde, vicieusement conformée, laquelle pressait mécaniquement contre la paroi antérieure et supérieure de l'estomac. Le rapprochement de tous les symptômes éloignait l'idée d'une affection organique et confirmait ce jugement.

Une opération pouvait seule y remédier; c'était l'ablation de la portion recourbée de l'appendice. Résolue en consultation, acceptée par le jeune malade et ses parents, elle fut pratiquée le 4 février 1851. M. Linoli fit une incision qui mit à découvert la partie recourbée du cartilage en s'étendant un peu plus bas que son sommet; il divisa le péritoine, pénétra dans la cavité abdominale, put alors explorer avec le bout du doigt la situation de l'appendice xyphoïde, et sentit là comme un crochet qui devait nécessairement heurter contre l'estomac lorsque ce viscère était rempli d'aliments. Ayant fait constater à son confrère cette disposition anormale (1), il coupa avec un bistouri boutonné l'appendice à l'endroit où il se recourbait, et en fit l'amputation. Deux petites artères durent être liées. Pour obtenir la réunion le plus promptement possible, on pratiqua deux points de suture. Le malade montra, durant le cours de l'opération, une intrépidité rare. Il répétait seulement : « De grâce, donnez-moi ce morceau d'os qui m'a martyrisé depuis si longtemps, que je le porte sur moi jusqu'à la mort. »

A l'exception d'un peu de fièvre et d'un léger météorisme, auxquels on remédia par une saignée, les suites de l'opération furent extrêmement simples. On leva l'appareil le quatrième jour. Au bout de dix-huit jours la plaie était entièrement fermée et la cardialgie disparue; le jeune homme put quitter le lit après une semaine. Maintenant huit mois se sont écoulés, il jouit d'une parfaite santé, et n'a conservé de son incommodité ancienne que le souvenir.

Quoique des exemples d'accidents dus à cette cause aient été indiqués par quelques auteurs, par Barbette, Bonnet et Lamothe, ils sont cependant assez rares pour laisser à cette narration le plus vif intérêt. Heureusement pour son malade, M. Linoli se trouvait servi, dans cette circonstance, par une expérience toute spéciale de ce genre de lésions; car, antérieurement, il avait déjà observé trois fois, sur le cadavre, une semblable disposition.

(1) Le malade étant d'une condition aisée, et n'ayant jamais exercé de profession mécanique qui eût pu déterminer cette introflexion, il n'était permis de l'attribuer qu'à un vice de conformation.

En 1838, avec M. Pieri, à l'autopsie d'un sujet mort de gastrite, il trouva sur la paroi antéro-supérieure de l'estomac un ulcère correspondant exactement au point où pressait l'appendice xyphoïde recourbé. L'estomac ayant été ouvert, on ne remarqua aucun autre ulcère ni sur sa face interne ni sur sa face externe. — En 1840, sur le cadavre d'un jeune homme mort de gastrite chronique qu'on avait cru atteint de squirre du pylore, il vit un ulcère comprenant toute l'épaisseur de la paroi stomacale, ulcère causé et entretenu par la vicieuse introflexion congénitale de ce même appendice. — Sur un homme mort d'hépatite en 1841, il rencontra à l'autopsie, faite avec M. Sancasciani, le foie très-volumineux, dirigé à gauche. Sur la face antérieure et supérieure de ce viscère, existait un enfoncement produit par l'introflexion de l'appendice xyphoïde.

— Quoique l'interprétation de ces faits ne nous paraisse pas aussi entièrement incontestable qu'à l'auteur, quoique la simple pression d'un cartilage sur l'estomac ne nous semble guère capable d'y produire une ulcération profonde, il est naturel de penser que la connaissance antérieure de ces observations a dû singulièrement aider M. Linoli, en le mettant sur la voie d'un diagnostic difficile et en l'encourageant à exécuter une indication qui, même en admettant sa certitude, avait bien aussi ses dangers.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de février, mars, avril, mai et juin 1852 contiennent : 1° *Sur la classification des maladies*; par M. Parmeggiani. 2° *Sur la vertu fébrifuge du sulfate de quinine tartarisé*; par M. Galamini. 3° *Sur le craniotome tire-tête du professeur Rizzoli*; par M. Pistocchi. (Une lame d'acier, après avoir pénétré dans le cerveau, peut, à la volonté de l'opérateur, être convertie en un tire-tête, s'il fait déployer, près de sa pointe, une sorte de *croisillon* qui, placé dans la direction de la lame au moment de son introduction, lui devient perpendiculaire quand on tire sur une tige qui lui imprime ce mouvement.) 4° *De l'extirpation de la mâchoire supérieure*; par M. Mazzettini. 5° *Sur un bandage pour maintenir la fracture de la rotule*; par M. Busi. (Faites, dans une pièce de linge fixée autour du membre, une ouverture garnie à sa circonférence d'un cordon par la traction duquel on puisse la resserrer à la manière d'une bourse. Engagez-y la rotule, puis serrez le cordon pour retenir les fragments en contact; voici, autant que nous avons pu la saisir, l'idée principale de ce nouveau bandage.) 6° *Revue analytique des eaux minérales de Striolo, faite en 1851*; par M. Sgazzi. 7° *Histoire de l'extirpation d'une tumeur constituée probablement par la glande parotide tout entière*; par M. Peruzzy. (Cette opération ne diffère en rien du nombre assez considérable de celles qui se sont produites sous le même titre. Le volume de la tumeur enlevée, l'ouverture de la carotide externe, durant son ablation, sont sans doute des présomptions puissantes pour justifier ce titre, mais ce ne sont que des présomptions.) 8° *Observation de cataracte noire*; par M. Alessi.

SUR LA VERTU FÉBRIFUGE DU SULFATE DE QUININE TARTARISÉ; par M. GALAMINI.

L'auteur n'élève aucun droit à la découverte de cette combinaison pharmaceutique. Il a seulement cherché à en démontrer la supériorité par une expérimentation clinique instituée dans les meilleures conditions pour rendre la comparaison probante. Exerçant dans un pays où la fièvre intermittente sévit, où il faut, pour la couper, administrer le sulfate de quinine à la dose quotidienne de 12 à 15 décigrammes, il se trouvait placé dans d'excellentes circonstances pour apprécier la puissance d'un remède différent. Or voici comment il a opéré :

Du 10 août au 5 novembre 1851, il a traité 43 cas de fièvres périodiques ordinaires au moyen du sulfate de quinine mélangé, à proportions égales, avec l'acide tartarique. Sur ces 43 individus, 31 furent radicalement guéris, 21 le furent à l'aide de 6 décigrammes seulement du remède. Chez les 10 autres, il fut répété à doses moindres (de 3 à 4 décigr.), on fut donné à quantités différentes (à 2 et à 8 décigr. chez deux enfants, et à 12 décigr. pour une fièvre quarte rebelle), selon la durée de l'affection, le nombre des récidives antérieures ou la violence des symptômes.

Dans la plupart des cas, la maladie était accompagnée d'hypérémie active de l'encéphale et de la muqueuse bronchique, d'un état bilieux et gastrique et d'helmintes intestinaux, ce qui nécessita l'emploi préalable des émissions sanguines, des purgatifs et des vermifuges. Ces observations sont au nombre de 27.

Une autre série, de 12 individus, se compose : de 5 qui eurent des récidives pour être restés soumis aux mêmes causes qui avaient engendré la fièvre, fatigues, régime alimentaire trop pesant; de 3 qui ne ressentirent aucun effet avantageux du remède; de 4 enfin chez qui les symptômes d'irritation mentionnés ci-dessus reparurent et furent dissipés par les mêmes moyens antiphlogistiques.

On jugera mieux de l'ensemble de ces observations, de la forme et du type différents des fièvres auxquelles elles ont trait, par le tableau suivant :

Cas guéris.		Cas suivis de récidives.		Cas rebelles.	
Fièvres tierces { doubles.	11	Quotidiennes.	3	Quotidiennes.	3
Fièvres tierces { simples.	8				
Quotidiennes.	8	Tierce.	1		
Quartes.	3				
Erratique.	1	Quarte.	1	Tierces.	4
Total.	31	Total.	5	Total.	7

Le remède fut prescrit tantôt dissous dans quelques onces d'eau distillée, plus souvent en pilules ou en poudre; on l'a fait prendre, soit toutes les heures, soit toutes les demi-heures. En général, c'est après le stade de sueur qu'il a été administré, afin de le donner suivant le précepte de Sydenham, rappelé par Bretonneau, *le plus loin possible de l'accès à venir*. — Malgré le soin qui a présidé à l'observation de ces malades et au dépouillement des chiffres exprimant l'état de chacun d'eux, M. Galamini avertit sagement que de tels résultats ne peuvent encore être acceptés qu'à titre d'essai, et demandent, pour faire loi, d'avoir été contrôlés par des expériences plus nombreuses.

DE L'EXTIRPATION DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE; par M. MAZZETTINI.

Dans tous les procédés en usage pour cette opération, il est un dernier temps qui s'accomplit toujours de la même manière. Lorsque l'os est séparé de ses connexions avec l'os malaire, avec la paroi orbito-nasale et avec le maxillaire du côté opposé, lorsqu'il ne tient plus, en un mot, que par son union avec l'apophyse ptérygoïde, on rompt cette adhérence en pressant fortement sur le plancher de l'orbite avec un ciseau qui abaisse l'os tout entier et achève de le séparer.

Ce moyen est expéditif; mais M. Mazzettini fait remarquer qu'il n'est pas, à beaucoup près, aussi méthodique ni aussi sûr. D'abord, cette soudure du maxillaire avec les apophyses ptérygoïdes n'a pas constamment la même solidité; la maladie peut l'avoir rendue moins résistante, de sorte que, au lieu de la détacher, on peut briser l'os en devant d'elle et s'exposer à laisser des esquilles en place, ou à ne pas enlever la totalité des tissus dégénérés.

Pour donner à ce temps de l'opération la régularité que l'on s'attache à mettre dans l'exécution des autres, M. Mazzettini conseille de pratiquer cette dernière section avec des cisailles courbes dont les lames soient à la fois déliées et solides. On porte l'une de leurs branches dans le haut de la fosse ptérygo-maxillaire externe; on appuie la pointe de l'autre branche sur la moitié horizontale de l'os palatin correspondant, de manière à conserver intact son bord postérieur où s'insère le voile du palais. Les deux lames étant ainsi placées, un seul coup divise la symphyse ptérygo-maxillaire et la partie indiquée de l'os palatin.

Pour mieux faire comprendre la direction et le trajet que doit suivre la section osseuse, M. Mazzettini précise qu'il faut que les lames se rencontrent au niveau du milieu de la dernière dent molaire.

— Nous craignons que, sous une apparence de perfectionnement opératoire, ce changement ne cache des inconvénients sérieux. D'un côté, les dangers auxquels il prétend remédier n'ont, ce nous semble, rien de bien grave, et d'autre part, en substituant la section à l'arrachement, n'est-il pas à appréhender que les vaisseaux, parfois volumineux, divisés dans ce dernier temps, ne saignent considérablement? Si l'amputation du maxillaire supérieur jouit, sous le rapport de l'hémorrhagie, d'une innocuité remarquable et qui a étonné beaucoup de chirurgiens, c'est sans doute parce que les artères les plus grosses se trouvent être tiraillées avant de céder, et réalisent ainsi les conditions rassurantes qu'on observe dans l'arrachement des membres. Malgré le succès qu'il a dû à sa modification opératoire, M. Mazzettini aura, nous le pensons, à en multiplier encore beaucoup les applications avant de parvenir à la faire adopter comme aussi sûre, à ce point de vue, que les anciens procédés.

OBSERVATION DE CATARACTE NOIRE; par M. ALESSI.

La réalité de l'existence des cataractes noires est aujourd'hui démontrée par les observations de Grefel, de Wenzel, de Warnatz, auxquelles nous ajouterons les trois faits si probants rapportés, dans la GAZETTE MÉDICALE, par M. Pétrequin (Voy. 1850, p. 571). Cependant plusieurs chirurgiens conservent encore des doutes à cet égard. Pour les faire cesser, M. Alessi voudrait qu'on s'attachât dorénavant à réunir, autour des nouveaux exemples de cette maladie, toutes les conditions capables de leur donner un cachet d'évidence, qu'un les opérât par extraction, que l'on conservât le cristallin et qu'on le soumît au jugement des médecins compétents. C'est ce qu'il a fait pour son propre compte, en envoyant à la société médico-chirurgicale de Bologne le cristallin dont l'altération fait le sujet de l'histoire clinique qu'on va lire.

Obs. — En mai 1851, M. Alessi fut appelé auprès d'une vieille femme de 76 ans, complètement aveugle de l'œil gauche, et y voyant à peine, du droit, à se conduire. L'iris avait une couleur noire tendant au roussâtre. La décroissance de la vue datait de six ans, et avait commencé par la sensation d'un léger nuage couvrant les objets, et qui avait toujours été en s'épaississant de plus en plus.

Pour l'œil gauche, l'iris était très-impressionnable à la lumière, et cependant la malade ne distinguait en aucune façon les objets; elle souffrait toutefois un peu quand on l'exposait à une très-forte lumière. Le champ de la pupille était entièrement noir. En plaçant devant l'œil la flamme d'une bougie, on reconnut qu'il ne reflétait qu'une seule des trois images, celle qui est due à la réflexion de la cornée.

Un médecin, présent à l'examen, croyant qu'il s'agissait d'une amblyopie amaurotique, M. Alessi lui fit observer : 1° qu'aucun des symptômes rationnels de l'amaurose, les étincelles, la céphalalgie, les visions imaginaires, etc., ne s'observait ici; 2° que l'iris était parfaitement mobile sous l'influence de la lumière; 3° que, en plaçant la malade dans un demi-jour, on parvenait à lui faire percevoir des objets qu'elle ne voyait pas à une lumière vive; signe de la cataracte tout à fait opposé à ce qui se passe dans l'amaurose; 4° que le noir du fond de l'œil avait quelque chose de mat, de *fumigineux*, qui ne se rencontre point dans l'amaurose; 5° enfin, que l'œil amaurotique conserve la faculté de reproduire trois images distinctes d'un corps lumineux placé devant lui.

Pour compléter le diagnostic, M. Alessi provoqua la dilatation de la pupille au moyen de la belladone; il put alors constater, à la circonférence de la lentille, deux points où la teinte noire était moins prononcée et qui paraissaient comme deux petites taches d'un jaune roussâtre.

En conséquence, le 11 mai, il pratiqua l'opération par extraction, et retira une cataracte noire. Les débris capsulaires, sortis après la lentille, avaient une teinte noire beaucoup plus foncée que celle du cristallin même, lequel était d'un noir roussâtre.

Dépouillée de sa capsule, et depuis qu'elle a macéré dans l'alcool, la lentille a perdu, en grande partie, sa coloration noire; mais, au moment de l'opération, et revêtue de la capsule, elle ressemblait à une baie de laurier aplatie.

Immédiatement après l'opération, la malade put distinguer les plus petits objets. On la tint ensuite au lit pour la soumettre au traitement antiphlogistique ordinaire. Au bout de vingt-huit jours, elle était complétement guérie.

P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE DU LUNDI 20 DÉCEMBRE.

Programme des prix proposés pour les années 1853 et 1854.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1851 POUR 1853.

(Commissaires : MM. FLOURENS, DE JUSSIEU, Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, DUMÉRIL, et MILNE-EDWARDS, rapporteur.)

« Faire connaître, par des observations directes et des expériences, le mode » de développement des vers intestinaux et celui de leur transmission d'un » animal à un autre; appliquer à la détermination de leurs affinités naturelles » les faits anatomiques et physiologiques ainsi constatés. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1853.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1850 POUR 1853.

(Commissaires : MM. FLOURENS, DE JUSSIEU, MILNE-EDWARDS, AD. BRONGNIARD, et ÉLIE DE BEAUMONT, rapporteur.)

« Étudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les diffé» rents terrains sédimentaires, suivant leur ordre de superposition. Discuter la » question de leur apparition et de leur disparition successive ou simultanée. » Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne » organique et ses états antérieurs. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er janvier 1853.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1847 POUR 1849, ET REMIS AU CONCOURS POUR 1853.

(Commissaires : MM. SERRES, RAYER, MAGENDIE, MILNE-EDWARDS, et FLOURENS, rapporteur.)

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, » prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre, soit dans l'em» branchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour » l'embryologie comparée. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les pièces adressées pour le concours devront être parvenues au secrétariat avant le 1er avril 1853.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de 800 francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

PRIX CUVIER.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1854, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1850 jusqu'au 31 décembre 1853, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

La valeur de ce prix sera de 1,500 francs.

Prix décernés pour l'année 1852.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

(Commissaires : MM. FLOURENS, SERRES, RAYER, DUMÉRIL et MAGENDIE, rapporteur.)

RECHERCHES SUR LE NERF GRAND SYMPATHIQUE, par MM. BUDGE et WALLER.

La commission a reconnu dans les recherches de MM. Budge, médecin anglais, et Waller, professeur à Bonn, sur le nerf grand sympathique, des résultats nouveaux qui établissent d'une manière certaine quelques faits positifs de nature à éclairer les fonctions du système nerveux ganglionnaire.

On savait par les expériences de Pourfour du Petit, anatomiste du dernier siècle et membre de cette Académie, que la section du grand sympathique au cou détermine le resserrement de la pupille du côté correspondant. On avait appris plus récemment, par une expérience de M. Biffi de Pise, qu'en galvanisant le bout supérieur de ce nerf coupé, il en résultait au contraire la dilatation de la pupille. MM. Budge et Waller prouvent, par des expériences dont vos commissaires ont constaté l'exactitude, que ces propriétés de la partie cervicale du grand sympathique sont en rapport avec un segment de la moelle épinière, compris entre la septième vertèbre du cou et la deuxième dorsale. Si l'on détruit cette partie de la moelle, l'influence du grand sympathique sur l'iris disparaît; d'où l'on tire cette conséquence, que c'est la moelle épinière qui influence les mouvements de la pupille, et que le rôle du nerf sympathique est de transmettre cette influence, au lieu de l'exercer de lui-même, comme il était naturel de le penser, d'après les expériences qui viennent d'être citées. Il résulte encore de ces recherches que le filet cervical sympathique, au lieu de procéder du crâne vers le thorax, procéderait au contraire du cou vers la tête. Une autre conséquence qu'on pourrait encore déduire de ces expériences, est que le système ganglionnaire, au lieu d'avoir des fonctions indépendantes, comme beaucoup d'auteurs l'ont avancé, serait, ainsi que les autres nerfs, une dépendance du système cérébro-spinal. La commission a regardé ces faits comme assez importants et assez nouveaux pour partager entre leurs auteurs le prix de physiologie expérimentale de l'année 1852.

La commission a en outre examiné un mémoire de M. Segond, sur la *phonation* et la théorie du chant; mais, comme les expériences que renferme ce mémoire n'ont pas pu être vérifiées par la commission, ce travail est réservé pour le concours de l'année prochaine.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1852.

Commissaires : MM. VELPEAU, ROUX, ANDRAL, RAYER, MAGENDIE, DUMÉRIL, FLOURENS, LALLEMAND, et SERRES, rapporteur.

ANATOMIE.

ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX, par MM. BOURGERY et JACOB, et M. HIRSCHFELD.

La commission signale particulièrement les travaux de MM. Bourgery, Jacob et Hirschfeld sur l'anatomie du système nerveux et le travail de M. Follin sur les corps de Wolf. Le premier, celui de MM. Bourgery et Jacob, dit la commission, est remarquable par l'anatomie d'ensemble du système nerveux qui se rattache au grand ouvrage sur l'anatomie qu'ils ont publié en commun.

Les planches de ce bel ouvrage, exécutées par M. Jacob, sont remarquables par leur exactitude.

La partie descriptive offre aussi un caractère qui lui est propre; c'est la science de l'anatomie mise au service de la physiologie, de la médecine et de la chirurgie.

Quant au travail de M. Hirschfeld, la commission cite, pour l'encéphale, les radiations quintuples du faisceau innominé du bulbe et leur immersion dans le pédoncule cérébral, dans le pédoncule moyen du cervelet et dans la valvule de

Vieussens ; l'origine de la cinquième paire, par trois ordres de filets, dont un s'anastomose avec la racine du nerf auditif. Parmi les nerfs, elle mentionne ses belles études sur le nerf facial ; celles sur l'hypoglosse et le nerf spinal ; celles sur la cinquième paire et ses ganglions, que l'auteur détache avec raison du grand sympathique ; celles sur le nerf pneumo-gastrique et le ganglion qu'il a fait connaître, placé à la division principale des bronches ; enfin ses observations nouvelle sur les grand sympathique.

RECHERCHES SUR LES CORPS DE WOLF ; par M. FOLLIN.

On désigne sous les divers noms de corps de Wolf chez les oiseaux, et de corps d'Oken, de reins primitifs ou de faux reins, chez les mammifères et l'homme, de petits organes glanduleux situés sur les côtés de la colonne vertébrale, et s'étendant, chez certains animaux, de la région servicale jusqu'au bas de la région lombaire.

D'où viennent ces corps? quel est leur usage dans la vie embryonnaire et leurs rapports avec la formation des organes génito-urinaires des animaux vertébrés et de l'homme? Telles sont les questions qui ont été soumises à un nouvel examen par le travail de M. le docteur Follin.

M. Follin croit, contrairement aux opinions émises par MM. Baër, Muller et Valentin, que la formation de ces corps est indépendante des trois lames blastodermiques, et il se fonde sur ce fait incontestable, qu'on les voit apparaître dès leur origine sur le blastème situé sur les côtés des noyaux vertébraux. Mais ce blastème lui-même, de quelle lame provient-il? Telle est la question en litige, question qui, comme le fait observer M. Valentin, se lie intimement à l'apparition primitive des deux aortes, ainsi qu'à celle des plaques abdominales de M. de Baër, et des deux lames premières du canal intestinal de Wolf.

Les stries dont se compose les corps de Wolf sont-elles solides, comme le pensent MM. Muller, Jacobson, Ratke et Valentin? sont-elles creuses et canicules, comme l'avait dit M. Oken? D'après de nombreuses observations faites sur des embryons d'oiseaux et de cochon, M. Follin se prononce pour cette dernière opinion.

Le fait de la canaliculation des corps de Wolf est un des plus remarquables de ce travail ; car il se lie à l'étude de leur canal excréteur dont M. Follin a fait une étude spéciale, dont il a parfaitement indiqué les changements de position en rapport avec les évolutions de ces corps.

D'après ces considérations, la commission propose d'allouer :

1° A feu M. BOURGERY et M. JACOB, une récompense de. . . . . . 2,000 fr.
2° A M. L. HIRSCHFELD, une récompense de. . . . . 1,500 fr.
3° A M. FOLLIN, une récompense de. . . . . 1,000 fr.

PHYSIOLOGIE.

FONCTIONS DU FOIE, ETC., par M. BLONDLOT.

M. Blondlot a envoyé à l'Académie, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, deux mémoires intitulés : 1° ESSAI SUR LES FONCTIONS DU FOIE ; 2° DE L'INUTILITÉ DE LA BILE DANS LA DIGESTION. Ces deux travaux sont la suite du TRAITÉ ANALYTIQUE SUR LA DIGESTION du même auteur, déjà mentionné par l'Académie il y a huit ans. Dans ces différents ouvrages, qui se rapportent tous à l'étude des phénomènes digestifs, M. Blondlot a suivi une méthode expérimentale nouvelle, laquelle consiste à recueillir sur les animaux vivants, au moyen de fistules permanentes, les deux fluides qu'il a étudiés, la *bile* et le *suc gastrique.*

En établissant les fistules biliaires, M. Blondlot a voulu simplement éliminer au dehors la bile et la détourner de l'intestin, afin de juger ainsi de son degré d'utilité dans la fonction si complexe de la digestion. Sous ce rapport, M. Blondlot a montré que des chiens privés de bile pouvaient vivre beaucoup plus longtemps qu'on n'aurait sans doute été porté à le croire *à priori.* Mais ce fait est loin de démontrer que le fluide biliaire est absolument inutile dans l'acte digestif.

Relativement au suc gastrique, M. Blondlot a établi le premier des fistules gastriques sur des chiens, qui n'en éprouvent aucun inconvénient et vivent en conservant une santé parfaite. Avec des animaux soumis à cette opération, on a pu non-seulement faire connaître d'une manière beaucoup plus approfondie la sécrétion et les qualités digestives du suc gastrique, mais on a pu encore exécuter un grand nombre de recherches relatives aux modifications que les substances médicamenteuses, les venins, etc., éprouvent dans l'estomac.

— MM. Auguste Duméril, Demarquay et Lecointe ont étudié expérimentalement les modifications imprimées à la température animale par l'introduction des médicaments dans l'économie.

La commission ayant reçu trop tard ce travail pour pouvoir en vérifier tous les résultats, se borne pour le moment à proposer à l'Académie d'accorder à MM. Auguste Duméril, Demarquai et Lecointe une récompense de 1,500 francs.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES CANCÉREUSES ET DES AFFECTIONS CURABLES CONFONDUES AVEC LE CANCER ; PAR M. LE DOCTEUR LEBERT.

La commission, après avoir résumé les principaux points d'anatomie pathologique, de symptomatologie et de thérapeutique de cet ouvrage dont la GAZETTE MÉDICALE a fait l'analyse, propose d'accorder à son auteur une récompense de 2,000 francs.

NOUVELLES RECHERCHES D'HÉMATOLOGIE ; par MM. BECQUEREL et RODIER.

Les auteurs ont eu surtout pour but, dans ces nouvelles recherches, d'étudier les changements de proportion que les globules, la fibrine et l'albumine du sang éprouvent dans les maladies chroniques.

Les globules diminuent, bien que les individus continuent à se nourrir pendant le cours de la plupart des maladies chroniques.

L'albumine diminue dans les maladies de cœur avancées, dans la cachexie paludéenne, dans la diathèse cancereuse.

Ils ont prouvé que, lorsque l'albumine diminue rapidement dans le sang, une diminution de ce principe détermine l'hydropisie, tandis qu'il faut que cette diminution soit beaucoup plus considérable pour la produire, lorsqu'elle a lieu lentement.

Ils ont montré qu'un scorbut bien caractérisé peut exister sans qu'il y ait dans le sang diminution de fibrine.

D'après ces observations nouvelles, importantes pour l'étiologie générale des maladies qu'ils ont observées, la commission propose d'accorder aux auteurs une récompense de 1,200 fr.

RECHERCHES SUR LA PARALYSIE DOUBLE DE LA FACE ; par M. DAVAINE.

M. Davaine a montré que, dans la paralysie générale des deux nerfs de la septième paire, surtout lorsqu'elle est incomplète, l'expression symptomatique extérieure était bien moins apparente, bien moins nettement dessinée que dans les paralysies d'un seul des nerfs de la face.

Dans la paralysie d'un nerf facial, quel que soit le degré de cette affection, la distorsion de la face ou la déformation des traits est toujours évidente et facilement reconnaissable ; dans la paralysie des deux nerfs faciaux, la physionomie conservant sa symétrie, son peu de mobilité ou son immobilité ne frappe pas de prime abord.

Ce sont quelquefois des troubles fonctionnels intérieurs, observés du côté du voile du palais et de la langue, qui, à raison de leur plus grande évidence, attirent les premiers l'attention et permettent de reconnaître le siége de l'affection.

L'étude très-attentive de ces phénomènes de la paralysie faciale double a permis à M. Davaine d'établir d'une manière nette la part que prennent les nerfs faciaux dans les fonctions du voile du palais, du pharynx et de la langue. Dans la paralysie d'un des nerfs de la septième paire, dans l'hémiplégie faciale, on n'avait point remarqué l'action que le nerf facial a sur la prononciation des lettres linguales. Cette influence devient très-manifeste dans la paralysie faciale double. D'un autre côté, la paralysie du voile du palais se trouve indiquée par le nasonnement et par le passage des liquides du pharynx dans les fosses nasales, alors que la luette semble intacte et conserve sa symétrie.

Quant au traitement de cette maladie, M. Davaine fait observer que les chances de succès sont fort inégales, suivant que les nerfs faciaux sont affectés dans l'intérieur du crâne, dans leur trajet et à travers le rocher, ou dans leur portion extérieure, distinction importante qui peut aussi servir de base au pronostic et à des indications thérapeutiques spéciales.

La commission propose de décerner à M. Davaine une récompense de 1,000 fr.

— La commission propose d'accorder à M. Fauconneau-Dufresne un encouragement de 1,000 fr. pour son TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE ET DU PANCREAS, qu'elle qualifie la monographie la plus exacte qui ait été faite sur cette matière.

KYSTES DE L'OVAIRE ; par M. RICHARD.

M. le docteur RICHARD a soumis à l'examen de l'Académie un mémoire court, mais fort intéressant, sur certains kystes de l'ovaire communiquant avec la trompe utérine.

Ces kystes pédiculés, qu'il nomme *tubo-ovariens,* sont distincts de ceux dont le pédicule tient à l'ovaire même, et dont Busch a fait représenter un bel exemple.

La découverte de cette communication, intéressante pour rendre raison de l'évacuation, par les parties génitales de la femme, de diverses hydropisies para-ovariennes dont la science renferme un certain nombre de cas, le devient aussi pour le pronostic de ses affections, qui ne sont pas rares.

En invitant l'auteur à continuer ses recherches sur un fait si curieux d'anatomie pathologique, la commission l'engage à chercher à remonter à son origine.

Elle propose d'accorder à M. Richard un encouragement de 1,000 fr.

THÉRAPEUTIQUE.

TRACHÉOTOMIE.

Les résultats heureux qu'a obtenus M. Bretonneau en ouvrant la trachée-artère, pour livrer un passage à l'air auquel s'opposait le rétrécissement de la glotte dans le croup, fixèrent d'autant plus vivement l'attention, qu'il posait en même temps et les indications, et le procédé de l'opération. A partir de cette époque, la trachéotomie entra dans la thérapeutique de l'affection du croup, si fréquente et si dangereuse. Tout en rehaussant le mérite de M. Bretonneau, les nouvelles recherches de M. Trousseau sur la trachéotomie, pratiquée dans la période extrême du croup, n'en marquent pas moins par elles-mêmes un progrès très-réel.

En perfectionnant l'opération et en simplifiant de plus en plus le procédé,

M. Trousseau a rendu la trachéotomie si facile à pratiquer, qu'elle est maintenant à la portée de tous les médecins. A l'aide de cette opération, on sauve aujourd'hui une foule de malades qui paraissaient voués autrefois a une mort certaine. Plus de cent cinquante opérations faites par M. Trousseau, et celles qu'on pratique fréquemment à l'hôpital des Enfants, permettent d'affirmer que la trachéotomie, ainsi perfectionnée et simplifiée, réussit aujourd'hui dans le tiers ou même près de la moitié des cas.

En conséquence, la commission propose d'allouer à M. Bretonneau un prix de 2,500 fr., et à M. le professeur Trousseau une récompense de 2,000 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1o Un rapport de M. le docteur Causard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châtillon, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Grancey-sur-Ource, depuis le 12 septembre jusqu'aux premiers jours de novembre dernier (Comm. des épid.) ;

2o Un rapport de M. le docteur Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loyat (Morbihan) pendant les mois d'août, septembre et octobre derniers ;

3o Diverses lettres relatives à des remèdes secrets.

M. le préfet de police transmet, sur la demande de l'Académie, un relevé de la mortalité cholérique dans le département de la Seine pour l'année 1849.

MM. Requin, Sestier, Fauconneau, Dufresne, Moreau (de Tours), Bean, Barth, Hutin et Durand-Fardel, se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Chardon adresse trois ventouses de son invention, avec un petit paquet contenant trois lames à l'usage de ces ventouses et servant de modèle. (Comm. : M. Poiseuille.)

— M. Delotz adresse une note complémentaire de son mémoire manuscrit sur la formation des kystes de l'ovaire, qu'il a adressé en juillet 1851. (Comm. nommée.)

— M. Maurin, médecin au Luc en Provence, adresse le dessin d'un instrument dont il a eu l'idée pour la dilatation des rétrécissements de l'urètre. (Comm. : MM. Larrey et Ségalas.)

— M. Van Hengel adresse une note dans laquelle sont consignés les résultats d'expériences médicales faites avec une substance résineuse désignée sous le nom de *getah lahoe*. (Comm. : M. Bouchardat.)

— M. Tourdes, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une statistique du goître et du crétinisme dans le département du Bas-Rhin. (Comm. du goître et du crétinisme.)

— M. Lemoine (de Courbevoie) adresse un nouveau mémoire sur un mode de préparation du collodion, destiné à l'usage de la médecine et de la chirurgie. (Comm. : MM. Soubeyran, Malgaigne et Robert.)

— MM. de Puisaye et Lecomte réclament, à l'occasion de la dernière communication de M. Bouland, la priorité de l'emploi du système de chauffage qui fait l'objet de son mémoire.

— M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, adresse un mémoire intitulé : DE L'EXTINCTION DE LA SYPHILIS PARTICULIÈREMENT DANS L'ARMÉE. (Comm. : MM. Mélier, Michel Lévy, Bégin.)

— M. Daval (de Luxeuil) adresse un travail intitulé : NOUVEAU PROCÉDÉ DE CÉPHALOPRISIE. (Comm. : MM. Moreau, Danyau et Cazeaux.)

— M. J. Jacquot, médecin de l'hospice de Saint-Dié, adresse une note sur l'emploi de l'alun dans le diabète. (Comm. : MM. Rayer et Bouchardat.)

— M. Dutroulau, médecin en chef de la marine à la Martinique, adresse un mémoire sur l'hépatite des pays chauds. (Comm. : MM. Chomel, Louis et Gérardin.)

— L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement de son bureau. Ont été nommés pour 1853 :

Président	M. Bérard.
Vice-président.	M. Nacquart.
Secrétaire annuel. . .	M. Gibert.
Trésorier.	M. Patissier.

Membres du conseil d'administration : MM. Mélier, Laugier, et Renault.

La séance a été levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE CHIMIE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, OU DES PRINCIPES IMMÉDIATS NORMAUX ET MORBIDES QUI CONSTITUENT LE CORPS DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES ; par CHARLES ROBIN, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et F. VERDEIL, docteur en médecine, chef des travaux chimiques à l'Institut agronomique, etc., etc. — Paris, 1852. 3 forts volumes in-8°, accompagnés d'un atlas de 45 planches, dessinées, d'après nature, par Ch. Robin et P. Lackerbauer ; gravées, en partie coloriées. — Chez J. B. Baillière.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Il y a dans les sciences un développement, une évolution que l'on peut nommer *parallèle*. Les sciences s'ignorant elles-mêmes et s'ignorant entre elles suivent une progression lente et aveugle ; isolées, livrées à l'œuvre du hasard ; soumises aux spéculations de la métaphysique, elles arrivent péniblement sur la table de l'analyse qui, bientôt, en révélera les secrets. De ce jour, de ce moment, où elles ont conscience de leur nature, de leur but, de leurs moyens, date une phase nouvelle : en réduisant chaque problème à sa plus simple expression, l'analyse dévoile le lien mystérieux qui rend les sciences solidaires, et enchaîne leurs progrès.

C'est l'évolution *convergente*. Alors chaque rayon qui jaillit d'un foyer lumineux éclaire l'ombre qui couvre le sol voisin, et ainsi ce rayonnement réciproque produit soudain les pas de géant. C'est un des faits qui caractérisent le plus radicalement notre époque, où chaque jour voit surgir de nouvelles applications des sciences aux arts, à l'industrie, à l'agriculture. La chimie, malgré ses excès, peut cependant, à juste titre, réclamer la palme dans cette prodigieuse impulsion. L'histoire de ses progrès est écrite en lettres d'or sur ces palais qu'élève l'industrie depuis cinquante ans. La matière que nous traitons plus spécialement en ce lieu ne doit être elle-même envisagée que comme une de ses plus remarquables conquêtes ; car la chimie anatomique est née de la chimie. Mais elle en est l'expression la plus élevée, en établissant la transition à tout un ordre de connaissances nouvelles dont elle devient ainsi la base immédiate. L'expression *hybride* qui dénomme ce traité rappelle l'origine et les premiers moyens, et puis la méthode, les procédés rationnels fondés sur le but que l'on se propose. Nous l'avons dit ailleurs, c'est de l'anatomie que l'on entend faire. Et cette fois, il s'agit de l'anatomie fondamentale, c'est-à-dire de l'isolement des derniers éléments que doit embrasser, étudier, la science anatomique.

Quand on parlait d'*éléments*, à l'époque d'Aristote, on désignait l'eau, la terre, l'air et le feu. Que de temps n'a-t-il pas fallu pour assigner à ce mot un sens rigoureux ! Aujourd'hui que l'on pense avoir trouvé en chimie une soixantaine de corps irréductibles, chacun, avec certaine restriction logique, sait ce qu'il en est des éléments. Mais avant Lavoisier ! Et sans lui, peut-être, disputerait-on encore sur le phlogistique. Il est à remarquer que toutes les connaissances humaines furent secouées, raffermies ou détruites par l'avénement de ses immortelles découvertes. Tous les torts que nous reprochions à la chimie à l'endroit de ses aspirations, c'est à l'application intempestive, immodérée de la théorie de la combustion et de ces conséquences qu'elles s'adressent.

Il y a cinquante ans, on parla en anatomie des éléments des organes. Depuis lors, on a montré que ces prétendus éléments étaient aussi peu élémentaires qu'un sel est un élément en chimie. De même que dans le sel, on a montré des acides, des bases, etc. ; de même on a montré dans le tissu des éléments caractéristiques pour la forme, les propriétés, etc. Et de même que la chimie a démontré dans un acide ou une base deux ou plusieurs corps simples, de même en anatomie on a montré que les tissus et les humeurs se composaient d'un nombre variable de principes immédiats, qui, de nature très-complexes, unis en proportion indéfinie, se dissolvent les uns les autres, en vertu de principes encore indéterminés, et constituent ainsi la trame et le véhicule fondamental de l'organisme.

La détermination de ces éléments était impossible en anatomie, tant que la chimie n'en avait pas signalé l'existence. Mais de ce moment cessait son rôle méthodique pour céder le pas à la biologie, qui lui empruntait sa dernière découverte pour constituer la base, pour jeter le fondement inébran-

lable de son propre édifice. Ce fondement constitue une vaste science aujourd'hui : c'est l'anatomie.

En 1850, M. Ch. Robin a publié, sous la forme de tableaux, l'ébauche, avec indication précise, de tout ce qui est à étudier en anatomie. Vous y trouvez l'ensemble de toutes les notions acquises sur la statique des êtres organisés. On y reconnaît pour la première fois, avec une grande et puissante démonstration, la partie de l'anatomie qui revient au scalpel, au microscope avec ou sans injections, aux procédés chimiques ou analyse immédiate. On remonte et on redescend cette vaste échelle, où chaque partie est classée suivant son ordre de complication croissante ou décroissante, du principe immédiat à l'appareil, et de celui-ci au principe immédiat. On peut donc dire que l'anatomie générale est devenue plus générale encore quand du système elle descendit à l'élément anatomique, et de celui-ci au principe immédiat. Arrivé au dernier terme, on sent qu'à présent toutes les notions fondamentales *dynamiques* de la biologie vont recevoir un immense cachet de certitude, puisque la statique a poussé son investigation jusqu'aux principes derniers de la vie *végétative*.

Les principes immédiats sont pour la première fois groupés dans ces tableaux. Et n'y eût-il que la classification de ces principes à envisager, que chacun sentirait irrésistiblement combien le domaine est anatomique.

Le chimiste qui étudie les corps au point de vue de leurs caractères, de leurs propriétés individuelles, ne peut et ne doit pas classer en chimie, sans se préoccuper de la constitution élémentaire, *simple à son analyse*, des corps qu'il envisage.

L'anatomiste qui fait la statique d'un corps vivant, qui cherche quelles conditions d'organisation sont nécessaires à la matière pour accomplir les actes les plus variés et les plus complexes, se préoccupe peu qu'il y ait plus ou moins d'oxygène, plus ou moins d'azote dans le corps qu'il envisage. Le jeu de l'organisme ne peut reposer, pour lui, sur le mouvement des corps simples, parce que l'organisme n'est pas une agrégation directe d'éléments chimiques. On ne saurait trop le dire, le chimiste a dû isoler le premier les dernières parties anatomiques, en signaler les caractères spécifiques. Il a dû, pour en comprendre la signification chimique, en faire l'analyse élémentaire; mais une fois signalés, les caractères qui correspondent à tel principe immédiat, ayant telle composition déterminée, son intervention cessait en tant que chimique.

L'anatomiste devant classer ces principes immédiats, il s'agit d'établir une base suffisamment large et en rapport avec le but que l'on se propose.

La composition chimique étant insuffisante, vu qu'il s'agit de dissolutions complexes de principes eux-mêmes fort composés et non définis, quoique spécifiquement caractérisés, des notions plus variées, plus élevées, plus biologiques, devaient intervenir.

Les principes immédiats ont été séparés ainsi en deux groupes. Les uns sont des principes cristallisables ou volatils sans décomposition. Ils sont *dans l'organisme* généralement à l'état liquide par dissolution dans l'eau, ou tout à fait solides, unis à d'autres principes, mais solubles dans les précédents.

Leur composition chimique est définie, déterminée; caractère qui coïncide avec la propriété physique de cristalliser ou de se volatiliser sans décomposition, ou de former avec d'autres corps des composés cristallisables. Ces corps sont *la condition d'existence* du groupe suivant, c'est-à-dire qu'en eux réside la condition d'origine et de fin, d'entrée et de sortie des principes essentiels et indispensables à l'existence, à la possibilité de toute organisation.

Le premier groupe représente le *milieu intérieur* d'un individu. Toute sa dynamique est de nature secondaire; il ne participe directement qu'aux actions physiques élémentaires des fonctions de nutrition.

Le second groupe, formé d'un moindre nombre d'éléments, constitue cependant la majeure portion de la masse du corps, si l'on tient compte de l'eau que l'on en peut chasser. Ils ne sont ni cristallisables ni volatils, à moins de décomposition. Ils sont généralement insolubles *à l'état demi-solide*, ou en dissolution avec les précédents.

L'expérience montre qu'avec ces caractères en coïncide un autre, qui est d'avoir une composition chimique indéfinie, non déterminée, et, en même temps, très-peu stable; très-peu fixe.

Les principes d'origine *minérale* que l'on trouve dans le corps des êtres vivants, les principes que l'on étudie en *chimie organique*, constituent le premier groupe.

Dans le second, se trouvent les corps que l'on nomme plus spécialement les corps organisés, appartenant à la *chimie organisée*, fibrine, albumine, etc.

Au sujet de ces classiques divisions de la chimie, les auteurs se livrent à de nombreuses considérations, qui montrent combien l'on a tort de scinder ainsi la science.

Ce qui est organisé est biologique, et l'adjonction d'un substantif ou d'un adjectif ne saurait faire de la chimie une science supérieure, ni de la biologie une science inférieure.

Les principes du second groupe ont bien réellement un cachet particulier qui nous les fait envisager comme essentiellement propres à la vie. Tous les caractères négatifs que nous avons signalés sont ceux-là mêmes qui constituent leur aptitude à accomplir les phénomènes vitaux.

Ils se forment dans l'organisme, ils y restent; leurs matériaux seuls se renouvellent. Leur état non cristallin, non volatil, leur insolubilité, leur composition par des matériaux unis en un nombre illimité de proportions et leur peu de stabilité, ce sont autant de caractères qui les éloignent des composés inorganiques. Aussi, au point de vue dynamique, outre que ces principes non cristallisables participent, par leurs matériaux, à tous les actes élémentaires des fonctions de nutrition, physiques ou chimiques, ils participent directement aux propriétés d'élasticité, de rétractilité, à celles de contractilité, de sensibilité dont jouit la substance organisée disposée sous forme d'éléments anatomiques.

Ainsi nous voyons, dès le début, les principes immédiats distingués en organiques et inorganiques. Cette division n'est pas très-nette, toutefois. En effet, dans le premier groupe, sont classés des corps semblables par leurs propriétés, leur composition, aux composés qu'on extrait des couches solides, liquides et gazeuses du globe terrestre. Ils existent à la fois dans les corps bruts et dans les corps vivants; ils sont communs aux uns et aux autres. Ils existent dans les êtres organisés comme condition de formation des principes du deuxième groupe, soit en leur fournissant directement des matériaux, soit en fournissant à ceux-ci des moyens d'entrée. Le premier cas est celui des végétaux; le second, celui des animaux qui s'assimilent des matériaux par une simple modification isomérique.

Ces mêmes principes inorganiques, dont l'existence, dans l'organisme, est passagère, entrent et sortent en facilitant l'issue aux autres principes. Les végétaux en fixent une assez forte proportion, parce que leur développement est continu. Les animaux adultes en fixent bien moins, lorsque, suivant le plan de notre organisation, leur accroissement se limite.

L'oxygène, l'hydrogène, l'azote, l'acide carbonique, l'eau, etc., les chlorures, les sulfates, les phosphates, les carbonates des métaux alcalins et terreux (en partie), en somme, 27 principes immédiats forment cette *première classe*.

Les autres principes du premier groupe n'ont de commun, avec les précédents, que leur propriété de cristalliser et leur composition définie. Leur constitution élémentaire est très-différente, tant par la nature des éléments chimiques qui les composent que par le nombre des équivalents de chacun d'eux.

Leur séjour dans l'organisme n'est ainsi que momentané; avec cette différence qu'eux se forment dans l'organisme, et une fois formés, leur sortie est une condition d'existence aussi bien que l'arrivée de nouveaux matériaux. Ceux qui arrivent renouvellent la matière, ceux qui s'en vont permettent le renouvellement et le rendent indispensable. C'est ce qui caractérise la marche fatale de la vie végétative. Quatre éléments chimiques, l'hydrogène, l'oxygène, l'azote, le carbone, en s'unissant entre eux pour former des acides, des bases, etc., puis ceux-ci entre eux ou aux oxydes de la première section, forment à eux seuls les 44 principes immédiats de la seconde classe.

Le premier groupe, comme nous l'avons fait sentir, se compose donc de deux classes; et la dernière de ces classes sert de transition au second groupe, dont elle est un produit dédoublé le plus souvent.

Le second groupe est caractérisé par l'état amorphe de ces principes dans toutes les conditions, par leur composition indéfinie, leur séjour permanent, leur rénovation molécule à molécule au lieu de sortir tout formés, etc.

Ces principes, au nombre de 13, ont reçu, depuis longtemps, le nom de *substances organiques*; ce sont : la fibrine, l'albumine, la globuline, la caséine, l'albuminose, la musculine, l'élasticine, l'ostéine, la cartilagéine, la kératine, la pancréatine, les nombreuses variétés de mucosine, l'hématine.

Nous ne pouvons, comme nous nous l'étions proposé, traiter au long la question d'extraction. C'est sur cette méthode que repose tout ce que l'on a découvert et tout ce que l'on découvrira encore en fait de principes immédiats normaux et morbides. Cette application sera féconde, le champ est vaste, mais il est possible de l'élargir encore. M. Verdeil, comme on le sait, a poursuivi avec succès des recherches très-variées sur les principes immédiats des végétaux et des animaux.

Il appartenait à M. Dumas de caractériser l'immense portée de cette méthode. C'est en glorifiant son inventeur, dans la personne de M. Chevreul, que ce grand chimiste a tracé l'une des plus belles pages qui soient sorties

de sa main (1). M. Liebig et quelques chimistes allemands sont entrés dans cette voie nouvelle, et le professeur de Munich a produit un chef-d'œuvre dans ses RECHERCHES SUR LES EXTRAITS DE VIANDE.

On peut, en peu de mots, faire sentir sur quelles notions repose directement cette méthode.

Il est incontestable que la composition chimique de tous les êtres vivants se résume en dernier lieu à 4 ou 5 corps simples qui, par une grande variété dans leur mode et leur proportion d'union moléculaire, constituent les composés de la deuxième classe du premier groupe et le second groupe tout entier. On peut négliger ici les autres composés qui n'offrent aucune difficulté sérieuse.

C'est donc là le point de départ à envisager : une grande variété de composés avec un nombre très-limité d'éléments. De là ressort cette conséquence *à priori*, c'est que les différences reposeront sur les proportions dans lesquelles les *mêmes éléments* se combineront, et sur la manière dont ces éléments s'arrangeront entre eux, sur leur disposition relative. Cette dernière notion est d'une grande importance, mais il est fort difficile de l'acquérir directement pour les corps surtout qui ne cristallisent pas. Dès lors, c'est par des caractères aussi variés et aussi nombreux que possible qu'il faut les distinguer. Et comme l'analyse *quantitative*, c'est-à-dire la recherche du nombre des éléments juxtaposés, n'apprend rien à cet égard, c'est à l'analyse *qualitative* qu'il faut recourir.

Il n'est pas permis d'ignorer la *quantité*, mais une fois constatée, le travail le plus fréquent à recommencer, c'est de reconnaître les qualités ou propriétés par les caractères, sachant à l'avance à quelle composition les rapporter. De là sortit la création des *espèces* en chimie ; notion que M. Chevreul a le premier introduite dans cette science. Quoiqu'il y ait plus de trente ans que cette idée fut produite et établie, on semble n'en avoir tenu aucun compte jusqu'à ce jour. Ainsi, il est aisé de comprendre comment l'analyse quantitative une fois réalisée, la constitution de l'espèce, à l'aide des caractères en rapport avec cette composition, etc., rendait cette recherche ultérieurement inutile tout en permettant de s'occuper des points plus importants.

Cette importante et nouvelle manière d'envisager les composés établira des rapports nombreux et variés que l'on ne pouvait logiquement espérer des continuels dosages, et cela parce que les différences fondamentales ne reposent pas autant sur les différences quantitatives que sur les dispositions moléculaires.

Maintenant il s'agit de partir de ces données pour étudier la matière organisée avec le plus de fruit possible.

Si les caractères d'une *espèce* reposent surtout sur le mode d'union moléculaire, la première difficulté à surmonter est d'en éviter l'altération. Or cette altération est d'autant plus facile que le composé est chimiquement plus complexe quant au nombre des éléments, leur variété et la condition de leur groupement. On pourrait même ajouter, avec Liebig (lorsqu'il s'agit des animaux), que cette mobilité moléculaire est le cachet invariable qu'imprime l'azote à la plupart des composés qu'elle forme à cause de sa grande neutralité chimique.

Tandis que dans l'analyse inorganique on a recours au feu, à la fusion, à une température élevée, à la volatilisation, aux acides et aux bases les plus énergiques, pour reconnaître une substance inaltérable et résistant à tous ces essais, la haute instabilité organique rend ces procédés impossibles.

D'ailleurs, comme on se propose d'étudier un corps organisé, dans le but de connaître ces conditions d'activité et ce mode d'activité, il est indispensable de retirer ces principes de l'organisme tels qu'ils y étaient, tels qu'ils y servaient. L'analyse devra s'arrêter dès qu'elle aura rencontré un composé chimique à l'état qui le rend apte aux usages de la vie. Il est alors anatomiquement simple, ce qui veut dire : le plus haut degré de simplicité qui rend un corps propre à jouer un rôle dans un corps vivant.

La température des corps vivants étant de beaucoup inférieure à celle de l'ébullition de l'eau, il en résulte que plus on se rapprochera de celle-ci, plus on s'éloignera des conditions d'activité vitale.

Et comme c'est dans ces conditions que se font et se défont en partie les corps que l'on étudie, plus on élèvera la température, plus on s'exposera à détruire ce que l'on cherche.

C'est une loi qui domine tous les êtres, les caractères et les propriétés d'un corps sont l'expression même des conditions de sa formation.

Non-seulement il faut travailler le moins près possible de 100°, il y a le plus grand parti à tirer du froid, du vide, etc. L'état complexe de dissolution réciproque des principes constituant immédiatement la matière organisée, nous suggère dès l'abord la pensée d'isoler chaque élément en les rendant respectivement insolubles dans le véhicule. Mais la complexité même de ces dissolutions ne permet pas de prévoir les conditions de solubilité et d'insolubilité ; de sorte que pour les premiers essais surtout on n'a pas de guide certain.

Le fait de beaucoup le plus remarquable et le plus inattendu, résulte de l'examen des influences réciproques des corps cristallisables et des corps non cristallisables. Le mode d'union de ces corps a quelque chose de tellement spécial, que la présence des seconds modifie du tout au tout les conditions de cristallisation des premiers. Le bel atlas joint à l'ouvrage en fait foi.

Quelquefois on recourt alternativement à un même dissolvant à des degrés de concentration divers ; d'autres fois, comme pour les graisses, on se sert des dissolvants bouillants, puis froids : il y a là à mettre en pratique le grand procédé de la nature, avec un petit nombre de moyens multiplier à l'infini les conditions, les combinaisons des procédés.

Mais quelle différence dans les résultats de cette méthode !

Voyez la confusion qui a régné depuis tant d'années sur la composition de la bile. Aujourd'hui, c'est le cholate et le choléate de soude qui répondent à tous les arguments. Et pour montrer que c'est en se dédoublant qu'ils forment des principes que l'on croyait immédiats, on les a dénommés glygocholate et taurocholate de soude.

C'est ainsi que l'on trouvait de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, parce que l'on plaçait l'acide lactique dans des conditions à décomposer les chlorures.

La coagulation, l'évaporation, la cristallisation, le filtre, comme procédé tout mécanique, puis les dissolvants, et le tout nettement isolé, soumis au microscope, voilà à l'aide de quelle méthode on scrute délicatement la constitution de l'organisme. Après avoir utilisé ces moyens, il se présente de nouveau une grande question : Malgré tant de circonspection dans les opérations, le composé obtenu est-il un produit de décomposition des principes ou est-il un principe ?

Comme les principales difficultés surgissent dans l'examen du second groupe et quelques-uns des principes de seconde classe du premier groupe, c'est à leur sujet seulement que ces questions se posent. Or, il est un moyen bien simple de les résoudre : toutes les fois qu'un principe isolé combiné avec un dissolvant dans les conditions les plus variées n'en subit aucune altération de caractère, ce dissolvant devient apte à la recherche de l'espèce.

Une fois isolé, lorsqu'il s'agit de distinguer les espèces entre elles, les modes de coagulations, les conditions de *redissolution* par des acides, de précipitation par des sels neutres sont d'un puissant secours. D'autre part, chaque tissu ayant son principe spécial, chaque humeur représentant des conditions physiologiques très-variées, il est indispensable de partir des notions biologiques pour répondre aux questions que posent les médecins. Il y a une dernière ressource à laquelle M. Chevreul attache une importance capitale, c'est celle de la contre-épreuve.

Quand on a analysé une matière organique, dit-il, il faut comparer le poids des produits de l'analyse avec celui de la matière analysée, et ensuite comparer les propriétés de ces produits avec celles qu'on a reconnues à la matière par des essais préliminaires. En examinant les composés organiques sous le rapport de leur composition immédiate, on ne peut se flatter d'avoir atteint le but qu'on s'était proposé qu'après être parvenu à expliquer les propriétés de ces composés en démontrant ou qu'elles appartiennent à des principes immédiats qui les manifestent au plus haut degré, quand ils sont isolés, ou qu'elles appartiennent à la combinaison de plusieurs principes sans être l'apanage d'un seul. Dans ce cas, les propriétés observées s'évanouissent quand on examine un principe isolé. Si on retrouve tous les caractères très-développés dans une ou plusieurs espèces, le cas est très-simple. Si on ne les retrouve pas, il faut chercher si les réactifs ou une circonstance accidentelle les auraient altérés ou si quelque principe se serait volatilisé.

Si on n'arrive à aucun résultat satisfaisant, on est en droit de supposer que les propriétés observées résultent de la combinaison de plusieurs principes entre eux. On peut alors vérifier expérimentalement une aussi logique conjecture.

Il est de toute évidence que celui-là sera dans les meilleures conditions pour extraire ces différents principes, qui connaîtra et l'organisme en général et l'état de ces corps dans les humeurs et les tissus. — Vauquelin a montré que l'eau saturée d'un sel restait susceptible de se saturer d'un autre et acquérait même ainsi la propriété de dissoudre une nouvelle quantité du premier. De ce fait fondamental joint à celui découvert par M. Pelouze et qui montre l'alcool masquant les propriétés décomposantes de l'acide tartrique sur les carbonates, on peut induire ce qu'il advient quand un grand nombre de principes semblables sont en présence. Forcément des propriétés physiques, chimiques, toutes nouvelles apparaîtront pour se substituer à des propriétés que présente chaque corps isolément.

(1) Discours de M. Dumas, séance ann., Société d'encourag., 1851.
Voir aussi la belle appréciation de M. Persoz, INTROD. A LA CHIM. MOLÉCUL.

Ces conditions de *milieux* sont à peine entrevues, et pour se rendre raison de l'état naturel des sérums et des humeurs en général, il faudra, en se plaçant dans des conditions convenables, reprodoire ces dissolutions par l'addition successive de principes nouveaux; ainsi, le véhicule deviendra apte à dissoudre de nouveau, à mesure que sa complication s'accroîtra. De tous les cas le plus simple est celui de la dissolution des gaz dans le sang. Mais quoiqu'il s'agisse ici de corps très-simples, la grande complexité du sang ne nous permet pas de définir *à priori* le procédé que suit la nature dans l'échange des gaz. La découverte de l'acide pneumique dans le poumon, tout en expliquant très-chimiquement le dégagement d'acide carbonique, est loin de satisfaire à toutes les questions que soulève ce que l'on nomme l'endosmose et l'exosmose respiratoire.

Dans les conditions examinées jusqu'ici, les corps, en se dissolvant réciproquement, ont, il est vrai, obéi à des faits d'affinités chimiques, mais d'intensité médiocre. Il est des organes comme les os, où l'union est des plus intimes, de nature minérale. Les principes que l'on extrait, la gélatine, par exemple, s'éloignent de tous les autres principes analogues, en raison même de cette énergie de combinaison et de la vivacité des moyens à employer dans leur isolement.

Les conditions de combinaison des corps dans les humeurs et les tissus offrent ceci de remarquable que rien, absolument rien ne permet de les prévoir; de ce fait d'apparence *surnaturel* on a pensé pouvoir conclure à une entité résistant ou favorisant à son gré. Sous le point de vue que nous envisageons, il nous sera aisé de montrer l'erreur. M. Bernard a montré qu'en injectant du prussiate de potasse et du lactate de fer dans les veines d'un animal, qu'en mêlant les séroms de deux animaux auxquels isolément on injecte du lactate et du prussiate, il ne se forme pas de bleu de Prusse. L'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique rend aussitôt le phénomène apparent.

Et dans la première expérience le sel de fer se fixe en grande partie dans les tissus et le prussiate passe dans les urines.

Tout le monde connaît déjà ce fait, à savoir que le fer dans les cyanures doubles, composés très-complexes, a perdu les propriétés caractéristiques.

Les sels de fer, d'après ce même ordre d'expériences, en traversant les voies circulatoires et urinaires, éprouvent deux espèces de modification: ils se combinent aux tissus et les sels ferriques deviennent des sels ferreux. Dans l'estomac, au contraire, les sels ferreux deviendraient ferriques. Quand on injecte du cyanure de mercure dans une veine et qu'il ne traverse pas le poumon, on retrouve le cyanure dans les urines sans accident. Qu'il traverse le poumon, l'acide prussique se dégage et l'animal meurt asphyxié.

Tel est encore le cas de certains bicarbonates; mais les conditions de manifestation de ces phénomènes sont encore très-obscures. Ce qui est vrai pour un sel, par exemple, ne le sera pas pour un autre du même genre. Puis, en variant le procédé expérimental, les résultats ne se ressemblent plus. Et cependant il y a là un ordre de faits reposant en grande partie sur la chimie, qui seule peut y jeter les lumières suffisantes. Mais pour l'appliquer il faut se placer sur le vrai terrain biologique.

Ce sont des combinaisons de solution qui peuvent expliquer ces faits; mais il faut les démontrer afin de les étudier avec fruit pour la thérapeutique. Nous venons d'examiner des conditions de combinaison et de décombinaison directes. Ce sont les solides, comme le poumon par l'acide pneumique, ce sont des liquides qui en sont le siége; mais ce sont surtout les combinaisons et décombinaisons indirectes, catalytiques qui sont intéressantes à étudier dans les principes immédiats.

M. Robin, dans sa thèse d'agrégation, a distingué très-nettement trois ordres de catalyses: 1° Les catalyses combinantes, le plus souvent *dédoublantes* ou *isomériques*; 2° les catalyses fermentescibles; 3° les catalyses putrides. Les dernières se passent surtout dans les corps du second groupe. Les secondes appartiennent à la seconde classe du premier groupe, catalyses connues sous le nom général de fermentations. Ces fermentations ne constituent pas des phénomènes normaux de l'organisme, mais introduisez dans le sang de l'émulsine d'une part, de l'amygdaline de l'autre, et la fermentation a lieu. Celle-ci produit l'essence d'amandes amères et le cyanhydrique qui tue l'animal en peu d'instants. La levûre et le sucre agissent absolument de même. Les fermentations sont donc possibles dans notre organisme. Les conditions des principes immédiats ne les paralysent point, mais elles leur enlèvent le caractère brusque et violent des réactions chimiques pures.

En étudiant l'origine des principes immédiats, leur formation, leur issue, on comprend très-nettement la nature de ces phénomènes catalytiques.

Les végétaux comme les animaux commencent dans les deux sexes par un élément anatomique (Ch. Robin). Les principes immédiats qui le constituent sont caractérisés par l'aptitude à former des principes semblables (chez les végétaux) aux dépens des principes d'origine minérale, ou à s'en assimiler par catalyse isomérique comme les animaux. Il est à remarquer que cette grande différence entre les végétaux et les animaux est reliée par un fait transitoire: c'est que les engrais qui ont une action si puissante sur la formation des principes immédiats des végétaux offrent les éléments chimiques dans un état de combinaison qui les rapproche beaucoup des principes immédiats qui en naîtront (1).

Dès leur naissance, les éléments anatomiques ont par conséquent une vie propre, ce qui les distingue des principes immédiats qui résultent d'une combinaison moléculaire et naissent comme les corps chimiques en général. Mais leur formation dans un être est subordonnée à la préexistence d'un principe semblable (végétaux), de même que leur assimilation (animaux). Et comme ces principes immédiats chez les animaux, par exemple, sont dans l'élément anatomique qu'ils constituent solidaires de leur origine, qu'ils y portent les caractères et les propriétés normales ou anormales transmises à tous les principes par des catalyses, les affections héréditaires sont d'une logique désespérante.

Ces principes immédiats une fois introduits, s'ils viennent du monde organique, les animaux se les assimilent en leur faisant subir une catalyse isomérique qui a pour résultat de faire, par exemple, d'un principe végétal un principe animal, chimiquement identique, mais non organiquement. D'autres principes, comme les corps d'origine minérale, ne font qu'entrer, restent momentanément une condition d'existence pour les principes immédiats organisés, puis sortent, afin de permettre à ceux-ci leur renouvellement moléculaire.

C'est alors que se font les catalyses dédoublantes: les urates, les lactates, les hippurates, les cholates, les sucres de lait de diabète et les gaz carboniques, etc. Ce sont là des corps qui naissent par des assimilations et dont la présence dans l'organisme est incompatible avec la vie (témoin leur cristallisation). C'est à leur formation que se rattachent les théories purement chimiques de la combustion, etc. Tous les phénomènes chimiques, combinaison, décomposition, ne sauraient avoir lieu sans production de chaleur; mais il y a loin de là à la combustion d'un creuset. La vie n'est compatible qu'avec des phénomènes lents, modérés; et du moment où elle cesse, les corps qui la représentaient, la constituaient, peuvent subir toutes les réactions minérales (cristallisation, etc.), ce qui ne prouve absolument rien quant à leur manière d'être dans un être organisé.

Il y aurait bien des points importants à signaler, plus particulièrement les applications à la thérapeutique, à la physiologie; mais si grand que soit notre désir, nous devons ajourner ce travail à plus tard.

HIFFELSHEIM.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — La seconde épreuve du concours a commencé lundi passé. Les candidats de la première série, MM. Empis et Aran, ont eu pour question orale: « La tuberculisation des ganglions du mésentère. » — La seconde série, composée de MM. Léger et Delpech, a eu à traiter de « la bronchite. »

— Les dernières lettres de la Martinique ne confirment pas l'espoir qu'on avait d'une décroissance de la mortalité parmi les populations ravagées par la fièvre jaune. L'épidémie continue à faire beaucoup de victimes dans toutes les conditions.

La fièvre jaune n'a rien perdu de sa force dans la ville de Saint-Pierre. Des lettres du 26 annoncent qu'il ne se passe pas un jour sans qu'elle fasse de nouvelles victimes; rien que depuis l'arrivée de l'évêque Leherpeur, elle a enlevé jusqu'à 22 personnes attachées au service de la religion.

Sur 500 soldats, il en était mort 300; 90 avaient succombé, dans la frégate française, à Fort Royal. Il est à craindre que les conséquences de cette maladie ne surpassent de beaucoup celles de ces dernières années.

(1) MM. Verdeil et Risler ont découvert dans l'*humus* l'existence d'une substance organique propre, servant à la nutrition de certains végétaux, soit directement, soit en favorisant la dissolution de sels insolubles. Cette substance n'est pas azotée. L'azote pénétrerait toujours à l'état minéral, simple ou combiné, par les feuilles ou les racines.



Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SEPTIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1852.

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

R

S

T

U

V

Z

TABLE DES AUTEURS.